

KERTTU PERTTILÄ, MINNA UUSITALO (TOIM.)

## **Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen**

TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki  
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)  
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-1928-1 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-1929-8 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2007

Valopaino Oy

Helsinki 2007

## Tiivistelmä

Kerttu Perttilä & Minna Uusitalo (toim.) Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005. Stakes, Raportteja 4/2007. Helsinki 2007. 125 sivua, hinta 20 €. ISBN 978-951-33-1928-1

Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -hankkeen tavoitteena on ollut auttaa erikokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja selventämiseksi kunnallisessa hallinnossa. Hanke on toteutettu yhdessä Stakesin, ammattikorkeakoulujen, kuntien, lääninhallitusten sekä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kanssa. Tässä TEJO-hankkeen väliraportissa kuvataan kuntien hyvinvointipolitiikan kehitystä vuosituhaten vaihteessa, kehittämishanketta vuosina 2003–2005, kuntien terveyden edistämistä ja johtamista hankkeen alkuvaiheessa sekä johtamisen työvälineiden kehittämistä ja soveltamista.

TEJO-hanke käynnistyi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toimeksiantona vuonna 2002, jolloin tehtiin kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen tilannetta selvittävä esitutkimus (Uusitalo ym. 2003). Esitutkimuksen pohjalta käynnistettiin Stakesin, ammattikorkeakoulujen ja kuntien kanssa TEJO-kehittämishanke, johon osallistuivat Espoo, Kauniainen, Muurame, Närpiö, Salo ja Oulu sekä seutukuntana Kuusiokunnat (Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri). Kehittämishankkeissa on kehitetty ja sovellettu terveyden edistämisen johtamisen työkaluja (hyvinvointikertomus, hyvinvointi-indikaattorit, ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin menetelmä, laatusuosituksiset), selvitetty terveyden edistämisen rakenteita ja johtamisen käytäntöjä sekä vahvistettu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamista kunnissa. Kehittämistyötä on tuettu koulutuksella, tutkimuksella ja verkostotyöllä.

Kehittämishankkeiden onnistumisen kannalta nähtiin tärkeäksi, että kuntien hankkeet muotoutuvat yhteisistä valtakunnallisista tavoitteista huolimatta paikallisten lähtökohtien mukaan siten, että työvälineistä ja kehittyvistä rakenteista syntyy pysyviä käytäntöjä, joiden soveltuvuutta ja toimivuutta voidaan arvioida yleistettävyyden kannalta. Ammattikorkeakouluilla on ollut merkittävä rooli kehittämistyön lähiohjauksessa. Kehittämistyö jatkuu vuosina 2006–2009, jolloin painotus on johtamisen työkalujen soveltuvuuden arvioinnissa sekä terveyden edistämisen johtamisen mallien ja rakenteiden kehittämisessä ja arvioimisessa.

TEJO-kehittämistyö on vahvistanut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitystä kuntien eri hallinnonalojen yhteisenä tavoitteena. Hyvinvointikertomuksen valmistelu poik-kihallinnollisena yhteistyönä on selventänyt eri alojen ammattilaisille ja luottamushenkilöille kunnan hyvinvointitilannetta ja sen edellyttämän toiminnan painotuksia. Väestön terveyteen vaikuttaminen eri hallinnonalojen päätöksillä ja toiminnalla on tullut aiempaa näkyvämmäksi. Terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamisen kehittäminen ja yhteistyö on otettu tavoitteelliseksi toiminnaksi.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntapolitiikassa perustuu valtuuston hyväksymiin tavoitteisiin, joiden toimeenpanoon osoitetaan voimavarat kunnan toiminnan ja talouden suunnitelmassa ja jotka operationalisoidaan hallinnonalakohtaisissa suunnitelmissa. Hyvinvointikertomus toimii suunnittelun ja seurannan välineenä. Terveystieteiden näkökohdat tuodaan näkyviksi kehittämällä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) -menetelmää sovellettavaksi lautakuntatyöskentelyyn. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen kehittäminen on liikkumista organisaatioiden rajapinnoilla. Asioiden käsittely tapahtuu horisontaalisesti eri alojen asiantuntijuuden sisältöalueilla ja vertikaalisesti eri tasoisten päätöksenteon rajoissa. Terveyden edistämisen täydennyskoulutukseen on tarpeen panostaa. Ehkäisevän työn kustannusvaikuttavuuden arviointi on välttämätöntä kehittämistyön ja päätöksenteon tueksi.

Avainsanat: terveyden edistäminen, hyvinvoinnin edistäminen, terveys, hyvinvointi, johtaminen, päätöksenteko, hyvinvointikertomus, IVA-menetelmä, TEJO-hanke

# Sisällys

Tiivistelmä	
Kuvio- ja taulukkuuettelo .....	6
Kirjoittajat.....	7
TAUSTA .....	9
1 Johdanto .....	9
2 Kansallisesta hyvinvointipolitiikasta kuntien hyvinvointistrategioihin.....	12
Johdanto.....	12
Hyvinvointistrategiasuosituksset .....	13
Kuntien hyvinvointistrategiat 2000-luvun alussa .....	16
Pohdinta .....	17
3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kunnissa – rakenteet ja johtaminen kehittämisen haasteena.....	21
Esitutkimuksen tulokset kehittämishankkeen taustalla .....	21
Selvityksistä kehittämistyötä ohjaaviin johtopäätöksiin .....	22
TEJO-hankkeen lähtökohtia .....	24
TEJO KEHITTÄMISHANKKEENA .....	26
4 TEJO-kehittämistyön konsepti .....	26
Tavoitteet .....	26
Toteutus.....	27
Kehittämispöytäkirjan kulku .....	30
5 Kuntien kehittämissuunnitelmat .....	34
Kehittämispöytäkirjojen arviointia .....	34
TEJO-hankkeiden kuntakuvaukset .....	39
Toisen aallon hankkeet ammattikorkeakoulujen koordinoimana.....	52
TERVEYDEN EDISTÄMINEN KUNNISSA .....	57
6 Terveyden edistäminen kuntien virallisissa asiakirjoissa.....	57
7 Terveyden edistäminen teemana dialogeissa.....	60
8 Terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen kuntajohdon kuvaamana.....	66
Haastattelujen toteutus .....	66
Tulokset .....	67
Toimintaympäristö ja muutosten ennakointi .....	67
Strateginen suunnittelu ja toteutus .....	69
Johtamiskäytännöt, koordinaatio ja yhteistyö.....	71
Rakenteet ja organisointi .....	74
Hyvinvointiosaaminen ja koulutus.....	76
Terveystyön ohjelman tunnettuus ja toteutus.....	77
Miten kuntajohtajat kehittäisivät terveyden edistämisen johtamista? .....	77
TERVEYDEN EDISTÄMISEN JOHTAMISEN TYÖVÄLINEITÄ .....	79
9 Hyvinvointikertomus .....	79
Johdanto.....	79
Hyvinvointikertomus hyväksi käytännöksi.....	80
10 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmä (IVA) .....	85
Johdanto.....	85
IVA-prosessi hyväksi käytännöksi .....	86
HANKKEEN KOKEMUKSET JA TULOKSET .....	89
11 Yhteenveto .....	89
TEJO-kehittämishankkeena .....	89
Stakes, ammattikorkeakoulut ja kunnat kehittämiskumppaneina .....	90
TEJO:n tuloksia.....	91

12	Pohdinta .....	96
13	Päätelmät .....	101
14	Jatkosuunnitelmat.....	104
	Lähteet .....	105
Liitteet:		
Liite 1.	Kuvaus TEJO-kunnista .....	109
Liite 2.	Työkokoukset ja koulutustilaisuudet.....	118
Liite 3.	Pilottikuntien organisaatiokuvaukset.....	120
Liite 4.	Kuntien TEJO-johto- ja ohjausryhmät sekä Stakesin työryhmä .....	121
Liite 5.	Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet.....	124
	Ottavan asiakirjassa terveyden edistämisen toimintalinjat.....	124

## Kuvio- ja taulukoluettelo

### Kuviot

KUVIO 1.	TEJO-kuntaprojektin rakenne .....	28
KUVIO 2.	TEJO-hankkeen kehittämisprosessi .....	31
KUVIO 3.	Hyvinvointikertomuksen johtopäätökset ja haasteet .....	42
FIGUR 4.	TEJO-processen i Närpes stad .....	45
KUVIO 5.	Hyvinvointikertomuksen tulkinta ja hyödyntäminen.....	47
KUVIO 6.	Vuosisykli hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä hyvinvointibarometrin tuottajat ....	49
KUVIO 7.	Pielisen Karjalan seudullisen hyvinvointistrategian valmisteluprosessi 2005–2006.....	54
KUVIO 8.	Pielisen Karjalan hyvinvointistrategian visio ja strategiset linjaukset .....	55
KUVIO 9.	Hyvinvointikertomuksen laadintaprosessi ja toimijat .....	82

### Taulukot

TAULUKKO 1.	Työkokousten ajankohdat, teemat ja osallistujien lukumäärä .....	29
TAULUKKO 2.	Valtakunnallisten koulutustilaisuuksien ajankohdat, teemat ja osallistujien lukumäärät .....	29
TAULUKKO 3.	TEJO-kehittämishankkeiden organisoituminen pilottikunnissa.....	35
TAULUKKO 4.	TEJO-ohjausryhmien kokoonpanot kunnissa.....	35
TAULUKKO 5.	Kehittämistyön vahvuudet ja kehittämishaasteet (Salo).....	38

## Kirjoittajat

Alppivuori Kristiina, suunnittelija, Espoo  
Esch Hanna, projektityöntekijä, Närpiö  
Ikonen Tarja, terveystuunnittelija, Pohjois-Karjalan Kansanterveyden keskus  
Jaatinen Kari, sosiaali- ja terveysjohtaja, Muurame  
Kauppinen Tapani, projektipäällikkö, Stakes  
Kautto Sari, projektisihteeri, Stakes  
Kyrönlahti Eija, yliopettaja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu  
Leino Irmeli, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu, Salon yksikkö  
Liimatainen Leena, koulutus- ja kehittäminen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
Luukkainen Sirpa, lehtori, Mikkelin ammattikorkeakoulu  
Minkkinen Tanja, projektisihteeri, Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
Nieminen Anna-Lena, forskningsassistent, Svenska Yrkehögskola  
Nelimarkka Kirsi, tutkija, Stakes  
Olsio-Tuisku Anna-Greta, johtava hoitaja, Närpiön terveyskeskus  
Perttilä Kerttu, kehittäminen, Stakes  
Rimpelä Matti, tutkimusprofessori, Stakes  
Ryttyläinen Katri, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
Sihvo Päivi, opettaja, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu  
Tikkanen Ulla, sosiaali- ja terveysjohtaja, Kauniainen  
Uusimäki Mervi, projektipäällikkö, Oulu  
Uusitalo Minna, tutkija, Stakes  
Ylönen Anne, tutkija, Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
Yrjänäinen Hilka, yliopettaja, Oulun seudun ammattikorkeakoulu

# TAUSTA

## 1 Johdanto

Terveyspoliittisessa keskustelussa vallitsee vahva yhteisymmärrys siitä, että terveyden edistäminen edellyttää laajaa osallistumista, poliittista tukea ja eri yhteiskuntapolitiikkalohkojen vastuun ottamista (WHO 2005). Suomessa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kirjattu kuntalain ensimmäiseen pykälään kunnan tehtäväksi (Kuntalaki 1995/365). Tehtävästä vastaa lain mukaan asukkaiden valitsema valtuusto.

Käytännössä vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä on yhteisvastuuta. Ihmiset päättävät itse valinnoistaan, elintavoistaan ja osittain myös elinoloistaan. Valintoihin vaikuttavat lähiyhteisö, elinolot, elinympäristö, omat tiedot ja taidot sekä palvelujärjestelmän tapa toimia. Palvelujen saatavuus ja järjestelmän toimivuus tukevat terveyttä ja erilaiset yhteiskuntapolitiittiset ratkaisut vahvistavat tai heikentävät terveen elämän rakenteita. Työ, toimeentulo, koulutus, asumisviihtyisyys, sosiaaliset verkostot, elinympäristö ja arjen sujuminen ovat terveyden taustatekijöitä eli determinantteja, jotka vaikuttavat terveyteen monella tavalla. Terveyden edistämisen tavoitteellinen toiminta edellyttää tietoista johtamista.

Terveyden edistämisen ja hyvinvointijohtamisen haasteet ovat 2000-luvulla melko lailla erilaiset kuin 1970- ja 1980-luvuilla, jolloin valtiovalta ohjasi suunnittelua ja seurantaa kiinteästi voimavara- ja normiohjauksen keinoin. 1990-luvulla kuntien hyvinvointivastuu kasvoi. Taloudellisen tiukkuuden kasvaessa terveyden edistäminen, sen johtaminen ja kehittäminen jäivät sairaanhoitopainotteisen politiikan varjoon. Edellisellä vuosikymmenellä rakennettua terveyskasvatuksen yhdyshenkilöjärjestelmää purettiin vähitellen ja ehkäisevien palvelujen voimavaroja supistettiin suhteessa enemmän kuin muita palveluja.

Uuden vuosituhaten alkaessa kiinnostus hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtäviä kohtaan kasvoi ja terveyden edistäminen nostettiin monien kuntien suunnitelmissa yhdeksi strategisista painoalueista. Väestön hyvinvointi ja terveys ymmärrettiin kunnan menestystekijäksi ja kehittymisen perusedellytykseksi. Hyvinvointivastuu pyrittiin ottamaan haltuun moniammatillisen ja monialaisen strategiatyön avulla (Kurkinen 2003; Perttilä 1999; Uusitalo ym. 2003).

Väestön tarpeista lähtevä terveyden edistämisen toimeenpano ei kuitenkaan ole itsestään selvyyss sektorijohtoisissa hallintokäytännöissä. Idealistiset ja kaiken kattavaan hyvinvointiin pyrkivät strategiat saattoivat jäädä toteutumatta siksi, että hallinnonrajat ylittävien ja verkostomaisten käytäntöjen johtaminen ei toiminut sektorijakoisissa johtamisjärjestelmissä. Yhteisvastuu poikkihallinnollisten tehtävien hoitamisesta ei ollut selvää. Johtamiskäytännöt, yhteistyö ja toiminnan resursointi vaativat kehittämistä. Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamiskäytäntöjen ongelmallisuuteen kiinnitettiin huomiota myös WHO:n Suomen terveyspolitiikan arviointiraportissa vuonna 2002. (STM 2002.)

TEJO – Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen -hanke käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta vuosille 2002–2005. Hankkeen tavoitteena oli selvittää paikallisia ja alueellisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamiskäytäntöjä sekä kehittää johtamisen työkaluja ja toimintamalleja. Kehittämiskumppaneina ovat olleet Stakesin johdolla kuusi kuntaa (Kauniainen, Muurame, Närpiö, Oulu, Salo ja Espoo) ja yksi seutukunta (Kuusiokunnat; Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri) sekä kuntien alueilla toimivat ammattikorkeakoulut ja lääninhallitukset.

TEJO-hanke jaettiin aluksi kahteen, myöhemmin kolmeen vaiheeseen; esitutkimukseen ja kaksivaiheiseen kuntien kehittämisprojektiin. Esitutkimuksessa selvitettiin kuntien hyvinvointi-

johtamisen käytäntöjä ja voimavaroja hankkeen lähtötilanteessa (Uusitalo ym. 2003). Selvityksen jälkeen hanke jaksotettiin terveyden edistämisen johtamisen työkaluja kehittävään ja johtamisen käytäntöjä selvittävään osioon (2004–2005), jota osiota kuvataan tässä raportissa. Kehittämishankkeen toisessa vaiheessa (2006–2009) keskitytään johtamisen työkalujen soveltamiseen, niiden arviointiin sekä terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjen tutkimukseen, kehittämiseen ja arviointiin.

TEJO on kehittämishanke, jota tuetaan tutkimuksella, koulutuksella ja verkostoyhteistyöllä. Kehittämistyön käytäntöjä jäsennetään tutkimuksen avulla samalla kun kehittämisen empiria haastaa uusiin arviointitehtäviin. Koulutus toimii kehittämistä koskevien kysymysten esille nostajana uusia käytäntöjä ja kuntien välistä vertaisoppimista tukien.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista käsitellään hankkeessa kaikkia hallinnonaloja kattavana tehtävänä ja koko kunnan toimintaan sisältyvänä intressinä.

*Terveyden edistäminen* määritellään tässä terveyteen sijoittamisena sekä tietoisena voimavarojen kohdentamisena ja terveyden determinantteihin vaikuttamisena. Kunnassa se tarkoittaa kaikkea sitä toimintaa, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen, ennen aikaisten kuolemien vähentäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen.

Kuntapolitiikassa puhutaan tavallisemmin hyvinvoinnin kuin terveyden edistämisestä. Tällöin halutaan varmistua siitä, että käsitteeseen sisältyy yksilön käyttäytymistä ohjaavan terveyskasvatuksen ja terveydenhuollon asiakastyön sekä terveyden suojelun lisäksi myös vaikuttaminen terveyden taustatekijöihin eli determinantteihin. TEJO-hankkeessa käytämme hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käsitteitä usein rinnakkain, selvyyden vuoksi.

Käsillä oleva raportti rakentuu hankkeen aikana kootuista monista aineistoista kuten kuntien ja ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöiden tuottamista prosessikuvauksista ja kuntaprojektien raporteista, kokousmuistioista, työryhmätyöskentelyjen havainnoista ja asiantuntijoiden kanssa käydyistä keskusteluista, koulutuspäivien keskusteluista, kuntien asiakirjoista, luottamushenkilö- ja kuntajohdon haastatteluista, teemaseuladialogeista, aiemmista menetelmäkehittämisen kokemuksista ja alan kirjallisuudesta. Raportti jakaantuu viiteen osioon, joihin kaikkiin sisältyy kehittämiskumppaneiden tuottamaa aineistoa tavalla tai toisella. Raportin eri osiot on kirjoitettu itsenäisiksi luvuiksi, mikä helpottaa raportin osittaista hyödyntämistä.

Taustaluvussa kuvataan suomalaisten kuntien hyvinvointipolitiikan kehitystä 1980-luvun lopusta vuoteen 2002, jolloin TEJO-hanke käynnistettiin. Asiakirjoihin perustuvan katsauksen lisäksi luvussa käsitellään kahdesta kyselystä koottuja tietoja hyvinvointipoliittisen strategiatyön etenemisestä kunnissa. Kolmannessa taustaluvussa tiivistetään TEJO-hankkeen esitutkimuksesta johdetut päätelmät kehittämishanketta ohjaaviksi johtopäätöksiksi.

Toisessa osiossa luvussa neljä kuvataan TEJO-kehittämistyön konsepti, tavoitteet, toteutus ja kehittämisprosessi. Luvussa viisi arvioidaan kuntien kehittämishankkeita ja kuvataan tiiviisti kuntakohtaiset prosessit. Kirjoittajina tässä luvussa ovat pilottikuntien ja ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöt.

Kolmannessa osiossa käsitellään terveyden edistämisen ilmenemistä kuntien asiakirjoissa (luku 6), luottamushenkilö- ja viranhaltijajohdon näkemyksiä terveyden edistämisestä kunnassa teemaseuladialogien avulla (luku 7) ja haastattelujen (luku 8) avulla koottuina. Asiakirja-analyysi on julkaistu laajemmin Stakesin Työpapereita -sarjassa 8/2005 (Uusitalo ym. 2005). Teemaseuladialogeista ja johdon haastatteluista on raportoitu koulutustilaisuuksissa ja työkokouksissa. Teemaseuladialogeissa hahmotetaan kuntajohdon yleistä näkemystä siitä, mitä ovat terveyden edistämisen tehtävät ja strategiset kysymykset ja miten näihin asioihin voitaisiin vaikuttaa. Johtamista ja rakenteita koskeva haastattelututkimus jäsentää terveyden edistämisen johtamista muutosten ennakkoinnin, strategisen suunnittelun, johtamiskäytäntöjen sekä rakenteiden ja osaamisen näkökulmasta hankkeen alkuvaiheessa.



Neljännessä osiossa kuvataan hankkeessa käytettyjä johtamisen työvälineitä; hyvinvointikertomusta (luku 9) ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA) (luku 10) yleistäen kertomuksen valmisteluprosessia ja IVA-menetelmän soveltamista kuntatyössä. Kuvauksen kehikkona on käytetty Stakesin ”hyvät käytännöt” -prosessikuvausta.

Viimeinen osio koostuu yhteenvedosta, pohdinnasta ja päätelmistä. Yhteenvedossa (luku 11) arvioidaan Stakesin, ammattikorkeakoulujen ja kuntien kehittämissyhteistyötä ja analysoidaan vuosien 2004–2005 aikana saatuja tuloksia ja kokemuksia. Luvussa 12 pohditaan terveyden edistämisen kuntatyön problematiikkaa, käsitteen määrittelyn tarvetta ja tapoja sekä hyvinvointitiedon ja seurantajärjestelmien hyödyntämisen problematiikkaa. Lisäksi pohditaan terveyden edistämisen rakenteita ja johtamisen edellytyksiä. Raportti päättyy vaiheeseen, jossa terveyden edistämisen rakenteet ja johtamisjärjestelmä odottavat vakiinnuttamista. Luvussa 13 tiivistetään kehittämishankkeesta saatujen kokemusten pohjalta terveyden edistämisen johtamisen perusedellytyksiä ja tulevaisuuden kehittämistarpeita.

TEJO-kehittämishankkeeseen osallistuneet kunnat ja ammattikorkeakoulut vuosina 2004–2005 sekä yhdyshenkilöt:

Espoo	Suunnittelija Kristiina Alppivuori
Kauniainen	Sosiaali- ja terveysjohtaja Ulla Tikkanen
Muurame	Sosiaalijohtaja Kari Jaatinen
Närpiö	Johtava hoitaja Anna-Greta Olsio-Tuisku, Projektityöntekijä Hanna Esch
Oulu	Projektipäällikkö Mervi Uusimäki
Salo	Perusturvajohtaja Paavo Varis
Kuusiokunnat (Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä, Ähtäri)	Hallintojohtaja Tero Järvinen
Arcada	Yliopettaja Carola Wärnä
Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Koulutuspäällikkö Leena Liimatainen
Laurea-ammattikorkeakoulu	Yliopettaja Kaija Pessa
Oulun seudun ammattikorkeakoulu	Yliopettaja Hilkkä Yrjänäinen
Seinäjoen ammattikorkeakoulu	Yliopettaja Eija Kyrönlahti
Turun ammattikorkeakoulu	Lehtori Irmeli Leino
Vaasan ammattikorkeakoulu	Lehtori Hans Frantz
Yrkeshögskolan Vasa	Forskningsassistent Anna-Lena Nieminen

## 2 Kansallisesta hyvinvointipolitiikasta kuntien hyvinvointi-strategioihin<sup>1</sup>

MATTI RIMPELÄ, Stakes

### Johdanto

Suomen hyvinvointia rakennettiin 1990-luvulle saakka ’hyvinvointivaltion’ strategialla. Valtio ja kunnat tekivät tiivistä yhteistyötä, jossa molempien roolit olivat selvät. Strateginen ja toimintapoliittinen harkinta keskittyi valtionhallintoon. Kuntien tehtävänä oli toteuttaa näitä strategioita.

Keskustelu hyvinvointivaltion tulevaisuudesta laajeni 1980-luvulla. Yhä useammat alkoivat kysyä, oliko valtiojohtoinen strategia ja valtion ja kuntien perinteinen työnjako viisasta myös tulevaisuudessa. 1990-luvun alussa tämä keskustelu kypsyi suureen hallinnonuudistukseen, jota valtion ja kuntien vakavat taluskriisit vauhdittivat.

Kunnista tuli 1990-luvun alussa hyvinvointipolitiikan tärkeimmillä sektoreilla, sosiaalitoimessa, terveystoimessa ja koulutoimessa, aikaisempaa itsenäisempiä toimijoita. Kun samanaikaisesti poistettiin valtionhallinnon oikeus normien antamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet alenivat nopeasti, kuntien oikeus omaan ’hyvinvointistrategiaan’ vahvistui ehkä enemmänkin kuin alun perin oli ajateltu. Yhden hyvinvointivaltion rinnalle oli tullut noin 440 kuntaa ja niiden lukuisat kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit ja muut hallinnolliset yksiköt.

Valtio-kuntasuhteen uudistuksen käsikirjoitukseen oli kirjoitettu sisään ’hyvinvointikunnan’ idea, vaikka tuota termiä ei otettukaan käyttöön. Viime vuosikymmenen sosiaali- ja terveyspoliittisissa strategia-asiakirjoissa näkyy selvästi kuntien nouseminen itsenäisiksi toimijoiksi valtion rinnalle. Yhteisenä odotuksena oli, että aiemmin koko valtion tasolla menestykselliseksi osoittautunut strateginen ja toimintapoliittinen harkinta jatkuisi nyt kunnissa. Käytännön toimenpiteeksi suositeltiin kunnan strategian ja politiikan linjaamista sekä yleisissä hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa että eriytyvien sektoreiden ja teemojen ohjelmissa.

Kuntien hyvinvointipoliittisten ohjelmien idut olivat näkyvissä jo 1980-luvulla. Vuosikymmenen lopussa esimerkiksi Hyvinkäällä valmisteltiin sosiaalipoliittinen ohjelma. Vuoden 1990 mielenterveyslain valmistelussa kunnan vastuuta korostettiin. Stakesin raportissa ”Mielenterveysyö kunnan asialistalle” esitettiin, että kunnan on syytä ”luoda yhteinen käsitys siitä, millaista mielenterveyspolitiikkaa alueella toteutetaan, mitä palveluja järjestetään ja millä tavalla”. Samalla kunnassa tulisi sopia yhteisesti hyväksyttävistä periaatteista, käytännöistä ja yhteistyöstä. (Stakes 1993, ks. myös Rimpelä 2001.) Vuoden 1986 päihdehuoltolaissa korostettiin kuntien tehtäviä, mutta kunnallisia päihdestrategioita alettiin valmistella vasta 1990-luvun puolivälissä (Kekki 1998). Kun 1980-luvun loppupuolella vanhustenhuollon rakennemuutos tuli ajankohtaiseksi, suositeltiin kunnille erityisten toimintaohjelmien laatimista. Lukuisat kunnat ovatkin eri nimillä ja vaihtelevilla sisällöillä valmistelleet vanhuspoliittisia strategioita ja ohjelmia (Vaarama ym. 2001).

Paikallisuuden ja paikallisten hallintoyksiköiden nousu valtion rinnalle itsenäisinä areenoina ja toimijoina ei ollut vain Suomelle ominaista kehitystä. Pikemminkin voidaan todeta, että Suomi seurasi paljolti kansainvälistä liikettä tutkimuksessa ja politiikassa (Bracht 1990). Maailman Terveysjärjestön johdolla oli jo pitkään korostettu paikallistason merkitystä. Suomalaisen kunnan

<sup>1</sup> Tässä luvussa kuvataan suomalaisten kuntien hyvinvointipolitiikan kehitystä 1980-luvun lopusta vuoteen 2002, jolloin TEJO-hanke käynnistettiin. Asiakirjoihin perustuvan katsauksen lisäksi luvussa esitellään kahdessa kyselyssä kertyneitä tietoja hyvinvointipoliittisen strategiatyön etenemisestä kunnissa. Vuoden 2002 kysely kunnille kohdistui lapsiin ja nuoriin ja siksi tulostuksessa painottuvat lapsipoliittiset ohjelmat. Tämä luku on pääosin kirjoitettu vuoden 2002 lopussa ja kuvaa siis aidosti tuolloin käytettävissä olleita tietoja ja tärkeitä koettuja kysymyksiä.

kannalta tätä strategiaa havainnollisti WHO:n Terve Kaupunki -ohjelma (ks. Perttilä 1999; [www.who.dk/healthy-cities](http://www.who.dk/healthy-cities)).

Tässä luvussa tarkastellaan hyvinvointipolitiikan strategisen vastuun siirtämistä ja siirtymistä kunnille ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmista. Luvussa kuvataan kuntien hyvinvointipolitiikkaa koskevien pohdintojen ja suositusten kehitystä 1990-luvulla Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman ja ehkäisevän sosiaalipolitiikan asiakirjoissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa. Seuraavaksi esitetään tuloksia vuosina 2000 ja 2002 tehdyistä kuntakyselyistä, joissa selvitettiin hyvinvointipoliittisten ohjelmien valmistelua ja hyväksymistä. Lopuksi tämän aineiston perusteella pohditaan, miten 1990-luvun idea kunnasta oman hyvinvointistrategiansa valmistelijana ja toteuttajana on toteutunut vuoteen 2002 mennessä.

## Hyvinvointistrategiasuositukset

*Terveyttä kaikille -ohjelmat:* Suomen ensimmäinen Terveyttä kaikille -ohjelma valmisteltiin 1980-luvun puolivälissä. WHO:n johdolla tehdyn arvioinnin jälkeen ohjelma uudistettiin 1990-luvun alussa (STM 1993). Arvioinnissa oli korostettu yhteistyötä eri sektoreiden ja myös eri tasojen kesken. Paikallisuus ja kunnat olivat selvästi esillä arvioinnissa, mutta ensisijaisesti ohjelman toimeenpanon ja valtion ohjauksen näkökulmasta, ei niinkään itsenäisinä toimijoina. Arviointiryhmä piti tärkeänä, että sosiaali- ja terveysministeriölle turvataan mahdollisuudet terveyspolitiikan strategiseen suunnitteluun, vaikka kuntien vastuut ja myös itsenäisyys olivat lisääntyneet:

”Kun normiohjaus vähenee ja valtionosuus uudistus lisää kuntien taloudellista ja toimintapoliittista itsenäisyyttä, keskushallinnon ohjauskeinoja on pohdittava uudelta pohjalta” (ks. STM 1993).

Uusitun ohjelman ydinteemana oli yhteistyö, jota korostettiin myös raportin nimessä: ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – Uudistettu yhteistyöohjelma”. Yhteistyön rinnalla tärkeitä teemoja olivat väestöryhmien väliset terveyserot ja ehkäisevä terveyspolitiikka. Ohjelman toimeenpanoa pohdittaessa korostettiin paikallisia terveysstrategioita:

”Keskushallinto panostaa vuonna 1993 pohjatyöhön, joka tarjoaa kehyksen paikallisten terveysstrategioiden rakentumiseksi. Lääninhallitukset ja sairaanhoitopiirit tukevat kuntien valmiuksia kehittää vuosina 1993–95 paikallisia strategioita.” (STM 1993.)

Kuntien rinnalla korostettiin myös kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen aloitteellisuutta ja yhteistyötä laajaan jakeluun tarkoitettulla kirjasella: ”Terveys on tekojen asia - Virikekirjanen paikalliseen yhteistyöhön Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman mukaisesti” (Kokko 1993). Ensimmäiseen TK 2000 -ohjelmaan verrattuna uudistettu yhteistyöohjelma siirsi selkeästi painopistettä paikalliseen toimintaan ja hallinnollisesti valtion rinnalle tulivat tärkeinä itsenäisinä toimijoina kunnat.

Jo ohjelman uudistusvaiheessa oli käynnistynyt kansalaisyhteistyöhön perustuva terveyden edistämisen kehittämishanke kahdessa kunnassa (ks. Eklund 1999). Kansalaistoiminnan rinnalla kunta nousi ydintoimijaksi, kun sosiaali- ja terveysministeriö aloitti yhdessä Stakesin ja Suomen Kuntaliiton kanssa 1994 erityisen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -kuntaohjelman. Seitsemässä kunnassa toteutuneen kehittämishankkeen tulokset julkaistiin vuonna 1996 valmistuneessa loppuraportissa ja Kerttu Perttilän väitöskirjatutkimuksessa (Perttilä 1999). Loppuraportissa suositeltiin kunnille terveyspoliittisen ohjelman valmistelua:

”Suositellaan, että kunnat valmistelevat terveystoimintansa ohjelman, jossa terveyden edistäminen on osa kuntastrategiaa. Valmistelun tulee olla laajapohjaista ja kunnanvaltuuston tulee hyväksyä ohjelma.

Kunnassa kannattaa käydä terveydestä laaja-alaista arvokeskustelua, jossa väestön terveyttä ja sen edistämismahdollisuuksia käsitellään monipuolisesti. Kunnallisissa päätöksissä ratkaisuvaihtoehtojen terveysvaikutukset tulisi arvioida, jotta suunnitteilla olevien päätösten merkitys väestön terveydelle voidaan punnita muiden argumenttien rinnalla.

Jokaisen kunnan on rakennettava terveyden edistämistoimintansa omista lähtökohdistaan, mutta myös muualla saatuja kokemuksia tulee pyrkiä hyödyntämään. Terveyden edistäminen etenee kunnissa oppimisprosessina, jossa kehitysvaiheita ei voida yleensä ohittaa.” (STM 1996.)

TK 2000 -ohjelman toteutumista arvioitiin kansallisessa seminaarissa vuonna 1998. Päätöspuheenvuorossa neuvotteleva virkamies Tapani Melkas sosiaali- ja terveysministeriöstä tiivisti kuntien oman hyvinvointipolitiikan haasteet selkeästi:

”Aikaisemmin kunnat olivat enemmänkin valtionhallinnon jatke, jotka oli tarkoin ohjeistettu tekemään asioita, joita valtio halusi tapahtuvan paikallistasolla. Nyt kunnille on annettu vastuu tehtäväkokonaisuuksista. Tämä uusi vapaus ja toisaalta se laaja toimintatavalta, johon täälläkin on monessa puheenvuorossa viitattu, mahdollistavat kunnille tehokkaiden keinojen etsimisen.

...

Kun kunta nähdään toimijana, nousee oleelliseksi kunnan keskusjohdon sitoutuminen terveyden edistämiseen. Tämä on avain siihen, että terveyttä edistettäisiin sektorien välisellä yhteistyöllä. Seminaarissa on tänään tullut esille mainiona asiana kunnan johdon tulostavoite terveyden edistämiseksi. Tämä edellyttäisi kuitenkin informaatiojärjestelmien kehittämistä.... Luulen, että mahdollisuus saada aito palaute siitä, onko kuntalaisten terveys parantunut vai huonontunut, edistäisi kunnan johdon sitoutumista terveyden edistämiseen pitkällä tähtäimellä.” (STM 1998.)

Alun perin Terveyttä kaikille -ohjelman tavoitevuotena oli 2000. Kun tämä vuosi saavutettiin, ohjelma uusittiin ja vuonna 2001 valtioneuvosto teki periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta (STM 2001, ks. myös [www.terveys2015.fi](http://www.terveys2015.fi)). Ohjelmassa korostettiin kuntien keskeistä roolia ja tiivistettiin se kahteen toimintasuuntaan:

”16. Kuntia tuetaan terveyden edistämiseksi ja sen seurannan ja arvioinnin kehittämiseksi, esimerkiksi osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia, tarjoamalla asiantuntemusta. Paikallisia innovatiivisia kehittämishankkeita tuetaan myös tähän toimintaan osoitetuilla määrärahoilla. Tasapuolisen ja laadukkaan terveydensuojelun turvaamiseksi kuntia tuetaan lisäämään keskinäistä yhteistoimintaa.

17. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan asiantuntijalaitokset lisäävät kuntayhteistyötä ja vahvistavat tutkimus- ja kehittämistyönsä avulla kuntien mahdollisuuksia toteuttaa tämän ohjelman tavoitteita.” (STM 2001.)

*Ehkäisevä sosiaalipolitiikka:* Ehkäisevä sosiaalipolitiikka nousi 1990-luvulla virallisen sosiaalipoliittisen keskustelun tärkeäksi teemaksi (Rauhala 1998). Vuonna 1992 valmistui sosiaali- ja terveysministeriössä ehkäisevää sosiaalipolitiikkaa käsitelleen työryhmän muistio (STM 1992). Työryhmä piti tärkeänä kuntakohtaisia ehkäisevän sosiaali- ja terveystoiminnan ohjelmia. Seuraavana vuonna käynnistettiin Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojekti, jossa etsittiin uudenlaista vuoropuhelua kunnan ja valtion välillä ja myös suhteissa kansalaiseen. (Lehtinen & Valtonen 1997; Pajukoski 1996; Pajukoski 1998; Pajukoski 2000; Väärälä 1994.)

Ehkäisevässä päihdetyössä on 1990-luvun alusta alkaen korostettu paikallisten toimijoiden roolia sekä erityisissä kehittämishankkeissa että suosittelemalla kunnille oman päihdestrategian valmistelua (ks. Kekki 1998; Romppanen 2002) ja päihdeyhdyshenkilöverkon perustamista (Warpenius 2002).

*Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset suunnitelmat:* Kunnan tehtäviä ehkäisevässä sosiaali- ja terveyspolitiikassa korostettiin jo 1990-luvun alun valtakunnallisissa suunnitelmissa, mutta tuolloin ei vielä puhuttu kuntien omista strategioista. Syksyllä 1992 hyväksytyssä suunnitelmassa todetaan, että ”ehkäisevällä työllä seurataan kunnan sosiaalisia ja terveydellisiä oloja, havaitaan epäkohtia ja tunnistetaan riskejä sekä toimitaan niiden välttämiseksi ja poistamiseksi” (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 1992). Seuraavan vuoden valtakunnallisessa suunnitelmassa suositellaan ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan kunnallisia toimintaohjelmia:

”Paikallisiin oloihin sovitettut, eri tahojen yhteistyönä laaditut ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan toimintaohjelmat ovat keinoja kunnan väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja parantamisessa.” (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994–1997 1993.)

Vuosina 1994–1995 valmistelluissa suunnitelmissa kunnan rooli pysyi ennallaan. Uuteen vaiheeseen tullaan seuraavassa suunnitelmassa, jossa on oma luku ”Kunta sosiaali- ja terveyspolitiikan avaintekijänä”. Tässä luvussa selvennetään valtion ja kunnan tehtäviä ja korostetaan kunnan vastuuta. Ensimmäisen kerran suositellaan selvästi kunnille hyvinvointipoliittisen ohjelman laatimista:

”Kunnalla on keskeinen asema paikallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan toteuttamisessa. ... Kunnan keskeinen asema ... on haaste kunnan johdolle. Se kantaa vastuun sekä kunnan sosiaali- ja terveyspoliittisista strategioista että niiden käytännön toteuttamisen hallinnollisista edellytyksistä.” (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997–2000 1996.)

Vuonna 1998 valmistellussa viimeisessä vuosittaisessa valtakunnallisessa suunnitelmassa sidotaan hyvinvointipoliittinen ohjelma kuntastrategiaan ja ohjataan yksityiskohtaisemmin sen valmistelua:

”Kunnan hyvinvointipoliittinen ohjelma konkretisoi kuntastrategiassa määriteltyjä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistavoitteita. Hyvinvointipoliittinen ohjelma voidaan jäsentää painoalueittain tai kohderyhmittäin hyödyntäen vastaavia valtakunnallisia ohjelmia ja suosituksia. Ohjelmaan tulee sisällyttää myös seuranta, jonka avulla voidaan arvioida ohjelman toteutumista ja tuloksia sekä kehittää ohjelmaa.

Hyvinvointipoliittisen ohjelman ja siihen sisältyvien muiden ohjelmien ja projektien (esim. päihdepoliittinen ohjelma, vanhuspoliittinen ohjelma) suunnittelussa, toteuttamisessa, seurannassa ja arvioinnissa sekä erityisesti eri hallintokuntien ja vapaaehtoistahojen terveyden edistämistyön koordinoinnissa on kunnissa yhtenä voimavarana terveyskasvatuksen yhdyshenkilö.” (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002 1998.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite ja toimintaohjelma 2000–2003 (TATO) on valtioneuvoston hyväksymä ohjelma, johon on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen valtakunnalliset tavoitteet sekä suositukset niitä toteuttaviksi toimenpiteiksi (STM 1999). Ensimmäisen TATO:n arviointiraportissa (STM 2003) korostettiin, että keskeisenä tavoitteena oli hyvinvointipoliittikan ja sitä tukevan ohjelmatyön tuominen alue- ja kuntatason ohjausvälineeksi. Raportti antaa

varsin myönteisen kuvan ohjelmatyön etenemisestä. Noin 90 prosentissa kunnista oli laadittu jonkinasteinen hyvinvointistrategia tai -ohjelma.

*Yhteenvedoa asiakirjoista:* Kunnallisen hyvinvointipolitiikan idea alkoi kiteytyä 1980–1990-lukujen vaihteessa ja vuosikymmenen puoliväliin tultaessa se oli jo selkiytynyt käytännöllisiksi toimintasuosituksiksi. Vuosina 1993–1996 puhuttiin sosiaali- ja terveystalouden toimintaohjelmista, terveystaloudellisista ohjelmista ja muista tietyn sektorin tai teeman ohjelmista. Kunnallinen hyvinvointistrategia hahmottui enemmän erillisten ohjelmien ja projektien kokoelmana kuin yhtenä ohjelmalla. Vuosina 1997–1998 ydinkäsitteeksi nousi kuntastrategiaa täydentävä ”hyvinvointipoliittinen ohjelma”. Vuodesta 1998 alkaen on kunnille suositeltu hyvinvointipolitiikan selkiyttämistä ja strategisten valintojen kiteyttämistä erityisessä hyvinvointipoliittisessa ohjelmassa ja sitä täydentävissä sektori- ja teemakohtaisissa ohjelmissa ja projekteissa.

## Kuntien hyvinvointistrategiat 2000-luvun alussa

Kuntien hyvinvointistrategiatyön etenemistä selvitettiin 2000-luvun alussa kahdella kyselyllä. Huhtikuussa 2000 tehtiin kunnanjohtajille sähköpostikysely kunnan hyvinvointipoliittisista strategioista ja ohjelmista. Lääninhallitusten toteuttaman peruspalvelujen arvioinnin valmistelun vuoksi tehtiin syksyllä 2001 kunnille kysely, jonka päätehtävänä oli selvittää nuorten syrjäytymisen ja huumeiden käytön ehkäisyä. Samalla kysyttiin myös lapsiin ja nuoriin kohdistuneita hyvinvointipoliittisia ohjelmia.

Kuntajohtajien kyselyyn (2000) saatiin vastauksia yhteensä 346 kunnasta (78 %). Lähes joka kolmannen kunnan/kaupunginjohtaja ilmoitti, että heillä oli erityinen kuntastrategia-asiakirja. Noin joka kymmenennellä (12 %) kunnalla oli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia tai ohjelma, joista joka toinen (6 % vastanneista) oli hyväksytty valtuustossa. Ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden ohjelmia ilmoitti 6 prosenttia kunnista. Reilussa neljänneksessä kunnista (27 %) oli kunnanjohtajan mukaan valmisteilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia tai ohjelma.

Tietyn sektorin tai teeman strategioita ja ohjelmia ilmoitettiin varsin runsaasti. Vanhustenhuollon strategia tai ohjelma oli runsaassa puolessa kunnista (62 %) ja ehkäisevän päihdetyön strategia tai ohjelma joka kolmannessa kunnassa (31 %). Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämisen strategioita/ohjelmia ilmoitti neljännes (21 %). Muita sektori- ja/tai teemakohtaisia strategioita ja ohjelmia ilmoitti joka viides vastaaja.

Yhteensä 49 kuntaa (14 % vastanneista) ilmoitti, että kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa on hyvinvointia koskevia tavoitteita.

*Peruspalvelujen arviointikyselyyn 2001* vastasi 351 kuntaa, 79 prosenttia kaikista kunnista. Pienten kuntien vastausprosentti oli keskimääräistä huonompi. Kyselyn tuloksia hyvinvointipoliittisista ohjelmista ei ole aikaisemmin julkaistu.

Yleisiä hyvinvointipoliittisia ohjelmia ilmoitti hyväksyneensä 22 kuntaa ja valmisteilla tällaisia ohjelmia oli 28 kunnassa. Vain neljä ohjelmaa oli hyväksytty 1990-luvulla, loput vuosina 2000–2001. Hyvinvointipoliittiset ohjelmat oli useimmiten hyväksytty valtuustossa. Puolet niistä oli kunnallisia, neljännes oli valmisteltu seutukunnassa, yksi maakunnassa ja yksi kuntayhtymässä.

Yhden tai useampia vuoden 2001 loppuun mennessä hyväksytyjä lasten ja nuorten hyvinvointia käsitteleviä ohjelmia tai strategioita ilmoitti 54 prosenttia vastanneista. Lähes yhtä monta kuntaa (49 %) oli valmistelemassa tällaista ohjelmaa tai strategiaa. Vajaassa kolmanneksessa kunnista (28 %) lasten ja nuorten hyvinvointia käsittelevää ohjelmatyötä ei vastausajankohtaan mennessä oltu aloitettu tai koettu lainkaan tarpeelliseksi. Toisaalta lähes joka kolmannessa kun-



nassa (30 %) oli jo aikaisemmin hyväksytty lapsia ja nuoria käsittelevä hyvinvointipoliittinen ohjelma ja vuoden 2002 alkaessa sitä uudistettiin tai valmisteltiin täydentävää uutta ohjelmaa. Puolet lapsipoliittisista ohjelmista oli hyväksytty valtuustossa, viidennes hallituksessa ja viidennes lautakunnassa. Lähes kaikki olivat yhden kunnan ohjelmia.

Yhteensä 109 kuntaa (31 %) ilmoitti valmistelleensa päihde- ja/tai huumeohjelman. Vajaa puolet päihde- ja/tai huumeepoliittisista ohjelmista oli hyväksytty valtuustossa, viidennes kunnanhallituksessa ja kolmannes lautakunnassa. Selvä enemmistö ohjelmista oli kuntakohtaisia (70 %). Noin joka kymmenes kattoi seutukunnan ja vajaa kymmenesosa oli valmisteltu kansanterveystyön kuntayhtymässä. Kolme kuntaa ilmoitti maakunnallisen päihde- ja huumestrategian.

Hyvinvointipoliittisten ohjelmien seuranta ja arviointia kysyttiin kolmella vaihtoehdolla. Varsin monet ohjelmia ilmoittaneet kunnat jättivät vastaamatta tähän kysymykseen. Vaihden hieman eri ohjelmissa 50–70 prosenttia kunnista ilmoitti, että ohjelman toteutumista ”seurataan vuosittain yleisen suunnittelun ja seurannan osana”. ”Ei seurata lainkaan” vaihtoehdon valitsi 10–20 prosenttia ohjelmia ilmoittaneista kunnista.

## Pohdinta

Viime vuosikymmenen puolivälissä kunnille suositeltiin ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan toimintaohjelmien valmistelua. Tuolloin kunnan hyvinvointipolitiikka ymmärrettiin sektori- ja teemakohtaisten ohjelmien ja projektien kokoelmaksi. Vuonna 1998 hyväksytyssä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnitelmassa kiteytettiin suositus hyvinvointipoliittisesta ohjelmasta (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002 1998). Vuoteen 2002 tultaessa kuntien hyvinvointipoliittista suunnittelua oli tuettu monin valtakunnallisilla hankkeilla. Stakesissa perustettiin Terveystyön edistämisen kuntastrategiat -ryhmä ([groups.stakes.fi/KHS](http://groups.stakes.fi/KHS)), joka tuki Terve Kunta -verkoston toimintaa ([info.stakes.fi/tervekunta](http://info.stakes.fi/tervekunta)), kehitti yhteistyössä 14 kunnan kanssa lasten ja nuorten hyvinvointiselontekoja (Suominen 1999a; Suominen 1999b; Suominen 2000; Suominen 2001a; Suominen 2001b) ja alkoi järjestää vuosittain valtakunnallisia Terve Kunta -päiviä ([info.stakes.fi/tervekuntapaivat](http://info.stakes.fi/tervekuntapaivat)). Stakes tuki erityisesti ikääntyvien tuen ([groups.stakes.fi/IKI](http://groups.stakes.fi/IKI); Vaarama ym. 2001), mielenterveystyön ([groups.stakes.fi/MTR](http://groups.stakes.fi/MTR)) ja ehkäisevän päihdetyön ([neuvoa-antavat.stakes.fi](http://neuvoa-antavat.stakes.fi); Romppanen 2002) kuntastrategioita.

Myös Suomen Kuntaliitto oli suositellut kunnille hyvinvointistrategiatyötä. Erityisesti huomiota oli kiinnitetty lapsiin julkaisemalla erityinen lapsipoliittinen ohjelma (Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta 2000). Kuntaliiton hallituksessa tammikuussa 2000 hyväksytty ohjelma edisti lapsilähtöistä suunnittelua ja päätöksentekoa paikallisesti ja valtakunnallisesti. Sen lähtökohtana oli YK:n lapsen oikeuksien sopimus, joka määrittelee lapsen oikeudet huolenpitoon ja osallisuuteen yhteiskunnan voimavaroista sekä päätöksentekoon osallistumisesta. ([www.ykliitto.fi/iotieto/lapsen.htm](http://www.ykliitto.fi/iotieto/lapsen.htm))

Kuntien yksityiskohtaisempaan ohjaamiseen suhtauduttiin 1990-luvun hallinnonuudistuksen jälkeen varovaisesti. Yleisten suositusten kiteyttämisen jälkeen ei valmisteltu yksityiskohtaisempia malleja strategioiden ja ohjelmien valmisteluprosesseista, sisällöistä, rakenteista eikä ehdotusten yhdistämisestä kunnan talous- ja toimintasuunnitteluun tai arvioinnin yhdistämisestä kuntatarkastukseen. Stakesin hankkeissa kuntien hyvinvointistrategiatyön tukemiseksi keskityttiin prosessikonsultaatioon ja jätettiin nämä valinnat kunnille. Oletettiin, että kuntien edessä omia teitään ja kokoontuessa ajoittain pohtimaan kokemuksiaan yhdessä, vähitellen löydettäisiin yhteisesti suositeltavia menettelyjä.

Mielenkiintoinen yksityiskohta valtakunnallisissa suosituksissa oli verraten vahva luottamus kunnissa toimiviin yhdyshenkilöverkostoihin. Kun valtioneuvosto hyväksyi hyvinvointipoliittisten

ohjelmien laatimista koskevan suosituksen, se samalla kiinnitti huomiota terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden asemaan ja tehtäviin (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002 1998). Myös ehkäisevässä päihdetyössä on pyritty rakentamaan kuntien yhdyshenkilöiden verkostoa. Warpeniuksen (2002) mukaan yhdyshenkilöverkoston perustaminen oli hallinnollinen reaktio desentralisaation luomaan hallintokulttuurien murrokseen.

Vuonna 2000 valmistunut tutkimus terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden toimintamahdollisuuksista ja vuoden 2002 tutkimus päihdeyhdyshenkilöistä päätyivät kuitenkin varsin pessimistiseen kokonaiskuvaan (Pirskanen & Pietilä 2000; Warpenius 2002). Kun tehtävänä oli valmistella laajassa yhteistyössä hyvinvointipoliittinen strategia, oli kohtuutonta odottaa, että parhaimmillaankin keskijohtoon kuuluva ja pääosin muita tehtäviä hoitava yhdyshenkilö olisi merkittävä voimavara.

Kun valmisteltiin suosituksia kuntien hyvinvointipoliittisista ohjelmista, taustalla saattoi edelleen olla kaksi erilaista käsitystä näiden strategioiden luonteesta: useiden sektori- ja teema-kohtaisten ohjelmien kokoelma vs. yleinen hyvinvointipoliittinen strategia ja siihen perustuvat toimintaohjelmat. Vuoden 2002 lopun kokemusten mukaan yhdyshenkilöverkostomalli voisi toimia rajattujen alueiden toimintaohjelmissa, mutta ei koko kunnan hyvinvointistrategian valmistelussa. Suositusten valmistelijoilla ei ehkä ollut vielä realistista käsitystä suositellun tehtävän vaatavuudesta kuntien hallinnon arjessa. Ehdotus sivutoimisen yhdyshenkilön tärkeästä roolista hyvinvointistrategian valmistelussa, sisältää implisiittisesti sen käsityksen, että kyseessä olisi melko vaivaton prosessi.

Kuntien hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimisesta vuosina 1998–2002 ei juurikaan ollut arviointitutkimusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman ensimmäisen vuoden arvioinnissa kuvattiin tilannetta, mutta ei esitetty arviointia etenemisestä (STM 2000). Kuntien päihdestrategioita oli seurattu hieman yksityiskohtaisemmin (Romppanen 2002) ja lasten ja nuorten hyvinvointiselonteista oli julkaistu erillisiä tutkimusraportteja (Suominen 1999a; Suominen 1999b; Suominen 2000; Suominen 2001a; Suominen 2001b). Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojekti päättyi arviointiraporttiin (Pajukoski 2000). Terveyden edistämisen kuntaprojektin (STM 1996) toiminnot jatkuivat, mutta niistäkin oli niukasti tutkimustietoa. Ensimmäiset yksityiskohtaisemmat tutkimukset kuntien hyvinvointistrategioista olivat tuolloin vasta käynnistymässä (Kinnunen 2002).

Kysely kunnanjohtajille keväällä 2001 toi esiin kuntien hyvinvointipolitiikan seurannan ja tutkimisen menetelmäongelmat. ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiaa” ei määritelty tarkemmin. Tämän sanayhdistelmän sisältö jäi vastaajien tulkittavaksi. Varsin pian todettiin, että kunnissa ei ollut yhtenäistä käsitystä tästä asiasta. Kahdessa eri kyselyssä saatiin kunnasta erilaisia vastauksia, kun vastaaja vaihtui. Käsitteistä hyvinvointi, hyvinvoinnin edistäminen, terveyden edistäminen, hyvinvointipoliittinen, hyvinvointistrategia ja hyvinvointiohjelma ei ollut yhteistä tulkintaa.

Käsitteiden ja kielen epäselvyys tuli esiin jo ensimmäisten kuntaprojektien arvioinnissa. Tutkittuaan kuntien strategia-asiakirjoja Perttilä ja kumppanit totesivat, että

”Terveyden edistämisen kielenkäyttö ... tuli monimerkitykselliseksi mutta samalla vaikeammin suunnitelmissa hallittavaksi. Terveyden edistämisen käsite on tullut kuntasuunnitelmiin kansallisten ja kansainvälisten terveyspoliittisten ideologioiden kautta. Ohjelmatasolla käsite on määritelty ideologisista lähtökohdista soveltuvaan globaalisti kaikkien käyttöön. Kunnan toiminnassa ohjelmien tasolla puhuttu kieli irtaantuu arkielämästä ja jää merkityksettömäksi.” (Perttilä ym. 1999).

Myös Lehtinen & Valtonen (1997) pohtivat kielen ja käsitteiden ongelmia etenkin eri sektoreiden pyrkiessä yhteistyöhön.



Hyvinvointi-käsitteiden rinnalla myös strategiakäsitteet osoittautuivat pulmallisiksi: Milloin pitäisi puhua strategiasta ja milloin ohjelmasta? Milloin voidaan päätellä, että kunnassa on kyseisesti asiasta hyväksytty strategia? Arvioidessaan ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojektia Pajukoski (2000) kiinnitti huomiota tähän ongelmaan. Hän huomautti, että yhtenäinen ohjelmakäsitys puuttui 1990-luvun puolivälissä niin valtionhallinnossa kuin kunnissakin. Kun juuri oli julistettu, että suunnittelun aika on ohi, alettiinkin suositella kunnille strategioita ja ohjelmia. (Pajukoski 2000).

Kyselyjen tarkoittamiksi strategioiksi ja ohjelmiksi ilmoitettiin eritasoisia asiakirjoja. Vaikka suurin osa oli hyväksytty valtuustossa, kyselyissä ilmoitettiin myös hallituksessa ja lautakunnissa hyväksytyjä asiakirjoja. Voidaanko puhua koko kunnan strategiasta, jos sitä ei ole hyväksytty valtuustossa? Valtuustokäsittelyssäkin on eri mahdollisuuksia. Useissa tapauksissa ohjelma-asiakirja oli esitelty valtuustolle ja merkitty tiedoksi ilman päätöstä jatkotoimenpiteistä. Strategioiden/ohjelmien kuvaa voisi selkiyttää niiden rajaaminen vain sellaisiin valtuuston hyväksymiin asiakirjoihin, joista on päätetty ja päätökseen sisältyy myös toimeenpanotehtävät ja -vastuut.

Noin viidennes kunnista jätti vastaamatta näihin kyselyihin. Useimmat vastaamatta jättäneet kunnat olivat pieniä ja voidaan olettaa, että niissä ei koettu erityisten ohjelma-asiakirjojen valmistelusta aiheelliseksi. Henkilökohtaisessa keskustelussa muutamat pienten kuntien johtavat viranhaltijat ja luottamushenkilöt totesivat, että kunnalla oli hyvinvointipoliittinen strategia, vaikka sitä ei erityisesti olekaan kirjattu. Pienessä kunnassa keskeiset vaikuttajat tuntevat toisensa ja linjoista on sovittu, vaikka niitä ei olekaan vahvistettu erityisessä asiakirjassa.

Valtakunnalliset suositukset hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimisesta on kunnissa otettu vastaan ja myös tulkittu vaihtelevasti. Kun neljä vuotta oli kulunut valtakunnallisen suunnitelman suosituksesta, useimmat kunnat olivat vielä tätä suositusta edeltävässä vaiheessa. Paikallinen hyvinvointistrateginen aktiivisuus alkoi tämän selvityksen mukaan nopeasti lisääntyä vuosituhanen vaihteessa. Voidaankin ajatella, että ennen vuotta 1999 hyvinvointipoliittisen suunnittelun aloittaneet kunnat ovat olleet varhaisia innovaattoreita ja vuosina 2000–2001 tämä sosiaalinen innovaatio on jo edennyt enemmistöön kuntia. Näin uudet asiat yleensäkin etenevät.

Hyvinvointistrategisen aktiivisuuden nopeaa lisääntymistä voisi selittää osin kansantalouden kehitys. 1990-luvulla kuntien henkiset voimavarat sitoutuivat tiukan talouden vaatimisiin muutoksiin. Lamavuosina leikattiin keskijohdon ja suunnittelun voimavaroja. Kun samalla työtahti kiristyi, voimat eivät riittäneet hyvinvointistrategiseen keskusteluun. Nopea taloudellinen elpyminen kevensi kuormaa vuosikymmen lopussa ja kunnissa alkoi olla henkisiä resursseja myös hyvinvointipoliittiseen suunnitteluun.

Kuntalaisten hyvinvoinnin huolestuttava kehitys oli paljon esillä kirjallisuudessa ja julkisuudessa vuosituhanen vaihtuessa. Päättäjät saattoivat kokea huonoa omaatuntoa niistä monista leikkauksista, joihin lamavuosina ajaututtiin. Kun hyvinvointipolitiikka sinänsä ei ole keskeinen intressi, voidaan ohjelman valmistelu ja hyväksyminen nähdä hyväksi keinoksi vähentää julkista kritiikkiä.

Varsin monet tekijät yhdessä siis myötävaikuttivat siihen, että 2000-luvun alussa nopeasti kasvava joukko kuntia ryhtyi valmistelemaan erilaisia hyvinvointipoliittisia strategioita ja ohjelmia, vaikka samalla vallitsi ilmeinen epä tietoisuus näiden sisällöstä, muodosta ja myös merkityksestä. Kokemuksen kertyessä alettiin myös kysyä, onko perusteltua valmistella omia ohjelmia jokaisessa kunnassa vai olisi parempi edetä yhteistyössä seutukunnissa tai maakunnissa. Vuoden 2001 kyselyssä mainittiin jo useiden ohjelmien kattavan seutukunnan tai maakunnan. Hyvinvointistrategiat eivät ole sisältyneet maakuntaliittojen toimeksiantoihin, vaikka ne muuten ovat kuntastrategioiden kannalta keskeisiä yhteistyöelimiä. Kansanterveystyön kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit ovat terveystaloudessa toimiva aluerakenne, mutta niiden ei ole luontevaa laajentaa toimintaansa koko hyvinvointipolitiikkaan. Muutamat seutukunnat ovat aktivoituneet

myös hyvinvointistrategisessa keskustelussa. Oma uusi toimija on tullut markkinoille, kun perustettiin sosiaalialan osaamiskeskukset.

Tämän selvityksen johdannossa kysyttiin, onko Suomessa 'hyvinvointivaltion' rinnalle tulleet noin 440 'hyvinvointikuntaa', kun kriteerinä pidetään kunnan oman hyvinvointistrategian hyväksymistä erityisessä hyvinvointipoliittisessa ohjelmassa. Kuvailevien aineistojen perusteella voidaan päätellä, että vuoden 2002 lopussa oltiin matkalla hyvinvointikunnan suuntaan, mutta edessä oli vielä pitkä taival. Enemmistö kunnista oli jo hankkinut kokemusta ainakin yhden teeman strategisista suunnitelmista, tavallisimmin ikääntyvien huollosta, ehkäisevästä päihdetyöstä, lapsipolitiikasta tai turvallisuudesta. Koko kunnan kattava hyvinvointipoliittinen strategia oli vuoden 2002 lopussa kuitenkin edelleen harvinaisuus.

Vuoden 2002 lopun tarkastelussa suurin osa strategioista ja ohjelmista oli hyväksytty 2–3 edellisen vuoden aikana. Tuolloin oli vain vähän kokemusta strategioiden ja ohjelmien elinkaaresta ja toteutumisesta. Strategioiden ja ohjelmien yhteydet kunnan hallinnolliseen rutiiniin näyttivät jääneen monessa suunnassa avoimiksi. Vain harvat kunnat ilmoittivat sisällyttäneensä selkeitä hyvinvointitavoitteita vuosittaisiin toiminta- ja taloussuunnitelmiin. Ohjelmien seurannasta ja arvioinnista saadut tiedot viittaavat useimmiten epämääräiseen järjestelyyn. Alustavien tietojen mukaan useissa strategioissa ja ohjelmissa ei käsitelty lainkaan toiminnan taloudellista puolta puhumattakaan ennakoitujen vaikutusten ilmaisemista mitattavissa olevilla hyvinvointi- ja talousindikaattoreilla.

Monissa raporteissa ja puheenvuoroissa nähtiin kuntien hyvinvointistrategioiden valmistelu oppimisprosessina. Syksyllä 2002 oli kulunut hieman yli kymmenen vuotta laman alusta, noin kymmenen vuotta valtion normiohjauksen purkamisesta ja neljä vuotta hyvinvointipoliittisia ohjelmia koskevasta suosituksesta. Siirtyminen hyvinvointivaltiosta hyvinvointikuntaan osoittautui jo tuolloin ennakoitua vaativammaksi haasteeksi. Tahdon ja innostuksen lisäksi tarvittiin myös työkalujen kehittämistä. Tästä esimerkkinä oli aikaisemmin lähes yksinomaan valtion intressejä palvelleiden hyvinvoinnin informaatiojärjestelmien kehittäminen tuottamaan kuntien kannalta relevanttia tietoa. Kinnunen (2002) kysyikin, olimmeko jälleen kerran tekemisissä sellaisen yhteiskunnallisen muutoksen kanssa, johon pyrittiin liian nopeasti, yksimielisesti ja lyhytnäköisesti.

Vuoden 2002 lopussa kertyneiden kokemusten perusteella ei tuntunut itsestään selvältä, että satojen toimijoiden hyvinvointistrategiaprosessi luonnonvoimaisesti johtaisi hyvään lopputulokseen. Tuolloin arveltiin, että muutaman vuoden innostuksen jälkeen maassa voisi olla lukuisia kunnallisia ja alueellisia hyvinvointipoliittisia asiakirjoja, mutta myös tuhansittain niiden turhautuneita valmistelijoita ja hyväksyjä. Tämän kielteisen näkymän välttämiseksi pidettiin tärkeänä, että mahdollisimman nopeasti kootaan kokemukset yhteen, arvioidaan ne kriittisesti ja valmistellaan suosituksia kunnallisen hyvinvointistrategian työstämiseksi jatkossa. Suositusten taustaksi ja tueksi olisi käynnistettävä kansallisia tutkimus- ja kehittämishankkeita ja myös demonstraatiohankkeita, joissa havainnollistetaan kunnille järkeviä ja tuloksellisia menettelytapoja.

### 3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa – rakenteet ja johtaminen kehittämisen haasteena

KERTTU PERTTILÄ & MINNA UUSITALO, Stakes

Kuntien hyvinvointipolitiikkaa 1980-luvun lopulta lähtien ja strategiatyötä 2000-luvun alussa kuvaava selvitys (luku 2) tekee näkyväksi kuntien ja kuntayhtymien hyvinvointitilanteen kehitystä. Kuntapolitiikan analyysi osoitti tuolloin selvästi, että kunnilla ei ollut toimivia toimeenpanorakenteita väestön hyvinvointitarpeista lähtevälle poikkihallinnolliselle terveyden edistämistyölle. Terveyden edistäminen oli ikään kuin annettu kaikkien hallinnonalojen tehtäväksi, mutta sen toimeenpanoa varten ei ollut osoitettu voimavaroja eikä johtamisjärjestelmä tukenut hajautettua vastuuta. (STM 2002.) Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista pitäisi kehittää, jotta se tukisi paikallista Terveys kaikissa politiikoissa -ideologiaa?

Stakes käynnisti sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) tutkimus- ja kehittämishankkeen vuosille 2002–2005. Hanke käynnistettiin vuoden 2002 lopulla yhteistyössä ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysyksikköjen ja lääninhallitusten kanssa tehdyllä selvityksellä, jossa selvitettiin valtakunnallisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisoinnin ja johtamisen tilannetta. Vuonna 2003 raportoitu esitutkimus (Uusitalo ym. 2003) toimi TEJO-kehittämishankkeen (2004–2005) taustaselvityksenä.

#### Esitutkimuksen tulokset kehittämishankkeen taustalla

TEJO-hankkeen esitutkimus toteutettiin haastattelututkimuksena, johon osallistui 49 kuntaa eri puolilta maata. Haastattelijoina toimi 19 ammattikorkeakoulun lehtoria ja yliopettajaa, usein pareittain tai opiskelijoiden kanssa. Haastateltavat olivat kuntien johtavia viranhaltijoita (kunnanjohtaja ja sektorijohtajat) sekä johtavia luottamushenkilöitä.

Haastattelujen teemat käsittelivät

- terveyden edistämisen johtamista, koordinointia ja organisointia kunnassa
- väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta ja arviointia
- hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevaa päätöksentekoa
- ehkäisevien palvelujen johtamista, kehittämistä ja resursointia sekä
- kunnissa valmisteltuja hyvinvointistrategioita ja -ohjelmia.

Haastattelujen lisäksi esitutkimukseen sisältyi Stakesin tekemä selvitys Terveys 2015 -kansanterveysohjelman teemojen esiintyvyydestä kuntien virallisissa asiakirjoissa. Selvitys tehtiin 36 kunnan asiakirjoista, joita olivat talousarviot (2001–2002), taloussuunnitelmat (2001–2004) ja toimintakertomukset (2001).

Esitutkimuksen mukaan kuntajohto piti terveyden edistämistä merkittävänä tehtävänä, johon haluttiin panostaa. Terveyden edistämisen tehtäväkenttä vaikutti kuntajohdon käsitysten mukaan melko epäselvältä. Eri hallinnonalojen perustehtävistä koostuva, hallinnonrajat ylittävä toiminta oli koordinoimatonta. Haastatteluista voitiin tiivistää seuraavanlaisia johtopäätöksiä (Perttilä 2004):

- Terveyden edistämisen johtamisesta ei kunnissa ollut sovittu, eikä terveyden edistämisen vastuusta ja työnjaosta ollut yleensä yhteisiä käsityksiä.
- Hyvinvointistrategioita valmisteltiin useissa kunnissa. Valmisteluun oli sitouduttu moniammatillisesti ja monialaisesti. Hyvinvointistrategiat eivät kuitenkaan näyttäneet ohjaavan toiminnan ja talouden suunnittelua. Strategioiden toteutumista seurattiin heikosti eikä toteutumista juurikaan arvioitu.
- Kuntasuunnittelun pohjana käytettiin varsin vähän väestön terveys- ja hyvinvointitietoja.
- Terveyden edistämisen koulutusta oli niukasti tarjolla ja pääsääntöisesti vain terveystoimessa.
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma tunnettiin kohtalaisesti terveydenhuollossa, mutta ei juurikaan kunnan johdossa.

Esitutkimuksen yhteenveto on raportoitu Stakesin Aiheita -sarjassa 21/2003 (Uusitalo ym. 2003). Ammattikorkeakoulut raportoivat kuntakohtaiset tulokset haastatteluihin osallistuneille kunnille samalla, kun ne kävivät kuntien kanssa neuvotteluja TEJO-kehittämishankkeeseen osallistumisesta.

## Selvityksistä kehittämistyötä ohjaaviin johtopäätöksiin

Väestön terveyden ja toimintakyvyn parantaminen on jokaisen kuntapäätäjän hyväksymä tavoite. Tuntuu luontevalle, että näiden tavoitteiden asettamista ja niiden saavuttamista tarkasteltaisiin väestöryhmien hyvinvointitarpeista lähtien ja että suunnittelun ja seurannan taustalla oleva tieto koottaisiin yhteen asiakaslähtöisesti ja palvelukokonaisuuksina. Käytännössä tilanne on kuitenkin toinen. Terveyttä edistävät tulokset syntyvät useiden ammattiryhmien toiminnan tuloksena, eivät vain ammattiryhmäkohtaisesti viipaloitujen tehtävien kautta. Toimintaa suunnitellaan ja seurataan sektorikohtaisesti palvelujärjestelmän käytännöistä ja palvelutuotannosta, ei tarpeista ja saavutetuista hyvinvointituloksista lähtien.

*Hyvinvointitiedon tarvetta* voidaan verrata talousseurannassa käytettävän tiedon tarpeeseen. Käytettävissä olevan tiedon tulisi ohjata päätöksentekoa ja auttaa seurannassa. Tällaisen hyvinvointitiedon tarve on vaativa, koska raportoidun tiedon määrä ei saisi olla liian suuri ja kuitenkin tulisi olla monenlaista toimintaa ohjaavaa. Intressit tiedon laadusta ja sisällöstä ovat usein ristiriitaisia. Eri ammattiryhmien näkökulmasta tiedon validius vaihtelee. Hyvinvointitiedon ajatellaan muotoutuvan yhteiseksi informaatioksi ja sen laadun paranevan, jos eri ammattiryhmät käyvät yhteistä keskustelua tiedon tarpeistaan ja seurantaindikaattoreiden tulkinnoista. TEJO-hankkeen alkuvaiheessa tällaista hallinnonalat ylittävää tietosisältökeskustelua oli käyty varsin niukasti hallinnonalojen välillä.

*Johtamisen tehtävänä* on luoda organisaatiolle ja sen työntekijöille edellytykset, motivaatio ja kyky keskittyä organisaation perustehtävien toteuttamiseen. Kun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet toteutuvat useiden hallinnonalojen perustehtävien kautta, hyvinvointijohtaminen tarkoittaa poikkihallinnollisten prosessien, hallinnollisia rajoja ylittävän toiminnan johtamista. Miten sektoriperusteisen tulosjohtamisen ja sektorirajat ylittävän prosessijohtamisen käytännöt sovitetaan yhteen erikokoisissa organisaatioissa? Mitä ovat terveyden edistämisen tehtävät kunnassa, kenen tätä työtä tulisi johtaa ja onko organisaatorakenteella väliä? Näistä kysymyksistä keskusteltiin heti TEJO-hankkeen alkuvaiheessa.

Hallinnonrajat ylittävä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen oli kunnissa pyritty ottamaan haltuun *hyvinvointistrategioiden* avulla. Strategisen ajattelun taustalla on kovan faktatiedon lisäksi hyvin paljon asiantuntijoiden hallitsemaa ammatillista ns. hiljaista tietoa, jonka hyödyntämisen vähäisyyttä monesti harmiteltiin. Hyvin johdettu strategiatyö antaa mahdollisuuden 'muuntaa'

sektorikohtaista hiljaista tietoa kokemusten jakamisen, asioiden käsitteellistämisen ja eri näkökulmista tulevan tiedon yhdistämisen kautta yhteiseksi osaamiseksi (ks. Nonaka & Takeuchi 1995; Heino 2006). TEJO-hankkeessa uskottiin siihen, että yhteinen ymmärrys terveyteen vaikuttamisen mekanismeista parantaa terveysnäkökohtien huomioon ottamista päätöksenteossa ja siksi hanketta pidettiin koko kunnan yhteisenä intressinä.

Hyödylliset ja opettavaiset strategiaprocessit olivat aiemmin valitettavan usein jääneet liian muodollisiksi. Tuloksena oli syntynyt yhteinen näkemys nykytilanteesta ja mahdollisesti tavoiteltavista, millaisena väestön hyvinvointi ja terveysstatus halutaan nähdä tulevaisuudessa. Myös keinot tavoitteiden saavuttamiseksi oli usein määritelty, mutta strategia-asiakirjoista ei ollut läheskään aina muodostunut kuntasuunnittelua ohjaavaa ja toiminnan seurantaan tukevaa asiakirjaa. Kehittämistyössä oli haettava keinoja, miten muodollisesta strategiaprocessista ja valtuuston hyväksymästä strategia-asiakirjasta tulisi terveyden edistämistä ohjaava, seuraava ja arvioiva työväline. Selvää oli, että hyvinvointitavoitteiden tulee olla mukana taloussuunnittelussa ja tuloksia on seurattava arvioitavissa olevilla indikaattoreilla. Saadaanko myös päätösten vaihtoehdot ja niiden valintaperusteet entistä paremmin näkyviksi? Haasteena oli, miten ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarvioinnista luodaan arkikäytäntö kuntien päätöksentekoon.

Kunnissa 1990-luvulla johtamiskäytännöksi muodostunut tulos- ja sopimusohjaus perustuu sektorijohtamiseen ja ohjautuu palvelujärjestelmän käytännöistä. 2000-luvulle tultaessa johtamisen kehittämistä ovat ohjanneet toiminnan tuottavuuden ja tehokkuuden lisääminen. Tehokkuutta on pyritty parantamaan erottamalla palveluja tilaavat ja niitä tuottavat yksiköt toisistaan. Kaupankäyntiä on systematisoitu tuotteistamalla palveluja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö ei ole menetelmä tai toimintakokonaisuus, joka voitaisiin määritellä yksiselitteisesti samankaltaisina palveluina eri kunnissa, eikä sen tuotteistaminen ole näin ollen kovin helppoa. Osa toiminnasta on toki mahdollista tuotteistaa, mutta erilaisissa tuoteyhdistelmissä inhimillinen toiminta, kehittämistyö ja hallinnonalat ylittävä johtaminen saatetaan pirstaloida entistä monimutkaisemmiksi käytännöiksi ja asiakkuuksiksi. Näihin periaatteisiin ja rajanvetoihin haetaan jatkossa hyviä käytäntöjä.

Epäselvyys terveyden edistämisen vastuista selittänee osittain myös sitä, miksi kunnissa oli niin vähän tarjontaa ja kysyntää terveyden edistämisen täydennyskoulutukselle. Tehtävää pidettiin terveydenhuollon asiakastyössä tapahtuvana tiedon välittämisenä ja ihmisten osaamisen, tietojen ja taitojen vahvistamisena. Luottamushenkilöt eivät priorisoineet terveyden edistämisen koulutusta. Koulutustarjonnassa nähtiin tarvittavan teemoja, jotka avaavat terveyden edistämisen keinoja, päätöksenteon mahdollisuuksia vaikuttaa väestön hyvinvointiin ja terveyteen, terveysvaikutusten arviointia, yhteistyötä ja prosessijohtamista sekä terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuutta. On mietittävä, kannattaisiko terveyden edistämisen koulutusta sijoittaa erillisen koulutustarjonnan lisäksi sellaisiin tilaisuuksiin, jossa kuntapäätäjät ja eri hallinnonalojen johtohenkilöt kokoontuvat.

Terveys 2015 -ohjelman vähäinen tunnettuus herätti kysymyksen ohjelmaohjauksen vaikuttavuudesta ja siitä, ohjaavatko kansalliset terveyspoliittiset strategiat paikallista terveyspolitiikkaa, ovatko tavoitteet relevantteja kuntapolitiikan näkökulmasta. Vaikka ohjelmia sinänsä ei tunnustettu, niiden tavoitteet sisältyivät useimmiten kuntien omiin hyvinvointitavoitteisiin. Tiedon lisääminen terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumisesta kuntapolitiikassa sekä ymmärryksen kasvattaminen politiikan toteutumisen esteistä ja mahdollistavista tekijöistä sisältyi eksplisiittisesti TEJO-kehittämisprosessiin.

## TEJO-hankkeen lähtökohtia

*Terveyden edistämisen johtaminen* kehittämistyön kohteena nosti esiin useita kysymyksiä. Ensinnäkin, mitä tarkoitimme terveyden edistämisellä. Käytimme käsitettä hyvin yleisesti, mutta emme olleet varmoja, oliko puhujien ja kuulijoiden käsitys tehtävästä yhteinen. Vaikka kuntapäätäjät esittivät samansuuntaisia näkemyksiä terveyden edistämisen tehtävistä, heidän mielikuvansa käsitteestä viittasivat kuitenkin enemmän terveyssektorin tehtäviin. Jotta kaikille syntyisi käsitys koko kunnan toimintaa koskevasta tehtävästä, päätimme käyttää hankkeessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käsitteitä rinnakkain. Halusimme varmistua siitä, että puhumme yksilön käyttäytymistä ohjaavan terveyskasvatuksen, terveydenhuollon asiakastyön ja terveyden suojelun lisäksi myös kaikista muista kunnan tehtävistä, joilla on välittömiä tai välillisiä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen.

Hankkeen alkuvaiheessa pohdimme, pitäisikö kunnan terveyden edistämisen tehtävät pyrkiä määrittelemään hallinnonaloittain ennakkoon. Tällöin kunnat olisivat arvioineet, miten ne ovat toteuttaneet niitä toimintoja, joita me ymmärrämme terveyttä edistäviksi tehtäviksi. Lähestymistapa ei tuntunut toimivalle. Toinen tapa oli miettiä yhdessä strategisten painoalueiden kautta, mitkä ovat kunnassa merkittäviä terveyden edistämisen tavoitteita, ja mitkä ovat näitä tavoitteita toteuttavia konkreettisia tehtäviä, joiden johtamista, koordinointia ja yhteistyötä olisi käytännössä kehitettävä ja tehtävä näkyväksi. Millä mittareilla tavoitteita ja niiden toteutumista voitaisiin mitata? Tästä lähtökohdasta tarkastellen terveyden edistämisen tehtävät painoutuivat kuntien välillä hieman eri tavoin, mutta johtamisen ja johtamisen työkalujen kehittämisen kannalta sillä ei ollut merkitystä.

Terveyden edistämisen paikallisten rakenteiden ja johtamisen kehittämistä voidaan luonnehtia *substantiaalisesti kehittämiseksi* vastakohtana työn ja työyhteisön kehittämiseksi. Substantiaalisesti suuntautunut kehittäminen kohdistuu jonkin sisällöllisen ongelman ratkaisemiseen. Siinä etsitään uutta ja edistyneempää työkäytäntöä vastaamaan muuttuneeseen tilanteeseen. Kehittämistyö koskettaa työn organisointia ja työkuultuureja ja liikkuu organisaatioiden rajapinnoilla. Sen tulokset tai sovellettavat menetelmät eivät ole suoraan siirrettävissä ”hyvinä käytäntöinä” kontekstista toiseen niin kuin työn ja työyhteisön kehittämisessä käytetyt menetelmät usein ovat (Seppänen-Järvelä 2006). Hankkeen aikana jouduttiin pohtimaan, missä määrin erikokoisissa ja erityyppisissä kunnissa saadut kokemukset ovat yleistettäviä ja siirrettäviä? Voidaanko tuloksista redusoida ns. hyviä käytäntöjä muissa kunnissa sovellettaviksi malleiksi? Lopullinen vastaus tähän kysymykseen jää hankkeen arviointivaiheeseen, joskin kehittämisprosessin aikana hyvät käytännöt siirtyvät horisontaalisen oppimisen kautta kunnasta toiseen sovellettaviksi.

Kehittämistyö kohtaa luonteensa mukaisesti vaikeuksia erityisesti siinä vaiheessa, kun on puututtava rakenteisiin. Vaikka rakenteisiin puuttuminen olisi ymmärrettävää ja hyväksyttävää, se on myös uhka ja aiheuttaa vastustusta. Tom Arnkilin (2006) mukaan niin kauan kun kehittämisessä tehdään vain muunnelmia olemassa oleviin rakenteisiin, se koetaan vielä turvalliseksi. Jos rakenteet muuttuvat, se tarkoittaa kaikkien merkittävien suhteiden muuttumista ja se koetaan turvattomuutena. TEJO-kehittämishanketta suunniteltaessa mietittiin, miten mahdollinen muutostarve saadaan perustellusti näkyviin kehittämisprosessin avulla. Tutkimustulokset tukevat muutosta, mutta käsityksemme mukaan eivät anna riittävää motiivia muutokseen. Muutoksiin on päästävä kehittämistyön motivoimana, sisältäpäin koettuna tarpeena.

Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä on hyväksytty asia kunnissa, mutta taloudellisesti siihen ei ole oltu valmiita panostamaan. Vaikka terveyden edistämässä on monelta osin kysymys vaihtoehtoisista valinnoista ja terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta päätöksinä tehtäessä, on selvää, että kunta tarvitsee rakenteet, jotka kehittävät ja ylläpitävät terveellisten vaihtoehtojen näkyväksi tekemistä, asioiden valmistelua ja päätösten toimeenpanoa, tutkimusta ja seurantaa, opetusta, koulutusta ja tiedon välitystä. Työ ei onnistu pelkästään yhteisvastuullisena

oman työn ohella tehtävänä työnä. Tehtävään osallistuvat toiminnan eri tasoilla olevat ammattilaiset. Hallinnonrajat ylittävään yhteistoimintaan ja ehkäisevään työhön on myös panostettava. Terveiden edistäminen on tehtävä niin näkyväksi ja tietoiseksi, että voimavarakeskusteluissa henkilökunnan osaamista ja riittävyyttä on mahdollista arvioida suhteessa tarpeeseen. Resurssitarpeet on voitava perustella terveyttä edistävien tehtävien mukaan.



# TEJO KEHITTÄMISHANKKEENA

## 4 TEJO-kehittämistyön konsepti

KERTTU PERTTILÄ, MINNA UUSITALO & SARI KAUTTO, Stakes

TEJO-kehittämishanke käynnistettiin vuoden 2004 alussa Stakesin johdolla, yhdessä ammattikorkeakoulujen, lääninhallitusten sekä kuuden kunnan ja yhden seutukunnan kanssa.

Kuntien valinta kehittämishankkeeseen tehtiin esitutkimukseen (ks. luku 3.1) osallistuneista kunnista. Ammattikorkeakoulujen edustajat kertoivat kunnille alkavasta hankkeesta raportoidessaan esitutkimuksen paikallisia tuloksia. Kunnille järjestettiin lokakuussa 2003 seminaari, jossa esiteltiin hankkeen toimintasuunnitelmaluonnos sekä esitutkimuksen alustavat valtakunnalliset tulokset. Keskustelun perusteella täsmennetty TEJO-toimintasuunnitelma 2003–2005 ([info.stakes.fi/tejo](http://info.stakes.fi/tejo)) lähetettiin kunnanjohtajille ja kunnille tarjottiin mahdollisuutta hakumenettelyn kautta osallistua hankkeeseen toimintasuunnitelman mukaisesti. Kuntien ja seutukuntien tuli hyväksyä hakemuksensa kunnanvaltuustossa tai -hallituksessa. Tämä siksi, että TEJO-hankkeessa tultaisiin käsittelemään sellaisia rakenteellisia ja sisällöllisiä asioita, jotka monelta osin edellyttivät poliittisen johdon hyväksyntää. Samalla kuntien poliittinen johto saattoi kiinnittyä.

TEJO-kuntaprojektiin osallistui kuusi kuntaa (Espoo, Kauniainen, Muurame, Närpiö, Oulu ja Salo) sekä yksi seutukunta, Kuusiokunnat (Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri). Espoo ei ollut hakenut virallisesti hankkeeseen, vaan se tuli mukaan erillisneuvottelujen jälkeen. Mukaan haluttiin suuria, keskikokoisia ja pieniä kuntia, joista jossakin perusterveydenhuolto toimi kuntayhtymänä. Pilottikuntien tarkempi esittely luvussa 5 ja liitteessä 1.

Varsinaisten pilottikuntien lisäksi TEJO-hankkeeseen liittyi muutamia seutukuntia ammattikorkeakoulujen johdolla. Ideana oli, että ammattikorkeakoulujen edustajat osallistuivat TEJO:n työkokouksiin ja koulutukseen ja sovelsivat pilottihankkeen ideaa ja kokemuksia omassa kehittämistyössään. Stakesin asiantuntijat olivat käytettävissä näiden tahojen alueellisissa koulutustilaisuuksissa. TEJO:n toiseen aaltoon ovat osallistuneet muun muassa Itä-Savosta Varkauden seutukunta, Mikkelin seutukunta ja Savonlinnan seutukunta Mikkelin ammattikorkeakoulun johdolla ja Pohjois-Karjalasta Pielisen Karjalan seutukunta Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun ja Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen johdolla. Salon hanke laajeni myöhemmin Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän kuntiin Turun ammattikorkeakoulun Salon yksikön johdolla ja Jyväskylän seudulla ammattikorkeakoulun johdolla mukana ovat olleet Muuramen lisäksi Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä sekä Keuruu ja Keuruun-Multian terveydenhuollon kuntayhtymä. Myös Oulun seudun kunnissa TEJO-periaatteita on viety eteenpäin seudullisissa kehittämishankkeissa. Tässä raportissa raportoidaan pääasiassa TEJO-pilottikuntien hankkeesta ja kerrotaan lyhyesti, miten Itä-Savon ja Pielisen Karjalan hankekokoaisuudet ovat edenneet (luku 5).

### Tavoitteet

TEJO-hankkeen toimintasuunnitelma (2003–2005) kirjoitettiin aluksi melko yleiselle tasolle. Hankkeen yleistavoitteena oli *auttaa erikokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja tämän alueen selvittämiseksi kunnallisessa hallinnossa.*



Hankkeen tarkemmat tavoitteet kuvattiin seuraavasti:

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

Tavoitteiden mukaan hankkeessa tuli selvittää terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjä ja olemassa olevia rakenteita, joista erityisesti mainitaan hyvinvointitiedon selvittäminen. Terveyden edistämistä kuvaavan tiedon tarve on moniulotteinen. Kerättävän tiedon tulee palvella paikallistason suunnittelua, päätöksentekoa, seurantaa ja arviointia samalla kun se palvelee valtakunnallista terveyspolitiikan kehittämistä ja ohjelmaohjauksen toteutumista. Paikallisesti raportoitavan tiedon tulisi olla riittävän yksityiskohtaista, jotta se ohjaa toiminnan ja talouden suunnittelua samalla, kun se antaa impulsseja kansalliselle ohjausjärjestelmälle terveyspoliittiseen päätöksentekoon.

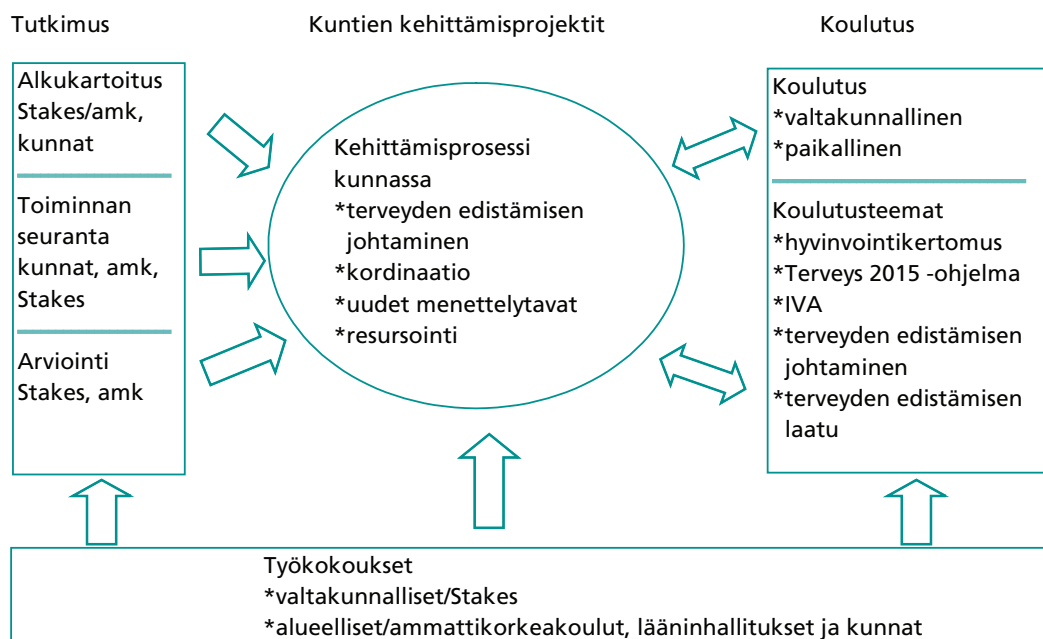
Johtamiskäytäntöjen selvittäminen koskee kunnassa kaikkia hallinnonaloja ja niiden yhteistoimintaa poliittisessa ja viranhaltijajohdossa. Tavoite haastaa hankkeeseen osallistujat innovaatiovoimaan tulevaisuuden tarpeita vastaavia johtamiskäytäntöjä ja niiden edellyttämiä rakenteita. Johtamisen kehittämisenä tarkoitetaan tässä enemmän asiajohtamiseen liittyvää rakenteiden arviointia ja kehittämistä (management) kuin johtamisen sisällöllistä kehittämistä (leadership). Tarkastelun kohteena on koko kunnan johtamisjärjestelmä teemana terveyden edistäminen. Tavoitteena on löytää sellaisia käytäntöjä, jotka ovat sovellettavissa myös muihin kuntiin ja kuntayhtymiin.

Viimeinen tavoite, vahvistaa ja tukea johtotehtävissä olevien osaamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa, viittaa erityisesti ammattikorkeakoulujen tehtävään. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen vahvistuminen sisältyy jo kehittämishankkeen ideaan. Kaikki kehittämiskumppanit ovat asiantuntijoita omilla alueillaan, mutta jokainen osallistuja on myös oppimassa siitä, miten terveyden edistämisen käytännöt voisivat parhaiten toimia erityyppisissä konteksteissa. Kenelläkään ei ajatella olevan tätä tietoa ennakkoon. Ammattikorkeakoulujen tavoitteena on pitää erityisesti huolta siitä, että kehittämiskokemukset ja koottu teoreettinen tieto leviävät paikallisesti laajemminkin sekä täydennyskoulutuksen että perusopetuksen kautta.

Hankkeelle asetetut tavoitteet olivat varsin laajoja ja jo käynnistysvaiheessa tiedettiin, että niiden läpivieminen ei ole mahdollista kahdessa vuodessa. Toiminta pyrittiin jaksottamaan niin, että kahden vuoden aikana projekti saavuttaa osan tavoitteista konkreettisina tuloksina, jolloin kahden vuoden jälkeen osallistujilla on selkeämpi näkemys kehittämistyön painotuksista jatkossa. Samalla pilottikunnilla oli mahdollisuus arvioida tilannetta ja harkita osallistumistaan jatkotyöhön.

## Toteutus

Kehittämistyön taustalla oli huoli sairaanhoidon kasvavista kustannuksista ja tietoisuus terveyden edistämisen puutteellisista käytännöistä. Kehittämistyö liittyi kuntien omiin tulevaisuuden kehittämisenäkymiin. Kumppaneiksi valitut kunnat olivat kiinnostuneita terveyden edistämisen kehittämisestä, mikä oli hankkeen onnistumisen kannalta tärkeää, mutta mikä tulee muistaa myös hankkeen tulosten siirrettävyyttä ja yleistettävyyttä muihin kuntiin arvioitaessa.



KUVIO 1. TEJO-kuntaprojektin rakenne

TEJO-kehittämissanketta tuetaan tutkimuksella, koulutuksella ja verkostoyhteistyöllä (kuvio 1). Verkostomaiselle kehittämisyhteistyölle on ominaista, että jokainen hankkeeseen osallistuva tuo oman osaamisensa ja asiantuntemuksensa verkoston yhteiseen käyttöön. Verkstokehittämisessä kaikki osapuolet ovat samalla oppimassa toinen toisiltaan.

Kehittämissankkeen tutkimusta voi luonnehtia *toimintatutkimukseksi*. Olennaista on, että tutkijat osallistuvat kehittämisyhteisöön kehittäjinä ja reflektioivat kehittämisen prosessia ja sen tuloksia yhteisön kanssa. Kehittämistyön vaihtoehtoja arvioidaan ongelmien ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi (Heikkinen & Jyrämä 1999). Arviointi sisältyy TEJO-hankkeen työkokouksiin jatkuvana käytäntönä. TEJO-kuntaprojektin rakenne kuvataan kuviossa 1.

## Kuntien kehittämissanketit

Kunnat olivat hakeneet TEJO-hankkeeseen kunnanvaltuuston tai -hallituksen päätöksellä. Osallistuminen tarkoitti sitoutumista toimintasuunnitelman mukaiseen toimintaan vuosina 2003–2005. Käytännössä se merkitsi projektioorganisaation nimeämistä (koordinaattori, johto-/ohjausryhmä ja tarvittavat työryhmät), sitoutumista kehittämiss- ja tutkimustyöhön yhdessä Stakesin ja ammattikorkeakoulujen kanssa, osallistumista valtakunnallisiin koulutustilaisuuksiin ja työkokouksiin, paikallisten työkokousten ja koulutustilaisuuksien järjestämistä yhdessä ammattikorkeakoulujen kanssa sekä tiedon ja kokemusten välittämistä valtakunnallisesti paikallisista käytännöistä. Samalla kunnat sitoutuivat kehittämishankkeen mukaisiin tarvittaviin organisatorisiin ja toiminnallisiin järjestelyihin.

Hankkumppanuus tarjosi kunnille asiantuntijayhteistyötä terveyden edistämisen johtamisen kehittämisessä ja arvioinnissa sekä johtamisen työvälineiden kehittämisessä ja käyttöönottamisessa. Samalla se tarjosi mahdollisuuden vertaisoppimiseen ja -konsultointiin valtakunnallisissa työkokouksissa, oikeuden osallistua hankkeessa järjestettäviin valtakunnallisiin koulutustilaisuuksiin sekä mahdollisuuden saada kuntakohtaista hyvinvointitietoa Stakesin verkkopalvelun kautta.

TAULUKKO 1. Työkokousten ajankohdat, teemat ja osallistujien lukumäärä

Ajankohta	Teema	Osallistujia
19.2.2004	Hyvinvointikertomus ja sen valmistelu	40
12.5.2004	Terveys 2015 -tavoitteet kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa	36
15.9.2004	Ennakoarvioinnin menetelmiä/ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)	34
10.11.2004	Kunnan hyvinvointitilanne, kuvaaminen ja tulkinta	35
17.2.2005	Hyvinvointistrategiat ja niiden valmistelu	35
10.5.2005	Terveyden edistämisen laatu	35
22.9.2005	Ympäristö ja hyvinvointi - monialainen työ terveyden edistämiseksi	18
18.10.2005	Terveyden edistämisen johtaminen	32

Pilottikuntien ja seutukunnan kehittämisprojektien ei välttämättä tarvinnut olla toistensa kaltaisia vaan niistä voitiin räätälöidä käytäntöjä paikallisten mahdollisuuksien ja tarpeiden mukaan. Periaatteena oli, että kehittämistyö ei olisi erillistä projektityötä, vaan sen tuli tukea kuntien normaalia hyvinvointipolitiikan suunnittelu- ja toimeenpanoprosessia. Tarkoituksena oli tehdä hyvinvointijohtamisen käytännöt ja kehittämistarpeet näkyviksi ja etsiä toimivia ratkaisuja ja toimintakäytäntöjä poikkihallinnollisen hyvinvointijohtamisen kehittämiseksi. Väestön hyvinvointi-intressi oli tarkoitus nostaa selkeästi talousintressien rinnalle.

Kuntakohtaisista kehittämisprosesseista raportoidaan luvussa 5. Valtakunnallisia työkokouksia järjestettiin vuoden 2005 loppuun mennessä 8 kpl (taulukko 1). Kokoukset oli tarkoitettu hankkeessa mukana olleille kunnille, ammattikorkeakouluille ja lääninhallitusten edustajille. Kokouksissa käsiteltiin hankkeen etenemistä kuntakohtaisesti, tarkennettiin hankkeen jatko-suunnitelmia ja arvioitiin toteutunutta toimintaa. Osa kokousajasta käytettiin myös yhteiseen koulutukseen (kokousten ohjelmat: info.stakes.fi/tejo/FI/Tyokokoukset).

Ammattikorkeakoulut ja kunnat järjestivät paikallisia työkokouksia ja koulutustilaisuuksia tarpeen mukaan. Stakes osallistui näihin kokouksiin ja koulutustilaisuuksiin kolmesta viiteen kertaan vuodessa kussakin kunnassa/seutukunnassa (liite 2).

## Koulutus

Hankkeeseen sisältyvän koulutuksen tehtävänä oli tukea paikallista kehittämistyötä. Valtakunnalliset koulutukset olivat avoimia tilaisuuksia, joihin osallistui myös muiden kuntien ja ammattikorkeakoulujen edustajia. Koulutuksen teemat rytmitettiin sisällöllisesti kehittämistyön mukaan. Stakes järjesti valtakunnallista koulutusta noin neljä päivää vuodessa. Ammattikorkeakoulut järjestivät alueellista koulutusta kuntien kanssa erikseen sovitulla tavalla. Myös lääninhallitukset ottivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen alueellisten työseminaarien ja koulutustilaisuuksien sisällöksi.

Paikallisista koulutustilaisuuksista raportoidaan luvussa 5. Valtakunnallisia koulutustilaisuuksia järjestettiin vuoden 2005 loppuun mennessä 7 kpl (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Valtakunnallisten koulutustilaisuuksien ajankohdat, teemat ja osallistujien lukumäärät

Ajankohta	Teema	Osallistujia
18.2.2004	Hyvinvointikertomus ja sen valmistelu	60
11.5.2004	Terveys 2015 -tavoitteet kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa	79
14.9.2004	Ennakoarvioinnin menetelmiä/ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)	81
9.11.2004	Kunnan hyvinvointitilanne, kuvaaminen ja tulkinta	78
18.2.2005	Hyvinvointistrategiat ja niiden valmistelu	63
11.5.2005	Terveyden edistämisen laatu	52
19.10.2005	Terveyden edistämisen johtaminen	80

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta oli saatavissa vuoden 2004 alusta lähtien myös Virtuaali-ammattikorkeakoulun tarjoamana 10 opintoviikon koulutuksena. Virtuaaliopetuksen koulutuspaketit olivat ammattikorkeakoulujen, sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin yhdessä laatimia ja kansallisesta rahoituksesta johtuen kunnille varsin edullisia ([www.virtuaali-ammk.fi](http://www.virtuaali-ammk.fi)).

Hankkeen kokemukset ja tulokset ovat olleet esillä toistuvasti Terve Kunta -päivillä yleisluentojen aiheena, sessioissa ja posterinäyttelyssä (ks. Ritamo 2004; Ritamo 2005; Ritamo 2006; Ritamo 2007).

## Tutkimus

TEJO on luonteeltaan tutkimusavusteinen kehittämishanke, jossa kehittämisen tarpeet ovat ensisijaisia. Tutkimus tarjoaa tietoa kehittämiskysymysten jäsentämiseksi ja perustelemiseksi. Se tarjoaa käsitteellisiä malleja ja menetelmiä, joiden avulla kehittämishypoteeseja voidaan testata käytännössä. Lisäksi tutkimusta käytetään kehittämistyön analysoinnissa ja arvioinnissa.

TEJO-hankkeen alkukartoitukseen sisältyi seuraavat aineistot ja niistä julkaistut selvitykset:

- TEJO-esitutkimus, kuntajohtajien haastattelut (Uusitalo ym. 2003).
- Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kuntien asiakirjoissa, asiakirja-analyysi (Uusitalo ym. 2005).
- Kuntajohtajien yksilö- ja ryhmähaastattelut (Perttilä 2005), analyysi tässä julkaisussa (luku 8).
- TEJO-kuntien organisaatiokuvaukset, yhteenveto tässä julkaisussa (liite 3).
- Kuntien kehittämisprosessien kuvaukset, yhteenveto tässä julkaisussa (luku 5).
- Johtamisen työvälineiden arviointi, kuvaukset tässä julkaisussa (luvut 9 ja 10).

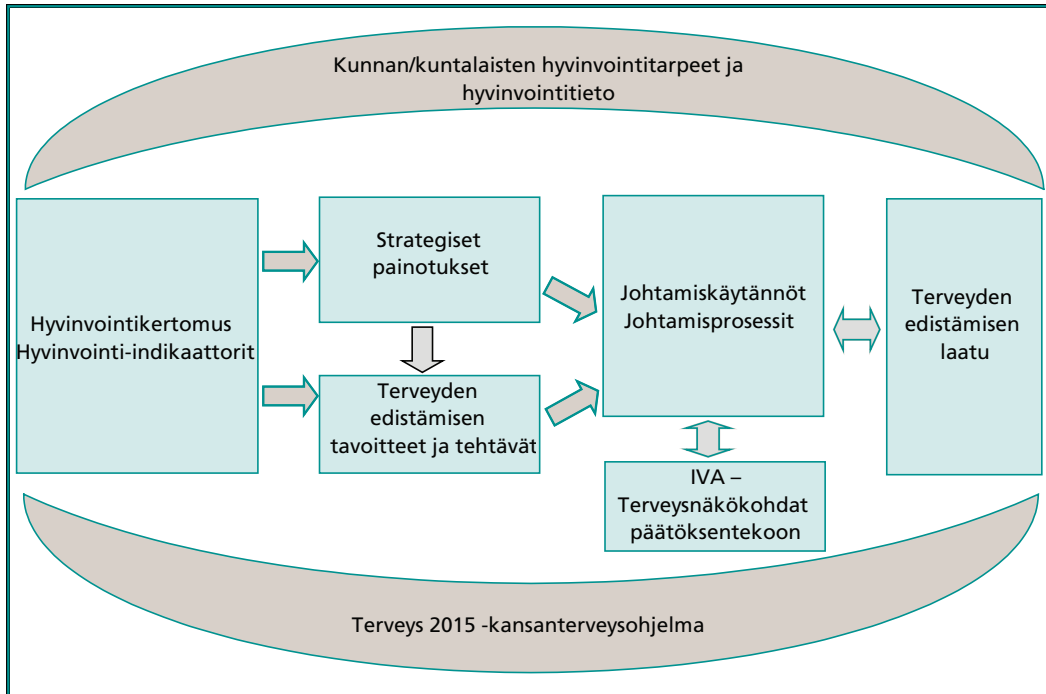
Alkukartoituksissa hankittua tietoa on hyödynnetty hankkeen työkokouksissa ja koulutustilaisuuksissa sekä kehittämishankkeen suunnittelussa. Aineistoja käytetään myös hankkeen arviointitutkimuksessa toiminnan muutosta arvioitaessa. Arviointisuunnitelma valmisteltiin ensimmäisen vaiheen lopussa. Arviointitutkimus koostuu Stakesin tutkimuksesta sekä ammattikorkeakoulujen ja joidenkin yliopistojen opinnäytteinä tehtävistä tutkimuksista.

Tässä raportissa kuvataan kuntien viranhaltija- ja luottamushenkilöjohdon käsityksiä terveyden edistämisestä teemaseuladialogien sekä yksilö- ja ryhmähaastattelujen pohjalta. Haastatteluaineistojen pohjalta analysoidaan kuntien ja seutukuntien terveyden edistämisen organisoitumista, strategia- ja johtamiskäytäntöjä, yhteistyötä ja johtamisen työvälineitä sekä kuntien terveyden edistämisen johtamisen kehittämishaasteita.

## Kehittämisprosessin kulku

Tässä luvussa kuvataan TEJO-kehittämisprojektin toiminnallista prosessia hankkeen ensimmäisessä vaiheessa. Sitä, miten kehittämistyötä ohjaaviin haasteisiin pyrittiin käytännössä vastaamaan ja miten siinä onnistuttiin, arvioidaan tarkemmin luvussa 5.

TEJO-kuntaprojektit etenivät vuosien 2004–2005 aikana toimintasuunnitelman mukaan. Toteutusta rytmitti ennakoon sovitut valtakunnalliset koulutus- ja työkokouspäivät. Kehittäminen eteni kunnissa jonkin verran suunniteltua hitaammin ja vaihteli kuntakohtaisesti. Pienissä kunnissa eteneminen oli käytännössä yksinkertaisempaa ja näin ollen myös nopeampaa. Suuremmissa kunnissa ja kuntayhtymissä muutokset vaativat enemmän käsittelyä, päätösprosesseja ja aikaa. Koko kuntaa koskevassa kehittämistyössä on kyse prosessista, jossa eri hallinnonalojen



KUVIO 2. TEJO-hankkeen kehittämisprosessi

on käytävä keskustelua kehittämistyön suunnasta ja tarpeesta, motivoituttava tehtävään ja sisällytettävä tehtävät kunnan suunnitteluprosessiin. Prosessia ei voi kiirehtyä, mikäli halutaan, että tuloksena syntyy rakenteellisia muutoksia ja työkaluja eri hallinnonalojen ja päätöksenteon arkikäytäntöihin. Kunnan oman suunnitteluprosessin mukainen ajoitus ohjaa kehittämistyötä.

Kehittämisprosessi jaksotettiin molempina vuosina neljään kahden päivän tilaisuuteen, joista toinen oli koulutuspäivä ja toinen samaa teemaa käsittelevä työkokous. Koulutuspäivien teemat syvensivät kehittämistyön sisältöjä. Yhteisissä työkokouksissa käsiteltiin kuntien kehittämisprosesseja, arvioitiin niiden etenemistä sekä suunniteltiin hankkeen yksityiskohtaista etenemistä.

Jokainen kunta teki ensimmäiseen työkokoukseen lyhyen kuvauksen kuntansa terveyden edistämisen käytännön hallinnoinnista, vastuista ja toiminnan järjestämisestä. Kuvaukset osoittivat selvästi, miten 1990-luvulle tultaessa terveydenhuollon vastuulla olevaa terveyden edistämistä oli ajettu alas. Tilalle oli tullut runsaasti kehittämisprojekteja, joissa kehittämisen kohteet lähtivät ongelmien ratkaisusta. Huomionarvoista oli, että ulkopuolisella rahoituksella toteutetut projektit koettiin usein irrallisiksi arkikäytännöistä ja rakenteellisesta kehittämistyöstä. TEJO-kehittämisprosessin tarkoituksena oli toimia kuntasuunnitteluun sisältyvänä rakenteita vahvistavana prosessina, ei erillisenä kehittämishankkeena (kuvi 2).

Terveyden edistämisen sisällöllisenä kehikkona käytettiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa, sen tavoitteita ja toiminnan suuntia. Ajatuksena oli, että ohjelman tavoitteet sisältyvät kuntasuunnitteluun. Laatiessaan toiminta- ja taloussuunnitelmaa kuntien tuli arvioida Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden toteutumismahdollisuudet ja niiden merkitys omassa toiminnassaan.

## Hyvinvointikertomus

Terveyden edistämisen tehtävien määrittely kunnassa ja eri hallinnonaloilla perustuu hyvinvointitietoon. Hyvinvointitiedon kokoamista, jäsentämistä ja tulkintaa varten valittiin työvälineeksi kunnan *hyvinvointikertomus*, jonka mallia oli kehitelty Terve Kunta -verkostossa aiemmin (info.

stakes.fi/hyvinvointikertomus). TEJO-hankkeessa mallia lähdettiin edelleen kehittämään suunnittelun ja seurannan välineeksi erikokoisille kunnille ja kuntayhtymille. Hankkeen tehtävänä oli luoda toimiva hyvinvointikertomuksen malli ja arvioida sen soveltuvuutta strategiatyöhön ja kuntasuunnitteluun jatkuvassa käytössä. Kertomustyössä kunnan eri hallinnonalat joutuvat yhdessä pohtimaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä arvioimaan, miten kuntapalvelut kykenivät vastaamaan väestön hyvinvointitarpeisiin.

Hyvinvointikertomusten valmistelutyö vei aikaa enemmän kuin aluksi oli arvioitu ja indikaattorityö oli huomattavasti oletettua moniulotteisempaa. Oli tärkeää käydä keskustelua siitä, millä tunnusluvuilla kuvataan ja mitataan väestön hyvinvoinnin tilaa. Mittareihin piti sisällyttää eri hallinnonalojen näkökulma ja toimintakäytäntöjen kuvaus. Tavoitteena oli luoda myös mittareita, joiden avulla voitaisiin arvioida palvelujärjestelmän kyvykkyyttä vastata asetettuihin tavoitteisiin. Vaikka hyvinvointi-indikaattorit eivät ehkä ensimmäisessä kertomuksessa olleet vielä parhaita mahdollisia, niiden kautta syntyi kuitenkin yhteinen näkemys siitä, mihin painopisteet tulisi asettaa kunnan hyvinvointipolitiikassa.

Hyvinvointikertomusten valmisteluprosessia auttoi Stakesin SOTKANet indikaattoripankki, joka käynnistyi verkkopalveluna kuntien käyttöön samoihin aikoihin ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)). SOTKANetistä on saatavissa hyvinvointia, terveyttä, elinoloja ja palvelujärjestelmän toimintaa kuvaavia kuntakohtaisia tunnuslukuja, jotka perustuvat valtakunnallisiin tilastoihin ja tutkimuksiin. SOTKANetin käyttö mahdollisti kunta- ja aluekohtaiset vertailut sekä aikasarjat vuodesta 1990 alkaen.

Hyvinvointikertomukset herättivät luottamushenkilöorganisaatioissa aitoa keskustelua kunnan hyvinvointitilanteesta ja strategisista painotuksista. Kertomusten valmistelua arvioidaan kehittämisprosessien kuvauksissa luvussa 5 ja valmisteluprosessia sisältöineen kuvataan tarkemmin luvussa 9.

## IVA – ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi

Toiseksi johtamisen työvälineeksi otettiin ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarvioinnin menetelmä (IVA) ([www.stakes.fi/iva](http://www.stakes.fi/iva)). Menetelmän avulla pyrittiin tuomaan terveysnäkökohdat esiin entistä näkyvämmiin eri hallinnonalojen päätöksenteossa. Menetelmää pilotoitiin kolmessa kunnassa sekä Kuusiokuntien ja Pielisen Karjalan seutukunnissa. Menetelmäpilotointien jälkeen kehittämistyön painopistettä siirrettiin käytäntöön, jossa tavoitteena oli ottaa terveysvaikutusten arviointi arkikäytännöksi lautakuntatyöskentelyssä. Tässä mallintamisessa päästiin alkuun ja käytännön kehittäminen ja sen tutkimuksellinen arviointi jatkuvat hankkeen toisessa vaiheessa 2006–2007. IVA-pilottihankkeita arvioidaan tarkemmin luvussa 5 ja IVA-menetelmä kuvataan hyvänä käytäntönä luvussa 10.

## Hyvinvointistrategiat

Hyvinvointikertomukset toimivat kuntasuunnittelun ja strategiatyön välineinä toimintaympäristöä ja siinä esiintyviä muutoksia kuvattaessa. Kunnissa käytiin keskustelua siitä, valmistellaanko hyvinvointistrategia erikseen vai sisällytetäänkö hyvinvointitavoitteet selkeästi kuntastrategiaan. Yleisesti ottaen tultiin siihen johtopäätökseen, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden tulee sisältyä kuntastrategiaan, eikä erillistä hyvinvointistrategiaa valmistella. TEJO:n tehtävänä oli kirkastaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita ja tehtäviä eri hallinnonalojen strategiatyössä ja erityisesti hallinnonalat ylittävänä toimintana. Oulussa kaupungin strategiatyö oli käynnistynyt jo aiemmin. Muissa kunnissa kuntastrategioiden päivittäminen

käynnistyi hyvinvointikertomusten valmistuttua, jolloin kertomusten johtopäätökset toimivat strategioiden tavoitteiden asettamista ohjaavina.

## Terveyden edistämisen laatusuositus

TEJO-kehittämisprosessiin sisältyi myös terveyden edistämisen laatusuosituksen arviointi (STM 2006). Kunnat antoivat palautetta laatusuosituksen luonnoksesta. Sen soveltuvuuden arviointi siirtyi hankkeen seuraavaan vaiheeseen, koska suositus ei valmistunut alkuperäisen suunnitelman mukaan.

## Yhteenveto

TEJO-kuntaprojektia voidaan luonnehtia tavoiteorientoituneeksi kehittämisprosessiksi. Hankkeen käynnistyessä tavoitteet määriteltiin melko yleisellä tasolla ja kehittämisprosessi eteni yhteisen oppimisen kautta. Eteneminen oli jokaisessa kunnassa yhteisestä kehikosta huolimatta omaleimainen ja kontekstisidonnainen. Kokemuksesta tiedetään, että eteneminen voi tapahtua vain sillä vauhdilla kuin osallistujat ovat valmiita omaksumaan ja sitoutumaan kehittämistyöhön (Seppänen-Järvelä 2006), joten kuntakohtaisissa ratkaisuissa oltiin joustavia. Onnistumisen kannalta oli tärkeää, että hanke koettiin oman työn kehittämisen kannalta mielekkääksi ja siihen haluttiin käyttää yhteistä aikaa. Kehittämistyön on oltava riittävän konkreettista ja horisontaalinen oppiminen muiden projektikuntien kanssa palkitsevaa.

Ammattikorkeakoulujen lähiohjaus on ollut merkittävää hankkeen operatiivisessa toteutuksessa. Kuntayhteistyö on vaihdellut ammattikorkeakoulujen välillä, osittain myös ulkopuolisesta rahoituksesta johtuen. Espoossa ja Kauniaisissa ei syntynyt paikallisten ammattikorkeakoulujen kanssa koulutuksellista tai lähiohjaussuhdetta samalla tavalla kuin esimerkiksi Muuramessa, Salossa ja Kuusiokunnissa. Oulussa yhteistyö ammattikorkeakoulun kanssa painottui koulutuksen järjestämiseen hankkeen käynnistymisvaiheen aktiivisen yhteistyön jälkeen.

TEJO-hankkeen ensimmäinen vaihe osoitti selvästi terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjen selkiyttämisen ja kehittämisen tarpeen. Johtamiskäytäntöjen jatkokehittäminen ja johtamisen työvälineiden arviointi jäivät hankkeen seuraavan vaiheeseen. TEJO-kuntaprojektin ensimmäisen vaiheen (2004–2005) lopussa osallistuvilla kunnilla oli mahdollisuus päättää hanke omalta osaltaan. TEJO-kuntaprojektin toista vaihetta (2006–2009) varten laadittiin uusi toimintasuunnitelma ja kunnat vahvistivat hankkeeseen osallistumisensa kunnanhallituksen päätöksellä.



## 5 Kuntien kehittämisprojektit

Tässä luvussa kuvataan, miten erikokoisissa ja eri puolella Suomea sijaitsevissa pilottikunnissa toteutettiin valtakunnallista TEJO-kehittämissanketta. Arviointi perustuu kuntien laatimiin projektikuvauksiin, joista Jyväskylän ammattikorkeakoulu on tehnyt yhteenvedon (luku Kehittämisprosessien arviointia). Kuntakohtaiset hankekuvaukset (TEJO-hankkeiden kuntakuvaukset, s. 39–56) on lyhennetty kuntien yhdyshenkilöiden laatimista laajemmista kuvauksista. Kuntien kuntaprofiileja ja organisaatioita kuvataan liitteissä 1 ja 3.

TEJO-hankkeeseen osallistuvat kunnat ja seutukunta olivat sitoutuneet kunnanvaltuuston, -hallituksen tai sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksellä valtakunnallisen hankkeen toimitasuunnitelmaan ja tavoitteisiin. Hankesuunnitelman mukaisesti aluksi lähdettiin kehittämään kunnille työvälineitä tehdä väestön hyvinvointi ja terveys sekä siihen vaikuttavat tekijät näkyviksi kuntasuunnittelussa ja toiminnan seurannassa. Useimmissa kunnissa tämä tarkoitti konkreettisesti kunnan hyvinvointikertomuksen valmistelua lähtökohtana Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet sekä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmän käytön soveltamista päätöksenteon välineenä. Seuraavaksi oli tarkoitus paneutua kuntien hyvinvointistrategioihin sekä terveyden edistämisen johtamisen ja rakenteiden selvittämiseen ja kehittämiseen.

### Kehittämisprosessien arviointia

LEENA LIIMATAINEN, KATRI RYTTYLÄINEN, ANNE YLÖNEN & TANJA MINKKINEN,  
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Vaikka kuntien kehittämisprosessit ovat perustuneet yhteiseen toimintasuunnitelmaan, ne ovat samalla myös ainutkertaisia ja yksilöllisiä. Kehittämisprosessien tarkastelu yhteisten teemojen kautta tuo esiin erikokoisten kuntien erilaisia ratkaisumalleja ja sovellusesimerkkejä rakentaen kokonaisvaltaista terveyden edistämisen johtamisen perustaa. Kehittämisprosessien arviointi perustuu tässä kuntien/seutukunnan tuottamiin kuvauksiin TEJO-hankkeen toteutuksesta vuosina 2004–2005. Kuntien hankekuvauksia analysoidaan seuraavien teemojen näkökulmista:

- Kunnan/seutukunnan perustelut TEJO-hankkeeseen osallistumisesta ja kehittämisprosessien organisoituminen.
- Terveyden edistämisen johtamisen työvälineiden soveltaminen, hyödyntäminen ja arviointi.
- Terveyden edistäminen kunnan strategisena kysymyksenä ja terveyden edistämisen johtamisen muutokset hankkeen aikana.
- Yhteistyö, sitoutuminen ja verkostot.
- Kuntien kehittämisprosessien vahvuudet ja kehittämishaasteet.

### Osallistumisperusteet ja kehittämisprosessien organisoituminen

Kuntien perusteluissa voidaan erottaa ainakin kaksi lähtökohtaa TEJO-hankkeeseen osallistumiselle. Osa kunnista oli lähtenyt liikkeelle nimenomaan TEJO-hankkeen tavoitteiden pohjalta, joillakin tavoitteena oli olemassa olevien terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin liittyvien projektien synergia ja koordinointi. TEJO:a oli tuolloin tarkoitus hyödyntää muita terveyden edistämisen hankkeita yhdistävänä sateenvarjohankkeena.



Hankkeeseen osallistumisen taustalla oli myös useimpien kuntien osallistuminen Stakesin esitutkimukseen vuosina 2002–2003 (ks. luku 3). Esitutkimuksesta saatujen tulosten pohjalta katsottiin tarpeelliseksi tehostaa terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjen kehittämistä. Isojen kaupunkien, kuten Oulun ja Espoon esitutkimuksen lisäksi tekemät omat selvitykset ovat olleet lähtökohtana TEJO-hankkeeseen osallistumiselle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käsitteiden päällekkäisyys ja selkiyttäminen mainitaan myös perusteluina joidenkin kuntien raporteissa.

Yksi perustelu TEJO-hankkeeseen osallistumiseen on ollut valmistautuminen ja varautuminen kunta- ja palvelurakennemuutokseen. Hankkeeseen osallistumisen yhtenä etuna nähtiin pilottikuntien mahdollisuus hyödyntää Stakesin SOTKANet-indikaattoripankkia kuntasuunnittelussa ensimmäisten joukossa.

Valtakunnallisen TEJO-hankkeen tavoitteita lähdettiin toteuttamaan hieman erilaisista lähtökohdista ja erilaisten kehittämissuunnitelmien avulla. Yleisiä tavoitteita on tarkennettu ja räätälöity vastaamaan paikallista toimintakulttuuria ja konkreettisia terveyden edistämisen johtamisen kehittämistarpeita. Kuntien kehittämissuunnitelmien organisointi on myös ratkaistu eri tavoin eri kunnissa. Osa kunnista on käynnistänyt erillisen TEJO-projektin, johon on perustettu oma projektiorganisaatio. Kehittämistyö on aikataulutettu ja siihen on haettu ulkopuolista rahoitusta. Toiset kunnat ovat sitoneet hankkeen tavoitteet ja kehittämissuunnitelman oman organisaationsa perustyöhön ja rakenteisiin ilman erillistä rahoitusta. Myös ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten rooli ja panos kehittämiskumppaneina on vaihdellut kuntien erilaisissa ratkaisussa. (Ks. taulukot 3 ja 4.)

TAULUKKO 3. TEJO-kehittämishankkeiden organisoituminen pilottikunnissa

	Projekti-päällikkö	Projekti-yhdyshenkilö	TEJO-ohjausryhmä/johtoryhmä	TEJO-tiimi/työryhmä	Ammattikorkeakoulun rooli
Espoo		kaupunki		x	*
Kauniainen		kaupunki	x	x	*
Muurame	x amk	kunta	x	x	***
Närpiö		kaupunki/tk/amk	x		*
Oulu	x kaupunki	amk	x	x	**
Salo		kaupunki/amk	x	x	***
Kuusiokunnat		tk/amk	x	x	***

tk = terveyskeskus, amk = ammattikorkeakoulu, \*\*\* = amk mukana paljon, \*\* = amk mukana jonkin verran, \* = amk mukana vähän

TAULUKKO 4. TEJO-ohjausryhmien kokoonpanot kunnissa

	Kunnan johtoryhmä/osa	Terveydenhuollon ky:n johto	Ammattikorkeakoulu	Muut asiantuntijat	Muu poikkihallinnollinen työryhmä
Espoo					x
Kauniainen	x				x
Muurame	x	x	x	x	
Närpiö	x	x	x	x	
Oulu	x		x	x	x
Salo	x	x	x	x	
Kuusiokunnat	x	x	x	x	x

TEJO-ohjausryhmä/johtoryhmä on kuntien raporttien mukaan kuudessa hankkeessa. Lähes jokaisessa hankkeessa on erillinen TEJO-tiimi tai -työryhmä, jonka rooli on ollut toimia hankkeen toimintojen organisoijana ja monien nopeastikin eteen tulleiden käytännön asioiden toteuttajana. Muutamassa hankkeessa on ollut joko koko- tai osapäiväinen projektipäällikkö, kaikissa hankkeissa projektia on koordinoitunut yhdyshenkilö.

TEJO-ohjausryhmän kokoonpano ei ole vaihdellut kovinkaan paljon. Lähes kaikissa hankkeissa ohjausryhmiin on kuulunut kunnan johtoryhmä joko kokonaan tai osittain (liite 4). Sosiaali- ja terveystoimen edustus on kuulunut kaikkiin hankkeisiin. Silloin, kun terveydenhuollon palvelut on järjestetty kuntayhtymän kautta, on ohjausryhmissä ollut kuntayhtymän edustus. Myös sivistystoimen edustus on ollut usein mukana. Vähiten ohjausryhmien toimintaan ovat osallistuneet kuntien teknisen toimen edustajat. Oulun ohjausryhmässä on mukana kaksi keskushallinnon suunnittelupalvelun henkilöä. Lisäksi Oulussa seurantaryhmänä toimii apulaiskaupunginjohtajan vetämä eri hallintokuntien (kulttuuri, liikunta, nuoriso, opetus, sosiaali- ja terveystoimi ja tekninen) virastopäälliköistä koostuva palvelujohtoryhmä.

Ammattikorkeakoulujen rooli on joissakin hankkeissa ollut vahva (Salo, Muurame, Oulu, Kuusiokunnat), toisissa taas kevyempi. Ammattikorkeakoulujen edustus on ollut myös useimmissa TEJO-ohjausryhmissä. Stakesin asiantuntijoita on osallistunut TEJO-hankkeiden toteuttamiseen kaikissa kunnissa, toisissa kunnissa tiiviimmin kuin toisissa.

## Terveyden edistäminen strategisena kysymyksenä ja johtamisen muutokset

Päätökset TEJO-hankkeeseen osallistumisesta oli tehty kunnan- ja kaupunginhallituksissa lukuun ottamatta Kauniaista ja Espoota, joissa päätöksen oli tehnyt sosiaali- ja terveyslautakunta. Terveyden edistäminen nähtiin pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla olevina toimintoina. TEJO-hankkeessa operationalisointia lähdettiin tekemään laajemmassa kontekstissa. Hanke on ohjannut pohtimaan, mikä merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä on kunnan strategiassa. TEJO-hankkeessa käytetty poikkihallinnollinen työskentelytapa ja terveyden edistämisen johtamisen välineet; hyvinvointikertomus, indikaattorityö ja IVA ovat tehostaneet operationalisointia.

Joissakin pilottikunnissa, kuten Oulussa, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nähtiin selkeästi strategisena, kaikkien hallintokuntien yhteisenä tavoitteena ja priorisointialueena. Oulussa strategiat ohjaavat keskeisesti myös hyvinvointibarometria ja sen indikaattorien valintaa. Muuramessa hyvinvointi liitettiin kiinteästi teemaseulan tuloksia hyödyntäen kunnan strategiaan. Strategiaprosessia Muuramessa viivästyttiin, jotta asioita ehdittiin pohtia aidosti ja laajasti.

TEJO-pilottikunnissa terveyden edistämisen johtamiseen liittyvät muutokset ovat kohdistuneet ennen kaikkea päätöksenteon valmistelun kehittämiseen. Hyvinvointitilinpito, hyvinvointikertomus sekä IVA-prosessit ovat toimineet faktatietoa ja vaihtoehtoja tuottavina työvälineinä hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvän päätöksenteon pohjaksi. Kuntien niin strateginen kuin operatiivinen johto on alkanut kiinnittää entistä enemmän huomiota terveyttä edistävään lähestymistapaan kuntalaisten hyvinvointia edistävien palvelujen kokonaissuunnittelussa. Retorisella tasolla terveyden edistämisestä puhutaan enemmän ja sitä pidetään tärkeämpänä kunnan palvelutuotantoa ohjaavana tekijänä kuin ennen. Käytännön tasolla tämä ei kuitenkaan ole vielä kovinkaan vahvasti näkynyt.

## Yhteistyö, sitoutuminen ja verkostot

TEJO-hankkeeseen osallistuvien kuntien/seutukuntien yhteistyön tasot ja tavoitteet ovat vaihdelleet. Yleisesti ottaen yhteistyötä on tehty jo luontevasti hallintokuntien sisällä. Yli hallintokuntarajojen on tehty yhteistyötä etenkin pienissä kunnissa. Esimerkiksi Närpiössä on saatu kokemuksia hallintokuntien välisestä kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä yhteistyöstä vuonna 1997 alkaneessa ”Närpes hälsokommun” -projektissa. Toisaalta myös Oulussa poikkihallinnollista yhteistyötä on tehty laajasti mm. johtotasolla palvelujohtoryhmän, alueellisten moniammatillisten johtotiimien ja eri tarpeita varten perustettujen ryhmien (esimerkiksi terveystiimien ja kouluterveystiimi) kautta.

Organisaatorajojen ylittäminen on koettu kaikissa pilottikunnissa haastavaksi ja Salossa on onnistuttu myös organisaatorajat ylittävässä yhteistyössä. TEJO-hankkeen toteutukseen ovat osallistuneet Salon kaupunki, Salon seudun terveyskeskus, Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipiste ja Länsi-Suomen lääninhallitus. Yhteistyötä on Salossa tehty myös Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa. Stakes on toiminut projektissa asiantuntijana ja kouluttajana. Salon kaupunki ja Salon seudun terveyskeskus ovat sitoutuneet kehittämishankkeeseen ja sen edellyttämiin organisatorisiin ja toiminnallisiin järjestelyihin. Turun ammattikorkeakoulu toimii TEJO-kuntaprojektin lähiohjaajana ja raportoi alueellisen hankkeen etenemisestä. Salossa, kuten myös Muuramessa, TEJO-jatkohankkeen tavoitteena on terveyden edistämisen johtamisen ja rakenteiden kehittämisen seutukunnallistaminen. Myös Oulussa TEJO:n jatkovaiheissa on tavoitteeksi asetettu seudullinen tarkastelu.

Terveyden edistäminen on usein nähty kunnissa lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakenttään kuuluvaksi. Muut hallintokunnat ovat jäsentäneet itsensä terveyden edistämisen sivustakatsojiksi tai seuraajiksi, ei aktiivisiksi, aloitteellisiksi toimijoiksi. Tästä esimerkkinä voidaan pitää sitä, että Kuusiokuntien projektin päävastuu on ollut Alavuden terveydenhuollon kuntayhtymällä. Kuusiokunnissa sitoutuminen yhteistyöhön on muutenkin haastavaa, sillä osallistujina on useita kuntia ja kuntayhtymiä (Alavudenseudun terveydenhuollon kuntayhtymä ja Ähtärinjärven kansanterveystyön kuntayhtymä). Toisaalta Kuusiokuntien TEJO-ohjausryhmässä terveyden edistämisen johtamisen ja organisoimisen laaja-alaisen vastuuttamisen varmistamiseksi edustajat ovat paitsi kaikista seudun kunnista myös eri hallinnonaloilta.

Myös Espoossa TEJO-projektia on toteutettu lähinnä sosiaali- ja terveystoimessa, samoin päätöksenteko hankkeeseen liittyen on tapahtunut sosiaali- ja terveyslautakunnassa. TEJO-hankkeeseen osallistumisesta on päätetty terveystoimien jaoston kokouksessa. Terveyden edistämisen ohjelmaa ja ennaltaehkäisevän työn levittämistä valmistelemaan on perustettu työryhmä, jonka jäseniksi on nimetty terveystoimien jaoston puheenjohtaja, terveystoimien johtaja, vapaan sivistystyön johtaja, perhe- ja sosiaalipalveluiden terveysneuvonnasta osastohoitaja sekä sosiaali- ja terveystoimen Tieto-, laatu ja kehittäminen -yksiköstä suunnittelija. Espoossa on sovittu yhteistyöstä myös teknisen- ja ympäristötoimen kanssa.

Sosiaali- ja etenkin terveystoimen odotetaan olevan aloitteellinen yhteistyön käynnistämässä. Yhteistyötä eri hallintokuntien kesken on perinteisesti tehty yksittäisiin projekteihin liittyen. Samat henkilöt ovat voineet kuulua useisiin samanajankaisiin projekteihin. Yhteistyön ja verkostojen koordinointi on usein ollut puutteellista.

Sitoutuminen terveyttä edistävään ajatteluun seurailee yhteistyön tekemisen tapaa. Mitä kauempana terveyden edistämisen käytännön työstä ollaan, sen vähemmän terveyden edistämisen vaikuttaa toiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Organisaation johto sitoutuu kyllä terveyden edistämiseen retorisisella tasolla, mutta käytännön toiminnassa se ei aina näy. Yksittäiset päätökset saattavat olla dokumentoitujenkin linjausten kanssa ristiriitaisia.

Verkostotyön johtaminen on problemaattista myös terveyden edistämässä. Perinteisesti organisaatioiden toimijat ovat usein ’organisaationsa vankeja’. TEJO-hankkeissakaan palveluja tuottavien organisaatioiden verkostot eivät ole kyenneet pitämään itseään yllä, vaan niitä on

täytynyt tukea ulkopuolelta. Ammattikorkeakoulut ovatkin monissa piloteissa toimineet välittäjäorganisaatioina ja huolehtineet verkostojen ylläpitämisestä.

Kolmannen sektorin toimijoita tai yrityksiä ei mainita lainkaan TEJO-pilottien väliraportteissa. Samoin kuntalaisten osallisuus projekteissa jää ohueksi. Kuntalaiset tulevat esille lähinnä hyvinvointikertomuksen tiedottamisen ja informaation kohteena, ei aktiivisina toimijoina prosessissa. Vain Salon raportissa asiakastaso tulee esille TEJO-kehittämistyön arvioinnissa.

Kuusiokunnissa terveyden merkityksen ymmärtäminen ja liittäminen hyvinvointistrategioihin ovat tulevaisuuden kehittämistavoitteina. Toimivan yhteistyön kehittäminen kunnan ja perusterveydenhuollon välille on tavoitteena Muuramessa ja Närpiössä.

## Kehittämisprosessien vahvuudet ja kehittämishaasteet

Salon raportissa on kuvattu kehittämisprosessin vahvuuksia ja kehittämishaasteita strategisen tason, toiminnan tason ja asiakastason näkökulmista taulukon 5 mukaisesti. Salossa kuvatut vahvuudet ja kehittämishaasteet on tunnistettavissa myös muiden kuntien raporteissa.

Pilottikuntien raporteissa luottamushenkilöiden rooli ei tule juuri esille. Muuramessa luottamushenkilöt ovat osallistuneet esimerkiksi kunnan hyvinvointitavoitteiden laadintaan. Myös Oulussa luottamushenkilöt ovat mukana aktiivisesti TEJO-prosessissa niin strategioiden uudistamisessa hyvinvointia ja terveyttä enemmän huomioiviksi, hyvinvointibarometrin indikaattorien tuottamisessa kuin tulosten käytäntöön viemisessä. He toimivat aktiivisesti päätöksenteossa ja ovat yhtenä vastuutahona, kun prosessi vakiinnutetaan jatkuvaksi toiminnaksi. Luottamushenkilöiden rooli tulee näkymään vahvemmin siinä vaiheessa, kun hyvinvointikertomuksia hyödynnetään

TAULUKKO 5. Kehittämistyön vahvuudet ja kehittämishaasteet (Salo)

Näkökulmat	Projektin vahvuudet	Projektin kehittämishaasteet
Johto- ja strategiataso	Johtoryhmän sitoutuminen projektin ohjaukseen ja sen kytkytyminen päätöksentekoon  Hankkeen ajankohtaisuus ja strateginen osuvuus  Asiantuntijoiden hyödyntäminen ja prosessin etenemisen ohjaus	Strategisen suunnitteluprosessin kehittäminen  Yhteistyön lisääminen eri hallintokuntien välillä  Kehittämistyön tulosten välittäminen ja juurruttaminen seutukuntaan
Toiminnan taso		
Hyvinvointikertomus	Työryhmien aktiivinen työskentely	Yhteisten toimintatapojen vakiinnuttaminen  Hyvinvointikertomuksen hyödyntäminen
IVA-menetelmä	Koulutus- ja konsultaatio mahdollisuus  Esittelijät kohderyhmänä	Toimintatavan soveltaminen käytäntöön  Toimintakäytäntöjen muuttaminen
Laatujärjestelmän kehittäminen	Työskentelyn käynnistyminen palvelujärjestelmän tasolta	Laatujärjestelmän kehittäminen kokonaisuudessaan
Asiakastaso	Päätöksenteon avoimuus, hyvinvointikertomus netissä	Toimintasuunnitelma eriarvoisuuden vähentämiseksi

kunnan strategisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Lähes kaikissa kunnissa tarkoituksena on liittää hyvinvointi- ja terveyden edistämisen näkökulma kunnan yleisstrategiaan. Tämä onkin perusteltua, sillä hyvinvointistrategiat ovat edelleen erillisiä asiakirjoja eivätkä ne ole saaneet vielä tasavertaista sijaa kunnan kokonaisstrategiassa verrattuna talouden arviointiin.

Toiminnan tasolla ongelmaksi on koettu hankkeen tiukka aikataulu suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin (esimerkiksi Närpiö, Muurame). Tärkeää on ollut se, että kunnat ovat voineet jonkin verran räätälöidä valtakunnallisen TEJO-hankkeen tavoitteita palvelemaan oman kuntansa erityistarpeita. Tärkeää muutoksessa on, että toimijat saavat itse määritellä liikkeen suunnan ja vauhdin. Ulkoapäin annettu ja pakotettu muutosvaatimus ei motivoi eikä lisää yhteishenkeä siten kuin oman kokoinen ja näköinen, sisältä päin lähtenyt muutostarve (Hokkanen & Strömberg 2003; Mäkisalo 2003).

Haasteena jatkossa on kääntää katse myös hyvinvointijohtamisen työvälineiden taakse. Millaisia ovat kuntien strategisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa toimintaa ohjaavat arvot ja lähtökohdat? Ovatko ne tiedostettuja ja yhteisesti sovittuja? Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn tulokset – ja myös laiminlyönnit näkyvät vasta pitkän seurannan jälkeen. Viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden arvot konkretisoituvat kunnissa erityisesti hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa. Tähdätäänkö toiminnalla henkilöstön, toimijoiden ja kuntalaisten voimavarojen hyödyntämiseen ja kasvuun (empowerment) terveytensä edistämässä? Voimavarakeskeisyys/empowerment terveyden edistämässä ja myös hyvinvointijohtamisessa tarkoittaa prosessia, jonka kautta ihmisillä on aikaisempaa suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyteensä liittyvään päätöksentekoon ja toimintaan (Nutbeam 1998). Etenkin seudullisessa terveyden edistämisen kehittämisessä tämä on nähtävä merkittävänä haasteena. Esimiehet voivat edistää muutosta yhdistämällä voimaantumisen ja muutosjohtamisen eri näkökulmat: huolehtimalla siitä, että työn merkityksellisyys, työn edellyttämä osaaminen, työssä tarvittava itseohjautuvuus ja vaikutusmahdollisuudet ovat kunnossa organisaation eri tasoilla (Ruohotie 2000). Yhteisön kehittyminen muutoksen myötä edellyttää yhteisiä tavoitteita ja arvoja.

## TEJO-hankkeiden kuntakuvaukset

TEJO-hankkeen kuntakuvaukset vuosilta 2004–2005 on kuntien yhdyshenkilöiden tai heidän ja ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöiden yhdessä laatimia: *Ulla Tikkanen, Leena Liimatainen ja Kari Jaatinen, Hanna Esch ja Anna-Greta Olsio-Tuisku, Irmeli Leino, Mervi Uusimäki, Kristiina Alppivuori ja Eija Kyrölahti.*

Hankkeeseen osallistuvilla kunnilla oli mahdollisuus räätälöidä TEJO-hankkeen tavoitteiden toteuttamista niin, että se parhaiten tuki oman kunnan suunnittelu- ja seurantakäytäntöjä. Tarkoituksena oli alusta alkaen vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita kunnissa/seutukunnassa niin, että hyviksi havaitut käytännöt voisivat jäädä pysyviksi eivätkä lakkaisi olemasta hankkeen päätyttyä. Tästä syystä kehittämisprosessin muotoilussa ja aikataulussa oltiin joustavia. Kehittämistyön tuli edetä siinä aikataulussa kuin se luontevasti istui kuntasuunnittelun rytmiin.

Useimmissa kunnissa ajanjaksoon sisältyy hankkeen organisoituminen, hyvinvointi-indikaattoreiden kehittäminen, hyvinvointikertomuksen valmistelu ja luottamushenkilöille esittely sekä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmän pilotointi ja hyvinvointistrategiatyön käynnistäminen. Kehittämisprosessiin on kuulunut koulutusta ja työkokouksiin osallistumista sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntatyön näkyväksi tekemistä monella tavalla.

## Kauniainen

### *Hankkeen organisoituminen ja eteneminen kaupungin sisällä*

Kauniainen oli mukana vuonna 2002–2003 toteutetussa TEJO-hankkeen esitutkimuksessa, joten osallistuminen vuonna 2004 alkaneeseen hankkeeseen oli luontevaa. Päätös osallistumisesta tehtiin syksyllä 2003 kaupunginjohtajan johtoryhmässä. Vetovastuu annettiin sosiaali- ja terveystoimelle, mutta hankkeen poikkihallinnollisuutta pidettiin tärkeänä.

Tavoitteena oli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen aseman nostaminen kunnassa samoin kuin hyvinvointikertomuksen valmistaminen poikkihallinnollisena yhteistyönä ja siten hyvinvointitiedon tuottaminen koko kunnan käsittelyyn ja käyttöön. Hyvinvoinnin aspektin integroiminen kaupungin kehittämisstrategiaan oli olennaista. Työn avulla haluttiin tiivistää yhteistyötä kunnan sisällä eri sektoreiden välillä ja kehittää väestön hyvinvoinnin seurantamenetelmiä.

Aluksi kaikkia toimialoja ja luottamushenkilöitä informoitiin hankkeesta ja kaupunginjohtaja nimesi poikkihallinnollisen TEJO-työryhmän keväällä 2004. Ryhmässä oli edustajat kaikilta hallinnonaloilta. Työryhmän jäsenet toimivat kukin omissa sidosryhmissään omilla hallinnonaloillaan ja asian eteenpäin vieminen oli helpompaa, jos heillä oli yhteys omaan johtoryhmään. Kaupunginjohtajan johtoryhmä toimi ohjausryhmänä. Pienessä kaupungissa yhteistyö on ollut mutkatonta. Aikaa hankkeelle ja kokouksille ei ole aina ollut helppo löytää. Etukäteen sovitut kokousajat ja aikataulutettu suunnitelma varmistivat kuitenkin asian etenemisen.

Hankkeen ensimmäinen työkokous ja teemaseulahaastattelu pidettiin maaliskuussa 2004. Teemaseulahaastatteluihin osallistui luottamushenkilö- ja virkamiesjohtoa sekä muuta henkilökuntaa. Tarkoituksena oli kartoittaa eri näkökulmista huolen aiheita ja vahvuuksia ja siinä myös onnistuttiin.

Tavoitteena on ollut koko hankkeen ajan, että sen loppuvaiheessa keskitymme terveyden edistämisen johtamisrakenteiden kehittämiseen ja päätöksenteon vaikutusten arvioinnin käyttöönottoon. Vuosina 2004–2005 työ oman kunnan TEJO-työryhmässä painottui siten hyvinvointikertomuksen valmistamiseen.

### *Kaupungin sitoutuminen, yhteistyö ja verkostot*

Kaupunginvaltuustolle hanketta esiteltiin jo aikaisessa vaiheessa ja hankesuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa sosiaali- ja terveyslautakunnassa. Se lähetettiin tiedoksi muihin lautakuntiin ja kaupunginhallitukseen. Kaupunginjohtajan sitoutuminen prosessiin on ollut keskeistä hankkeen etenemiselle. Ammattikorkeakoulu Arcadan kanssa yritettiin saada aikaan yhteistyötä, mutta se ei onnistunut vielä hankkeen tässä vaiheessa. Keväällä 2005 terveystieteen opiskelija auttoi noin kuukauden ajan indikaattoritiedon keräämisessä, mutta muuten työ tehtiin virkamiestyönä oman työn ohessa. Stakesin valtakunnallisilla koulutuspäivillä ja valtakunnallisissa ja paikallisissa työkokouksista saatu tuki on ollut prosessin etenemiselle ratkaiseva.

### *Hyvinvointikertomuksen prosessi ja sen valmistuminen*

Hyvinvointikertomusta valmisteleavassa työryhmässä oli edustajat kaupungin kaikista hallintokunnista. Kaupunginjohtaja osallistui Stakesin kanssa pidettyihin paikallisiin työkokouksiin.

Kauniaisten kaupunki valmisteli hyvinvointikertomuksen terveyden edistämisen johtamisen työvälineeksi. Työn voidaan katsoa edenneen kolmessa vaiheessa: yhteisen ymmärryksen luominen tavoitteista ja käsitteistä, työn suunnittelu ja sen toteuttaminen. Tehtävää pidettiin haasteellisena. Työskentelyn alussa keskusteltiin perusteellisesti hyvinvoinnin käsitteestä ja eri hallintokuntien näkemyksistä hyvinvointikertomuksen sisällöstä sekä kerättävistä keskeisimmistä indikaattoreista ja sopivista vertailukunnista. Päädyimme laajempaan hyvinvoinnin määrittelyyn, johon terveys sisältyy ja halusimme, että valittavilla indikaattoreilla saadaan monipuolinen ja kattava kuva kaupungin tilasta. Hyvinvointikertomus rakennettiin linkaariajattelun mukaisesti. Tietoja kerättiin

valtakunnallisista tietolähteistä, mm. SOTKANetistä ja omista eri hallinnonalojen tilastoista ja niitä verrattiin Espoon, Sipoon, Kirkkonummen, pääkaupunkiseudun ja osin Uudenmaan maakunnan sekä koko maan vastaaviin tietoihin. Myös palvelujärjestelmää kuvattiin ja arvioitiin lyhyesti.

Luonnosvaiheessa hyvinvointikertomusta käsiteltiin kaupunginjohtajan johtoryhmässä ja laajennetussa johtoryhmässä ja siitä pyydettiin kaikilta lautakunnilta lausunnot, joiden perusteella tekstiä viimeisteltiin. Kaupunginhallitus käsitteli hyvinvointikertomusta ja valmis hyvinvointikertomus hyväksyttiin kaupunginvaltuustossa 14.11.2005.

Hyvinvointikertomus on osoittautunut jo nyt käyttökelpoiseksi työvälineeksi. Sen avulla voidaan aiempaa paremmin hahmottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuus ja sisältö ja osoittaa se kaikkien kunnallisten palvelujen tavoitteeksi. Ehkä tärkein innovaatio on ollut havaita tarve hallintokuntien väliseen tiiviimpään yhteistyöhön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja tunnistaa siitä saatava hyöty. Tähän liittyen on sovittu, että kuntalaisten hyvinvointipalveluja kartoitetaan ja niistä kootaan tietoa kaupungin kotisivuille ja kuntalaisille jaettavaan esitteeseen.

Hyvinvointikertomuksen indikaattoritietoa päivittämällä voidaan seurata hyvinvoinnin ja terveyden tilaa ja kehitystä kunnassa. TEJO-hankkeen aikana on Terveys 2015 -ohjelma nostettu uudelleen esille ja sen tavoitteet sisällytetty hyvinvointikertomukseen. Kertomus toimii raportointivälineenä mm. valtuustotasolla. Tietoja ja johtopäätöksiä on tarkoitus hyödyntää kaupungin kehittämisstrategiassa. Laaja hyvinvointikertomus on tarkoitus tehdä valtuustokausittain ja suppeampi arviointi vuosittain kunnan talous- ja toimintasuunnitelmaan sisällytettävien indikaattorien avulla. Vuosittaista seurantamenettelyä tullaan vielä kehittämään.

#### *Kehittämisen prosessin vahvuudet ja haasteet*

Hyvinvointikertomuksen idean, tarkoituksen ja tavoitteen hahmottaminen on vaatinut aikansa. Mikä on kunkin toimialan osuus ja sisältö, kirkastunee vasta, kun ensimmäistä hyvinvointikertomusta käsitellään ja sen perusteella aletaan tehdä sitä työtä, mihin se oli tarkoitettu: strategisten toimenpiteiden suunnittelua hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Kehittämisen prosessissa onnistuminen tulee koeteltavaksi vasta käytännössä.

Haasteena jatkossa on toimivan terveyden edistämisen johtamisjärjestelmän rakentaminen ja hyvinvointitiedon systemaattinen seuranta ja hyödyntäminen. Jatkossa työnjaosta tulee työryhmän sisällä sopia tarkemmin ja antaa selkeämpi vastuu jokaiselle toimialalle oman osuuden sisällöllisestä tuottamisesta. Tärkeä hankkeen tulos on kaupungin lisääntynyt poikkihallinnollinen yhteistyö ja hyvinvointikäsitteen ymmärryksen ja terveyden edistämisen toimenpiteiden laajeneminen kaikkia koskevaksi.

## Muurame

Terveyden edistämisen työvälineet on todettu kunnassa ja Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymässä käyttökelpoisiksi ja toimiviksi. Hyvinvointikertomus valmistui helmikuussa 2005 ja on jo nyt osoittautunut tärkeäksi työkaluksi kunnan toiminnassa.

#### *Hyvinvointikertomus ja -indikaattorit*

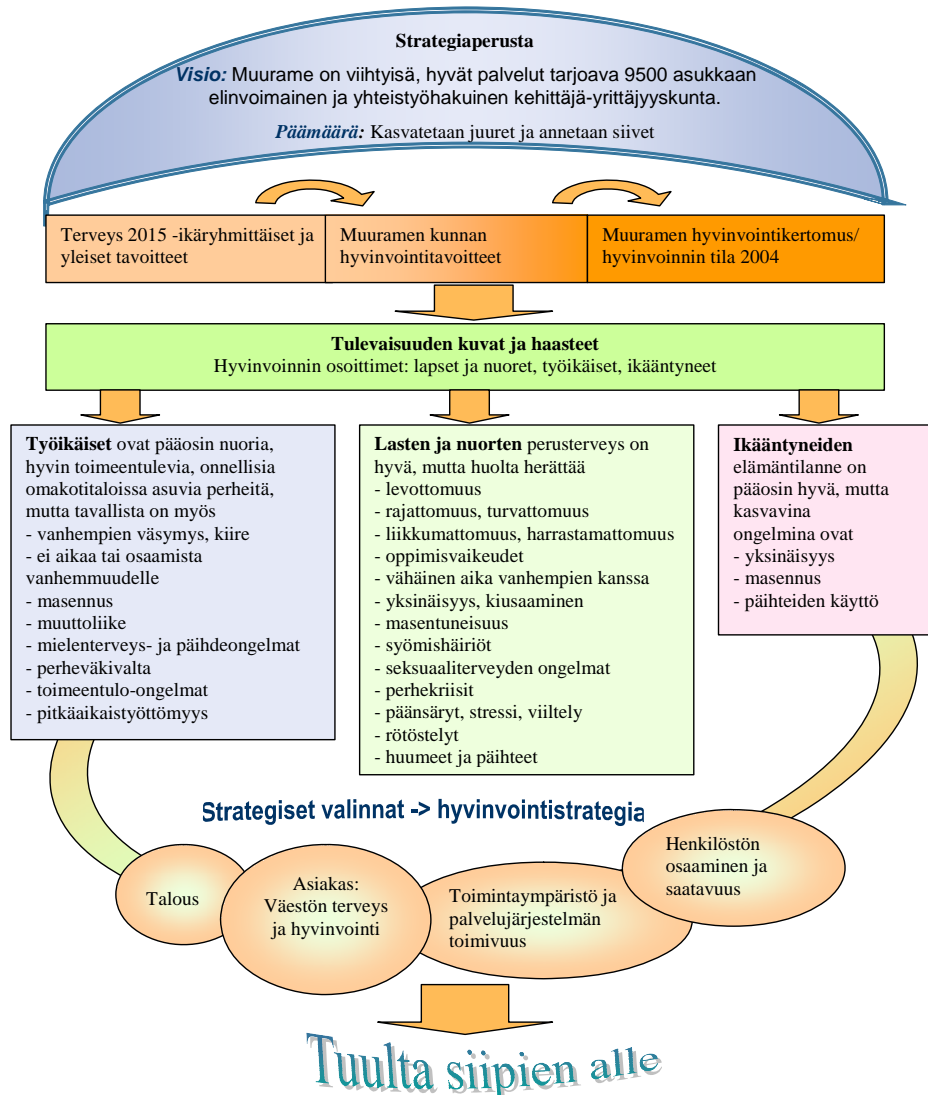
Hyvinvointikertomustyö kesti noin vuoden. Valmisteluprosessiin osallistui kunnanvaltuusto, -hallitus, johtoryhmä sekä terveydenhuollon kuntayhtymän edustajat. Kunnanjohtaja oli avainhenkilö prosessin käynnistämässä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun asiantuntijat ohjasivat ja konsultoivat prosessia. Indikaattorityössä kokemuksia vaihdettiin Keuruun kunnan ja Keuruun-Multian terveydenhuollon kuntayhtymän edustajien kanssa. Myös Jyväskylän kaupungin edustajat jakoivat kokemuksiaan omasta hyvinvointikertomustyöstään. Stakesin asiantuntijoita



konsultoitiin alueellisen koulutuksen yhteydessä. Varsinainen hyvinvointikertomus kirjoitettiin prosessikirjoittamisena kunnan, terveydenhuollon kuntayhtymän ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun asiantuntijoiden kesken. Onnistumisen kokemuksia on ollut erityisesti hallintokuntien yhteistyön käynnistyminen ja vahvistuminen kertomuksen laadinnassa. Yhteistyö on kirkastanut terveyden edistämisen ymmärtämistä ja muiden toimialojen tuntemusta.

Hyvinvointikertomusprosessiin on liittynyt Jyväskylän ammattikorkeakoulun toteuttamaa eri osapuolille räätälöityä paikallista ja alueellista sekä Stakesin järjestämää valtakunnallista koulutusta. Lisäksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun asiantuntijat ovat ohjanneet hyvinvointikertomustyötä monissa TEJO-ohjausryhmän työkokouksissa, valtuustoseminaareissa ja hallituksen sekä lautakuntien kokouksissa.

Osana hyvinvointikertomustyötä kunnan päätöksentekijät ja hallintokuntien päälliköt ovat perehtyneet Terveys 2015 -ohjelman tavoitteisiin. Terveys 2015 -ohjelman ikäryhmittäiset tavoitteet on sisällytetty Muuramen hyvinvointikertomukseen ja niiden toteutumista arvioidaan Stakesin SOTKANet-tietokannan Terveys 2015 -indikaattorien avulla. Laaja arviointi tehdään valtuustokausittain, suppea arviointi toteutetaan vuosittain kunnan talous- ja toimintasuunnitelmaan sisällytettyjen indikaattoreiden avulla.



KUVIO 3. Hyvinvointikertomuksen johtopäätökset ja haasteet



Hyvinvointikertomusprosessi on tuonut kuntaan uuden, yhteisen keskustelufoorumin, jossa valtuuston johdolla on luotu yhteiset hyvinvointitavoitteet, tahtotila tavoitteiden toteuttamiseksi ja arvioimiseksi. Hyvinvointitavoitteet vaativat jatkotyöstämistä ja hallintokuntaakohtaista konkretisoimista toimiakseen strategiatyön aineksina. Kuviossa 3 tiivistettynä hyvinvointikertomuksen johtopäätökset eri väestöryhmien näkökulmasta. Kuvio toimii jatkossa myös hyvinvointistrategiatyön aineistona.

#### *IVA – Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi*

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia lähdettiin harjoittelemaan Muuramessa ison ja monimutkaisen casen avulla. Kahden kunnan omistaman Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymän rakenteita ja hallintoa oli jo useaan otteeseen aikaisemmin arvioitu molempien jäsenkuntien toimesta. TEJO-hankkeessa tarjoutui tilaisuus jatkaa selvittelyä terveystieteiden kuntayhtymän tulevaisuudesta IVA-menetelmää soveltaen. Menetelmää sovellettiin myöhemmin myös asumispalveluja selvitettäessä sekä erityisryhmien asumisen ja asumisen tukipalveluiden järjestämisessä.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on todettu hyväksi työkaluksi, joka vaatii harjoittelua ja lisää sovellutuksia eritasoisiiin päätöksentekotilanteisiin. TEJO-kehittämissuunnitelmassa käyttöön otettujen työvälineiden soveltaminen kunnalliseen päätöksentekoon vaatii arviointia ja innovoivaa työtä. Terveyttä edistävän työn vaikuttavuudesta ja systemaattisen suunnitteluprosessin hyödyistä tarvitaan lisää näyttöä, jotta työkalujen hyöty uskotaan kunnan toiminnassa.

## Närpes – Närpiö

Beslutet att medverka i TEJO-projektet togs i stadsstyrelsen. En styrgrupp för projektet valdes på stadsstyrelsens sammanträde, med medlemmar från olika förvaltningsgrenar och de deltagande yrkeshögskolorna. Styrgruppen har alltså fungerat sektoröverskridande och sammanträtt kontinuerligt. Samarbetet med yrkeshögskolorna har varit givande, det är positivt att det finns flera samarbetspartner under en dylik process. Problemet har uppkommit på grund av de olika kulturerna som finns inom olika förvaltningsområden, det har varit svårt att få speciellt den tekniska sidan att förstå att deras verksamhetsområde utgör en viktig del av den hälsofrämjande verksamheten för kommunens befolkning.

Med TEJO-projektet vill man i Närpes stad uppnå ett bättre samarbete mellan kommunen och samkommunen för primärhälsovården, man vill hitta en fungerande ledningsstruktur för hälsofrämjande arbete och man vill få till stånd en profilhöjning av hälsofrämjandet, det förebyggande arbetet ska på nytt hitta sin plats inom folkhälsoarbetet. En uppföljning av befolkningens välfärd och hälsa – välfärdsboksutlåtandet – i vilket positiva faktorer och möjligheter lyfts fram, en systematisk, långsiktig användning av välfärdsdata inom det kommunala beslutsfattandet och att stärka och utveckla förtroendevaldas kunskaper om ledning av främjandet av välfärd och hälsa är också några av målsättningarna med projektet.

Projektets första skede innebar en sektorvis kartläggning av välfärd och hälsa. Hälsoindikatorer som beskriver närpesbornas välfärd och hälsa skulle väljas som grund för Närpes stads första välfärdsberättelse och medlemmar ur styrgruppen gick ut till förtroendevalda, ledande tjänstemän och ansvarspersoner för att ge hälsoindikatorerna en lokal förankring. Hur dessa grupper uppfattar hälsa och välfärd kartlades med hjälp av tre frågor: Vad är glädjande, välfungerande och lönsamt att stöda i främjandet av välfärd och hälsa? Vad är oroväckande och problematiskt i främjandet av välfärd och hälsa och vad beror detta på? Vad kan man göra åt saken och vad kan du som förtroendevald/tjänsteman göra? Metoden som användes var temasällning. Temasällningen har upplevts som mycket positiv både av styrgruppen och av de intervjuade. Metoden ger

alla deltagande möjlighet att uttrycka sina åsikter i tur och ordning medan de övriga lyssnar. På detta sätt blir andras tankar föremål för interna dialoger och erbjuder envar möjligheter att väga olika alternativ mot varandra. Att verkligen alla fått uttrycka sin åsikt har upplevts ge delaktighet i processen och medlemmar ur styrgruppen ska under våren presentera välfärdsberättelsen åt de förtroendevalda på nämndernas möten.

Att från styrgruppen kunna delta i nämndemöten gör att man når ut på ett mycket bra sätt till de förtroendevalda. Det vore svårt att uppnå ett högt deltagarantal och intresserade åhörare om ett skilt informationstillfälle ordnades, nu kan information ges 'på köpet' utan att det upplevs som extra tidskrävande. Början till att få en större helhetssyn på välfärd och hälsa bland förtroendevalda kan anses vara nådd med detta.

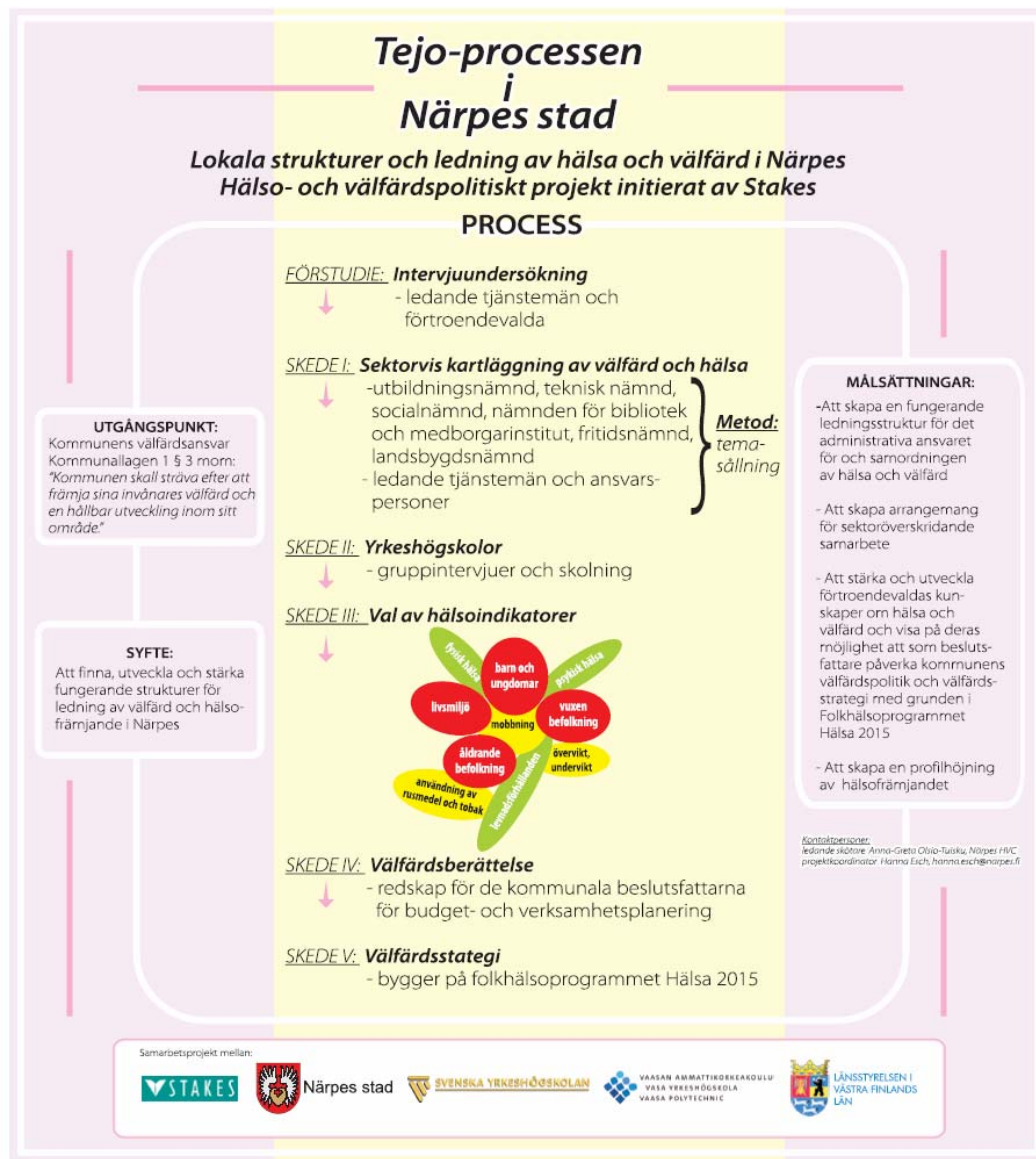
Det följande skedet gick ut på att på basen av materialet från temasällningarna välja hälsoindikatorer, vilka utgör grunden i välfärdsberättelsen. Snabbt kunde man konstatera att det lätt blir för många indikatorer, ett gallringsarbete utfördes och processen med att slutligen välja vilka indikatorer som skulle ingå tog tid och levde hela tiden från möte till möte med styrgruppen. Viktigt var att indikatorer från alla olika förvaltningsområden togs med.

Statistik har hämtats från Stakes databank SOTKANet. Den ger möjligheter att jämföra med andra kommuner. Ett problem som styrgruppen hela tiden haft är att tidtabellen som uppgjorts från Stakes inte hållit på grund av personalbrist. Välfärdsberättelsen sammanställdes av yrkeshögskolans representant.

Statistik från hälso- och socialvården följs upp och förs in. Statistiken har inte ännu använts i uppföljande syfte inom verksamhetsplaneringen, men genom att hälsoindikatorerna valts kan man på ett nytt sätt använda sig av dem och göra en uppföljning. Yrkeshögskolornas representanter har hållit skolning om projektet och folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 åt både tjänstemän och förtroendevalda vid två tillfällen.

IVA - bedömning av konsekvenser. Inom hälsovårdscentralen pågår ett utvecklingsprogram. Programmets målsättning är att förändra verksamhetssystemen så att patienterna skall få vård och hjälp så smidigt och nära som möjligt inom rimlig tid samt att höja personalens arbetslivskvalitet. Med hjälp av konsekvensbedömningsmetoden har personalen fått utvärdera den planerade modellens inverkan och följder för befolkningen, för personalens arbetssituation och för hälsocentralens organisation. Värdefulla konsekvenser för verksamhetsförändringen framkom och beaktas i den fortsatta planeringen. Konsekvensbedömning är en bra metod att använda sig av i förändringsarbete. Personalen upplevde att de fick känna delaktighet i processen.

Genom TEJO-projektet har styrgruppsmedlemmarna fått mycket information och lärt sig vilka möjligheter som finns. Om man jämför situationen 2003 då vi startade med dagens situation så har projektet satt ett frö bland tjänstemän och förtroendevalda inom kommunens alla sektorer till att inse sitt ansvar och sina möjligheter att via den kommunala beslutsfattningen påverka kommuninvånarnas hälsa och välfärd. Följande steg i processen är uppgörandet av en välfärdsstrategi. (Figur 4.)



FIGUR 4. TEJO-processen i Närpes stad

## Salo

Projektin toteutukseen osallistuvat Salon kaupunki, Salon seudun terveyskeskus, Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipiste ja Länsi-Suomen lääninhallitus. Yhteistyötä on tehty myös Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa. Stakes on toiminut projektin asiantuntijana ja kouluttajana. Salon kaupunki ja Salon seudun terveyskeskus ovat sitoutuneet kehittämishankkeeseen ja sen edellyttämiin organisatorisiin ja toiminnallisiin järjestelyihin. Turun ammattikorkeakoulu toimii TEJO-kuntaprojektin lähiohjaajana ja raportoi alueellisen hankkeen etenemisestä.

TEJO-projektin vaiheet Salossa ovat koulutus, tutkimus ja kehittäminen. Vaiheet toteutuvat ajallisesti osittain päällekkäin. Koulutuksen teemat liittyivät terveyden edistämisen johtamiseen, Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon tukemiseen, hyvinvointikertomuksen ja hyvinvointistrategioiden laadintaan, terveysvaikutusten arviointimenetelmien tunnetuksi tekemiseen ja arvioin-

työjärjestelmien vahvistamiseen sekä jatkossa terveyden edistämisen laatu- ja järjestelmän luomiseen ja laatusuosituksen käyttöön ottamiseen. Koulutuksen avulla on pyritty lisäämään hallintokuntien virkamiesten ja luottamushenkilöiden hyvinvointijohtamisen tietopohjaa.

Salossa järjestettiin viranhaltijoille ja luottamushenkilöille Terveys 2015 -ohjelman seminaarisarja, jonka aiheet olivat lasten ja nuorten hyvinvointi, työikäisten hyvinvointi, vanhusten hyvinvointi sekä palvelujärjestelmien toimivuus. Toinen koulutus samalle kohderyhmälle järjestettiin IVA-menetelmän käyttämisestä päätöksenteon apuvälineenä

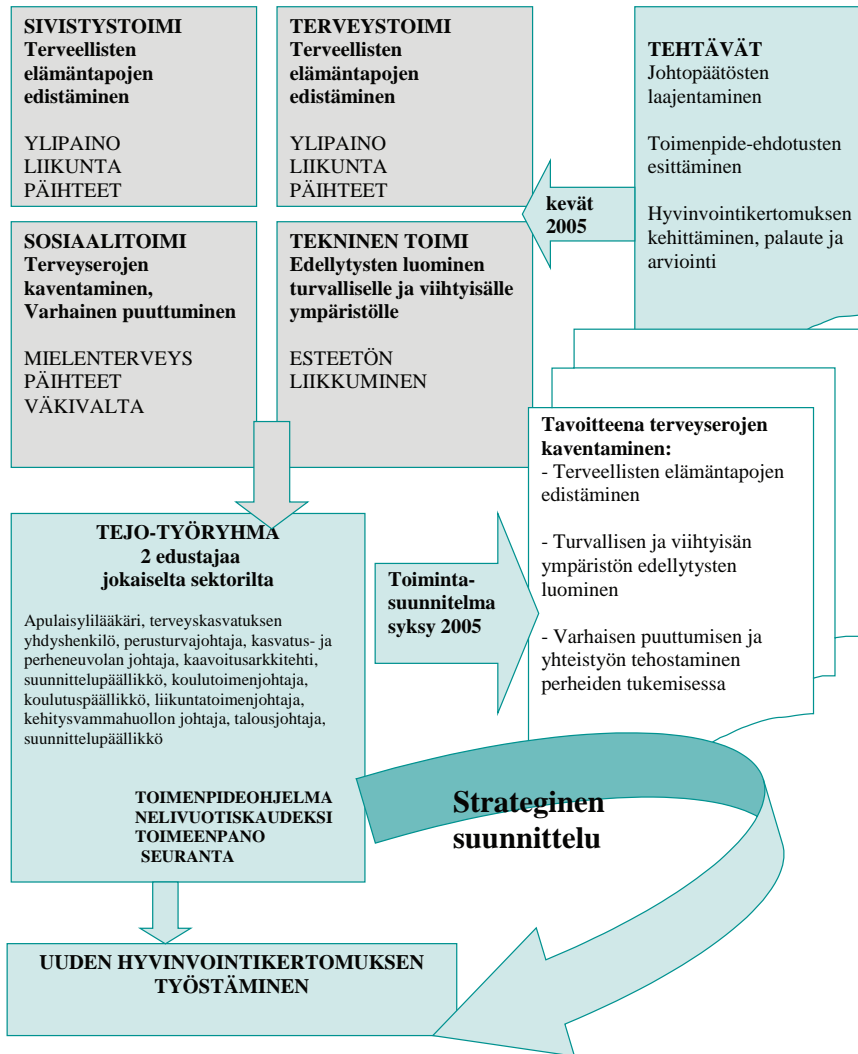
Prosessin seuranta hankkeen edetessä tekevät sekä Stakes että Turun ammattikorkeakoulu. Hyvinvointikertomuksen hyödyntämisestä valmistuu Salossa lisensiaattitutkimus ja IVA-menetelmän käytöstä pro gradu -tutkimus.

Hyvinvointikertomuksen valmistumisen jälkeen haasteena on sen jalkauttaminen siten, että se otetaan kaupungin strategisen suunnittelun työ- ja seurantavälineeksi. Hyvinvointikertomusta käsiteltiin lautakunnissa syksyn 2005 aikana. Siitä tiedotettiin eri tilaisuuksissa ja se sisällytettiin myös ammattikorkeakoulun opiskelijoiden perusopetukseen. Hyvinvointikertomuksen avulla lisätään päätöksenteon avoimuutta ja kaupunkilaisten tietoa paikallisesta hyvinvointilanteesta. Sitä kautta myös heidän vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuutensa lisääntyvät. Salon kaupungin ensimmäinen hyvinvointikertomus on luettavissa [terveysprojektit.turkuamk.fi/hyvinvointikertomus-verkkosivuilta](http://terveysprojektit.turkuamk.fi/hyvinvointikertomus-verkkosivuilta).

#### *Hyvinvointikertomus*

Hyvinvointikertomuksen työstäminen aloitettiin sektorikohtaisesti kuvaten aluksi hallintokunnittain (tekninen toimi, sosiaalitoimi, sivistystoimi ja terveystoimi) nykyinen toiminta terveyden edistämiseksi. Ensiksi selvitettiin, millaisia hyvinvointitavoitteita eri sektoreille on asetettu ja miten hallintokunnan toiminta vaikuttaa väestön terveyteen. Toiseksi valittiin ne näkökohdat, joista tehtiin tarkempi selvitys hyvinvointikertomukseen. Jokainen hallintokunta nimettiin 4–6 henkilön ryhmän, jotka tekivät selvitystä ja toimivat sisällön asiantuntijoina ja toiminnan kehittäjinä. Ammattikorkeakoulun lehtorit toimivat työryhmissä sihteereinä ja kehittämisprosessin asiantuntijoina.

Hyvinvointikertomus esiteltiin valtuustolle joulukuussa 2004 ja uudelle valtuustolle helmikuussa 2005. Ensimmäisessä hyvinvointikertomuksessa selvitetään väestön nykyistä terveydentilaa ja hyvinvointikehitystä ikäryhmittäin sekä kunnan voimavaroja ja hyvinvoinnin strategiavaihtoehtoja. Kaupungin hyvinvointitavoitteita on tarkasteltu suhteessa Terveys 2015 -ohjelmaan. Hyvinvointikertomustyössä syntyi yhteisymmärrys Salon hyvinvoinnin tilasta ja tulevaisuuden painotuksista. Painotukset kirjattiin kertomuksen johtopäätöksiksi. Kuviossa 5 Salon hyvinvointikertomuksen tulkinta ja hyödyntäminen.



KUVIO 5. Hyvinvointikertomuksen tulkinta ja hyödyntäminen

*IVA-prosessi ja laatujärjestelmän kehittäminen*

Salossa on aloitettu esittelijöinä toimivien virkamiesten perehdyttäminen IVA-menetelmään. Salon kaupungin ja Salon seudun terveyskeskuksen esittelijöille sekä muille viranhaltijoille on järjestetty IVA-menetelmästä koulutusta. Tätä kautta pyritään saamaan vaikutusten ennakoarviointi osaksi päätöksentekokäytäntöä. Menetelmää on sovellettu Salossa muun muassa Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin yhteisen iltapäivystysjärjestelyn ennakoarviointiin. Salossa on tavoitteena soveltaa IVA-menetelmää jatkossa kaikilla hallinnonaloilla ja saada kokemusta sen toimivuudesta ja hyödyllisyydestä. IVA-menetelmän soveltamisesta Salossa on tehty pro gradu -tutkimus.

Hankkeeseen sisältyy myös laatujärjestelmän kehittäminen, joka on aloitettu mielenterveyspalveluista. Palveluketjukuvaukset tehdään yhteistyössä palvelun tuottajien kanssa. Kehittämistyöhön on liitetty Turun ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetöitä. Palveluketjuvausten lähtökohtana on terveyden edistämisen laatusuositus. Palveluketjuista tehdään prosessikuvaukset ja arvioidaan nykyisten käytäntöjen vahvuudet ja kehittämiskohteet sekä tulevaisuuden kehittämishaasteet.

Johtamisrakenteiden ja laatujärjestelmän kehittäminen on aikaa vievää ja pitkäjänteistä työtä. Hyvinvointikertomuksen johtopäätöksiin sisältyvä terveyserojen kaventaminen edellyttää poikkihallinnollista yhteistyötä, yhteisistä tavoitteista ja toimintalinjoista sopimista ja niihin sitoutumista. Tätä työtä TEJO-työryhmä on käynnistänyt kunnassa ja seutukunnassa.

## Oulu

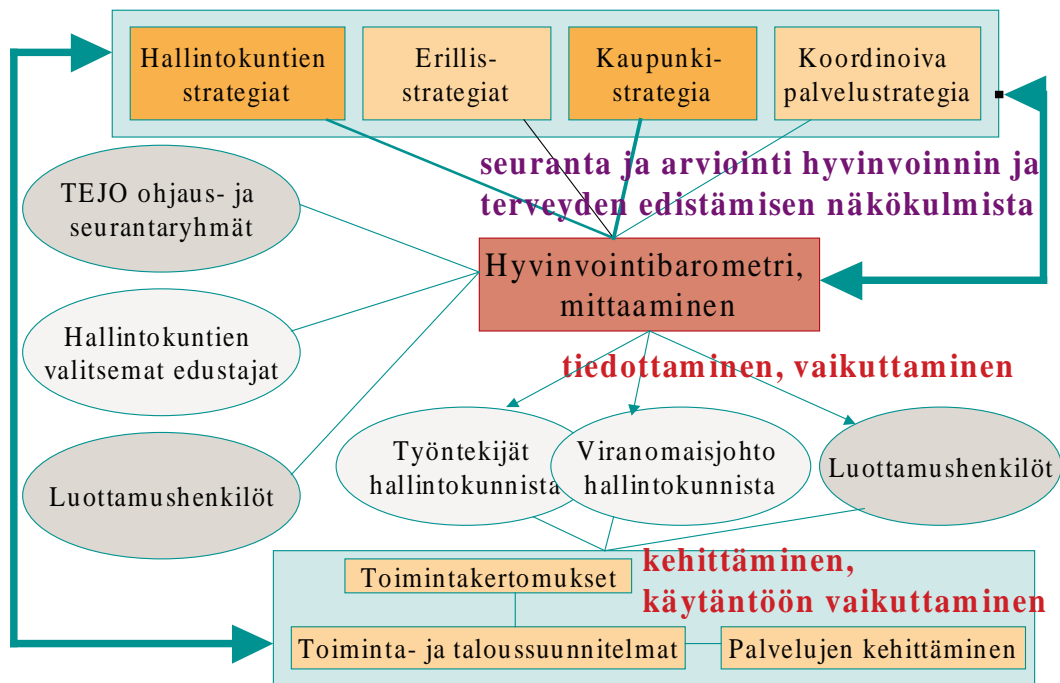
TEJO-OULU -kehittämishankkeessa ([www.ouka.fi/tejo](http://www.ouka.fi/tejo)) kehitetään yli hallinnonalojen ulottuvia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjä ja toimintamalleja Oulun kaupungissa vuosien 2005–2006 aikana. Tavoitteeseen pyritään luottamushenkilöiden ja kunnan johtotehtävissä olevien osaamisen täydentämisellä, suunnittelun, johtamisen ja päätöksenteon uusilla työvälineillä sekä hyvinvointistrategioiden päivittämisellä ja arvioinnilla. Samalla kehitetään strategioiden sisältämien hyvinvointitavoitteiden systemaattista seurantajärjestelmää sekä tarkennetaan ja arvioidaan strategioiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita ottaen huomioon Terveys 2015 -tavoitteet. Seurantajärjestelmäksi tuotettava hyvinvointibarometri vastaa Oulussa hyvinvointikertomusta, sen tehtävä on kertoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tilanteesta ja toteutumisesta kunnassa.

TEJO-OULU -kehittämishankkeen yhteistyökumppaneita ovat Stakes, lääninhallitus ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Vuosien 2003–2004 aikana Stakesin ja paikallisen TEJO-työryhmän (jäsenet terveydenhuollon johtoryhmästä ja ammattikorkeakoulusta) toimesta pohjustettiin hanketta, järjestettiin työkokouksia ja koulutusta sekä tuotettiin tietoa kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta ja rakenteista. Kesällä 2004 TEJO-työryhmä teki päätöksen vetovastuun siirtämisestä ammattikorkeakoululta kaupungille vuoden 2005 alusta lähtien Stakesin ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun säilyessä yhteistyökumppaneina. Yhteisten koulutusten järjestämistä on jatkettu edelleen mm. hyvinvointijohtamisesta, vaikuttavuuden arvioinnista ja indikaattorityöstä. Myös yhteistyötä suurien kaupunkien kuten Espoon kanssa on vahvistettu Stakesin koordinoiman TEJO-hankkeen vertaisverkoston lisäksi keskinäisillä kontakteilla. Hankkeesta saatuja kokemuksia hyödynnetään myös seudullisesti seudullisen palvelustrategian kautta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen prosessia päätettiin koordinoida keskushallinnosta. Tällä haluttiin varmistaa eri hallintokuntien tasavertaisuus ja samanarvoisuus. TEJO-hankkeella vahvistettiin keskushallinnon toimintaa strategioiden toteutumisen seurannassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta.

TEJO-OULU -hankkeessa on painopistealueeksi muotoutuneet strategiat ja niiden uudistaminen vuonna 2005, mikä linkittyy myös hyvinvointibarometrityöhön. Oulussa ei tehdä erillistä hyvinvointistrategiaa, vaan tavoitteet nivotaan mukaan olemassa oleviin strategioihin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen halutaan pysyväksi osaksi kuntasuunnittelua. Olennaista on kaikkien hallintokuntien sitoutuminen terveyden edistämiseen, siitä tiedottaminen ja siihen kouluttaminen. Oulun vuosittaista hyvinvointistrategista prosessia kuvataan kuviossa 6.





KUVIO 6. Vuosisykli hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä hyvinvointibarometrin tuottajat

TEJO-OULU -hanke kehittää tavoitteiden toteutumisen seurantarjestelmäksi hyvinvointibarometriä. Barometri koostuu strategioiden tavoitteista johdetuista indikaattoreista, jotka huomioivat myös Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet. Indikaattoreilla kartoitetaan ja mitataan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumista kuntalaisten, työntekijöiden, yhteisöjen ja koko kunnan näkökulmasta.

Hyvinvointibarometriä ja sen indikaattoreita tuotetaan yhdessä poikkihallinnollisissa työryhmissä. Työ vahvistaa ja vakiinnuttaa myös moniammatillista yhteistyötä. Hyvinvointibarometri on kokeiluvaiheessa keväällä 2006, jolloin sen tulosten tulisi näkyä seuraavan vuoden talous- ja toimintasuunnitelmissa. TEJO-Oulu aikoo kokeilla ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA) kohdennetusti yhdessä isossa kaavoitusprosessissa vuonna 2006.

TEJO-OULU -prosessin tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulman juurruttaminen osaksi kaikkien hallintokuntien perustoimintaa. Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta on luottamushenkilöillä, palveluista vastaavalla apulaiskaupunginjohtajalla ja palvelujohtoryhmällä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhdyshenkilön tehtävä on toimia teemojen esille tuojana, hallintokuntien välisenä yhdyshenkilönä sekä työrukkasena.

## Espoo

### *Kehittämisprosessin organisointuminen*

Aloite Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen osallistumisesta TEJO-hankkeeseen tuli Stakesista ja hankkeeseen osallistuvasta toisesta suuresta kaupungista, Oulusta. Mukaan lähdettiin siksi, että sosiaali- ja terveystoimen kehittämishankkeissa ennaltaehkäisy nousee selkeästi esille ja TEJO-hanke haluttiin integroida tukemaan Espoossa jo käynnissä olevaa kehittämistyötä. Päättyessään osallistumisesta johtoryhmä antoi ”Tieto, laatu ja kehittäminen” -ryhmän tehtäväksi Espoon hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden kehittämisen.



Päätös osallistumisesta tehtiin sosiaali- ja terveystoimen toimialan johtoryhmässä keväällä 2004. Laaja organisaatiouudistus ja Espoon oma kehittämistyö rajasivat ensimmäisen vuoden toimintamahdollisuudet minimiin. Hankkeelle nimettiin yhdyshenkilö, mutta hankkeen edellyttämää erillistä TEJO-työryhmää ei nimetty, vaan käytännön toteutuksen ajateltiin tapahtuvan osana kehittämishankkeita ja hallintopalvelujen ”Tieto, laatu ja kehittäminen” -ryhmän toimintaa, jossa hankkeen yhdyshenkilö työskenteli.

TEJO-hankkeen nimissä tehtiin ensiksi selvitys ennalta ehkäisevästä toiminnasta Espoossa. Keväällä 2005 terveystoimien jaosto nimettiin poikkihallinnollisen työryhmän valmistelemaan terveyden edistämisen ohjelmaa ja ennaltaehkäisevän työn levittämistä Espoossa. Työryhmän toimesta tuotettiin kolme selvitystä sekä käynnistettiin kaikkia toimialoja koskeva tulevaisuuden painopistealueita ja yhteistoimintaa kartoittava selvitystyö.

Joulukuussa 2005 poikkihallinnollinen työryhmä lähetti kirjeen ja tehdyt selvitykset kaikkien toimialojen johtoryhmille ja toimielimille sekä neuvottelukunnille. Toimialoja pyydettiin perehtymään tehtyyn selvitystyöhön, keskustelemaan sen herättämistä ajatuksista sekä vastamaan lähetettyihin kysymyksiin. Vastauksista laadittiin raportti, jonka tarkoituksena oli tuottaa aineksia yhteiseen keskusteluun, mahdolliseen kehittämistyöhön ja myöhemmin tehtävään päätöksentekoon. Asiaa on käsitelty kaikkien toimialojen johtoryhmissä.

Ennaltaehkäisy on nähty Espoossa strategisesti tärkeäksi kysymykseksi, jossa luottamushenkilöt ovat olleet usein aloitteentekijöinä. Vuoden 2006 Espoo-strategiassa todetaan, että ”Hyvinvointipalveluissa on painopistettä siirrettävä ennakkoivaan ja ehkäisevään toimintaan. Ehkäisevä toiminta on nähtävä sisällöllisesti aiempaa laaja-alaisempana. Toteutus edellyttää ajattelun- ja toimintamallien uudistamista, kokeiluja yli toimialarajojen ja niiden perusteella uudenlaisia resurssipainotuksia”.

#### *Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan tiedon ja menetelmien tuottaminen Espoossa*

TEJO-hanketta konkretisoitaessa päätettiin, että terveyden edistämisen tutkimusnäyttöön perustuvien interventioiden selvittämistä jatketaan osana ”PAK - Perusterveydenhuollon toimintatapojen arviointi ja kehittäminen” -hanketta yhdessä Oulun kaupungin kanssa. Kehittämisen painopisteeksi valittiin nuorten tupakoinnin esiintyvyyden vähentäminen. Marraskuussa 2004 järjestettiin seminaari, jossa Oulun ja Espoon opetus- sekä sosiaali- ja terveystoimen edustajat perehtyivät tupakoinnin vähentämiseksi käytettyihin vaikuttaviin menetelmiin.

”Tieto, laatu ja kehittäminen” -ryhmä laati kuvaukset Espoon terveyden edistämisen kehityksestä, ehkäisevän työn näkymisestä ja toteutuksesta sekä valmisteli väestötason hyvinvointi-indikaattoreita johtamisen ja seurannan tueksi. Varsinaisen hyvinvointikertomuksen sijaan valmisteltiin intranetissä ylläpidettävä tilasto- ja tietopaketti suunnittelun ja kehittämisen tarpeisiin. Tietopaketti sisältää palvelutarvetta, väestön hyvinvointia, palvelujen käyttöä, palvelutuotannon laatua, tehokkuutta ja kustannustasoa kuvaavia indikaattoreita.

Terveyden edistämisen ohjelman ja ennaltaehkäisevän työn perustaksi laadittiin selvitys, ”Mitä ennaltaehkäisy - terveyden ja hyvinvoinnin edistämisenä - voisivat tarkoittaa käytännössä?” Selvityksessä käytiin läpi aihetta koskevia tutkimuksia ja kansallisia linjauksia. Terveystoimien jaoston puheenjohtaja laati myös yhteenvedon terveyden edistämisestä Espoon kaupungin toiminnassa.

Ennaltaehkäisevän - terveyttä ja hyvinvointia edistävän - toiminnan korostuminen Espoossa liittyy laajempiin strategisiin linjauksiin. TEJO-hankkeeseen osallistuminen on ollut tärkeää ja sen keskeisin merkitys on ollut saada kehittämistyön perustaksi aiempaa enemmän tietoa ja työvälineitä.

## Kuusiokunnat

TEJO-yhteistyön käynnistyessä Kuusiokunnissa (Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri) oli meneillään seutukunnallinen selvitystyö ns. Kuura-projekti (selvitystyö Kuusiokuntien sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisesta uudistamisesta) ja Terveys 2015 Kuusiokuntiin -hanke (2002–2005). TEJO-hanke päätettiin kytkeä tiiviisti yhteen Terveys 2015 Kuusiokuntiin -hankkeen kanssa.

TEJO-hankkeelle nimettiin poikkihallinnollinen ohjausryhmä siten, että kunnanhallitukset nimesivät eri hallinnon alojen edustajat ohjausryhmään ja hankkeelle nimettiin projektipäällikkö Alavuden seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä. Hankkeen tavoitteeksi kirjattiin hyvinvointikertomuksen valmistuminen ja hyvinvointia kuvaavien mittareiden valitseminen syksyn 2004 aikana. Keväälle 2005 suunniteltiin hyvinvointiohjelman tai -strategian valmistuminen sekä laatu- ja johtamiskoulutuksen järjestäminen, joka jatkuisi tarvittaessa syksyllä 2005 samanaikaisesti laaturjärjestelmän ja -suositusten valmiistuessa. Koulutukselliset osiot sovittiin suunniteltavaksi ja toteutettavaksi ammattikorkeakoulun asiantuntijoiden johdolla.

Hankkeen seutukuntaakohtainen työsuunnitelma osoittautui pian aikataulullisesti liian vaativaksi. Hyvinvointikertomuksen laadinta ja indikaattorien valinta etenivät oletettua hitaammin. Merkittävä tekijä oli samanaikaisesti paljon aikaa ja voimavaroja kysyvä terveyskeskuskuntayhtymien yhdistämisen käynnistyminen. Vaikka TEJO-hankkeen nähtiin tukevan yhdistymistä, hankkeet tarvitsivat yhteistä keskustelua. Seutukunnallisesti tarkasteltuna tietojen hankkiminen ja yhdistäminen vaati enemmän aikaa. Yhteisten aikojen löytäminen monille työryhmille oli perusedellytys hankkeen jatkumiseksi.

### *Hyvinvointikertomus*

Hyvinvointikertomuksen tarkoituksena oli toimia luottamushenkilöiden työvälineenä suunniteltaessa kuntien/seutukunnan hyvinvointistrategiaa. Kertomuksen laatiminen käynnistettiin vastuuttamalla Kuntien hyvinvointikertomus -hankkeen loppuraportin (Perttilä ym. 2004) mukaiset hyvinvointia kuvaavat alueet ohjausryhmän jäsenille hyvinvointitiedon keräämistä varten kuntakohtaisesti. Tietojen kerääminen hidastui jonkin verran SOTKANet indikaattoripankin valmistumisen viivästyessä. Ohjausryhmän jäsenten laatimat yhteenvedot herättivät vilkasta keskustelua ja osaltaan konkretisoivat indikaattoreiden valintaperusteita. Kertomuksen kokoaminen tehtiin koottujen aineistojen pohjalta yhdessä terveydenhuollon kuntayhtymän ja ammattikorkeakoulun edustajien kanssa. Kertomus rakentui kuntakohtaisista tiedoista ja seutukunnallisesta kokonaisuudesta. Hyvinvointikertomus kytkeytyy osaksi Kuusiokuntien sosiaali- ja terveysstrategiaa, jonka valmistelu aloitettiin vuonna 2005.

### *Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)*

Kuusiokuntien alueella toimivat kaksi kuntayhtymää yhdistyivät vuoden 2006 alusta. Sitä silmällä pitäen alueen työterveyshuollot halusivat yhdenmukaistaa toimintakäytäntöjään. IVA-menetelmää sovellettiin laatupolitiikan ja toiminta-ajatuksen keskeisten tekijöiden määrittämiseen. Ähtärissä tarkasteltiin IVA-mallilla, miten kotihoito tulevaisuudessa organisoidaan. IVA-menetelmästä on järjestetty koulutusta kaksi kertaa. Menetelmän käyttäminen usealla toiminta-alueella edistää muutosta ja kehittämistyötä.

### *Alueelliset koulutuspäivät tukevat etenemistä*

Alueellisia koulutuspäiviä järjestettiin vuosien 2004–2005 aikana kaksi kappaletta. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma kunnallisessa päätöksenteossa -seminaari järjestettiin kesäkuussa 2004 sekä Alavudella että Ähtärissä. IVA-menetelmästä järjestettiin myös yhteistä koulutusta.

*Pohdintaa*

Kaikkien pilottikuntien keskeisenä hyvinvointijohtamisen lähtökohtana on ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen systemaattisen seurannan ja tietopohjan kehittäminen kunnissa. Kuntasuunnittelussa tarvitaan talousseurannan rinnalle ajantasaista, eri väestöryhmiä koskevaa hyvinvointiseurantaa. Seurantatiedon kokoamiseksi on suuremmissa kunnissa tehty erillisiä selvityksiä ja hyvinvointi-indikaattorityössä kaikki kunnat ovat hyödyntäneet aktiivisesti SOTKANet-tietokantaa. Poikkihallinnollisesti toteutettuna hyvinvointikertomustyö on ollut haasteellista ja resursseja vievää, mutta toisaalta se on koettu luontevana mahdollisuutena poikkihallinnollisen terveyden edistämistyön toteuttamiselle ja arvioinnille kunnassa. TEJO-hankkeen aikana on kunnissa luotu poikkihallinnollinen yhteistyömalli hyvinvointikertomustyölle.

## Toisen aallon hankkeet ammattikorkeakoulujen koordinoimana

TEJO-pilottihankkeen rinnalla käynnistyi ammattikorkeakoulujen johdolla seutukunnallisia hankkeita, joissa hyödynnettiin TEJO-hankkeen työvälineitä ja koulutusta. Ammattikorkeakoulujen opettajat osallistuivat TEJO-työkokouksiin ja koulutukseen soveltaen käsiteltyjä asioita kehittämistyössään. Stakesin asiantuntijat olivat jonkin verran mukana alueellisissa koulutuksissa. Toisen aallon TEJO-hankkeista esimerkkinä Etelä-Savon ja Pielisen Karjalan hankkeet.

## Hyvoke – Hyvinvointiosaamisen kehittäminen Etelä-Savossa

SIRPA LUUKKAINEN, Mikkelin ammattikorkeakoulu

HYVOKE-projektin tarkoituksena on uusintaa hyvinvointiosaamista Etelä-Savon seutukuntien ja yksittäisten kuntien päätöksenteossa ja johtamisessa koulutuksen, konsultoinnin ja verkottumisen avulla sekä kehittää poikkihallinnollisena yhteistyönä hyvinvointitiedon seudullinen työkalu kuntien, aluekeskusten ja maakunnan hyvinvointijohtamisen ja päätöksenteon apuvälineeksi.

*Hankkeeseen sisältyy kolme osahanketta*

Savonlinnan alueella valmistellaan seudullinen hyvinvointikertomus ja laaditaan siihen perustuva hyvinvointistrategia sekä luodaan hyvinvointi-indikaattoripankki, Mikkelin alueella valmistellaan seudullinen ennaltaehkäisevä alkoholistrategia ja Varkauden alueella tuotetaan seudullinen terveyden edistämisen strategia poikkihallinnollisena yhteistyönä.

Projektiin osallistuvat yhteistyökumppanit edustavat maakunnan toimijatahoja ja organisaatioita. Mukana ovat Etelä-Savon kunnat Pieksämäkeä ja Pieksänmaata lukuun ottamatta sekä maakunnan ulkopuolelta Leppävirta, Varkaus ja Parikkala sekä yhteistyötahojen terveydenhuollon organisaatiot, Savonlinnan, Mikkelin ja Varkauden seudun aluekeskukset, maakunnan ammattikorkeakoulut (Mikkelin ammattikorkeakoulu, DIAK-Pieksämäki), Itä-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus, Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus, Tyynelän koulutus- ja kehittämiskeskus, Itä-Suomen huumehanke ja useiden muiden yhteistyöorganisaatioiden edustajia (poliisi, Alko, seurakunta, vapaaehtoisjärjestöjä). Projektin toteutukseen sisältyy ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetöitä.

Projektille on myönnetty Tavoite 1 -ohjelman mukainen ESR- ja Itä-Suomen lääninhallituksen sivistysosaston rahoitus. Projektin hallinnoinnista vastaa Mikkelin ammattikorkeakouluyhtymä ja toteutusvastuu on Savonlinnan terveystalon laitoksella. Projekti toteutetaan Savonlinnan, Mikkelin ja Varkauden osaprojekteina ajalla 1.4.2004–31.12.2006. Projektipäällikkö ja osaprojektien vastuuhenkilöt ovat ammattikorkeakoulun yliopettaja sekä lehtoreita eri yksiköistä.

*Projektin tavoitteet ja toteutuminen*

- ❑ Kehittää hyvinvointijohtamisen ja -pääöksenteon työkaluja määrittämällä hyvinvointia parhaiten kuvaavat kuntakohtaiset indikaattorit sekä kuntakohtaisten indikaattoreiden pohjalta seudulliset ja maakunnalliset hyvinvointi-indikaattorit.
- ❑ Luoda järjestelmä yhteisesti sovitun seudullisen, kuntakohtaisen indikaattoritiedon keräämiseksi, ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.
- ❑ Kehittää hyvinvointitiedon analyysimalli.
- ❑ Luoda edellytyksiä projektissa kehitetyn toimintamallin juurruttamiseksi osaksi arjen kuntasuunnitelmaa ja talousarviota väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Projektin tuloksia voidaan arvioida seuraamalla seudullisen ja kuntakohtaisen indikaattoritiedon käyttöä paikallisessa, alueellisessa ja maakunnallisessa hyvinvointistrategioiden, vuosisuunnitelmien ja talousarvioiden laatimisessa sekä hyvinvointia koskevassa päätöksenteon valmistelussa. Vaikuttavuutta voidaan arvioida seuraamalla hyvinvointi-indikaattoreiden osoittamaa väestön hyvinvoinnin kehitystä.

Mukana olevat Etelä-Savon kunnat ovat hyvin vahvasti sitoutuneet ja aktiivisesti osallistuneet poikkihallinnolliseen toimintamalliin ja laajaan yhteistyöhön hyvinvointijohtamisen työkalujen kehittämiseksi kaikissa kolmessa osaprojektissa.

Projektissa luodut käytänteet on tarkoitus juurruttaa pysyviksi HYVOKE-projektin viimeisenä toteutusvuonna 2006. Koko Itä-Suomen alueelle on laajan yhteistyöverkoston toimesta suunnitteilla hanke, jonka yhtenä osana tässä projektissa luotuja käytänteitä tullaan levittämään sekä Pohjois-Karjalaan että Pohjois-Savoon. Lisäksi Etelä-Savon ne kunnat, jotka eivät HYVOKE-projektissa olleet mukana, pääsevät mukaan tässä vaiheessa. Tarkoituksena on läänintason hyvinvointitiedon seurantajärjestelmän luominen.

## Hyvinvointi koko kunnan vastuulla – kehittämistyö Pielisen Karjalan kunnissa

TARJA IKONEN, Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus

PÄIVI SIHVO, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

Hyvinvointi koko kunnan vastuulla kehittämistyö on Pielisen Karjalan kuntien (Juuka, Nurmes, Valtimo ja Lieksa), Nurmeksen-Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän, Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulun ja Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen verkostoyhteistyönä toteutettava koulutus- ja kehittämishanke. Yhteistyötahoina ovat olleet myös Pohjois-Karjalan sosiaali- ja sairaanhoitopalveluiden kuntayhtymä ja Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.

Kehittämistyön tavoitteena on:

- ❑ Tuottaa seudullinen hyvinvointikatsaus ja hyvinvointistrategia osallistavalla valmisteluprosessilla.
- ❑ Lisätä terveyden edistämisen ja hyvinvointijohtamisen osaamista koulutuksen ja ohjauksen avulla.
- ❑ Edistää dialogisen toiminta- ja johtamiskulttuurin kehittymistä ja luoda yhteistyöverkosto hyvinvoinnin edistämisen kehittämiseen kuntatasolla sekä seutukunnallisesti.
- ❑ Kehittää hyvinvointijohtamisen työvälineitä kuntien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden käyttöön.
- ❑ Tuottaa kunnille toiminta- ja työvälineitä seudulliseen ja kuntakohtaiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

*Hyvinvointikatsaus hyvinvointistrategiatyön perustana*

Kehittämistyö käynnistyi Pielisen Karjalan alueella vuonna 2004. Kehittämistyössä korostetaan kuntien välistä yhteistyötä, kuntien päätöksenteon ja hyvinvointijohtamisen toimintamalleja sekä virka- ja luottamusmiessjohdon välistä yhteistyötä. Seudullista hyvinvointityöskentelyä koordinoi seutuyhteistyöryhmä, johon kuuluvat kuntajohtajat Juuan ja Valtimon kunnista sekä Nurmeksen ja Lieksan kaupungeista. Lisäksi ryhmään kuuluvat kuntien johtoryhmistä nimetyt yhdyshenkilöt sekä Nurmes-Valtimo terveydenhuollon kuntayhtymän ja hankkeiden edustajat.

Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa, keväällä 2005 kuntien käyttöön valmistui seudullinen hyvinvointikatsaus. Katsaus on kuvaus seutukunnan hyvinvoinnin ja palvelutuotannon lähimenneisyydestä suhteessa Pohjois-Karjalaan ja koko Suomeen ([www.nurmes.fi/Resource.phx/sivut/sivut-nurmes/tejo-tessu/etusivu.htx](http://www.nurmes.fi/Resource.phx/sivut/sivut-nurmes/tejo-tessu/etusivu.htx)).

*Seudullisen strategian luominen*

Kehittämistyön toisessa vaiheessa, syksyllä 2005 käynnistyi seudullinen hyvinvointistrategiatyö. Strategian laadintaa ohjaavina periaatteina ovat osallistava ja yhteistoiminnallinen työskentely. Seudullisen hyvinvointistrategian valmistelu vaatii kuntien ja hallintokuntien välistä yhteistyötä, asiaan paneutumista ja luottamushenkilöiden mukanaoloa.

Strategian valmistelu tapahtuu seudullisten hyvinvointiseminaarien, seutuyhteistyöryhmän ja kuntatyöryhmien työskentelyn avulla (kuvio 7). Seminaarien teemat rakentuvat strategiaproessin eri vaiheiden ympärille. Seutuyhteistyöryhmä koordinoi strategian valmistelua.



KUVIO 7. Pielisen Karjalan seudullisen hyvinvointistrategian valmisteluprosessi 2005–2006

Hyvinvointistrategian valmistelu aloitettiin analysoimalla hyvinvointikatsausta ja nostamalla esiin kuntien yhteiset terveyden ja hyvinvoinnin kehittämishaasteet, joita olivat

- ❑ väestön aktivoiminen omasta terveydestä huolehtiminen
- ❑ terveyserojen kaventamiseen tähtävien toimenpiteiden kehittäminen
- ❑ hyvinvointipalvelujen ja rakenteiden arvioiminen suhteessa esiin nouseviin tarpeisiin
- ❑ yhteisöllisyyttä tukevien ja terveyttä edistävien toimintatapojen kehittäminen
- ❑ ikäryhmittäisinä kehittämishaasteina lasten ja nuorten hyvän elämän turvaaminen ja terveellisten elintapojen edistäminen, nuorten häiriökäyttäytymisen ja rikollisuuden ennaltaehkäisy, aikuisten terveyden ja elämänhallinnan edistäminen sekä ikäihmisten kotona asumisen tukeminen.

Hyvinvointistrategian valmistelussa sovelletaan *vaikutusten arviointimenetelmää (IVA)*. Lomakemuotoon tuotettua IVA-työvälinettä käytettiin strategiaseminaareissa tapahtuvan työskentelyn ohjaamiseen ja tuotosten kuvaamiseen.

Syksyllä 2005 pidettiin seutuseminaari, jossa hahmoteltiin strategiatyötä ohjaava visio ja strategiset linjaukset. Seminaarissa pohdittiin myös strategian laatimiseen liittyviä uhkia, pelkoja ja mahdollisuuksia. Kuntien eri hallintokunnat kommentoivat ja kehittivät eri vaiheiden tuotoksia ja seutuyhteistyöryhmä suoritti jokaisessa vaiheessa tuotosten lopullisen muokkaamisen. Hyvinvointistrategiatyön perusta, visio ja strategiset linjaukset, valmistuivat vuoden 2005 loppuun mennessä (kuvio 8).



KUVIO 8. Pielisen Karjalan hyvinvointistrategian visio ja strategiset linjaukset

*Arviointi osaksi kehittämistyötä*

Hankkeen eri vaiheita ja prosesseja arvioitiin David Fettermanin kehittämän *empowerment prosessi-arviointimenetelmän* avulla (Seppänen-Järvelä 2003). Menetelmässä kuvataan kehittämistyölle asetetut tavoitteet ja toimenpiteet sekä arvioidaan niiden toteutumista. Hankkeen ensimmäisestä vaiheesta tehtiin prosessiarviointi keväällä 2005. Arvioinnin tuloksissa korostui kuntien välisen yhteistyön ja keskustelevan työskulttuurin lisääntyminen. Haasteeksi nousi luottamus- ja viranhaltijajohdon kanssa tehtävän yhteistyön tiivistäminen. Johtopäätöksenä esitettiin, että seutu-yhteistyöryhmän toimintaa ja tavoitteita on tarkistettava, yhteistyötä luottamushenkilöihin ja hallintokuntiin on tehostettava sekä koulutusten ja seutuseminaarien sisältöä suunniteltava entistä tarkemmin tarpeita vastaavaksi. Näitä kehittämiskohteita on otettu huomioon strategiaproessin suunnittelussa ja toteutuksessa.

Hyvinvointi koko kunnan vastuulla kehittämistyön keskeinen tavoite on koota seutukunnan päättäjät ja viranhaltijat toistuvasti yhteisen pöydän ääreen pohtimaan ja suunnittelemaan alueen hyvinvoivaa tulevaisuutta. Vuonna 2006 strategiatyö saatetaan loppuun. Seutuyhteistyöryhmä jatkaa toimintaansa strategian toteutuksen koordinoijana. Sen keskeinen tehtävä on suunnata hallintokuntien toimintaa vuosittain valittaviin kehittämiskohteisiin sekä ohjata kuntien taloussuunnittelua asetettujen tavoitteiden mukaisesti.



# TERVEYDEN EDISTÄMINEN KUNNISSA

## 6 Terveyden edistäminen kuntien virallisissa asiakirjoissa

MINNA UUSITALO & KERTTU PERTILÄ, Stakes

Terveyden edistämisen asemaa kuntien päätöksenteossa hahmotettiin analysoimalla virallisia asiakirjoja. Aineistona käytettiin vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelmia, toimintakertomuksia, kuntastrategioita, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen erillisstrategioita, lautakuntien, kunnanhallituksen ja kunnanvaltuuston pöytäkirjoja sekä johto- ja hallintosääntöjä.

Analyysin tarkoituksena oli selvittää, millaisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioita kuntien ylimmän johdon päätöksenteossa käsitellään ja onko asiakirjoista osoitettavissa, miten terveyden edistämisen vastuut jakaantuvat kunnissa. Terveyden edistämisen sisältöjä luokiteltiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden ja Ottawan asiakirjan toimintalinjojen mukaan (ks. liite 5) (STM 2001; WHO 1986). Asiakirja-analyysin tulokset on julkaistu Stakesin Työpapereita-sarjassa 8/2005 (Uusitalo ym. 2005). Tässä tulokset tiivistetään lyhyesti kehittämistyön taustaksi.

### Lasten ja nuorten hyvinvointi

Lasten ja nuorten hyvinvointi on eräs tärkeimmistä kuntien hyvinvointistrategisista painoalueista. Suunnitelmat ja keinot ovat hyvin samantyyppisiä eri kunnissa. Perhetyö korostuu eri muodoissaan jokaisen kunnan suunnitelmassa.

Kunnat pyrkivät tunnistamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa lapsiperheitä koskevat ongelmat ja etsimään yhteisvastuullisesti keinoja ongelmatilanteiden hoitamiseen. Tavoitteeksi asetetaan elämänhallinnan vahvistaminen, vanhemmuuden ja yleensä kasvuolosuhteiden tukeminen sekä vanhempien, perheiden ja lasten palveluja tarjoavien viranhaltijoiden yhteistyömallien rakentaminen ja palveluverkostojen kehittäminen. Tekemisen kohteita ovat muun muassa kasvatustaitojen lisääminen, perheiden toimeentulon turvaaminen ja syrjäytymisen ehkäisy, väkivallan vähentäminen, ehkäisevä päihdetyö ja mielenterveyden edistäminen sekä ehkäisevä lastensuojelutyö.

Konkreettisina keinoina parantaa lasten ja nuorten hyvinvointia esitetään varhaiskasvatuksen reagoitiherkkyuden lisäämistä, lasten iltapäivä- ja kerhotoiminnan kehittämistä, kodin ja koulun yhteistyön vahvistamista, kouluterveydenhuollon saatavuuden parantamista, lasten ja nuorten liikuntaharrastusten ja osallistumisen vahvistamista sekä lähiympäristöjen turvallisuuden ja viihtyisyyden lisäämistä. Ohjattua nuorisotoimintaa vahvistetaan tavoitteena hyvät ihmissuhteet ja käytöstavat, terveelliset elämäntavat, mielekkäät harrastukset sekä häiriökäyttäytymisen ehkäisy.

## Nuorten tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön vähentäminen

Useimmat kunnat ovat laatineet ehkäisevän päihdetyön tai huumestrategian. Päihteiden käytön havaitseminen ja käytön vähentäminen ovat strategisten tavoitteiden ydinkysymyksiä. Keinoiksi haetaan yhteisöllisyyden ja yhteistyöverkoston vahvistamista, nuorten omien voimavarojen vahvistamista ja vaihtoehtoisen toiminnan tarjontaa. Vastuullinen vanhemmuus ja sen tukeminen nostetaan usein onnistumisen edellytykseksi. Muita konkreettisia ehkäisevän päihdetyön keinoja ovat työelämän ulkopuolelle jäämisen ehkäisy ja nuorisotyöttömyyden vähentäminen. Tähän haetaan keinoiksi koulutusta, työn räätälöintiä ja työpajatoimintaa. Nuorisotyöllä pyritään ehkäisemään päihteiden käyttöä, keinoina kerhojen ja erilaisten tapahtumien ja kansainvälisen toiminnan järjestäminen, yökahvilatoiminta ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa. Tupakoinnin vähentäminen esiintyy verraten harvoin kuntien asiakirjoissa.

## Työikäisten työ- ja toimintakyvyn sekä työelämän olosuhteiden parantaminen

Elinkeinoelämän kehittyminen on kunnan hyvinvoinnin peruspilari. Asiakirjojen mukaan elinkeinoelämän toimintaedellytysten parantaminen parantaa työllisyyttä ja lisää kunnan vetovoimaisuutta. Väestön hyvinvointiin vaikutukset heijastuvat työpaikkojen lisääntymisenä, työttömyyden, syrjäytymisuhkan ja eriarvoisuuden vähenemisenä sekä terveyserojen kaventamisena.

Kunnan työntekijöiden hyvinvointi on tärkeällä sijalla suunnitelmissa. Työolosuhteiden ja työympäristön turvallisuuden ja viihtyisyyden lisääminen, johtamisen kehittäminen sekä työssä jaksamista tukevan ilmapiirin luominen sekä osallistumista ja osaamista vahvistava henkilöstöpolitiikka ovat konkreettisia keinoja vaikuttaa henkilöstön hyvinvointiin. Ikääntyneen työyhteisön erityispiirteiden huomioon ottaminen nousee esille lähes kaikkien kuntien asiakirjoissa.

## Vanhusten toimintakyvyn paraneminen

Vanhusten kotona asumisen tukeminen on jokaisessa kunnassa vanhustyön keskeinen tehtävä. Mitä kauemmin vanhuksat pärjäävät kotona avohoidon ja tukipalvelujen avulla, sen edullisempää se on kunnalle ja inhimillisempää vanhukselle. Vanhustyössä puhutaan ennaltaehkäisevästä ja kuntouttavasta työtoteesta, hoidon oikeasta porrastuksesta ja eri toimijoiden yhteistyön lisäämisestä. Yhteistyön osapuolia vanhuspalvelujen tuottamisessa ovat kunnan palvelutuottajat, järjestöt, omaiset sekä yksityiset palvelujen tuottajat kuten palveluasumista sekä siivous- ja kauppapalveluja tarjoavat. Omaishoitajien tukeminen ja ohjaus sekä tukihenkilöjärjestelmän luominen vahvistavat kotihoitoa.

Vanhusten omatoimista selviytymistä tuetaan myös pitämällä huolta lähipalveluista, liikunta- ja kulttuuritarjonnasta sekä joukkoliikenteen saavutettavuudesta ja esteettömyydestä. Asuinalueiden yhteisöllisyyden lisääminen on osa kuntouttavaa toimintaa.

## Yhteenveto

Yleisesti ottaen strategioissa ja kuntasuunnitelmissa on hyvinkin seikkaperäisesti ja laadukkaasti kuvattu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pyrkimykset elämänkaariajattelun mukaan. Suurena pulmana on, ettei tavoitteiden toteutumista ja toiminnan vaikuttavuutta päästä asiakirjoista juurikaan arvioimaan. Toimintakertomukset kuvaavat vain osittain toimintasuunnitelmissa esiintyvien tavoitteiden toteutumista, eikä asiakirjoissa ole esitetty seurantaindikaattoreita kovinkaan kattavasti.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu

Terveyden edistämisen virallista vastuuta haettiin luottamushenkilöhallinnon päätöspöytäkirjoista tarkastelemalla, minkä laatuista asioista kullakin päätöksenteon tasolla tehdään päätöksiä. Kirjattujen päätösten pohjalta ei ole mahdollista arvioida käsiteltyjä asioita niin, että niistä voitaisiin arvioida vastuun jakautumista.

Vastuut määritellään kunnassa hallinto- ja johtosäännöissä, mutta näissä ei esiintynyt mainintoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuista. Hallinto- ja johtosääntöjen mukaan kuntien kehittämislinjaukset ja painoalueet päätetään kunnanvaltuustossa ja -hallituksessa. Lautakuntien vastuulla on strategioiden toimeenpano ja niiden toteutus. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sisältyy näihin painoalueisiin erilaisin painotuksin.

Johtosääntöihin sisältyvissä tehtävien määrittelyissä mainitaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen johtosäännöissä toimialan tehtäväksi määritellään kaupungin asukkaiden psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja tukeminen sekä sairauksien ehkäisy. Myös vapaa-aika-, liikunta-, nuoriso- ja kulttuurilautakuntien johtosäännöistä löytyy viittauksia terveellisten elämäntapojen edellytysten luomiseen ja terveyden ja elämänlaadun ylläpitämiseen. Teknisen toimen ja ympäristötoimen osalta tehtävät sisältyvät pyrkimykseen luoda asukkaille terveellinen, turvallinen ja viihtyisä sekä hyvinvointia edistävä elin- ja toimintaympäristö.

Johtosääntöjen mukaan jokaisen hallinnonalan veloitteena on edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia ja toteuttaa näin ollen EU:n ”Health in All Policies” -ideologiaa. Tehtävän näkyväksi tekeminen on johtamisjärjestelmän haaste.

## 7 Terveyden edistäminen teemana dialogeissa

MINNA UUSITALO & KERTTU PERTTILÄ, Stakes

Teemaseuladialogi on Stakesin Palmuke-hankkeessa (Arnkil ym. 2000) kehitetty verkostotyön väline, jossa dialogiin osallistuvat pohtivat ennakkoon valittua aihetta onnistumisen ja ongelmien näkökulmasta etsien lopuksi sellaisia ratkaisuja, joihin itse voivat vaikuttaa. Menetelmän luonteeseen kuuluu, että jokainen osallistuja esittää asiasta omat näkemyksensä toisten kuunnellessa keskeyttämättä puhujaa. Dialogin ajatellaan edistävän toimijoiden keskinäistä yhteisymmärrystä ja luovan pohjaa yhteiselle toiminnalle, tässä tapauksessa terveyden edistämisen kehittämislle kunnassa.

Teemaseuladialogia sovellettiin TEJO-hankkeen alussa kolmessa kunnassa (Kauniainen, Närpiö ja Muurame) ja Kuusiokunnassa. Dialogiin osallistui kustakin kunnasta 14–19 keskustelijaa; luottamushenkilöitä, kunnan johtavia viranhaltijoita ja eri hallinnonalojen edustajia, yhteensä 62 henkilöä. Osallistujat jaettiin ryhmiin, joissa samaan toiminnalliseen viitekehykseen kuuluvat muodostivat ryhmän. Luottamushenkilöiden ryhmään kuului valtuuston, hallituksen ja lautakuntien jäseniä. Kunnan johtoryhmä muodosti toisen ryhmän ja kolmannessa ryhmässä oli eri hallinnonalojen vastuuhenkilöitä. Joissakin kunnissa tilaisuudessa oli mukana myös yleisöä eli eri hallinnonalojen edustajia, joiden tehtäviin terveyden edistäminen sisältyi tavalla tai toisella. Yleisö sai dialogin lopuksi arvioida keskustelua ja halutessaan täydentää sitä. Stakesin edustajat toimivat dialogien vetäjinä. Puheenvuorot kirjattiin ylös ja niistä laadittiin muistiot, joita kunnat käyttivät kehittämisprosessiensa työvälineinä.

Teemaseuladialogin tarkoituksena oli luoda yhteistä näkemystä siitä, mitä ovat terveyden edistämisen tehtävät kunnassa ja millaisina kuntapäätäjät mieltävät terveyden edistämisen strategiset kysymykset. Dialogi toi esiin näkemyksiä myös siitä, miten kunnassa tulisi toimia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja miten kukin osallistuja itse voisi omassa työssään vaikuttaa ja edistää kuntalaisten hyvinvointia.

Teemaseuladialogin kolme kysymystä, jotka esitettiin kaikille dialogiin osallistuville, olivat:

1. Mitkä ovat kunnassanne hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämisen ja johtamisen kannalta ilahduttavia ja hyvin toimivia asioita, joita kannattaa vahvistaa?
2. Mitkä ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämisen ja johtamisen kannalta huolestuttavia ja ongelmallisia asioita ja mistä nämä johtuvat?
3. Mitä asialle kannattaisi tehdä ja mitä sinä luottamushenkilönä/viranhaltijana voisit itse tehdä?

Teemoista käyty dialogi kokosi käsityksiä terveyden edistämisen tehtävistä ja tekemisen kohteista. Tuloksena syntyi yhtäältä ihanteellinen kuva mahdollisuuksista ja toisaalta epätoivoinen kuva haasteista. Lopulta ratkaisumahdollisuuksien hakeminen realisoi käsiteltävän tehtäväkokonaisuuden arkiseksi työksi ja muun toiminnan kanssa arvioitaviksi prioriteeteiksi. Puheessa kuului poliittinen liturgia ja kansallisessa keskustelussa käytetty ylätason tavoitteellinen puhe. Toisaalta dialogiin sisältyi arkisten ongelmien ristiriitaisuus ja ratkaisemattomien kysymysten toistuminen ja niiden kietoutuminen rahaan ja sen riittämättömyyteen. Dialogeista saattoi tunnistaa yleisiä terveyden edistämisen käsityksiä rajoituksineen. Myönteisiä asioita esiin nostettaessa toisinaan kuulosti siltä, että ilahduttaviksi asioiksi kuvatut olivat toteutumattomia toiveita, joihin haluttiin uskoa. Kaiken kaikkiaan dialogissa rakennettiin kuvaa mahdollisuuksien terveyden edistämisestä sillä osaamisella, jota sillä hetkellä kunnissa oli. Keskustelijoiden omat mahdollisuudet ratkaista ongelmia näyttäytyivät puheenvuoroissa melko vaatimattomina. Ratkaisuja haettiin enemmän

poliittisella tasolla. Dialogin tuottamaa vuoropuhelua käsitellään tässä kokonaisuutena eikä eri kuntien tai eri ryhmien (luottamushenkilöt, kuntien johto ja eri hallinnonalojen asiantuntijat) näkemyksiä eroteltu.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ilahduttavat ilmiöt

Kuntapäättäjien kuvauksissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja johtamisen kannalta myönteisiä ja kannatettavia asioita olivat

- terveyden edistämisen strateginen suunnittelu
- toimiva ja elinvoimainen elinkeinopolitiikka
- aktiivinen ehkäisevä työ operatiivisella tasolla
- terveellinen ympäristö ja luonnonläheisyys
- osallistuvat kuntalaiset
- toimiva ja hyvä yhteistyö
- laadukkaat palvelut
- kunnan sopiva koko.

### *Terveyden edistäminen pohjaa strategiseen suunnitteluun*

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa edellyttää strategista johtamista, hyvää hallintoa, oikeita päätöksiä ja monialaista yhteistyötä. Näiden avulla kunnan on päättäjien mukaan mahdollista tuottaa hyviä palveluja ja edistää kuntalaisten hyvinvointia. Kuntapäättäjiä ilahdutti tietoisuus siitä, että aktiiviset luottamushenkilöt ja viranhaltijat voivat nostaa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiseksi painoalueeksi toimiessaan yhteistyössä keskenään. Tästä heillä oli myönteisiä kokemuksia. Myönteistä oli yhteinen ymmärrys siitä, että terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa päätöksenteossa ja että hyvinvointijohtaminen voi aktivoitua kaikkien hallintokuntien toiminnassa. Tärkeänä pidettiin toimivaa päätöksentekojärjestelmää ja johdon päätöksentekokykyä.

Terveyden edistämisen johtamista hallinnonalat ylittävänä tehtävänä pidettiin helpompana pienissä kunnissa kuin suurissa kaupungeissa. Pienessä organisaatiossa johtaminen ei hajaannu ja ongelma-kohtiin on helppo tarttua.

### *Toimiva elinkeinopolitiikka turvaa kunnan elinvoimaisuuden*

Elinkeinoelämän menestyminen toimi kunnan hyvinvointipolitiikan turvatakuuna. Kunnan hyvä taloudellinen tilanne oli keskustelijoiden mielestä terveyden edistämisen kehittymisen edellytys, sillä vain riittävien taloudellisten resurssien kautta on valmius puuttua uhkatekijöihin. Kunnissa oli positiivinen asenne kehittämistoimintaa kohtaan. Kehittämishalukkuutta ja muutosvalmiutta pidettiin hyvänä. Tämän nähtiin edesauttavan myös terveyden edistämisen kehittämistoimintaa.

### *Ehkäisevä työ on ruohonjuuritasolla aktiivista ja osaavaa*

Useat dialogiin osallistuneista toivat esiin ruohonjuuritason aktiivisen ja osaavan ehkäisevän työn sairauksien ehkäisyssä (esimerkkinä diabetes). Kunnissa on otettu käyttöön uusia toimintamalleja, kuten varhaisen vuorovaikutuksen ja varhaisen puuttumisen toimintamallit.

Terveyskasvatus ja -valistus nähtiin perinteisinä ja vaikuttavina keinoina lisätä väestön terveystietoutta. Uskottiin, että terveyskasvatuksella, jota kunnassa annetaan, voidaan saada hyviä tuloksia pienillä voimavaroilla monissa terveysongelmissa. Koulujen terveystiedon opetusta ja terveyskasvatusta arvostettiin ja sen tehoon luotettiin.

Yhtenä keskeisenä kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävänä tekijänä pidettiin liikuntaa. Päättäjät pitivät kuntien hyviä liikunta- ja harrastusmahdollisuuksia varsin merkittävinä kuntalaisten terveyteen vaikuttavina tekijöinä.

#### *Terveellinen ympäristö ja osallistuminen ovat olennaisia terveyden tekijöitä*

Monia dialogiin osallistuvia ilahdutti kotikunnan viihtyisä ja terveellinen ympäristö sekä luonnonläheisyys. Ympäristön nähtiin luovan hyvinvointia ja terveyttä. Kunnan tehtävänä on pitää huolta, että terveysnäkökohdat tulevat huomioon otetuiksi maankäytön suunnittelussa ja kaavoituksessa. Liikennesuunnittelu, vesihuolto, ilmanlaadun suojeleminen ja meluntorjunta olivat tehtäviä, joiden onnistumisesta useimmat keskustelijat olivat ilahduneita. Ympäristön terveellisyydestä huolehtiminen nähtiin strategisen tason suunnitteluun ja päätöksentekoon sisältävänä, mutta myös operatiivisen tason aktiivista osallistumista edellyttävänä tehtävänä.

Terveyden edistämisen teemaa pohtivat kuntapäättäjät pitivät asukkaiden hyviä vaikuttamismahdollisuuksia eräänä yhteisöllisen terveyden osatekijänä ja kuntalaisten yhteisöllistä ilmapiiriä vahvuutena. Ilahduttavaa oli, että havaitun yhteisöllisyyden kasvun koettiin vähentäneen sosiaalisia ongelmia ja lujittaneen hyvinvointia tukevia sosiaalisia rakenteita. Kolmannen sektorin aktiivista roolia arvostettiin kuntien ennaltaehkäisevässä työssä.

#### *Kunnan koolla ja rakenteella on merkitystä*

Dialogiin osallistujat pohtivat kunnan kokoa ja väestörakennetta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen resursoinnin kannalta. Mielenkiintoa oli puolesta ja vastaan ja useimmat pitivät omaa kuntaansa sopivan kokoisena tai sopivan pienenä hyvinvointikysymysten kannalta. Kunnan asukkaiden korkea koulutustaso oli erityisesti ilon aihe. Korkeasti koulutettua väestöä pidettiin valvettuna huolehtimaan itsestään ja kannustamaan lähiyhteisöäkin terveisiin elintapoihin.

#### *Hyvinvointia ja terveyttä edistetään yhteistyöllä ja hyvillä palveluilla*

Useimmilla dialogiin osallistuneilla oli selvä käsitys moniammatillisesta yhteistyöstä voimavarana kuntien hyvinvointitavoitteiden toteutuksessa. Yhteistyön aktiivisuutta ja toimivuutta arvostettiin ja sen vahvuuteen luotettiin. Myönteiseksi asiaksi nostettiin myös eri sektoreiden ja työntekijöiden kesken toimiva työnjako. Pienissä organisaatioissa tämäkin koettiin helpommaksi kuin isoissa. Seutuyhteistyön kerrottiin antavan kunnille uusia mahdollisuuksia toimia ja laajentaa palveluvalikoimaa. Lapsiin ja nuoriin panostaminen oli monessa kunnassa tehty strateginen valinta, samoin panostus hyvään perhepolitiikkaan sekä toimivaan vanhuspolitiikkaan.

Tiedonkulku on hyvän yhteistyön edellytys. Tiedon kerrottiin kulkevan kunnissa melko hyvin ja uusia tietojärjestelmiä kehiteltiin. Peruskunnan ja kuntayhtymän välillä koettiin tiedonkulussa pulmia, mutta yhteistyön tiivistyessä tämänkin ongelman sanottiin korjaantuneen.

Lähes kaikissa kunnissa keskustelijat toivat esiin tyytyväisyyttään kunnan palveluihin. Tärkeänä pidettiin ihmisläheisiä ja helposti saatavilla olevia sekä kokonaistaloudellisesti tuotettuja palveluja. Ammattitaitoista ja motivoitunutta henkilöstöä arvostettiin ja hyvän henkilöstön pysyvyyteen haluttiin panostaa.

## Huolen aiheet hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä

Seuraavaksi kuntapäättäjät pohtivat dialogin luonteen mukaisesti hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyviä huolen aiheita nykytilanteessa. Huolen aiheiden ja uhkakuvien kuvaaminen vaikutti tutummalta lähestymistavalta. Teemoja oli pohdittu ennenkin ja ne olivat muotoutuneet jollain lailla yhteismitallisemmiksi. Edellä kuvatut ilahduttavat asiat olivat monelta osin myös käänteisesti huolen aiheita. Huolenaiheet tiivistettynä:

- Elinkeinoelämän köyhtyminen.
- Kuntatalouden heikot tulevaisuuden näkymät.
- Strategisen ajattelun lyhytnäköisyys.
- Terveyden edistämisen johtamisen tuntemattomuus ja osaamisen vajeet.
- Yhteiskunnan eriarvoistuminen ja hyvinvointierot.
- Palvelujärjestelmän riittämättömyys ja sairastavuuden lisääntyminen.
- Terveyskasvatuksen, valistuksen ja ehkäisevän työn vähäinen arvostus.
- Ammattitaitoisen henkilöstön vaje tulevaisuudessa.

#### *Elinkeinoelämä köyhtyy ja kuntatalous heikkenee*

Dialogiin osallistuvat korostivat elinkeinoelämän vireyden merkitystä kunnan ja kuntalaisten hyvinvoinnille. Toimiva elinkeinoelämä tuo kuntiin työpaikkoja ja elinvoimaisuutta. Pienten kuntien ongelmana oli elinkeinoelämän supistuminen.

Pienten kuntien tulevaisuuden näkymää väritettiin muutoinkin synkin värein. Työkäinen väestö muuttaa suuremmille paikkakunnille, verotulot vähenevät, lasten määrä vähenee ja väestörakenne muuttuu vanhusvoittoiseksi. Ikäihmisten palvelujen tarve rasittaa kuntataloutta keskimääräistä enemmän ja lyhytnäköinen suunnittelupolitiikka näivettää entisestään hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen sijoitettavia resursseja. Palvelutaso heikkenee, mikä entisestään kiirehtii lapsiperheiden poismuuttoa.

#### *Strateginen ajattelu vinoutuu heikossa taloustilanteessa eikä johtamisjärjestelmä tue poikkihallinnollista toimintaa*

Kuntapäätäjät olivat huolestuneita strategisen ajattelun lyhytnäköisyydestä, jossa terveyden edistämisen tavoitteet jäävät vääjäämättä toissijaisiksi. Heikossa taloustilanteessa taloudellisten reunaehtojen kiristyessä talous alkaa dominoida suunnittelua, päätöksentekoa ja toimintaa. Kun päätäjät eivät tunne päätettävien asioiden sisältöä ja niiden merkitystä hyvinvoinnille ja pitkällä aikavälillä kuntataloudelle, syntyy luottamuspula viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välillä. Päätökset tehdään lyhytnäköisesti ja riskejä kaihtaen. Yhä kasvaviin hoitokustannuksiin on löydyttävä rahaa, jolloin ennaltaehkäisevästä työstä tingitään.

Terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä ja -käytännöt, vastuut ja tehtäväkuvat olivat usein epäselviä. Kuntapäätäjiä huolestutti johtamisen kehittymättömyys erityisesti poikkihallinnollista yhteistyötä ja vastuunjakamista vaativissa tehtävissä. Hallintokulttuurien sirpaleisuus, vahva sektorihallinto, yhteistyön vähäisyys ja sattumanvaraisuus sekä tiedonkulun heikkous sisältyivät useiden puheenvuorojen esiin nostamiin huolen aiheisiin. Luottamuspula luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välillä sekä kuntien ja kuntayhtymien välillä herätti myös huolta.

#### *Yhteiskunta eriarvoistuu ja hyvinvointierot kasvavat*

Dialogiin osallistujia huolestutti yhteiskunnan eriarvoisuuden lisääntyminen ja sitä kautta terveyserojen kasvaminen. Ihmisten arvomaailma on koventunut, suvaitsemattomuus, välinpitämättömyys ja juurettomuus ovat kasvaneet. Toiset voivat entistä paremmin, mutta osa väestöstä voi entistä huonommin. Huolta kannettiin ennen kaikkea lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja pahoinvoinnin lisääntymisestä. Häiriökäyttäytyminen on lisääntynyt ja erityisongelmaisten lasten ja nuorten määrä oli kasvussa. Nuorten päihteidenkäytön lisääntymistä ja huumeidenkäytön arkipäiväistymistä pidettiin pelottavana. Myös perheiden hyvinvointi herätti huolta. Perhesuhteet ovat moninaisia ja lastensuojelutapaukset lisääntyneet. Kiireisillä aikuisilla ei ollut aikaa panostaa vanhemmuuteen.



*Palvelujärjestelmällä on moninaisia haasteita ja ehkäisevä työ jää jalkoihin*

Päällimmäiseksi palvelujärjestelmän haasteista nousi väestörakenteen muutos ja sen myötä muuttuvat tarpeet. Väestön vanheneminen nosti väistämättä kysymyksen, miten resurssit riittävät ikääntyneen väestön hoitamiseen ja huolenpitoon? Muita palvelutarvetta kasvattavia huolia olivat syrjäytymisvaarassa olevien perheiden ja nuorten joukko sekä pitkäaikais- ja nuorisotyöttömät, mielenterveysongelmaiset ja päihteiden liikakäyttäjät. Kaikkien näiden määrä tuntui olevan kasvussa ja kansanterveysajattelu hukassa. Ehkäisevätyö koettiin jäävän sairaanhoidon jalkoihin. Kun ehkäisevästä työstä ei ollut vakuuttavaa vaikuttavuustutkimusta, siinä säästämistä ei koettu tietoisena väärin toimimisena.

Aiemmin arvostettu terveyskasvatus ja valistus terveellisistä valinnoista ja elämäntavoista oli kärsinyt inflaation. Tietoa tuli joka taholta, mutta onko kaikki kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä tukevaa tietoa ja mikä on harhaan johtavaa. Keskustelijoiden mukaan terveellisten elämäntapojen vaalimisessa ylilyönnit olivat yleisiä. Esimerkiksi joidenkin mielestä osa lapsista liikkui ja harrasti aivan liikaa, osa liikkui liian vähän. Ylipainoisten ihmisten määrä oli kasvussa, kansantaudit lisääntyivät ja vakavat psyykkiset ongelmat olivat lisääntyneet. Näiden seurauksena kunnallisten palvelujen haasteet kasvavat. Puheenvuoroissa kysyttiin, ottavatko ihmiset itse riittävästi vastuuta terveydestään? Osaavatko he tehdä hyvinvointinsa kannalta oikeita valintoja? Palvelujen riittävyden ja kustannusten kasvun todettiin olevan erikoissairaanhoidon ja erityis- palvelujen suuri ongelma. Päittäjien huolena oli, miten palvelut tuotetaan tulevaisuudessa.

*Ammattitaitoisesta henkilöstöstä on pulaa*

Ammattitaitoisen henkilöstön saaminen ja henkilöstön työssä jaksaminen nousi huolen aiheeksi monen päättäjän puheessa. Perustyön arvostamista pidettiin tärkeänä. Samassa yhteydessä todettiin, että arvostusta voitaisiin osoittaa kunnallisella henkilöstöresursoinnilla. Uusia käytäntöjä ja toimintamalleja ollaan kehittämässä lisääntyvässä määrin lukuisten projektien avulla. Huolestuneena kysyttiin, jääkö resursseja kuluttavista projekteista pysyvää hyötyä ja osaamista organisaatioille.

**Miten huolia hälvennetään, mitä sinä voisit tehdä?**

Teemaseuladialogin mukaan ennaltaehkäisevän toiminnan tulisi olla johtajatuksena kaikessa kunnan toiminnassa ja päätöksissä varsinkin, kun taloudellisia resursseja on niukasti. Vastauksissa todettiin, että terveydenhuolto voi pitää terveyden edistämisasiä esillä, mutta väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä päätöksiä tehdään kaikilla kunnan hallinnon aloilla. Päättäjät voivat mielestään osaltaan pitää huolta siitä, että hyvinvointi ja terveyden edistäminen nousee yhtä tärkeäksi asiaksi kunnissa kuin elinkeinopolitiikka. Keskeistä oli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen haasteiden ja riskien tunnistaminen sekä ongelmiin tarttuminen. Terveyden edistämisen mukaan saaminen päätöksentekoon ja toimintaan oli usean keskustelijan mielestä pitkälti asennekysymys. Toimet huolten hälventämiseksi voidaan tiivistää seuraavasti:

- Johtamisen vahvistaminen ja päätöksenteon kehittäminen.
- Yhteistyön vahvistaminen.
- Lasten, nuorten ja perheiden tukeminen.
- Ikäihmisten hoitoon panostaminen.
- Palvelujärjestelmän uusien toimintamallien kehittäminen.
- Henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen.

*Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen vahvistuu johtamisen kautta*

Teemaseulaan osallistuneet päättäjät vahvistaisivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kehittämällä johtamista ja käynnistämällä rakenteellisia muutoksia mm. palvelujärjestelmässä. Pää-

töksenteon kannalta asennemuutos nähtiin tärkeäksi. Päätäjien tulisi ymmärtää, että terveyden edistämiseen panostaminen ei ole hukkaan heitettyä rahaa. Avoimuus ja luottamuksellisuus päätöksenteossa olivat avainasioita. Johtajien on otettava hyvinvointijohtajuus tehtäväkseen ja kehittämistyöhön on käytettävä enemmän aikaa. Terveyden edistämisen johtamista on arvioitava, jotta hallintojärjestelmät ja johtamisen käytännöt saadaan kuntoon. Poliitikkojen aktiivisuutta pidettiin terveyden edistämisen kannalta hyvänä asiana. Teemaseuladiialogiin osallistuneet hälventäisivät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen huolia myös kehittämällä yritysalamää, luomalla uusia työpaikkoja ja kääntämällä kunnan muuttotappion muuttovoitoksi.

Dialogiin osallistujat kaipaivat kuntien toimintaan parempaa tuottavuutta ja lisää tehokkuutta. Olennaista oli toimintaa ja päätöksentekoa tukevien tietojärjestelmien kehittäminen. Hyvinvointitilinpito, hyvinvointikertomus ja hyvinvointistrategia mainittiin välineiksi, joiden avulla kunnan toimintaa voidaan ohjata oikeaan suuntaan. Kunnan toimintojen riittävä tuntemus ja asioiden kokonaisvaltainen näkemys ovat menestyksen edellytyksiä.

Keskustelijoiden mukaan toimiva tiedonvälitys luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden sekä eri hallinnonalojen välillä parantaa yhteisymmärrystä ja luo raamit yhteisille toimintakäytännöille. Tiedonkulkua voidaan parantaa lisäämällä keskustelua ja kommunikointia kunnanhallituksen, kunnanvaltuuston, lautakuntien ja eri toimijaryhmien kesken. Kommunikointi luo myös luottamusta eri toimijoiden välille. Seudullisen ja alueellisen yhteistyön vahvistaminen sekä yhteistyö julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa edistävät kokonaisvaltaista terveyden edistämistoimintaa.

#### *Miten vastataan eriarvoisuuden ja hyvinvointierojen kasvuun?*

Eriarvoisuuden ja hyvinvointierojen vähentäminen pitäisi olla dialogien mukaan olennainen osa lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämistä, vanhemmuuden tukemista ja ikäihmisten hoitoa. Palvelujärjestelmän eri osissa tulisi kiinnittää huomiota lasten ja nuorten kasvattamiseen ja hyvinvointiin vaikuttavan tiedon välittämiseen yhtä hyvin lapsille ja nuorille kuin myös vanhemmille. Puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön, vanhempien vastuun terävöittäminen ja vanhemmuuden tukeminen nähtiin keinoiksi puuttua ajoissa syrjäytymisvaaroihin. Päätäjien mukaan yhteistyön ja asennemuokkauksen kautta kuntalaiset pitäisi itse saada kantamaan vastuuta omasta terveydestään sekä huolehtimaan paremmin itsestään ja elinympäristöstään.

#### *Palvelujärjestelmän haasteet*

Dialogiin osallistujat olivat sitä mieltä, että kunnissa tarvitaan edelleen uusia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintamalleja ja peruspalveluiden laatuun on satsattava heikoista resursseista huolimatta. Uusista toimintamalleista nostettiin esimerkiksi varhaisen puuttumisen kehittäminen, elinkaariajattelun mukainen suunnittelu sektoriajattelun sijaan sekä pienten kuntien erikoistuminen yhden palvelukokonaisuuden tuottamiseen.

Terveyden edistäminen ymmärrettiin kaikkien hallintoalojen toimintaan kuuluvaksi, mutta ennen kaikkea keskustelijoiden mukaan ennaltaehkäisevä toiminta pitäisi palauttaa perusterveydenhuollon toimintoihin. Herkkyys heikkojen signaalien havaitsemiseen ja niihin tarttuminen on palvelujärjestelmän keskeinen tehtävä.

#### *Henkilöstön hyvinvointi kehittämisen kohteena*

Hyvinvoiva, ammattitaitoinen, motivoitunut ja sitoutunut henkilöstö oli teemaseuladialogin mukaan kunnan toiminnan elinehto. Keskustelijat korostivat, että henkilöstöllä oli vahva rooli ruohonjuuritason terveyden edistämistoiminnassa, mutta henkilöstölle tulisi antaa vaikuttamismahdollisuuksia myös päätöksenteossa. Riittävä resursointi ja henkilöstön jaksamisesta huolehtiminen sekä henkilöstöjohtamisen kehittäminen nostettiin tulevaisuuden tehtäväksi.

## 8 Terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen kuntajohdon kuvaamana

KERTTU PERTTILÄ & MINNA UUSITALO, Stakes

### Haastattelujen toteutus

TEJO-kehittämishankkeen alkuvaiheessa (vuonna 2004) tehtiin haastattelukierros, jossa viranhaltija- ja luottamushenkilöjohtoa haastateltiin yksilö- tai ryhmähaastatteluina koskien kuntien terveyden edistämisen johtamisen käytäntöjä. Osassa kuntia haastattelijoina olivat Stakesin tutkijat (Oulu, Muurame, Kauniainen ja Kuusiokunnat) ja osassa ammattikorkeakoulujen opettajat (Salo, Närpiö ja kaksi haastattelua Oulussa). Espoossa haastatteluja ei tehty Espoon toivomuksesta. Kunnanjohtajien ja apulaisjohtajien haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, valtuuston ja hallituksen puheenjohtajien, lautakuntien puheenjohtajien ja eri hallinnonalojen johtajien haastattelut ryhmähaastatteluja. Haastateltavia oli yhteensä 127 ja haastatteluja tehtiin 33. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki analyysia varten, aineistoa kertyi noin 200 sivua.

Puolistrukturoitujen teemahaastattelujen teemoja olivat

- väestön terveyden ja hyvinvoinnin seuranta, strategiusten tavoitteiden toteutuminen ja arviointi sekä käytettävissä olevat tiedot ja niiden raportointi.
- hyvinvointistrategiat ja strategiaprosessit; tavoitteiden asettaminen, toimeenpano ja toteuttaminen, toiminnan yhteensovittaminen ja strategiaprosessit ja niihin osallistujat.
- hyvinvointijohtamisen käytännöt, vastuut, työnjako, yhteistyö, luottamushenkilöiden rooli, työryhmien toiminta ja toiminnan tuloksellisuus.
- organisaatorakenteet ja toimintakyky, organisaation toimintamallit, poikkihallinnollisten asioiden toteutuminen ja johtamisprosessit.
- hyvinvointiosaaminen, koulutus ja kehittämistarpeet.
- Terveys 2015 -ohjelman tunnettuus ja toteutus.
- terveyden edistämisen johtamisen kehittämishaasteet.

Haastatteluaineistot analysoitiin aluksi haastatteluideojen mukaan, jonka jälkeen teemakohtainen luokittelu jäsennettiin uudelleen Frieder Nascholdin ja Glenn Daleyn (1999) esittämää strategisen johtamisen jäsennystä väljästi soveltaen. Naschold ja Daley luokittelevat strategisen johtamisen neljään luokkaan; *mahdollisten tapahtumien ennakointi, tavoiteorientoitunut suunnittelu, elementtien koordinointi ja strategisen kyvykkyyden kehittäminen*.

Mahdollisten tapahtumien ennakointi tarkoittaa julkishallinnossa väestörakenteen muutosten, taloudellisten, teknologisten, poliittisten ja kulttuuristen muutosten ennakointia ja näkyväksi tekemistä. Tavoiteorientoitunut suunnittelu on strategian ydin. Suunnittelun avulla luodaan tavoiterakenne alatavoitteineen sekä määritellään resurssit ja tarvittavat tehtävät kunkin tavoitteen saavuttamiseksi. Tärkeintä on tavoitteiden ja toiminnan yhteensovittaminen. Elementtien koordinoinnin vaatimus korostuu julkishallinnossa silloin, kun operatiivisten yksiköiden itsenäisyys kasvaa kuten hallintoa hajautettaessa on käynyt. Kun yksityiskohtainen ohjaaminen ei ole mahdollista, strategisen ohjaamisen vaatimus vahvistuu. Tämä on olennaista myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, missä toiminta jakaantuu eri hallinnonaloille. Neljäs strategisen johtamisen osatekijä on rakenteellinen kyky hallita epävarmuutta ja sopeutua satunnaisiin tapahtumiin. Haasteena on luoda sellainen yhteys organisaation yleisten tavoitteiden sekä organisaatorakenteen ja resurssien välille, että satunnaisiin tapahtumiin on mahdollista vastata luovalla tavalla. (Naschold ja Daley 1999; Tiili 2004.)

Haastatteluaineistosta luokiteltiin Nascholdin ja Daleyn (1999) analyysia soveltaen neljä luokkaa:

- terveyden edistämisen toimintaympäristö ja muutosten ennakointi
- terveyden edistämisen strateginen suunnittelu ja toteutus
- terveyden edistämisen johtamiskäytännöt, koordinaatio ja yhteistyö sekä
- terveyden edistämisen rakenteet ja organisointi.

Tämän lisäksi aineistosta analysoitiin haastateltavien näkemyksiä

- hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisesta ja koulutuksesta.
- Terveys 2015 -ohjelman tunnettuudesta.
- terveyden edistämisen johtamisen kehittämistarpeista.

## Tulokset

### *Toimintaympäristö ja muutosten ennakointi*

Hyväksyessään kunnan toiminta- ja taloussuunnitelman valtuusto päättää kunnan strategisista linjauksista ja toiminnan suunnasta. Tavoitteiden asettaminen ja niitä toteuttavan toiminnan yhteensovittaminen parhaalla mahdollisella tavalla edellyttää tietoa toimintaympäristöstä ja sen muutoksista. Vaihtoehtojen ennakoarviointi parantaa tiedonsaantia ja läpinäkyvyyttä päätöksenteossa. Onko kuntajohdolla relevanttia tietoa kuntalaisten terveydentilasta ja sen muutoksista ja onko heillä välineitä arvioida nykyisen toiminnan tuloksia ja vaihtoehtoisten ratkaisujen terveysvaikutuksia?

### Tieto ja tietojärjestelmät

Strategioiden ja kuntasuunnitelmien laadinnan oletetaan perustuvan ajantasaiseen tietoon väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja toimintaympäristössä tapahtuneista muutoksista. Suunnittelun taustalla ajatellaan olevan tietoa nykyisten toimintakäytäntöjen vaikuttavuudesta.

Haastateltavat kertoivat kunnissa kerättävän tietoa melko laajasti palvelujen käytöstä ja kustannuksista sekä terveyteen vaikuttavista tekijöistä (terveyden determinanteista). Tällaisia tietoja olivat muun muassa tiedot väestörakenteen muutoksista, elinolojen kehittymisestä (työllisyydestä, toimeentulosta, koulutustaustasta), elinympäristön terveellisyydestä ja yhdyskuntarakenteen kehittämisestä.

Väestön terveyttä ja terveystottumuksia sekä terveys- ja hyvinvointipalvelujen toimivuutta ja tuloksellisuutta kuvaavan tiedon keräämisen todettiin olevan satunnaisempaa, erillisselvityksiin perustuvaa. Terveystietoa oli laatinut ajoittain alueellisia kuvauksia sairastavuudesta, kansantautien ilmenemisestä ja lääkkeiden käytöstä Kelan tilastojen pohjalta. Kuntalaisten terveystottumuksia ja niiden muutoksia selvitettiin satunnaisesti kuntalaiskyselyjen avulla.

Palvelujärjestelmän keräämää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoa kerrottiin kuntasuunnittelussa olevan hyvin niukasti käytössä. Esimerkiksi neuvolatyöstä, kouluterveydenhuollosta, kouluista tai päiväkodeista kertyvä asiakastyötä kuvaava tieto ei ollut koottavissa kuntasuunnittelun eikä valtakunnallisen seurannan käyttöön olemassa olevien seurantajärjestelmien kautta. Jos tietoja haluttiin käyttää, ne kerättiin erillisten selvitysten avulla. Työntekijöiden asiantuntemusta hyödynnettiin niukasti toiminnan seurannasta raportoidessa, vaikka toimipaikkakohtaista tietoa olisikin käytettävissä huomattavasti enemmän kuin toimialakohtaista tietoa.

Tiedon horisontaalisessa välityksessä törmättiin salassapitovelvollisuuteen, vaikka haasteltavien mukaan sen ei käytännössä pitäisi muodostaa todellista estettä tarpeelliseksi katsotun tiedon välittämiseen.

Raportointi kuntajohdolle väestön terveydentilan ja hyvinvoinnin muutoksista ja kuntalaisten terveystottumuksista oli melko satunnaista. Luottamushenkilöiden hyvinvointitieto perustui useimmiten kansallisiin tutkimuksiin tai tiedotusvälineiden esille nostamiin ongelmiin, ei niinkään kunnan hyvinvointitilannetta koskevaan seurantatietoon.

Haastatteluissa pohdittiin tietotarpeisiin, tietojärjestelmiin ja tietojen hyödyntämiseen liittyviä pulmia ja järjestelmässä todettiin olevan paljonkin kehittämisen tarvetta. Lähes kaikki haasteltavat totesivat että ”pulumia on, mutta parempaan suuntaan ollaan menossa”. Tämä voitaneen tulkita siten, että hyvinvointitiedon tarve on tiedostettu ja siihen ollaan hakemassa ratkaisuja.

## Terveysnäkökohdat ja niiden ennakointi suunnittelussa ja päätöksenteossa

Jokaisella hallinnonalalla on omat perustehtävänsä. Kansallisen terveystalouden tavoite ”Terveys kaikissa politiikoissa” tavoittelee käytäntöä, jossa kaikki hallinnonalat arvioisivat ratkaisujensa terveysvaikutuksia ja tekisivät siinä suhteessa tietoisia päätöksiä. Jotkut päätöksistä voivat olla lyhyellä aikavälillä eri hallinnonalojen näkökulmista arvioiden myös kustannuksia lisääviä. Terveys- ja talousvaikutusten yhteys on pitkällä aikavälillä ilmeinen. Positiivisesti terveyteen vaikuttavat ratkaisut parantavat väestön hyvinvointia ja lisäävät pitkällä aikavälillä tuottavuutta.

Terveysnäkökohtien systemaattiseen arviointiin tarjotaan menetelmäksi ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin menetelmää (IVA), johon sisältyy terveys- ja sosiaalisten vaikutusten arviointi ([www.stakes.fi/iva](http://www.stakes.fi/iva)).

## Kokemuksia ennakoarvioinnista

Haastattelujen aikaan yhdessä TEJO-kunnista IVA-pilotointi oli käynnistetty kehittämisprojektin alkaessa ja yhdessä kunnassa terveysvaikutusten arviointia oli tehty aiemmin ympäristövaikutusten arviointiin sisältyen. Molemmista tapauksista kyseessä oli laajamittaiset prosessit, jotka koskivat suuria rakenteellisia ja hallinnollisia kysymyksiä, toinen terveyskeskuskuntayhtymän tulevaisuutta hallinnollisesti ja rakenteellisesti ja toinen alueellista yhdyskuntasuunnittelua arvioiden. Yhdyskuntasuunnitteluun liittyvästä terveysvaikutusten arvioinnista oli saatu hyviä kokemuksia. Laajan prosessin vetäjänä oli käytetty ulkopuolista asiantuntijaa. Käynnistynyt terveyskeskuskuntayhtymän arviointihanke oli myös hyvin moniulotteinen ja samalla poliittisesti ja ammatillisesti erityyppisiä intressejä sisältävänä melko ”herkkä” kohde. Myös tämän arviointihankkeen läpiviemiseen käytettiin ulkopuolisten asiantuntijoiden tukea ja ohjausta.

Käynnistyneestä pilottihankkeesta oli haastattelujen aikaan vielä hyvin vähän kokemusta eikä ennakoarviointi menetelmänä ollut yleisesti ottaen kovin tuttua osallistujille. Haastattelut vahvistivat kokemuksen siitä, että terveysnäkökohdat tulevat esiin päätöksenteossa sattumanvaraisesti aina sen mukaan, miten asiaa valmistelevat henkilöt tunnistavat mahdollisia terveysvaikutuksia ja ottavat niitä esiin valmisteluprosessin kuluessa.

Luottamushenkilöt pitivät erittäin hyvänä ajatuksena sitä, että terveysvaikutusten ennakoarviointi otettaisiin systemaattiseksi käytännöksi. Päätöksenteko tulisi näin näkyvämmäksi ja tehtäviin päätöksiin olisi helpompi ottaa kantaa. Viranhaltijat, jotka joutuvat valmistelemaan päätökset, olivat periaatteessa yhtä mieltä siitä, että terveysvaikutusten ennakoarviointi voisi olla hyvä käytäntö, mutta arkityössä se saattaisi tuottaa lisätyötä valmistelijoille ja esittelijöille. Epäilyjä esitettiin siitä, tekisikö menetelmän käyttöönottoaminen päätöksenteosta raskaampaa ja

venyisivätkö lautakuntien ja hallitusten kokoukset entistä pidemmiksi. Menetelmään opettelusta ja käytännön pilotoinnista ei haluttu ottaa selvää kantaa. Asia nähtiin ajankohtaiseksi hieman myöhemmin. Luottamushenkilöt arvioivat viranhaltijoiden haluttomuuden johtuvan osittain myös siitä, että vaihtoehtojen ennakoarviointi saattaisi vähentää viranhaltijoiden valtaa. Jos esittelijä esittelee useita perusteltuja vaihtoehtoja, keskustelu ratkaisuisista laajenee ja päätökset muuttuvat esittelijän kannalta epävarmemmiksi.

Terveysnäkökohtien huomioon ottaminen päätöksenteossa on tavoite, joka kuntapolitiikassa näyttää vielä horjuvan. Useiden ratkaisuvaihtoehtojen terveysvaikutusten tarkastelu ennakkoon monien asianosaisten näkökulmasta on vaativa tehtävä. Päätösten moniulotteisia vaikutuksia ei helposti hahmoteta, ellei niitä ole kirjattu päätösesitysten liitteeksi. Haastatteluissa kerrottiin esimerkkejä, joissa samasta asiasta päätettäessä eri foorumeilla saatettiin tehdä ristiriitaisia päätöksiä. Esimerkiksi lautakuntatyössä terveyden edistämisen merkitystä korostettaessa vaadittiin voimavarojen lisäystä terveyden edistämiseen ja valtuuston päätöksiä tehtäessä vastustettiin ehkäisevien palvelujen (esimerkiksi oppilashuollon, kouluterveydenhuollon tai nuorisotyön) voimavaravahvistusta. Toisaalta viranhaltijat kokivat joskus joutuvansa rajoittamaan luottamushenkilöiden esityksiä määrärahojen ja toiminnan todellisten mahdollisuuksien rajoissa.

### *Strateginen suunnittelu ja toteutus*

Strategisten linjausten luominen on kuntalain mukaan valtuuston tehtävä. Toteutuuko kuntalaki tässä suhteessa? Kuntien suunnittelukäytäntö pohjaa kuntastrategiaan. Hyvinvointitavoitteet esitetään strategiassa kaikkia hallinnonaloja koskevinä yleisinä tavoitteina, jotka on tarkoitettu avattaviksi toimialojen strategioihin, palvelustrategioihin ja sektorikohtaisiin suunnitelmiin konkreettisiksi tavoitteiksi ja mitattavissa oleviksi tehtäviksi.

Strategista suunnittelua ja toimintakäytäntöjä selvitettyä haastatteluissa käytettiin esimerkkinä kuntien strategiaan tai toimintasuunnitelmaan sisältyviä sellaisia hyvinvointitavoitteita, joiden toteutuminen selvästi edellytti vastuun jakamista useiden hallinnonalojen kesken. Miten strateginen suunnittelu ja toimeenpano oli toteutunut kunnissa?

### Luottamushenkilöt strategisten linjausten laatijoina

Valtuuston tehtävänä on kunnan strategisten linjausten luominen. Onko luottamushenkilöillä riittävästi tietoa kuntasuunnittelun taustaksi? Melko monet luottamushenkilöistä totesivat, ettei ole. Monille oli epäselvää, millaista tietoa kunnalla ylipäätään oli käytettävissä terveydestä ja hyvinvoinnista. Tiedon puutteen ja puuttuvan mahdollisuuden käyttää hyväkseen olemassa olevaa tietoa todettiin heikentävän luottamushenkilöiden asemaa päättäjinä.

Jotkut luottamushenkilöistä pitivät omia vaikuttamisen mahdollisuuksiaan strategiatyössä varsin hyvinä, jotkut selvästi liian vähäisinä. Vähäisen vaikuttamisen eräänä syynä arveltiin olevan luottamushenkilöiden oma passiivisuus. Oli helpompi luottaa viranhaltijoiden asiantuntijuuteen kuin lähteä itse hakemaan taustatietoja poikkeavien näkemysten perusteluiksi.

Haastateltavat pohtivat luottamushenkilöiden roolia suhteessa viranhaltijoihin muun muassa toteamalla, että ”*aktiivinen luottamushenkilö lisää viranhaltijoiden työtä, passiivinen sen sijaan lisää viranhaltijoiden valtaa*”. Jotkut luottamushenkilöistä kritisoivat tilannetta kysyen, olivatko he antaneet viranhaltijoille liikaa valtaa luopumalla itselleen kuuluvista strategisen suunnittelun tehtävistä. Tarkastuslautakuntien toimintaan ei tässä yhteydessä oltu tyytyväisiä. Tarkastuslautakunnilta odotettiin enemmän arviointia toiminnan toteutumisesta, ei vain arviointia resurssien käytöstä.



Strategiaprosessit käynnistyivät valtuuston päätöksellä viranhaltijoiden valmistelusta. Valmisteluprosessien edetessä ehdotukset esitellään lautakuntien kokouksissa ja valtuustoseminaareissa. Tarkoitus on, että tehtyjä esityksiä arvioidaan ja luottamushenkilöt ottavat kantaa strategioiden sisältöihin. Vaikuttamisen todellisuudesta oli monenlaisia kokemuksia. Jotkut luottamushenkilöt osallistuivat aktiivisesti ja pyrkivät vaikuttamaan ratkaisuihin. Joidenkin viranhaltijoiden mielestä poliittiset päätöksentekijät tarttuivat enemmänkin pieniin yksityiskohtiin kuin suurempiin rakenteellisiin kysymyksiin.

Strategisten painoalueiden määrittelyssä luottamushenkilöiden arveltiin olevan todellisuudessa melko harvoin aloitteiden tekijöitä. Sellaisiakin käytäntöjä kuvattiin, joissa strategiasuunnitelmat oli valmisteltu lähes kokonaan virkatyönä ja vasta valmiit ehdotukset oli tuotu luottamushenkilöhallinnon käsittelyyn. Todennäköistä on, että strategia-asiakirjan ohjaava funktio jää budjettineuvotteluissa tällaisissa käytännöissä vähäiseksi.

Eräs haastateltava kuvasi strategiaa ohjausvälineenä näin: ”*Se tehdään ylätasolla, sinne kootaan kaikki hienot sanat, eikä niitä vedetä yhteen talousarvion kanssa - ei sillä ole mahdollisuutta toimia ohjaavana asiakirjana. Talousarvio se ohjaa ja sitä seurataan liiankin tarkkaan.*”

## Hyvinvointistrategiat

Haastateltavat olivat hyvin tietoisia poikkihallinnollisten hyvinvointitavoitteiden johtamisen problematiikasta sekä toimintaa ohjaavien tavoitteiden, osaamisen ja resurssien yhteensovittamisen tarpeesta. Strategiaan kirjatut selkeät sektorikohtaiset tavoitteet toteutuivat helpommin. Laajemmat sektorirajojen ylityksiä edellyttävät toimenpiteet jäivät herkemmin toteutumatta.

Kuntastrategioihin sisältyvät tai niiden rinnalle valmistellut hyvinvointistrategiat ja ohjelmat nähtiin poikkihallinnollista toimintaa yhteen sovittavina työvälineinä. Teemakohtaiset strategiat, kuten mielenterveys-, päihde-, vanhustenhuollon ja vammaishuollon strategiat, ja niiden toimeenpanoa määrittelevät ohjelmat toimivat asiakokonaisuuksia ohjaavina sopimuksina. Arkityössä strategioita ja ohjelmia koettiin olevan jo liian paljon, jotta samat ihmiset voisivat hyödyntää niitä mielekkäästi.

Kuntastrategiaa pidettiin enemmän johdon asiakirjana, eikä sen koettu tavoittavan käytännön työn tasoa. Haastatteluista välittyi usein kaksijakoinen viesti. Kunnan ylin johto kertoi kuntastrategian olevan kuntasuunnittelua ohjaava asiakirja, joka oli purettu konkreettisiksi tavoitteiksi jokaisella hallinnontasolla ja jolta pohjalta toimialakohtaiset suunnitelmat oli rakennettu. Operatiivisessa johdossa olevat eivät kuvanneet suunnittelua yhtä johdonmukaisesti. Mitä alemmalla tasolla organisaatiossa oltiin, sen hämäämmäksi kuntastrategia ja sen merkitys toimintaa ohjaavana asiakirjana kävi.

Strategiaprosessi sinänsä kuvattiin usein vaativaksi ponnistukseksi, jonka tuloksena oli saatu aikaan hyväksytty asiakirja. Strategian implementointiin ei useinkaan oltu varauduttu millään tavalla, eikä siihen riittänyt enää voimavarojakaan. Käytännössä elettiin budjettikausi kerrallaan ja kun budjetti oli saatu kasaan, ”*niin sitä sitten ihmeteltiin vuosi*”.

Käsitykset ja käytännöt hyvinvointitavoitteista olivat hyvin kirjavia. Usein toistuva haastateltavien kokemus oli, että hyvinvointitavoitteet on kuvattu lennokkaasti ja ylevän abstraktisti ja niiden sisältö on ollut vaikeasti muunnettavissa käytännön toiminnaksi. Ellei toiminta konkretisoidu tehtäväksi, tavoitteen toteutumista on mahdoton arvioida. Joskus tavoitteet ovat olleet liian vaativia voidakseen toteutua sen hetkiselällä osaamisella ja annetuilla voimavaroilla. Tällöin strategiaan kirjatut tavoitteet on käytännössä ohitettu eikä niitä ole edes pyritty käsittelemään.

Toisaalta haastatteluissa tuli esille myös esimerkkejä tilanteista, joissa haettiin hyvinvointijohtamisen järjestelmällistä logiikkaa, jossa rakennettiin systemaattista hyvinvointitavoitteiden ja tehtävien porrastusta. Osa tavoitteista oli selkeitä ja mitattavia kunta-, toimiala- ja yksikkötasolla, mutta osa sellaisia, joissa vielä etsittiin yhteisiä näkemyksiä ja niitä kuvaavia mittareita.



Toimintaa kuvaavista ja mittaavista hyvinvointi-indikaattoreista oli vaativia odotuksia. Yleisesti ottaen jokainen halusi saada käyttöönsä ”*napakat, kuvaavat, vertailukelpoiset ja riittävän vähälukuiset*” hyvinvointi-indikaattorit. Tarkemmin määriteltäessä kuvaukset olivat huomattavasti ristiriitaisempia. ”*Seurantaindikaattoreiden tulee olla helposti saatavilla, niiden tulee olla toimintaa kuvaavia, eikä mittareita saa olla liian paljon*”. Samalla ”*indikaattoreiden tulisi kuvata riittävän laajasti, määrällisesti ja laadullisesti väestön hyvinvoinnin tilaa ikäryhmittäin ja alueittain, verrattuna vertaiskuntiin ja riittävän pitkällä aikaperspektiivillä*”. ”*Osa indikaattoreista tulisi olla kansallisesti vertailtavia, osa kunta- ja toimialaspesifejä riippuen asetetuista tavoitteista*”. Hyvinvointi-indikaattorityö on elävä prosessi, jossa kunnissa ollaan todennäköisesti vielä pitkään kehittämisvaiheessa. Jos hyvinvointitavoitteiden toimeenpanoa ei ole toteutettu systemaattisesti, kokemusten mukaan seuranta ja tulosten arviointi jäävät tekemättä tai päinvastoin jos seurantaa ei tehdä, toimeenpanokaan ei ole systemaattista.

### *Johtamiskäytännöt, koordinaatio ja yhteistyö*

Puhe hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta oli haastattelujen ajankohtana melko hämmäntävää. Mitä terveyden edistämisen johtamisella tarkoitetaan ja miten se liittyy muihin ajankohtaisiin keskusteluihin erilaisista johtamisen käytännöistä? Jo pitkään käytäntönä olleen tulosjohtamisen myötä toimialojen asema ja itsenäisyys olivat vahvistuneet ja vakiintuneet. Terveyspoliittisten tavoitteiden keskeisenä sanomana oli yhteistyön välttämättömyys. Väestön tarpeista lähtevät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet voivat toteutua vain yhteistyössä useiden hallinnonalojen kesken. Johtaminen edellyttää tällöin eri hallinnonalojen tehtävien yhteensovittamista, yhteistyötä, osaamisen koordinoitua sekä kokonaisvaltaisen toiminnan seuranta- ja arviointia.

Johtamisesta ja hallintomalleista keskusteltaessa oli samanaikaisesti esillä useita eritasoisia ja eri lähtökohdista nousevia odotuksia. Haastattelujen ajankohtaan käynnisteltiin valtakunnallista keskustelua kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. Jo muutaman vuoden ajan oli haettu tuntumaa tilaaja–tuottaja-malleista ja sopimusohjauksikäytännöistä. Hyvinvointi ja terveyden edistäminen oli nostettu kunnissa strategiseksi painoalueeksi, mutta käytännössä oli epäselvää, miten sitä toteutetaan ja mitä oikeastaan olivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät. Luottamushenkilöt kaipaivat arvokeskustelua, jossa kunnan todellinen halukkuus pitkän aikavälin terveyden edistämistyöhön punnittaisiin. Tästä kiinnostuneet eivät kokeneet saaneensa ehdotuksilleen vastakaikua.

Kysymys siitä, mitä johdetaan, kun johdetaan terveyden edistämistä, oli keskustelun kannalta olennainen kysymys. Haastatteluissa nostettiin esiin kansanterveystyön erityistehtävät, sairaanhoidon tehtävät, ympäristöterveydenhuollon ja ympäristötoimen tehtävät, yhdyskuntasuunnittelun ja maankäytön tehtävät sekä sosiaali-, sivistys-, kulttuuri-, nuoriso- ja vapaa-aikatoimen tehtävät. Kaikilla näillä oli mahdollisuus vaikuttaa ihmisten valintoihin, terveystottumuksiin sekä kunnan ja kuntalaisten hyvinvointiin. Miten eri hallinnonalojen tehtävistä kootaan terveyden edistämisen kokonaisuus, kun asioita käsitellään poliittisella päätöksenteon tasolla, palvelujärjestelmän operatiivisina käytäntöinä, yhteistyökysymyksenä kuntaorganisaation sisällä ja kuntaorganisaation ulkopuolisten toimijoiden kanssa?

### Terveyden edistämisen tehtävät

Kansanterveyslaki säätelee kansanterveystyön terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen tehtävistä (ks. Kansanterveyslaki 2005/928; Rimpelä 2005). Kunnan jokaisella hallinnon alalla on omat tehtävänsä, joihin sisältyy väestön terveyteen vaikuttavia tehtäviä. Haastattelujen mukaan

strategioita ja toimintasuunnitelmia valmisteltaessa kunnissa ei erityisesti oltu arvioitu, miten terveysnäkökohdat tulevat huomioon otetuiksi eri hallinnonalojen suunnitelmissa. Poikkihallinnollista vastuuta koskevien tehtävien yhteistä suunnittelua, tarkennettua tehtävien määrittelyä, asioiden koordinoitua tai toimeenpanon toteutumisen seuranta ja tulosten arviointia ei kunnissa ole tehty. Terveyden edistämistä koskevat asiat nousevat käsittelyyn tehtäväkohtaisesti ja valmistelijoiden kiinnostuksen mukaan. Haastateltavat toivat esiin näkemyksiä, joiden mukaan ehkäisevä työ eri hallinnonaloilla on enemmänkin asenteista ja ajattelutavasta kiinni, eikä siihen tarvita erityistä panostusta. Toisaalta tällaisia näkemyksiä myös kritisoiitiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asioiden priorisointi koettiin ongelmalliseksi. Päälimmäisenä oli jatkuvasti tunne akuutista tilanteesta, jossa sairaanhoitopalvelujen saatavuus piti ratkaista ensiksi, hoitojonot eivät olleet vaatimusten mukaisesti kunnossa. Tämä merkitsi voimavarojen valumista sairaanhoitoon, jolloin ehkäisevä toiminta jäi aliresursoiduksi ja suunnitelmissa liian vähälle huomiolle. Haastateltavat halusivat päästä ”tulipalojen sammuttamisesta” ennakoivaan johtamiseen.

## Terveyden edistämisen johtamisjärjestelmää ei ole

Terveyden edistämisen johtamista ja johtamisen käytäntöjä käsiteltiin ottamalla haastateltavien kanssa esimerkkejä kuntien strategioissa ja toiminnan suunnitelmissa esiintyvistä tavoitteista ja tehtävistä. Johtamisjärjestelmä perustuu hallinto- ja johtosäätöihin, jotka määrittelevät kunkin vastuualueen velvoitteista ja vastuista. Toimiala- tai hallinnonalojen johtajat vastasivat omien toimialojensa tehtäviin kuuluvista toimista. Poikkihallinnollisista ja hallinnonalat ylittävien tehtävien toteuttamisvastuista säännöissä ei puhuta.

Johtamisjärjestelmästä keskusteltaessa haastateltavien yleinen näkemys oli, että terveyden edistämisen johtamisjärjestelmää ei ole olemassa. Strategioissa ja kuntasuunnitelmissa esiintyvät tavoitteet osoitetaan aina sen hallinnonalan vastuulle, jonka toiminnan sisältöalueeseen tehtävä eniten kuuluu. Sen jälkeen asiat eriytyvät ja jokainen hallinnonala vastaa omista tavoitteistaan ja niitä toteuttavista tehtävistä. Asioita viedään eteenpäin oman lautakunnan kautta, voimavarat haetaan omalle hallinnonalalle ja tuloksista raportoidaan omalle lautakunnalle.

Kunnanhallitus on luottamushenkilöorganisaatiossa se, joka yhdistää eri lautakuntien toiminnan kunnan yhteiseksi toiminnaksi. Lautakuntien ei, paria poikkeusta lukuun ottamatta, kerrottu tekevän yhteistyötä keskenään. Jossakin kunnassa sosiaali- ja terveyslautakunta sekä opetuslautakunta olivat käynnistäneet yhteiset keskustelutilaisuudet, joita he pitivät erityisen hedelmällisinä juuri hallinnonalat ylittävien terveyden edistämisen asioiden käsittelyssä.

Pienissä kunnissa eri hallinnonalojen vastuuhenkilöt tapasivat toisensa säännöllisesti kunnan johtoryhmässä, missä myös poikkihallinnollista käsittelyä vaativat terveyden edistämisen asiat voitiin käsitellä. TEJO-hankkeen alkuvaiheessa tehtyjen haastattelujen mukaan tällaista käytäntöä ei juurikaan tuotu esiin, enemmänkin painotettiin sektorikohtaista vastuuta. Suuremmissa kaupungeissa, kuten Oulussa, kaupungin johtamisjärjestelmään kuului apulaiskaupunginjohtajan alaisuudessa toimiva palvelujohtoryhmä, joka käsitteli eri hallinnonalojen toimintaa yhdessä ja koordinoi yhteistyötä. Palvelujohtoryhmällä koordinoivana johtoryhmänä oli mahdollisuus ottaa vahvempi asema myös terveyden edistämisen johtamisessa.

Pitäisikö terveyden edistämisen poikkihallinnollinen vastuu nimetä jollekin taholle erikseen? Keskustelussa tarjottiin vastuuta kunnanjohtajalle, joka tehtävittään nimeäisi vastuun sektori-johtajille. Terveyden edistämisen johtoryhmänä toimisi näin ollen kunnan johtoryhmä. Jotkut olivat sitä mieltä, että kunnan johtoryhmä on luonteeltaan toimeenpaneva, ei suunnitteleva ja ennakoiva, eikä näin ollen välttämättä kovin innovatiivisesti tulevaisuuteen katsova. Yhtenä osoituksena tästä oli se, että kunnan johtoryhmän ja laajennettujen johtoryhmien kokoukset pidettiin kunnanhallituksen kokouksen jälkeen, ei ennen hallituksen kokousta.

Johtamiskäytännöissä toivottiin enemmän ennakoivaa asennetta. Monelta taholta tuotiin esiin kokemus johtoryhmien kokouksista ”tulipalojen sammuttajina”. Huomiota kiinnitettiin akuuttien asioiden ratkaisemiseen, ei ennakointiin. Esimerkkinä mainittiin terveydenhuollossa erikoissairaanhoidon jonojen purkamisen sen sijaan, että keskusteltaisiin siitä, miten vähennetään pitkällä aikavälillä jonojen syntymistä. Terveyden edistämisen johtajuudesta terveydenhuollon sisällä ei juurikaan keskusteltu. Asia nähtiin tärkeäksi, mutta siitä ei muilla kuin terveydenhuollon edustajilla ollut tietoa.

Kansanterveystyön kuntayhtymän käytännöt toivat terveyden edistämisen johtamisjärjestelmään omat ominaispiirteensä. Silloin kun kuntayhtymässä on vain kaksi kuntaa, kansanterveystyöllä on mahdollisuus toimia peruskuntien kanssa ikään kuin yhtenä kunnan toimialana. Jos kuntayhtymään kuuluu useita kuntia, terveydenhuollon kuntayhtymän toiminta pakostakin etäännyttäväksi peruskunnista. Jos peruskunnan edustaja kuuluu terveydenhuollon kuntayhtymän hallitukseen, hänellä on mahdollisuus toimia välittäjänä kuntayhtymän ja peruskunnan välillä myös terveyden edistämisen johtamisen kysymyksissä. Käytännössä johtoryhmän asialistat olivat painottuneet sairaanhoitopalvelujen järjestämiseen ja kustannuksiin, ei niinkään siihen, miten terveydenhuollon kuntayhtymä voisi toimia peruskuntien tukena terveyden edistämisen asiantuntijana. Haastattelussa viestitettiin molemminpuolisesta tiedonvälityksen niukkuudesta ja siihen liittyvistä epäluuloista. Missään pilottikunnassa ei terveydenhuollon kuntayhtymässä ollut sellaisia terveyden edistämisen koordinaattoreita, jotka olisivat toimineet aktiivisesti peruskuntien terveyden edistämistyössä.

## Terveyden edistämisen koordinaatio ja yhteistyö

TEJO-hankkeen alkuvaiheessa ei missään projektikunnassa ollut sovittua käytäntöä hallinnonalat ylittävien hyvinvointiasioiden koordinoinnista, eikä koordinaatiovastuuta oltu nimetty erityisesti kenellekään tai millekään taholle. Jokaisen hallinnonalan vastuulla oli se osio, johon hallinnonala saattoi itse vaikuttaa. Yhteisten tavoitteiden ajateltiin toteutuvan niin, että jokainen hallinnonala hoitaa osuutensa ja raportoi siitä. Yleinen käytäntö oli, että kun joku toimiala havaitsi useita toimialoja koskevan kehittämiskohteen tai yhteistyötä vaativan käytännön, se kutsui asianosaiset kokoon ja asia tuotiin yhteisestä sopimuksesta tarvittaessa sektorien johtoryhmiin, lautakuntiin tai kunnan johtoryhmään. Jos asia vaati jatkuvaa tai pidempiaikaista yhteistyötä, kunnanjohtaja tai lautakunta voi nimetä työryhmän tehtävää varten. Tällaisia yhteistyöryhmiä ovat esimerkiksi päihdetyön ryhmä, vammaistyön ryhmä, vanhustyön ryhmä tai mielenterveystyön ryhmä. Yhteistyötä tehdään nuorisotyössä, perhe- ja kasvatustyössä, oppilashuollossa ja vanhustyössä.

Osassa kuntia oli nimetty ehkäisevän työn työryhmä ja terveystieteiden yhdyshenkilö, joka toimi tehtävässä terveydenhoitajan tai johtavan hoitajan työnsä ohella. Terveydenhuollon sisällä toimivalla terveystieteiden yhdyshenkilöllä todettiin olevan melko vähäiset mahdollisuudet toimia poikkihallinnollisesti kunnan terveyden edistämistyön koordinaattorina, eikä sitä heiltä odotettukaan.

Moniammatilliset asiantuntijaryhmät voivat toteuttaa hyvällä menestyksellä kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiaa, mutta ryhmien toimintakäytännöt ja tavoiteltavat tulokset eivät välttämättä tulleet yhteiseen tietoisuuteen. Yhteistyö ei tällöin ollut koordinoitua eikä kokonaisuuden kannalta hallittua.

Hallintokuntien ja eri alojen asiantuntijoiden välisen yhteistyön koettiin lisäävän ymmärrystä terveyden edistämisen moniulotteisuudesta ja vaikuttamisen mahdollisuuksista. Tieto tilanteista ja toiminnan mahdollisista tuloksista kulki työryhmän sisällä, mutta ei välttämättä edelleen johdon päätöksentekoon. Luottamushenkilöillä oli jonkinlainen tuntuma siitä, että eri teemojen ympärillä toimi moniammatillisia yhteistyöryhmiä, mutta mitkä niiden tavoitteet ja toiminnan tulokset olivat, siitä ei läheskään aina ollut tietoa. Haastateltavat kertoivat yhteistyöryhmien

toiminnan olevan hyödyllistä, mutta niiden toiminnan tuloksia ei seurannan puutteessa osattu kuvata tai arvioida. Yhteistyöryhmien toiminnan merkitys strategisten tavoitteiden toteuttamisessa ei läheskään aina ollut selvää.

### *Rakenteet ja organisointi*

Toimiva organisaatorakenne mahdollistaa joustavan ja vääristymättömän tiedonkulun, tehokkaan päätöksentekojärjestelmän ja työnjaon. Organisaatio tarjoaa rakenteet toimijoiden väliselle yhteistyölle ja määrittelee toimijoiden aseman organisaatiossa. Strategisen johtamisen onnistuminen perustuu rakenteisiin, joiden avulla on mahdollista sopeutua satunnaisiin tapahtumiin.

Naschold ja Daley (1999) nimittävät strategisen johtamisen neljättä osatekijää strategiseksi kyvykkyydeksi. He tarkoittavat sillä taitoa luoda sellainen yhteys organisaatorakenteen, resurssien ja tavoitteiden välille, jonka avulla organisaatio kykenee hallitsemaan epävarmuutta ja vastaamaan muuttuviin tarpeisiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen kannalta tämä on tärkeä strategisen johtamisen osatekijä. Hyvinvointitavoitteet ovat usein eri sektoreiden yhteisiä, niiden painotukset ja tavoitteiden saavuttamisen keinot vaihtelevat ja painottuvat ajassa vaatien eri sektoreiden osaamista ja vastuun ottoa. Organisaatorakenteet ja toimintaprosessit joutuvat sopeutumaan muuttuviin tarpeisiin ja tulosten epävarmuuteen. Miten kuntien organisaatiot ja hallintojärjestelmät ovat ottaneet tämän huomioon omissa hallintokäytännöissään?

### *Organisaatiomallit elävät jatkuvasti*

Kuntaorganisaatiot ovat olleet viime vuosina jatkuvassa muutosprosessissa. Organisaatiot ovat rakentuneet sektorijaon pohjalle, toimialoittain. Haastatteluissa tuli selvästi esiin, miten tulosityksiköorganisaatiojako toimialojen sisällä vaihtelee kuntien välillä ja muuntelu on lähes jatkuvaa.

Sosiaali- ja terveystoimi on usein organisoitu yhtenä toimialana, ellei kansanterveystyö ole järjestetty kuntayhtymänä. Jos kansanterveystyö toimii kuntayhtymänä, terveydenhuolto ei voi toimia yhtä kiinteästi yhteistyössä kunnan muiden hallinnonalojen kanssa kuin ollessaan yksi kunnan hallinnonaloista. Tekninen ja ympäristösektori muodostavat usein myös yhteisen toimialan ja toimivat yhden lautakunnan alaisuudessa, joskin tässäkin oli erilaisia käytäntöjä.

Sivistys-, kulttuuri-, nuoriso-, vapaa-aika- ja liikuntasektoreiden organisatoriset käytännöt vaihtelivat eniten. Ne voivat muodostaa yhden toimialan tai jokainen sektori hallinnoidaan tulosityksikköinä erikseen kunnanjohtajan alaisuudessa tai ne muodostavat muunnelman näiden väliltä. Näiden hallinnonalojen vastuualueet ovat usein pieniä verrattuna sosiaali- ja terveystoimen vastuualueeseen. Haastateltavat toivat esiin pulmia, jotka liittyvät epätasapainoisiin toimialoihin kunnassa. Pieniltä hallinnonaloilta on joskus vaikea löytää vastuuhenkilöitä, koska vastuualueet ovat niin rajattuja. Yhteistyöryhmistä tulee väistämättä suuria ja vaikeammin toimivia siksi, että pieniltä hallinnonaloilta joudutaan nimeämään huomattavan monta edustajaa verrattuna suurempiin toimialoihin. Voimavarojen käyttö yhteisiin tehtäviin voi myös vinoutua silloin, kun osapuolet edustavat kovin erisuuruisia yksiköitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla tulosityksiköitä on sijoitettu uudella tavalla. Ehkäisevien palvelujen (neuvolatyö, koulu- ja opiskeluterveydenhoito), mielenterveyden, perhetyön, kotisairaanhoidon/kodin hoidon, erilaisten terapiapalvelujen, vammaispalvelujen ja kuntoutuksen sijoittuminen joko terveydenhuollon tai sosiaali- ja perhepalvelujen yksiköihin vaihtelee. Sosiaalityö, päivähoido, vanhustenhuolto ja päihdetyö ovat selkeämmin sijoittuneet sosiaalipalvelujen tulosityksiköihin ja avosairaanhoido, hammashuolto, vuodeosastohoito sekä laboratorio- ja röntgenpalvelut selkeästi terveyspalvelujen tulosityksiköihin. Myöhemmässä vaiheessa voidaan arvioida erilaisten toimialaratkaisujen merkitystä väestölähtöiselle terveyden edistämiselle.

Haastatteluissa kysyttiin organisaatorakenteiden toimivuudesta terveyden edistämisen johtamisen kannalta. Luottamushenkilöorganisaation toimintamahdollisuuksiin oltiin yleensä tyytyväisiä, joskin organisaation toiminnallisesta kyvykkyydestä oltiin monta mieltä. Vaikka strategisen johtamisen vastuu oli osoitettu valtuustolle, käytännössä viranhaltijajohto oli otanut tehtävän itselleen vahvemmin kuin sen ajateltiin heille kuuluvan. Tämä näkyy asioiden valmisteluprosesseissa, joissa luottamushenkilöt totesivat liian usein ja liian helposti luottavansa asiantuntijavalmisteluun kyseenalaistamatta ehdotuksia riittävästi.

Terveydenhuollon kuntayhtymän ja peruskuntien välinen organisaatorakenne oli selvä, mutta toimivuus monella tavalla pulmallinen ja kehittämistarpeita esiin nostava. Kuntayhtymän hallintoon osallistui usein yksi tai kaksi peruskuntien edustajaa, peruskuntien hallintoon ei lainkaan kuntayhtymän edustajia. Tiedonkulku ja kehittämissyhteistyö eivät aina toimineet tyydyttävästi. TEJO-hankkeen myötä yhteistyön ajateltiin vahvistuvan.

## Keskustelu tilaaja–tuottaja-malleista

Tilaaja–tuottaja-mallit johtamisen ja hallinnon malleina olivat keskusteluttaneet kaikkia kuntia. Suuremmissa kunnissa mallia kehiteltiin systemaattisesti niin, että myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kysymykset haluttiin saada samaan tilaaja–tuottaja-mallin piiriin. Oulussa oltiin sitä mieltä, että kaikki toiminta on mahdollista organisoida mallin mukaan. Kaupungin tehtävänä oli luoda strategiat ja laatuksiteerit, mitä ja millaisia palveluja palvelujen tuottajilta, kuntaorganisaatiolta, kuntayhtymiltä tai yksityisiltä, ostetaan. Kokonaisvastuu oli tilaajilla ja palvelujohtoryhmän tehtävänä on sovittaa tarpeet yhteen. Tilaaja–tuottaja-mallissa pidettiin verkostoitumista tärkeänä ja mallin nähtiin tukevan poikkihallinnollista yhteistyötä, ei hajottavan sitä.

Tilaaja–tuottaja-mallia ja siihen luettavaa sopimusohjausmallia oli pienemmissä kunnissa sovellettu sellaisten palvelukokonaisuuksien hankintaan, jotka voitiin helposti ulkoistaa kuntaorganisaation tehtävistä. Monet näistä olivat teknisen toimen hallinnonalaan kuuluvia tai esimerkiksi vanhustyöhön sisältyviä tehtäviä. Sopimusohjausmalli tarkoitti näin ollen myös sisäisiä markkinoita ja sisäistä tilaamista. Tilaaja–tuottaja-mallin toivottiin tehostavan laatuajattelua, tehokkuutta, kilpailukykyä ja palvelujen sisällöllistä kehittämistä. Hyvinvoinnin vahvistamisen tuli toteutua tilaajaorganisaatiossa yhteiskunnallisen ohjauksen kautta.

Monissa kunnissa oltiin sitä mieltä, että tärkeämpää on kehittää oman kunnan palvelurakennetta kuin siirtää palvelut ulkopuolisille tuottajille. Oulussa kehitettiin tilaaja–tuottaja-mallin rinnalle tai sen tueksi moniammatillista alueellista toimintamallia, jossa erityisesti väestön tarpeista lähtevät kysymykset pyrittiin tuomaan käsittelyyn kokonaisvaltaisesti. Eri hallinnonaloja yhdistävä palvelujohtoryhmä toimii alueellisen toimintamallin ohjausryhmänä. Pienemmät kunnat halusivat odottaa suurempien kuntien kokemuksia ennen kuin olivat halukkaita laajentamaan omaa toimintaansa tilaaja–tuottaja-mallien suuntaan.

Miten terveyden edistämisen kehittämistyö, yhteistyö ja kuntalaisten tarpeista lähtevä toiminta, joka edellyttää moniammatillista osallistumista, jatkuvaa kontekstiin sidottua kehittämistyötä, olisi mahdollista tilaaja–tuottaja-malleissa? Haastateltavien mukaan myös yhteistyötä voidaan kirjata tilaussopimuksiin eli palveluiden lisäksi tilataan kehittämistyötä, arviointia ja erilaista yhteistyötä.

## Organisaatio ei kehityksen este, mutta entä resurssit

Organisaatioiden kehittämisen ajateltiin etenevän samanaikaisesti toiminnan kehittämisen kanssa. Missä määrin meneillään olevassa organisaatioiden kehittämisessä oli taustalla hyvinvointijohtamisen kehittämistarve, sitä on vaikea sanoa. Haastatteluissa tuli varsin vähän esiin

sellaista näkemystä, että organisaatorakenne olisi este tehokkaalle hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiselle.

Hyvinvointitavoitteiden toteuttamiseen tarvitaan myös resursseja. Mikäli niitä ei ole määriteltä, pieniäkin resursseja vaativat tehtävät saattavat jäädä tekemättä. Haastateltavat pohtivat voimavarojen allokointikysymystä poikkihallinnollista vastuuta edellyttävien tavoitteiden toteuttamisessa. Pitäisikö hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä varten budjetoida erikseen useita hallinnonaloja kattavat määrärahat eli pitäisikö budjettipohjaan rakentaa prosessijohtamisen järjestelmää tukeva rahoitus? Näkemykset olivat puolesta ja vastaan, eivätkä vielä kovin pitkälle pohdittuja. Käytännössä projektien hallinnointia varten oli erillismäärärahoja varattu jonkin verran, mutta rakenteelliseen prosessijohtamiseen perustuvaan rahoitukseen ei ollut varauduttu.

Haastatteluissa nostettiin esiin ehkäisevien palvelujen kustannukset suhteessa hoitaviin ja korjaaviin palveluihin. Haastateltavat myönsivät, että voimavaroja allokoidessa hoitopalveluja ei voi jättää antamatta, jolloin usein käy niin että talousarvion kiristystä tehdään helpommin ehkäisevistä palveluista, siitäkkin huolimatta, että niiden tarvitsemat määrärahat ovat huomattavan vähäisiä hoitopalveluihin ja korjaaviin palveluihin nähden. Kunnissa ei tehdä mainittavissa määrin vertailevia laskelmia kasvavista hoitokustannuksista ja ehkäisevien palvelujen tarpeesta.

### *Hyvinvointiosaaminen ja koulutus*

Onko hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sellainen teema, jonka osaamispotentiaalia arvioidaan? Kenen ajatellaan tarvitsevan koulutusta? Millaisella koulutuksella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittaneet sekä täydennys- ja jatkokoulutusta saaneet ovat työelämässä? Terveyden edistämisen perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksesta yliopisto- ja ammattikorkeakouluissa on ilmestynyt sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön ja Stakesin teettämä tutkimus (Rautio 2006).

Kuntahaastatteluissa haastateltavat arvioivat hyvinvointiosaamista varovasti. Ensin on avattava käsitteet ja ymmärrettävä, mitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamiseen tulisi sisällyttää. Yleensä todettiin, että sosiaali- ja terveyssektorilla on ammatillista osaamista näissä asioissa. Joissakin kunnissa viitattiin osaamisen kartoituksiin, joita oltiin tekemässä sektorikohtaisesti. Mitä ne tarkemmin ottaen tarkoittivat, siitä ei oikein ollut selvyttä. Organisaatiouudistuksiin liittyi tehtäväkartoituksia ja tehtävien kuvauksia, joihin sisältyi myös osaamistason kuvauksia. Hyvinvointiosaamiseen oli alettu kiinnittää enemmän huomiota, mutta asiassa oltiin alkutaipaleella.

Koulutusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioissa ei ollut kovin paljon tarjolla. Koulutussuunnitelmat tehtiin yleensä hallinnonalojen sisällä ja koulutukseen osallistuminen painottui luonnollisesti ammatilliseen täydennyskoulutukseen. Terveyden edistämisen koulutusta tarjottiin enimmäkseen terveydenhuollon henkilöstölle. Yleisiä ja yhteisiä koulutuksen teemoja olivat mm. työhyvinvointi ja jaksaminen sekä yhteistyö muun muassa perhetyössä ja kouluterveydenhuollon ja opettajien välillä. Moniammatillista ja poikkihallinnollista koulutusta oli tarjottu muun muassa lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Johtamiskoulutusta oli järjestetty jossakin kunnassa asteittain ylimmästä johdosta keskijohtoon sisältönä muun muassa kuntastrategiat ja niiden toimeenpano sekä hyvinvointitavoitteiden toimeenpano.

Luottamushenkilöt osallistuivat harvoin hyvinvointia ja terveyden edistämistä sisältävään koulutukseen. Osallistuminen riippuu luottamushenkilön omasta erityiskiinnostuksesta aiheeseen. Terveysvaikutusten arviointikoulutus nähtiin useimmin yksittäisenä sisällöllisenä kysymyksenä sellaiseksi, jota olisi haluttu tarjota luottamushenkilöille laajemminkin. Koulutuksen järjestämisessä pidettiin hyödyllisimpänä paikallisia koulutustilaisuuksia, joihin saattoi osallistua samasta organisaatiosta suurempi joukko viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä. Kouluttautumi-



nen oli paljon kiinni omasta aktiivisuudesta, koulutusmäärärahat ovat melko vähäisiä ja tiukat työaikajärjestelyt vaikeuttavat osallistumista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutuksen sisällöiksi esitettiin muun muassa seuraavia aihepiirejä:

- ❑ Hyvinvointitietoisuuden ja tietopohjan vahvistaminen.
- ❑ Hyvinvointitavoitteiden kirkastaminen johdolle ja työntekijöille.
- ❑ Strategiatyön mallit ja käytännöt.
- ❑ Johtamisjärjestelmien selkiyttäminen.
- ❑ Prosessijohtaminen ja muut johtamisen mallit.
- ❑ Prosessimaisen työskentelyn vahvistaminen ja yhteistyö.
- ❑ Organisaatio, joka mahdollistaa poikkihallinnollisen vastuun ja työn kaikilla hallinnon tasoilla.
- ❑ Hyvinvointiasioiden vastuuttaminen kunnassa, asioiden koordinaation selkeyttäminen.
- ❑ Työvälineiden kehittäminen johtamiseen ja organisaatioiden väliseen keskusteluun.
- ❑ Tiedonkulun kehittäminen luottamushenkilöiden ja viranhaltijaorganisaation välillä.
- ❑ Henkilöstön hyvinvointi ja jaksaminen.

### *Terveys 2015 -ohjelman tunnettuus ja toteutus*

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma oli julkaistu haastatteluja tehtäessä kolme vuotta aiemmin (STM 2001). Haastatteluissa kysyttiin, oliko ohjelma tuttu, oliko sitä käsitelty päätöksentekorganisaatioissa ja miten sitä oli käsitelty. Kunnanjohtajat vastasivat yleensä, että he eivät olleet kuulleet ohjelmasta tai, että mielikuva oli hyvin hatara ja viittasivat samalla sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijajohtoon asiantuntijoina. Luottamushenkilöjohto tiesi yleensä ohjelman nimeltä. Useimmiten ohjelma oli ollut jossakin kokouksessa tiedoksi asiana listoilla. Sosiaali- ja terveyslautakunta oli yleensä käsitellyt ohjelmaa, mutta ohjelman toimeenpanoon liittyviä päätöksiä ei erityisesti mainittu.

Terveys 2015 -ohjelman sisällöllisiä asioita todettiin käsitellyn kunnan toiminnassa varsin runsaasti. Joku lautakunnan jäsenistä ilmaisi ohjelman käsittelyä seuraavasti: ”Kyllä sitä on hiipaistu lautakuntakäsittelyssä ja sitten sen sisältöjä on yritetty valuttaa käytännön työhön.” Yleisenä arviointina ohjelmasta sanottiin, että se on ”kovin kaukainen ja ylätasolla oleva”.

### *Miten kuntajohtajat kehittäisivät terveyden edistämisen johtamista?*

Haastattelujen lopuksi haastateltavia pyydettiin pohtimaan, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä voitaisiin kehittää tulevaisuudessa. Esitetyt näkemykset olivat hyvin samansuuntaisia. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitystä korostettiin päätösvaihtoehtojen arvioinnissa ja kuntien kilpailutekijänä.

Monissa pohdinnoissa painotettiin, että päätöksentekijät on saatava eri hallinnontasoilla innostumaan asiasta. Heidän tulisi ymmärtää laajemmin päätösten vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Tietoisuuden lisäämiseksi ja toiminnan systematisoimista varten tarvitaan tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tieto on jäsennettävä ja kuvattava päättäjille mahdollisimman informatiivisessa muodossa.

Päättäjät kertoivat tarvitsevansa luotettavia mittareita, joiden avulla on mahdollista seurata muutoksia ja arvioida toteutunutta. Tietoisuuden kasvaminen lisää innostusta asiaan. Koulutustarjontaa haluttiin erityisesti luottamushenkilöille. Asiasta on puhuttava lautakuntien kokouksissa ja ryhmäkokouksissa. Erityisesti terveysvaikutusten arvioinnin (IVA) koulutusta, jossa asioiden



tarkastelutapa korostaa asiakas- ja asukaslähtöisyyttä, pidettiin hyödyllisenä. Tiedon lisäämisen todettiin kasvattavan tietoisuutta ja asioiden kokonaisvaltaista hallintaa. Luottamushenkilöiden sitoutumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteisiin pidettiin olennaisena onnistumisen kannalta.

Monet toivat esiin, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämisessä tarvitaan selkeää tavoiteasetantaa. Hyvinvointitavoitteista on kunnan johtoryhmässä keskusteltava, kunnes johtoryhmällä on tavoitteista yhteinen käsitys. Samalla on arvioitava, onko organisaatio oikeanlainen toteuttamaan tavoitteet ja onko sillä riittävästi osaamista ja muita resursseja. Hyvinvointitavoitteiden saamista osaksi peruspalveluja pidettiin tärkeänä.

Useat haastateltavat korostivat terveyden edistämisen johtamisen poikkihallinnollisuutta johtamisen haasteena. Johtamisjärjestelmässä on selvennettävä vastuuta, mutta niiden määrittelyssä on oltava hienovarainen. Miten toimia poikkihallinnollisesti niin, että joku ottaa vastuun kokonaisuudesta, mutta ei mene liikaa ”toisten tonteille”? Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ei voida hallita erillisillä hankkeilla, punainen lanka katoaa. Pysyvien rakenteiden luomista pidettiin välttämättömänä.

Hyvinvointitavoitteiden vastuuttamista pidettiin hyvänä asiana, mutta sen hallinnollista toteuttamista on mietittävä eritavalla pienissä ja suurissa kunnissa. Terveystieteiden kuntayhtymien ja seutukuntien ratkaisut ovat myös omanlaisiaan. Olennaista on löytää käytännöt, joissa yhteistyö ja keskusteluyhteydet horisontaalisesti ja vertikaalisesti ovat toimivia. Poikkihallinnolliseen yhteistyöhön sisältyy luottamushenkilöorganisaatioiden välinen yhteistyö esimerkiksi lautakuntatasolla. Uudentyyppinen työote on iskostettava organisaation sisään. Jotkut pohtivat, voisiko prosessijohtamisen periaatteista löytyä uusia johtamisen malleja. Haastateltavien mukaan hyvinvointijohtamisen periaatteiden tulee kulkea läpi koko organisaation.

Hyvinvointijohtamisen kehittämisen haasteissa välitettiin viestiä myös kansalaisyhteiskunnan ja valtiovallan suuntaan. Kansalaisyhteiskunnan on otettava välittäjän rooli kansalaisten oman hyvinvointivastuun kasvattajana. Palvelujärjestelmän tehtävänä on tukea tätä työtä. Valtiovallalla on mahdollisuus omalla hyvinvointipolitiikallaan asettaa tavoitteita ja ohjata lainsäädännön avulla paikallista hyvinvointivastuun ottamista. Samanaikaisesti haastateltavien huolena oli, syödäänkö eri hallinnonalojen ohjauksella liikaa paikallista liikkumavaraa hyvinvointipolitiikassa.

# TERVEYDEN EDISTÄMISEN JOHTAMISEN TYÖVÄLINEITÄ

## 9 Hyvinvointikertomus

KERTTU PERTTILÄ & MINNA UUSITALO, Stakes

### Johdanto

Hyvinvointikertomus valmistellaan kunnassa tai alueellisesti kuntapäätäjille hyvinvointipolitiikan suunnittelun, seurannan ja arvioinnin työvälineeksi. Hyvinvointikertomusta ja sen valmistelua kuvataan tässä ns. hyvänä käytäntönä, mallina, josta on mahdollisuus tehdä sovelluksia tarpeen mukaan erilaisissa toimintaympäristöissä. (Perttilä ym. 2004.)

Hyvinvointikertomus on tiiviisti ja helposti ymmärrettävään muotoon kirjoitettu kuvaus ja arviointi johtopäätöksineen

- ❑ väestön terveydestä ja hyvinvoinnista
- ❑ terveyteen vaikuttavien tekijöiden muutoksista
- ❑ kunnan toteuttamasta hyvinvointipolitiikasta
- ❑ palvelujärjestelmän toimivuudesta ja kyvystä vastata hyvinvointitarpeisiin sekä
- ❑ ehkäisevän työn kustannusvaikuttavuudesta.

Kertomuksessa täsmennetään kuntalaisten hyvinvointitarpeita ja arvioidaan toteutuneen toiminnan ja käytettävissä olevien resurssien suhdetta tarpeisiin. Kertomus tiivistää tulkinnan kunnan ja kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin vahvuuksista ja hyvinvointia uhkaavista tekijöistä. Hyvinvointikertomus ei yleensä sisällä tulevaisuuden suunnitelmia eikä vaihtoehtoisten ratkaisumallien arviointia tai strategisia valintoja toiminnan kehittämiseksi. Kertomuksessa esitetään analyysin pohjalta johtopäätökset poliittisen päätöksenteon tueksi. (Perttilä ym. 2004; info.stakes.fi/hyvinvointikertomus.)

Hyvinvointikertomus on tarkoitus valmistella yhdessä eri hallintoalojen asiantuntijoiden kanssa erillisenä asiakirjana kerran valtuustokaudessa ja lyhyempänä päivityksenä osana vuotuista kuntasuunnittelua. Hyvinvointikertomus toimii tarkastuslautakuntien työvälineenä ja strategia-työn perustana kunnassa. (Perttilä ym. 2004.)

### Hyvinvointikertomus TEJO-hankkeessa

TEJO-hankkeen kuntaprojektit käynnistettiin kuntien hyvinvointikertomusten laadinnalla (ks. luku 4). Tarkoituksena oli käynnistää konkreettinen hallinnonalat ylittävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö sekä luoda kuva kunnan ja kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista eri hallinnonalojen näkökulmasta. Kertomuksen tuli samalla toimia kuntien hyvinvointistrategioiden taustamateriaalina sekä terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjen sisällöllisenä suunnan näyttäjänä.

Hyvinvointikertomusprosessi tarjosi kunnissa luontevan sektoreiden välisen yhteistyöforumin terveyden edistämistyölle. Kuntapäätäjät (lautakunnat ja valtuustot) tulivat prosessiin mukaan kertomuksen luonnosvaiheessa arvioimaan tehtävää työtä ja sen sisällön painotuksia.

Kertomusten johtopäätökset herättivät huomattavaa mielenkiintoa ja ne otettiin valmisteltavien ja päivitettävien kunta-/hyvinvointistrategioiden pohjaksi ja huomioitiin vuotuisissa toiminta- ja taloussuunnitelmissa. Hyvinvointikertomuksen tehtävänä on ohjata sisällöllisiä valintoja arvioitaessa terveyden edistämisen rakenteita ja mietittäessä terveyden edistämisen johtamisen malleja ja käytäntöjä kunnissa tai alueellisesti.

Hyvinvointikertomus on hyvinvointijohtamisen työväline, jonka muoto ja valmisteluprosessi voivat vaihdella kuntien johtamiskulttuurin ja toimintakäytäntöjen mukaan. Kokemukset valmisteluprosesseista ovat olleet hyvin myönteisiä ja erityisesti luottamushenkilöt ovat olleet ilahtuneita kertomuksen mahdollistamasta sisällöllisestä keskustelusta. Johtamisen työvälineenä hyvinvointikertomuksella koetaan olevan tarvetta. Jo päätös kertomuksen valmisteluprosessista viestittää, että väestön hyvinvointia ja terveyttä pidetään kuntapolitiikassa merkittävänä asiana ja kunnan ja kuntalaisten hyvinvointitarpeet halutaan tehdä näkyviksi päätöksenteossa.

Hyvinvointikertomusta ja sen valmisteluprosessia kuvataan seuraavassa ns. hyvän käytännön mallina. Kuvauksessa sovelletaan Stakesin FinSoc Hyvät käytännöt -kehikkoa ([www.sosiaaliportti.fi/hyakaytanto](http://www.sosiaaliportti.fi/hyakaytanto)). Esitelty malli kuvataan systemaattisesti ja tarkasti, jotta käytännöstä on mahdollista tehdä omia sovelluksia. Hyvinvointiosaamisen ja hyvinvointitietoisuuden karttuessa kuntakohtaiset kertomukset muovautuvat ja tietosisällöt syvenevät. Erityisesti jatkossa kertomuksiin kaivataan enemmän toimintaa kuvaavia toimipaikkakohtaisia mittareita ja toiminnan vaikuttavuuden arviointia. Esimerkkejä tällä hetkellä valmistuneista hyvinvointikertomuksista löytyy [info.stakes.fi/hyvinvointikertomus](http://info.stakes.fi/hyvinvointikertomus) -verkkosivuilta.

## Hyvinvointikertomus hyväksi käytännöksi

Hyvinvointikertomuksen Hyvä käytäntö -kuvaus on syntynyt Stakesin, TEJO-pilottikuntien ja ammattikorkeakoulujen yhteistyönä siten, että Stakes on kirjoittanut aiemman kehittämistyön pohjalta (Perttilä ym. 2004) ja TEJO-kuntien kehittämistyöstä saatujen kokemusten perusteella ensimmäisen kuvauksen. Sen jälkeen käytiin läpi TEJO-kuntien ja ammattikorkeakoulujen kuvaukset omista kehittämisprosesseistaan ja kuvausta muokattiin niiden pohjalta käytännön läheisyyttä korostaen. Lopullista hyvinvointikertomuksen Hyvät käytännöt -kuvausta on viimeistely vielä kuntien ja ammattikorkeakoulujen antamien kommenttien perusteella.

Hyvät käytännöt -kuvaus jakaantuu neljään osioon Julkusen (2005) viitekehystä noudattaen: toimijat ja toimijoiden ominaisuudet, rakenne, prosessi ja tulokset.

## Toimijat

Hyvinvointikertomuksen toimijat jaetaan kertomuksen käyttäjiin ja valmistelijoihin, jotka osittain ovat samoja henkilöitä, samoissa tai eri rooleissa.

Päätös hyvinvointikertomuksen valmistelusta tehdään kunnanvaltuustossa tai -hallituksessa. Kertomuksen valmistelu edellyttää kaikkien hallinnonalojen osallistumista. Valmistelu edellyttää paitsi eri hallinnonalojen toiminnan tuntemusta myös tietojen tilastollisen käsittelyn hallintaa sekä verkostotyön ja raportin kirjoittamisen taitoja. Toimijat hyvinvointikertomustyöhön valitaan näin erityyppisistä osaajista.

Hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessin aikana kuullaan työryhmien ulkopuolisia asiantuntijoita esimerkiksi siinä vaiheessa, kun ensimmäinen luonnos kertomukseksi on valmistunut ja kun kertomus on käsikirjoitusvaiheessa. Sidosryhmiä, joilta voidaan pyytää palautetta luonnoksesta, ovat muun muassa

- kunnan eri hallinnonalojen työntekijät
- sairaanhoitopiiri ja terveydenhuollon kuntayhtymät

- ❑ seutuneuvostot ja maakuntaliitot
- ❑ alueelliset tutkimus- ja kehittämiskeskukset
- ❑ oppilaitokset
- ❑ järjestöt
- ❑ yritykset ja
- ❑ kuntalaiset.

#### *Toimijoiden ominaisuudet*

Hyvinvointikertomuksen valmistelijat ovat kunnan ja alueen osajia. Kertomuksen sisällöllinen asiantuntemus kasvaa eri toimialojen asiantuntijuudesta. Onnistuneen hyvinvointikertomuksen laadintaan tarvitaan sisältöjen hallinnan lisäksi tilastojen ja taloustietojen luku- ja analysointitaitoa sekä kustannus-vaikuttavuustietoutta. Tietoja on osattava tulkita eri hallinnonalojen näkökulmasta (esimerkiksi, mistä masentuneisuutta ilmoittavien nuorten korkea lukumäärä voi kertoa kunnassa, mitä se kertoo kouluoloista, perhetilanteesta, yhteisöllisyydestä ja palvelujärjestelmän tuesta).

Hyvinvointikertomuksen laadinnassa tarvitaan myös strategisen ajattelun taitoa nähdä ja suunnitella pitkälle tulevaisuuteen (tulevaisuusorientaatio). Myös priorisointikyky ja rohkeus ovat tärkeitä ominaisuuksia. Vakuuttavuus ja innostavuus kantavat eteenpäin prosessia käynnistettäessä, koottaessa tietoja eri tahoilta ja asiantuntijoilta sekä markkinoitaessa valmista kertomusta luottamushenkilöille. Yhteistyö- ja ryhmätyötaidot ovat onnistuneen prosessin edellytys.

## Hyvinvointikertomuksen laadintaan liittyvät rakenteet

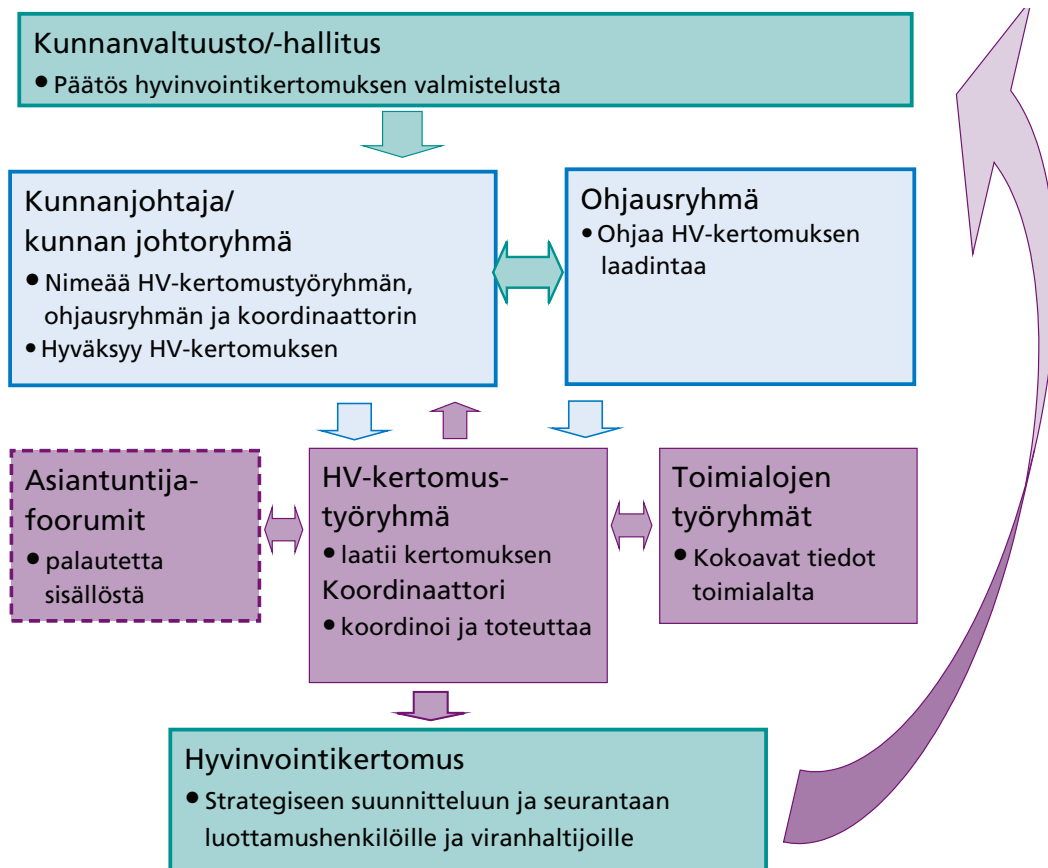
Hyvinvointikertomus valmistellaan kunnanvaltuuston ja/tai kunnanhallituksen päätöksellä. Kunnan johtoryhmä toimeenpanee päätöksen, johon kunnan eri toimialat sitoutuvat. Toimeenpano sisältää yhteisen orientaation hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kunnassa.

Hyvinvointikertomuksen valmistelua varten tarvitaan eri hallinnonalojen asiantuntijoista koostuva poikkihallinnollinen (*hyvinvointikertomus*)*työryhmä*, jolla on puheenjohtaja ja sihteeri sekä työryhmän työtä ohjaava *ohjausryhmä*. Ohjausryhmänä voi toimia kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä. Poikkihallinnollisen hyvinvointikertomustyöryhmän lisäksi tarvitaan kunkin hallinnonalan sisäiset *asiantuntijatyöryhmät*.

Hyvinvointikertomuksen valmisteluun tarvitaan työaikaa ja taloudellisia resursseja tiedon kokoamiseen, kirjoittamiseen, analysointiin ja kokousten järjestämiseen. Hallinnonalojen sisäiset työryhmät tarvitsevat kokousaikaa muutamaan kokoukseen vuodessa. Hyvinvointikertomustyöryhmän kokoontumiskerrat riippuvat siitä, kuinka perusteellisesti ensimmäinen versio tehdään ja kuinka paljon kuullaan eri alojen asiantuntijoita. Keskimäärin valmistelevia kokouksia järjestetään 5–8 kertaa. Tiedonkeruu, analysointi ja raportin kirjoittaminen sekä palautteen kerääminen raportista vievät noin 6–8 kuukauden työpanoksen ensimmäisellä kerralla, myöhemmin valmistelu tapahtuu selvästi nopeammin. Mikäli erillisiä tiedonkeruita tehdään (väestökyselyt, asiakaskyselyt, työntekijäbarometrit, asiakirjojen analyysit), niihin tarvitaan myös resursseja. Hyvinvointikertomustyö tukee hyvinvointitietojärjestelmien kehittämistä, mihin on myös varattava voimavaroja (atk-laitteet, verkkoyhteydet, tietojärjestelmät).

Hyvinvointikertomuksen valmistelu on osa kunnan strategiatyötä sekä talousarvio- ja kuntasuunnitteluprosessia. Kertomuksen laadinta ajoitetaan siten, että se palvelee vuosittaista suunnittelusykliä. Valtuustokausittain laadittava laajempi kertomus valmistellaan kunkin valtuustokauden lopussa uudelle valtuustolle.

Hyvinvointikertomuksen laadintaprosessiin sisällytetään *keskustelufoorumeja*, joissa on mahdollisuus kuulla viranhaltijoita, luottamushenkilöitä, muita yhteistyökumppaneita ja kun-



KUVIO 9. Hyvinvointikertomuksen laadintaprosessi ja toimijat  
HV = hyvinvointi.

talaisia. Eri toimijoiden osallistuminen parantaa kertomuksen vaikuttavuutta ja vahvistaa sen hyödyntämistä jatkossa. (Kuvio 9.)

## Hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessi

### *Toimeksianto ja toimielinten nimeäminen*

Kunnan johtoryhmä päättää hyvinvointikertomuksen valmistelusta ja kunnanjohtaja vie asian hyväksyttäväksi kunnanhallitukseen ja -valtuustoon. Kun valtuusto on päättänyt hyvinvointikertomuksen valmistelusta, kunnanjohtaja/johtoryhmä nimeää hyvinvointikertomusta valmistelevalle työryhmän ja työryhmän puheenjohtajana toimivan kertomuksesta vastuussa olevan henkilön. Kertomuksen valmistelua varten nimetään ohjausryhmä ja mahdollisesti myös johtoryhmä. Jos nämä ovat erikseen, johtoryhmänä voi toimia kunnan johtoryhmä, laajennettu kunnan johtoryhmä tai tehtävään erikseen nimetty johtoryhmä. Ohjausryhmään voi kuulua kunnanjohtaja/apulaisjohtaja, eri toimialojen johtajia, luottamushenkilöiden edustaja, paikallisen ammattikorkeakoulun tai yliopiston edustaja ja jokin muu yhteistyökumppani (esimerkiksi alueellisten kehittämiskeskusten edustajia).

Jokainen toimiala valmistelee kertomusta aluksi oman hallinnonalansa näkökulmasta. Tähän työhön nimetään toimialan sisäinen asiantuntijatyöryhmä. Käytännön valmistelutyötä, tiedonkeruuta ja asiakirjan kokoamista varten tarvitaan hankkeelle sihteeri tai koordinaattori.

### Hyvinvointikertomuksen valmistelu

Hyvinvointikertomuksen laadinta tehdään hallinnon eri tasoilla ja asiantuntijoiden eri kokoonpanoissa.

- *Toimialakohtaiset työryhmät* valmistelevat sektorikohtaisesti esitykset hyvinvointitavoitteista ja niiden toteuttamista (prosessit) ja toteutumista (tulokset) kuvaavista hyvinvointi-indikaattoreista. Toimialakohtaisiin työryhmiin voi kuulua puheenjohtajana toimialajohtaja tai hänen nimeämänsä henkilö, sihteeri (hallinnonalan asiantuntija tai hyvinvointikertomushankkeen koordinaattori) ja sektorin muita asiantuntijoita. Työryhmiin voidaan kutsua myös lautakuntien puheenjohtajia.
- *Hyvinvointikertomustyöryhmän* muodostavat hankkeen vastuuhenkilö, koordinaattori, eri hallinnonalojen edustajat (toimialakohtaisten työryhmien puheenjohtajat/toimialajohtajat) sekä tilasto- ja talousasiantuntijat. Työryhmään voidaan kutsua asiantuntijoita myös kuntaorganisaation ulkopuolelta (esimerkiksi ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen edustajat, alueellisten tutkimus- ja kehittämislaitosten edustajat).

Hyvinvointikertomustyöryhmä valmistelee kertomuksen työsuunnitelman, jonka ohjausryhmä/ johtoryhmä hyväksyy. Koordinaattori toimii prosessin käytännön toteuttajana. Hän koordinoi ohjausryhmän ja hyvinvointityöryhmän toimintaa ja osallistuu mahdollisuuksien mukaan toimialojen työryhmien toimintaan. Koordinaattorin tehtävänä on kerätä tietoa, analysoida sitä työryhmien näkemysten mukaan, kirjoittaa kertomusta ja huolehtia prosessin etenemisestä.

Hyvinvointikertomustyöryhmä kokoaa eri hallinnonalojen ehdotukset kertomukseen sisällytettävistä tiedoista ja niitä kuvaavista tunnusluvuista. Mikäli erillistutkimuksia tarvitaan, niistä tehdään päätökset johtoryhmässä. Tietojen keruuvaiheessa järjestetään asiantuntijafoorumeja, joissa kuullaan muita sidosryhmiä ja asiantuntijoita. Ohjausryhmä ja/ tai johtoryhmä päättää kertomuksen rakenteesta ja siihen sisällytettävistä tiedoista ja tunnusluvuista työryhmän esityksen perusteella. Hyvinvointikertomusluonnos esitellään ainakin kerran kunnan johtoryhmälle, joka päättää, missä vaiheessa kertomuksesta pidetään tiedotustilaisuus kuntalaisille ja tiedotusvälineille. Ohjausryhmän, johtoryhmän, kuntalaisten ja eri hallinnonalojen edustajien kuulemisen jälkeen työryhmä tekee kertomusluonnokseen esitetyt muutokset ja kirjoittaa johtopäätökset. Tämän jälkeen kertomus esitellään kunkin hallinnonalan johdolle täsmennyksiä ja toimintamahdollisuuksien tarkistamista varten.

Ohjausryhmän/ johtoryhmän hyväksymä hyvinvointikertomusluonnos esitellään lautakunnissa, luottamushenkilöhallinnon seminaareissa ja ryhmäkokouksissa. Kertomus viedään kunnanhallituksen ja -valtuuston käsittelyyn, missä se hyväksytään kunnan viralliseksi asiakirjaksi. Tämän jälkeen kertomus siirtyy kunnan johtoryhmän kautta toimialoille ja lautakuntiin viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden käyttöön. Hyvinvointikertomus tallennetaan nähtäväksi kunnan verkkosivuille ja kertomuksesta tiedotetaan kuntalaisille paikallislehdissä ja muissa tiedotusvälineissä.

Hyvinvointikertomus ja sen johtopäätökset esitellään strategiaa valmistelevassa valtuustoseminaarissa. Kertomus toimii tausta-aineistona ja toimintaympäristöä kuvaavana tietolähteenä strategiatyössä. Kerran valtuustokaudessa laadittava hyvinvointikertomus kertoo neljän vuoden välein, miten kuntalaisten hyvinvointi ja terveys ovat kehittyneet ja miten tehokasta ja vaikuttavaa kunnan toteuttama hyvinvointipolitiikka on ollut. Vuosittain koottu lyhyempi tietokatsaus väestön hyvinvoinnista ja terveydestä toimii toiminta- ja taloussuunnittelun välineenä.

Kertomusprosessia arvioidaan koko prosessin ajan ohjausryhmässä ja työryhmissä sekä kunnan johtoryhmässä, kunnanvaltuustossa ja kunnanhallituksessa. Arviointi ja seuranta kohdistuvat kertomustyön monialaiseen prosessiin sekä kertomuksen johtopäätösten hyödyntämiseen kunnan toiminnan suunnittelussa, strategiatyössä ja päätöksenteossa.

## Tulokset

Hyvinvointikertomustyön tavoitteena on vahvistaa luottamushenkilöiden ja eri toimialojen asiantuntijoiden hyvinvointiosaamista ja luoda kuva kunnan ja kuntalaisten hyvinvointitilanteesta. Työn tuloksena syntyy asiakirja, jossa kuvataan tiiviissä muodossa yhteisesti sovittujen hyvinvointi-indikaattoreiden avulla kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia sekä terveyteen vaikuttavien tekijöiden muutoksia tietyinä ajanjaksona, mahdollisuuksien mukaan väestöryhmien välisiä terveyseroja kuvaten. Kertomuksessa kuvataan, miten kuntaorganisaatio on vastannut kuntalaisten terveystarpeisiin, miten palvelujen tarjontaa on kohdennettu, miten palvelut ovat toimineet ja onko niitä ollut tarpeen mukaan saatavissa. Kertomuksessa tulisi myös arvioida kunnan nykyisen toimintapolitiikan vaikuttavuutta ja strategioiden toteutumista. Vertaileva kustannustieto ehkäisevän työn ja korjaavan hoidon välillä on valaisevaa toiminnan vaikuttavuutta ja suuntauksia arvioitaessa.

Kunnan hyvinvointikertomus on johtamisen ja strategiatyön työkalu. Kertomus ja sen valmistelu lisäävät tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista ja palvelujärjestelmän kyvystä vastata terveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Kertomustyö tarjoaa mahdollisuuden benchmarking -työskentelyyn muiden kuntien kanssa. Hyvinvointikertomusprosessi luo kunnassa uudenlaista yhteistyökulttuuria ja vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitystä kuntopolitiikassa.

Hyvinvointikertomus on laaja asiakirja työstettäväksi kunnassa monialaisena yhteistyönä. Kertomusprosessin aikana tämä on hyvä tiedostaa ja kiinnittää huomiota turhautumisuhkaan. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ovat monisisältöisiä käsitteitä. Niiden määrittelyyn kannattaa paneutua yhteisymmärryksen aikaansaamiseksi. Käsitelmäärittelyihin ei kannata kuitenkaan juuttua liian pitkäksi aikaa. Valmisteluprosessissa on hyvä tunnistaa ja tunnustaa, että ensimmäinen versio kertomuksesta vasta avaa hyvinvointikeskustelua. Seuraavassa vaiheessa kyetään analyttisemmin arvioimaan kertomuksen todellista sisältöä oman kunnan kannalta.

Yhtenä uhkana kertomuksen laadinnassa on valmisteluprosessin ja valmiin kertomuksen irrallisuus kunnan käytännön suunnittelujärjestelmästä ja käytännön työstä. Hyvinvointikertomuksen tietojen analysointi ja tulkinta on keskeinen asia kertomuksen hyödynnettävyyden kannalta. Jos koottujen tietojen tulkinnasta luovutaan, jää kertomus pelkäksi paperiksi, jolla ei ole vaikutusta kuntastrategiaan, luottamushenkilöiden päätöksiin tai kuntasuunnitteluun.

### *Kertomus käytännöksi*

Hyvinvointikertomuksen ensimmäinen versio tulisi tehdä kunnassa huolellisesti ja suunnitellusti. Samalla kuntaan luodaan pysyvät rakenteet kertomuksen laadintaa varten. Kertomus tehdään kunnan luottamushenkilöille, jotta heillä olisi todellisuuteen perustuvaa tietoa kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista strategiatyötä ja päätöksentekoa varten. Kertomus lanseerataan luottamushenkilöiden toimintaan niin, että he osaavat vaatia kertomuksen laatimista. Asiakirja on heidän työtään helpottava työkalu. Hyvinvointikertomus juurrutetaan kiinteäksi osaksi kunnan vuosittaista suunnittelusykliä niin, että sen laadinnasta muodostuu automaattinen osa toimialojen toimintaa.

Kertomus sisällytetään kunnan strategiatyöhön. Strategiapäivitysten yhteydessä, kerran valtuustokaudessa laadittu hyvinvointikertomus, kertoo kunnan hyvinvointivahvuuksista ja ongelmista. Seuraavan toimintakauden tavoitteet täsmentyvät kertomuksen esille nostamien asioiden kautta.

Tietoa ja esimerkkejä hyvinvointikertomuksesta löytyy [info.stakes.fi/hyvinvointikertomus-verkkosivuilta](http://info.stakes.fi/hyvinvointikertomus-verkkosivuilta).



## 10 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmä (IVA)

KIRSI NELIMARKKA & TAPANI KAUPPINEN, Stakes

### Johdanto

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on ennakoarvioinnin menetelmä, jossa päätösten sosiaalisia ja terveysvaikutuksia tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. Ennakoarvioinnin menetelmä ohjaa päätöksentekoa korjaavasta työstä ehkäisevään ja terveyttä edistävään työhön. IVA auttaa myös näkemään, mitkä vaihtoehdoista toteuttavat parhaiten asetettuja tavoitteita. Ennakoarviointi parantaa päätöksenteon laatua

- auttamalla parhaan vaihtoehdon valinnassa
- tuomalla päätöksen perustelut näkyvämmäksi
- edistämällä hyvinvointi- ja terveysnäkökohtien huomioimista
- tukemalla osallistumista ja sitoutumista
- tarjoamalla keskustelumahdollisuuden arvoista ja tavoitteista.

Vaikutusten ennakoarviointi on lakisäätöistä kaavoituksessa (Maankäyttö- ja rakennuslaki 1999/132), tiettyjen suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa (SOVA-laki 2005/200) sekä tiettyjen hankkeiden suunnittelussa (YVA-laki 1994/468). Vaikutuksia arvioidaan ennalta myös kuntien muun suunnittelun ja päätöksenteon yhteydessä ([www.stakes.fi/iva](http://www.stakes.fi/iva)).

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin keskeisiä periaatteita ovat

- ennakointi, suunnitteilla olevan tarkastelu
- tiedon tuottaminen päätöksenteon tueksi
- monialaisuus ja yhteistyö
- osallistuminen ja vuorovaikutus.

Tavanomaisen IVA:n vaiheet ovat

- arvioinnin tarpeellisuuden arviointi ja arvioinnin suunnittelu
- tiedon hankinta
  - vaihtoehtojen kuvaaminen
  - vaikutusten tunnistaminen
  - vaihtoehtojen vertailu
  - raportointi
  - seuranta.

Kuntien päätöksenteossa IVA-menetelmästä käytetään *ns. nopean arvioinnin mallia*, jossa mukana on yleensä vain muutama ennakoarvioinnin vaiheista: vaihtoehtojen kuvaaminen, vaikutusten tunnistaminen ja vaihtoehtojen vertailu.

IVA-menetelmää kuntien päätöksenteon työkaluna kuvataan seuraavassa ns. Hyvän käytännön mallina. Kuvauksessa sovelletaan Stakesin FinSocin Hyvät käytännöt -kehikkoa ([www.sosiaaliporssi.fi/hyvakaytanto](http://www.sosiaaliporssi.fi/hyvakaytanto)), jossa malli pyritään kuvaamaan niin systemaattisesti, että sen perusteella on mahdollista soveltaa käytäntöä eri konteksteissa. Menetelmäosaamisen vahvistuessa sovellukset täsmentyvät ja arviointikäytännöt rutinoituvat, jolloin arvioinnin hyödyllisyyttä ja vaikuttavuutta päästään punnitsemaan käytännössä tarkemmin. Esimerkkejä IVA-menetelmän käytännön sovelluksista löytyy osoitteesta: [www.stakes.fi/iva](http://www.stakes.fi/iva).

## IVA-prosessi hyväksi käytännöksi

IVA-prosessi kuvataan seuraavassa Stakesin FinSocin Hyvät käytännöt -kehikkoa soveltaen. IVA-prosessin Hyvä käytäntö -kuvaus on syntynyt Stakesin, TEJO-pilottikuntien ja ammattikorkeakoulujen yhteistyönä. Kuvaus jakaantuu neljään osioon: toimijat ja toimijoiden ominaisuudet, rakenne, prosessi ja tulokset ([www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto](http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto)).

### Toimijat

Jos kunta päättää ottaa IVA-prosessin jatkuvaan käyttöön lautakuntatyöskentelyssä, päätös asiasta tehdään kunnanhallituksessa kunnanjohtajan esittelystä. Tämän jälkeen toimijoita ovat kunkin lautakunnan päätösesityksiä valmistelevat viranhaltijat ja esittelijät sekä lautakuntien jäsenet. Päätöksiä valmisteltaessa asianomainen valmistelija ja esittelijä (usein sama henkilö) päättää omaan harkintansa mukaan, ketä hän käyttää asiantuntijoina päätösvaihtoehtojen vaikutusten arvioinnissa vai perustaako arvioinnin vain omaan asiantuntemukseensa ja käytettävissä olevaan kirjallisuuteen.

Lautakuntien jäsenet arvioivat päätösesityksessä esitettyjä vaihtoehtoisia ratkaisuja ja niiden ennakoituja terveysvaikutuksia päätöksensä pohjaksi. Mikäli käsiteltävä asia vaatii tarkempia selvityksiä ja syvällisempää vaihtoehtojen vaikutusten arviointia, lautakunta päättää arvioinnin laajentamisesta ja tekee mahdollisesti ehdotuksen niistä henkilöistä tai asiantuntijaorganisaatioista, joita halutaan kuulla (kuntalaiset, eri hallinnonalojen viranhaltijat, järjestöt, elinkeinoelämän edustajat, paikalliset valtionhallinnon edustajat, oppilaitokset, seurakunta jne.).

#### *Toimijoiden ominaisuudet*

Tehdessään päätöksen IVA-prosessin käyttöönottamisesta lautakuntatyöskentelyssä kunnanhallitus osoittaa halukkuutta kehittää päätöksentekojärjestelmää, sen laatua ja läpinäkyvyyttä. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin käyttöönottaminen osoittaa myös väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painokkuutta kuntapolitiikassa.

Lautakuntiin asioita valmistelevien viranhaltijoiden ja esittelijävastuussa olevien tulee hallita nopea IVA-prosessi ja sen soveltaminen kunnallisessa päätöksenteossa. Heillä tulee olla myös näkemys käsiteltävien asioiden mahdollisista terveysvaikutuksista sekä tietoa siitä, keiden asiantuntijoiden kanssa asiaa voi tarkemmin selvittää. Terveysvaikutusten arviointiin liittyy usein vaihtoehtojen taloudellisten vaikutusten vertailua. Tästä syystä arvioinnin tekijöillä tulisi olla myös mahdollisuus käyttää talousvaikutusten arvioinnin osaamista.

Esittelijä esittelee päätösesityksen ja IVA:n mukaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset lautakunnalle. Esittelijän on oltava mahdollisimman tasapuolinen perusteluissaan. Lautakuntien päätökset ovat aina enemmän tai vähemmän poliittisia ratkaisuja. Lautakuntien jäsenten tulee tuntea IVA-prosessin idea, miten arvottaa eri mitallisia tuloksia. IVA tekee päätöksenteosta läpinäkyvämpää. Tämä vaatii päättäjiltä ehkä entistä enemmän strategista ajattelua ja ymmärrystä terveyteen vaikuttamisen mahdollisuuksista.

Kaikilta niiltä, joihin päätöksillä on vaikutuksia (kuntalaiset, eri hallinnonalat tai ammattiryhmät) edellytetään valvutuneisuutta tuoda esiin päätösten terveysvaikutuksia ja ristikkäisvaikutuksia. Läpinäkyvämpi päätöksenteko antaa myös tiedotusvälineille paremmat mahdollisuudet pitää yllä julkista keskustelua kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavista asioista, puolesta ja vastaan. Tämä parantaa päätöksenteon avoimuutta ja laatua. IVA:n käyttöön ottaminen voi muuttaa myös tarkastuslautakunnan toimintaa. Se voi arvioida aiempaa enemmän sitä, toteutuvatko lautakuntapäätökset kuntalaisten terveyden edistämistavoitteita.

## IVA-prosessiin liittyvät rakenteelliset tekijät

IVA-prosessin käyttöönottamiseen ei liity kovin suuria rakenteellisia tekijöitä. Lähtökohtana on kunnanhallituksen päätös IVA:n käyttöön ottamisesta lautakuntatyöskentelyssä. Päätös antaa IVA:n toteutukselle poliittista tukea. Kunnan sitoutuminen menetelmän käyttöön syntyy vähitellen, jos menetelmä osoittautuu hyödylliseksi.

IVA:n käyttöön ottamiseksi kunnassa tarvitaan kunnanhallituksen päätöksen lisäksi

- koulutusta valmistelijoille ja esittelijöille IVA:sta menetelmänä ja sen soveltamisesta lautakuntatyöskentelyyn
- yhteiset ohjeet menettelytavoista; millaisiin päätöksiin IVA:a sovelletaan, miten IVA toteutetaan ja miten se kirjataan päätösesitykseen (ks. IVA-prosessi)
- sopimus tai päätökset siitä, miten ja mitä resursseja IVA:n tekemiseen voidaan käyttää
- yhteiset ohjeet uuden käytännön arvioinnista ja mahdollisuudesta vertaisoppimiseen valmistelijoiden ja esittelijöiden kesken.

Esimerkkejä asioista, joihin IVA:a voidaan soveltaa:

- Valtuuston jäsenten tekemät aloitteet.
- Talousarvio- ja budjettiasiakirjaan sisältyvät asiat.
- Esitykset, joista lautakunta/virasto oma-aloitteisesti tekee selvityksen tai suunnitelman.
- Päätökset, joilla on vaikutuksia kunnan hyvinvointistrategisiin tavoitteisiin.

Kunnan strategiset tavoitteet ovat kriteerejä, joita vasten vaihtoehtojen paremmuutta voidaan arvioida. Toimiva hyvinvointitietojärjestelmä tukee tiedon keruuta arviointia varten ja tarvittavien vaikutusten arviointia.

## IVA-prosessi

Kunnan laatimissa ohjeissa määritellään, millaisissa asioissa IVA:a sovelletaan lautakuntapäätöksiin. Ohjeistus ei voi olla kaiken kattava, päätösesitysten valmistelija joutuu usein harkitsemaan itse, onko IVA:n käyttö tarpeellista vai ei. Harkinnan perusteena on se, aiheutuuko päätöksestä todennäköisesti merkittäviä vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Jos valmisteltava asia ei kuulu kunnan ohjeistuksen mukaan aina arvioitaviin päätöksiin tai valmistelija muuten harkitsee, ettei päätöksestä aiheudu merkittäviä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin, hän voi kirjata asian esittelytekstiin esimerkiksi: ”päätöksellä ei ole merkittäviä vaikutuksia ihmisiin.”

Valmistelija joutuu pohtimaan, millaista tietoa ja kenen asiantuntemusta hän tarvitsee. Riittääkö oma asiantuntemus vai tarvitaanko myös muiden osaamista? Prosessin aikana valmistelija konsultoi asiantuntijoita ja asianosaisia parhaaksi katsomallaan tavalla, esimerkiksi puhelimitse, sähköpostilla tai tapaamisissa. Nopeassa IVA-prosessissa on kolme vaihetta.

### 1. Vaihtoehtojen kuvaaminen

Valmistelija kerää IVA:ssa tarvittavat perustiedot valmisteltavasta asiasta, sen kohteena olevista ihmisistä ja kunnan (strategisista) tavoitteista. Oman asiantuntemuksen lisäksi lähteenä toimivat asiakirjat, kontaktit asiantuntijoihin ja asianosaisiin sekä esimerkiksi tiedotusvälineissä käyty keskustelu.

Valmistelija muodostaa hankkimansa tiedon pohjalta vaihtoehtoja. Mukana on vähintäänkin kaksi vaihtoehtoa; päätöstä ei tehdä (eli nykyinen kehitys jatkuu) ja päätösesitys.

## 2. Vaihtoehtojen vaikutusten tunnistaminen

Vaihtoehtojen vaikutukset tunnistetaan esimerkiksi kunnan tavoitteiden, terveyden taustatekijöiden tai eri väestöryhmien näkökulmasta. Tunnistaminen tapahtuu valmistelijan ja muiden asiantuntijoiden yhteistyönä. Valmisteltava asia voidaan myös viedä keskusteltavaksi lautakuntaan listan ulkopuolella (pre-lista), josta se palautuu keskustelujen jälkeen takaisin valmisteluun.

## 3. Vaihtoehtojen vertailu

Valmistelija arvioi vaihtoehtojen vaikutukset ja vertailee vaihtoehtoja. Vertailun pohjalta valmistelija esittää päätettäväksi yhtä vaihtoehtoista. Hän kirjaa sen myönteiset ja kielteiset vaikutukset esitykseen. Myös muut vaihtoehdot ja niiden vaikutukset tuodaan esille. Arviointi voidaan tehdä yhdessä sisältöasiantuntijan kanssa.

Päätöstä tehtäessä suunnitellaan, kuinka sen kielteisiä vaikutuksia ehkäistään tai lievennetään. Päätöksen jälkeen on vuorossa sen toimeenpano ja seuranta. Hallinnonalan tehtävänä on seurata, toteutuvatko ennakoitujen vaikutukset. Tarkastuslautakunta seuraa, ovatko lautakunnan päätökset kunnan (terveyden edistämisen) tavoitteiden mukaisia.

## IVA-prosessin hyödyt ja haitat

IVA:n käytöllä oletetaan olevan seuraavanlaisia hyötyjä:

- Päätöksenteon läpinäkyvyys kasvaa ja terveyden edistämisen näkökulma vahvistuu päätöksenteossa.
- Päätökset ovat entistä paremmin perusteltuja ja ne tukevat kunnan strategisia tavoitteita.
- Päättäjät saavat entistä monipuolisempaa tietoa käyttöönsä, minkä seurauksena heidän asiantuntemuksensa ja vaikutusmahdollisuutensa lisääntyvät.
- Päättäjät voivat arvioida paremmin, kuinka heidän tekemänsä päätökset vaikuttavat kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin.
- Uudelleen valmisteltavien asioiden määrä todennäköisesti vähenee.
- Monialainen yhteistyö vahvistuu ja ennakoarvioinnin näkökulma laajenee kuntien toiminnassa.
- Valmistelijoiden, esittelijöiden, päättäjien ja muiden prosessiin osallistuneiden menetelmäosaaminen (IVA) kasvaa.

IVA:n käytöllä saattaa olla myös seuraavanlaisia haittoja:

- Valmistelija voi kokea IVA:n käytön kaventavan valtaansa. Valmistelijan on tarkasteltava muitakin kuin vain yhtä vaihtoehtoa ja nostettava esille eri vaihtoehdot tasavertaisina.
- Päätösesityksen kielteisten vaikutusten esille tuominen voi olla valmistelijan näkökulmasta hankalaa, koska päätöksistä keskustellaan lautakunnassa enemmän.
- IVA:n käyttö voi vaatia asian valmisteluun enemmän aikaa ja henkilöresursseja.
- Valmistelun avoimuus voi lisätä asian saamaa julkisuutta, joskus kielteiselläkin tavalla.
- Esittelijän kannalta uhkana on, että päättäjät voivat kyseenalaistaa esittelijän asiantuntemuksen ja päätösesityksen järkevyyden, kun vaihtoehtoja on useita.
- Luottamushenkilöiltä voidaan vaatia enemmän asiaan perehtymistä ja osaamista oikean päätöksen tekemiseksi.

IVA-menetelmä otetaan käyttöön pysyvänä ratkaisuna lautakuntatyöskentelyssä vuonna 2006 muutamissa kunnissa. Käytännön arviointi menetelmän toimivuudesta ja vaikuttavuudesta on käynnistynyt syksyllä 2006. Tarkempaa tietoa löytyy [www.stakes.fi/iva](http://www.stakes.fi/iva) -verkkosivuilta.

# HANKKEEN KOKEMUKSET JA TULOKSET

## 11 Yhteenveto

KERTTU PERTTILÄ & MINNA UUSITALO, Stakes  
Pilottikuntien & ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöt

Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -hankkeen taustalla oli tietoisuus siitä, että terveyden edistämisen rakenteet olivat rapautuneet viime vuosien sairaanhoitopainotteista terveyspolitiikkaa toteutettaessa. Sairaanhoidon ja korjaavien palvelujen kustannuskehitys pakotti kunnat miettimään, voidaanko hoitopalvelujen tarvetta vähentää panostamalla kunnan ja kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen systemaattisemmin.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on nostettu 2000-luvun kuntapolitiikassa aiempaa näkyvämmäksi. Monet kunnat ja kuntayhtymät ovat valmistelleet hyvinvointistrategioita tai hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet on kirjattu kuntastrategioihin ja aiempaa selkeämmin myös vuotuisiin toiminnan ja talouden suunnitelmiin (Kinnunen & Kurkinen 2003; Uusitalo ym. 2005). Hyvinvointi-indikaattoryöhön on panostettu myös valtakunnallisesti ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)).

Terveyden edistämisen vastuu ja johtamiskäytännöt olivat hankkeen käynnistyessä hyvin epäselviä (Uusitalo ym. 2003). Miten monialainen terveyden edistämistyö pitäisi organisoida kunnassa? Miten hallinnonalat ylittävä tehtävien yhteensovittaminen ja terveydenhuollon asiantuntijuus pitäisi toteuttaa ja miten sitä pitäisi johtaa? Kysymykset olivat toistuvia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämistä koskeissa keskusteluissa. Strategioiden toimeenpanosta selvittiin kunnissa nimeämällä tavoitteet kärkihankkeiksi ja hallinnoimalla niitä projektiluonteisesti. Suurten hankkeiden projektipäälliköt saatettiin nimetä kuntaorganisaation ulkopuolelta, mikä johti helposti asioiden ulkoistamiseen ja eriyttämiseen palvelurakenteesta ja palvelujärjestelmän toiminnasta.

Pitkällä aikavälillä kunnan perustehtävät eivät voi olla projekteja. Jos hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet nähdään kunnan merkittävänä perustehtävänä, vastuu niiden kehittämisestä, toteutuksesta ja seurannasta on oltava johtamisjärjestelmässä näkyvää toimintaa. TEJO-hanke lähti selvittämään tätä tehtävää kuntien ja seutukuntien kanssa.

### TEJO-kehittämishankkeena

TEJO-hanke käynnistyi Stakesin johdolla sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta yhteistyössä ammattikorkeakoulujen, lääninhallitusten ja kuntien kanssa, aluksi esitutkimuksella (Uusitalo ym. 2003) ja sen jälkeen TEJO-kehittämisprojektina ([info.stakes.fi/tejo](http://info.stakes.fi/tejo)).

TEJO-kehittämisprojektiin osallistui vuonna 2004–2005 kuusi kuntaa ja yksi seutukunta sekä näiden kuntien alueilla toimivat ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten edustajat. Kunnat sitoutuivat hankkeeseen toimintasuunnitelman mukaisesti kunnanvaltuuston tai kunnanhallituksen päätöksellä, kahdessa kunnassa sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksellä.

Hankkeen käynnistyessä vuonna 2004 osallistuvilta kunnilta kysyttiin, mitä hankkeen aikana tulisi saada aikaan. Kuntien vastauksista tiivistyi seuraavanlaisia odotuksia:

- Hyvinvointivastuu ja johtaminen ovat selkiytyneet kunnassa.
- Terveyden edistämisen hallinnolliset rakenteet on saatu toimivimmiksi.
- Väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuranta on parantunut.
- Terveyden edistämisen merkitys on kasvanut kunnassa.
- Horisontaalinen ja vertikaalinen tiedonkulku on parantunut.
- Yhteistyö on parantunut kunnan sisällä ja alueellisesti.
- Luottamushenkilöiden osaaminen hyvinvointiasioissa on vahvistunut.
- Hyvinvoinnin poikkihallinnollinen johtaminen, mittarit ja työkalut ovat tulleet tutuiksi.
- Vertaisoppiminen kuntien välillä on vahvistunut (vertaiskonsultointi, -arviointi).
- Valtakunnallinen yhteistyö eri toimijoiden välillä on selkiytynyt.

Odotukset olivat melko vaativia ja osallistujilla oli yhteisymmärrys siitä, että kaikkia näitä tavoitteita ei voida saavuttaa vajaan kahden vuoden aikana, vaan työ jatkuu senkin jälkeen.

TEJO-hankkeen yleisenä tavoitteena oli auttaa erikokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja tämän alueen selventämiseksi kunnallishallinnossa. Lähtökohtana oli kuntien kiinnostus löytää kuntaorganisaatiossa toimivat terveyden edistämisen rakenteet ja halu vahvistaa niitä. Stakesin, ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten tehtävänä oli tukea tätä työtä sekä välittää saatuja kokemuksia laajemmin muiden kuntien ja seutukuntien käyttöön. Työnjako Stakesin, ammattikorkeakoulujen, lääninhallitusten ja kuntien kesken kirjattiin hankkeen toimintasuunnitelmaan, jonka kaikki osapuolet hyväksyivät.

## Stakes, ammattikorkeakoulut ja kunnat kehittämiskumppaneina

Toimintasuunnitelman mukaan Stakes johtaa TEJO-hanketta. Ammattikorkeakoulujen tavoitteena on ammattikorkeakoululain mukaan työelämän ja alueen osaamistarpeita vastaavan koulutuksen sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan käynnistäminen ja toteuttaminen sekä innovaatioiden tuottaminen yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa (Ammattikorkeakoululaki 2003/351). Ammattikorkeakoulut ovat kuntien korkeakouluja, joiden tehtävänä on kehittää elinkeino- ja työelämää sekä parantaa väestön hyvinvointia ja työllisyyttä. TEJO-hankkeessa Stakes, ammattikorkeakoulut ja kunnat lähtivät tiiviiseen kehittämissyhteistyöhön.

Stakesin tehtävänä oli koordinoita kehittämissuunnitelmia, luoda kehittämissuhteisö ja kehittämissuhteisöt, järjestää valtakunnalliset koulutustilaisuudet ja työkokoukset sekä välittää ajankohtaista tutkimuksellista ja kokemuksellista tietoa sovellettavaksi kuntakohtaisiin kehittämissuunnitelmiin. Ammattikorkeakoulujen tehtävänä oli toimia kuntien kouluttajina ja lähiohjaajina sekä paikallisten työkokousten ja koulutustilaisuuksien järjestäjinä yhdessä kuntien kanssa. Stakes on osallistunut paikallisiin työkokouksiin ja koulutustilaisuuksiin, tuonut ehdotuksia, arvioinut hankkeiden etenemistä ja sovellusten toimivuutta ja tuloksia sekä tukenut vertaisarviointia. Ammattikorkeakoulut ovat toimineet paikallisina koordinaattoreina, koulutuksen ja kokousten järjestäjinä sekä lähiohjaajina, dokumentoijina ja raporttoijina.

Osapuolet ovat käyneet jatkuvaa sisällöllistä pohdintaa kehittämissuunnitelman kulusta ja alueellisten hankkeiden yhteensovittamisesta. Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tukea kuntia myös kehittämistyön tulosten vakiinnuttamisessa kunnan arkeen ja päätöksentekoon. Lääninhallitusten edustajat ovat osallistuneet jonkin verran valtakunnallisiin ja paikallisiin koulutustilaisuuksiin ja työkokouksiin.

Yhteistyön muotoutuminen, syveneminen ja laajeneminen ovat TEJO-hankkeen keskeisiä saavutuksia ammattikorkeakoulujen aluekehittämistyön näkökulmasta. Yhteistyöverkostoja on syntynyt kuntien, lääninhallitusten, sairaanhoitopiirien, seutukuntien, maakuntien ja yliopistojen

kanssa. Hyvinvointia ja terveyttä edistävän osaamisen vahvistaminen ja jakaminen sekä uusien toimintatapojen oppiminen ja kehittäminen ovat olleet hankkeelle ominaisia. Kehittämistyössä on ollut olennaista osaamisen levittäminen, jakaminen ja uudelleen yhdistäminen. Ammattikorkeakoulut ovat osallistuneet TEJO-hankkeen myötä alueiden tai seutukuntien strategiatyöhön, jolloin hanke on linkittänyt toimijoita yhteen. Hanke on myös edesauttanut valtakunnallisten ohjelmien jalkauttamista kuntiin (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma) mm. koulutusten kautta.

Tarttuminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin ja johtamiskäytäntöihin on vaatinut kunnissa laajapohjaista keskustelua siitä, miten asiassa edetään ja mitä muutokset merkitsevät käytännössä. Valtakunnallisissa koulutustilaisuuksissa ja työkokouksissa käsitellyjä asioita on pitänyt pohtia kunnissa tarkemmin niiden omista lähtökohdista ja koulutuksen tarve on ollut laajempi kuin mitä valtakunnallinen koulutus on voinut tarjota.

Ammattikorkeakoulut ovat ohjanneet oman alueensa hankkeita siinä rytmissä kuin se kunnan kannalta on tuntunut mahdolliselle ja sillä intensiteetillä kuin he ovat kuntien kanssa tehtävästä sopineet. Stakes ei käytännössä olisi voinut tarjota kaikille kunnille niin tiivistä lähiohjausta kuin ammattikorkeakoulujen kanssa yhdessä on voitu tehdä. Toiminta kuntien ja Stakesin odotusten sekä ammattikorkeakoulun omien tavoitteiden välissä on vaatinut ammattikorkeakouulta luovuutta ja joustavuutta. Hieman eri tahtiin etenevät kuntahankkeet eivät valtakunnallisen koordinaation kannalta ole olleet pulmallisia muutoin kuin koulutuspäivien ja työkokousohjelmien järjestämisessä. Ennakkoon suunniteltua koulutusohjelmaa on jouduttu jonkin verran muotoilemaan uudelleen, jotta sisällöt on saatu mahdollisimman monia kuntia kiinnostavaan prosessin vaiheeseen osuviksi.

Kehittämiskumppanuus kuntien, ammattikorkeakoulujen ja Stakesin kanssa on ollut jatkuva vuoropuhelua prosessin etenemisestä, hankkeen linjauksista ja käytännön ratkaisuksista. Yhteistyötä voidaan pitää onnistuneena, ”win-win”-periaatteella toimivana ratkaisuna. Ammattikorkeakoulut ovat rakentaneet hankkeen sisällöistä omaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ”työkalupakkiaan”, jota ne ovat voineet soveltaa alueen muiden kuntien lähikehittämistyössä sekä opetusmateriaalina. Yhdessä kehitetyt ja testatut terveyden edistämisen johtamisen käytännöt ja työkalut ovat levinneet näin laajemmin alueiden kuntiin. Yhteistyö on vahvistanut terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämistyötä myös opinnäytetöiden kautta. Opiskelijoiden kytkeyminen kehittämistyöhön on ollut tärkeää. TEJO-hanke on ollut oppimisprosessi, jonka hyödyt jäävät alueille paikallisten toimijoiden, kuntien ja ammattikorkeakoulujen käyttöön.

## TEJO:n tuloksia

TEJO-hankkeen tarkennettuja tavoitteita olivat terveyden edistämisen johtamisen, johtamisrakenneiden ja johtamisen tietopohjan selvittäminen ja kehittäminen, Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutumista tukevan informaatio-ohjauksen kehittäminen ja hyvinvointiosaamisen vahvistaminen yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen asianomaisten laitosten kanssa. Kuntien esittämät odotukset täsmensivät tavoitteita. Vuoden 2005 lopussa käydyissä arviointikeskusteluissa todettiin, että odotukset olivat täyttyneet kohtuullisen hyvin. Hankesuunnitelmassa esitettyjen tavoitteiden toteuttamiseen oli tartuttu konkreettisin keinoin johtamisen työvälineitä ja tietopohjaa kehittämällä.

Vuoden 2005 loppuun mennessä saavutettuja tuloksia voidaan kuvata seuraavasti:

- ❑ Terveyden edistämisen merkitys on vahvistunut kuntien strategisena painoalueena ja hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on tullut näkyvämmäksi kuntapolitiikassa.
- ❑ Kuntien ja kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tietopohjaa on jäsennetty ja tietojärjestelmien kehittäminen on käynnistynyt eri tavoin.



- Strategiatyön, toiminnan ja talouden suunnittelun, seurannan ja arvioinnin työvälineeksi on kehitetty ja otettu käyttöön hyvinvointikertomus, joka sisältää hyvinvointitilanteen arvioinnin lisäksi kuntasuunnittelussa käytettävät hyvinvointi-indikaattorit ja kunnan hyvinvointitilanteesta johdetut johtopäätökset.
- Terveysnäkökohtien huomioon ottamista kaikessa päätöksenteossa on tuettu ottamalla käyttöön ennakoarvioinnin menetelmiä ja soveltamalla niitä erityyppisiin käytäntöihin (terveysvaikutusten arviointi TVA, ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi IVA). Kuntien kanssa on tehty suunnitelma IVA:n käytöstä jatkuvana ennakoarvioinnin menetelmänä lautakuntatyöskentelyssä.
- Terveyden edistämisen johtamista ja johtamiskäytäntöjä on selvitetty erilaisten aineistojen ja yhteisten kehittämisprosessien avulla. Johtamiskäytäntöjen ja mallien muokkaaminen ja kehittäminen poikkihallinnollisen vastuun mukaisesti on käynnistynyt.
- Hyvinvointitiedon kulku kunnan sisällä ja kuntien välillä on parantunut samalla kun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiselle on luotu poikkihallinnollisia johtamisen ja yhteistyön rakenteita.
- Yhteistyö ja työnjaon selkiyttäminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioissa on sisällynyt eksplisiittisesti koko prosessin ajan kehittämistyöhön.
- Luottamushenkilöiden ja viranhaltijajohdon hyvinvointiosaaminen on vahvistunut ja kiinnostus terveystieteiden huomioon ottamiseen kasvanut. Hyvinvointikertomuksen käyttöön ottaminen valmisteluprosesseineen on toiminut tässä konkreettisena työkaluna.
- Kehittämistyötä on tuettu valtakunnallisella ja alueellisella koulutuksella. Tiedonkeruu ja selvitysten tekeminen arviointi- ja tutkimuskäyttöön (asiakirja-analyysit, teemaseuladialogit, kuntajohdon haastattelut, osallistuva havainnointi ja menetelmäarvioinnit) ovat toimineet paitsi kehittämistyön jäsentämisen ja koulutuksen aineistoina myös terveyden edistämisen merkityksen näkyväksi tekemisen välineinä. Kehittämisprosessi on samalla ollut oppimisprosessi kaikille osapuolille.
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet ovat olleet terveyden edistämisen sisällöllisenä kehikkona kehittämistyössä ja näin tulleet tutummiksi päätöksentekijöille.

Tulokset voidaan tiivistää valtakunnallisena hyötynä seuraavasti:

- Tietoa terveyden edistämisen rakenteita, johtamisen työvälineitä ja johtamiskäytäntöjä koskevista kokemuksista on välitetty terveystieteiden käyttöön sekä palvelujärjestelmien ja toimintakäytäntöjen kehittämiseen koko maassa.

TEJO-hankkeen lähtökohtana oli tehdä terveyden edistäminen näkyväksi kuntapolitiikassa ja selkiyttää päättäjien käsityksiä siitä, mitä terveyden edistäminen on käytännössä ja johtamisen kohteena. Asiaa lähdettiin konkretisoimaan käynnistämällä hyvinvointikertomustyö kaikkia hallinnonaloja koskevana prosessina. Jokaiselta hallinnonalalta kysyttiin, millä tavalla he voivat omien vastuualueidensa ja tehtäviensä kautta vaikuttaa väestön terveyteen ja millä mittareilla he kuvaisivat kunnan ja kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilannetta ja sen parantamiseksi tehtyä työtä. Ammattiryhmäkohtainen pohdinta ja sen jälkeen ammattiryhmien yhteinen pohdinta lisäsi eri hallinnonalojen tietoisuutta terveyden edistämisen todellisuudesta ja yhteistyön tekemisen paikoista. Kertomusluonnoksesta käydyt keskustelut luottamushenkilöorganisaation kanssa selkiyttivät päättäjien käsityksiä hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä kuntapolitiikassa.

Hyvinvointikertomuksen valmistuttua sen johtopäätöksistä keskusteltiin useilla eri foorumeilla, lautakunnissa, kunnanhallituksissa, valtuustojen seminaareissa ja tätä varten järjestetyissä seminaareissa. Esitetyt johtopäätökset otettiin kuntasuunnitteluun toiminnallisiksi painoalueiksi ja strategiasuunnitelmien tavoitteiksi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuksesta käydyt keskustelut selkiyttivät eri hallinnonalojen tehtäviä ja työnjakoa, joskin tehtävien määrittelyssä

ja voimavarojen yhteensovittamisessa on vielä paljon tehtävää. Moniammatillisten keskustelujen avulla luotiin pohjaa myös rakenteellisille muutoksille ja tältä osin johtamisjärjestelmien ja johtamiskäytäntöjen kehittämiseksi.

Hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessi toimi kunnissa väestön hyvinvointia ja terveyttä kuvaavan tiedon sekä palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavan tietopohjan määrittelyssä. Samalla se osoitti ne puutteet, joita systemaattisessa hyvinvointitiedon saatavuudessa ilmenee. Kunnissa ei ole saatavissa jatkuvaa seurantatietoa eri-ikäisten kuntalaisten terveydestä ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä kuten elintavoista ja elämänhallintaa kuvaavista tekijöistä. Myös palvelujärjestelmän toimivuutta ja toimintakäytäntöjä kuvaava tieto on hyvin niukkaa. Hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessissa selvitettiin olemassa olevan tiedon käyttömahdollisuuksia, tiedon tarvetta ja saatavuutta. Terveyden edistämisen tietopohjan määrittäminen kuntien välistä vertaisarviointia mahdollistavaksi ja palvelujärjestelmän toimintaa kuvaavaksi vaatii edelleen systemaattista kehittämistyötä.

Kunta- ja aluekohtaiset hyvinvointitiedot pyrittiin jäsentämään hyvinvointikertomuksissa väestön hyvinvointia ja terveydentilaa, palvelujärjestelmän ja eri hallinnonalojen toimivuutta sekä strategioiden ja suunnitelmien toteutumista ja toiminnan tuloksellisuutta kuvaavina indikaattoreina. Toiveena oli osoittaa myös ehkäisevän työn kustannusvaikuttavuutta. Ensimmäiset kunta- ja seutukuntakohtaiset hyvinvointikertomukset eivät täyttäneet vielä kaikkia tavoitteita, mutta ne osoittivat selvästi tarpeellisuutensa ja rakensivat pohjaa seuraavalle kierrokselle. Tietopohjaa on jatkossa tarkoitus täsmentää ja muokata enemmän toimintaa kuvaavaksi, prosesseja arvioiviksi ja tulevaisuutta luotaaviksi.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin (IVA) -menetelmä pilotoitiin muutamissa kunnissa terveystarkkohtien tunnistamiseksi ja päätösten ennakoarviointien tekemiseksi. Kokemukset menetelmästä olivat lupaavia ja kiinnostavia, mutta menetelmän käyttöönottoaminen jatkuvana päätösten ennakoarvioinnin välineenä ei vielä käynnistynyt. Hyvinvointikertomuksen valmistelu oli vienyt kunnissa aikaa arvioitua enemmän ja IVA-menetelmän lanseeraus laajempaan käyttöön jouduttiin siirtämään myöhäisempään ajankohtaan. Tavoitteena on, että ns. nopea IVA-menetelmä otetaan käyttöön lautakuntatyöskentelyssä. Lautakuntien päätösesitysten valmistelijat arvioivat käsittelyyn tulevat asiat siltä pohjalta, onko nopea ennakoarviointi hyödyllinen terveystarkkohtien huomioon ottamiseksi. Jos valmistelija näkee arvioinnin hyödylliseksi, hän tekee nopean arvioinnin käyttäen sitä asiantuntemusta, jota katsoo tarpeelliseksi. Kunnassa voidaan sopia tarkemmin arvioitavaksi otettavien asioiden kriteereistä. Käytännön kokeilu ja kehittämistyön arviointi käynnistettiin vuosien 2005–2006 vaihteessa.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu valmisteli IVA-aineistosta opetusmateriaalin ammattikorkeakouluopetuksessa soveltuvaan laajempaan käyttöön (Liimatainen & Ryttyläinen 2006). Jyväskylän ammattikorkeakoulu tarjosi myös valtakunnallista terveysvaikutusten arvioinnin opetusta ammattikorkeakoulujen opettajille.

Kunnat nimesivät TEJO-hankkeille johtoryhmät, joihin toimivat usein joko kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä. Sen lisäksi kunnissa on toiminut poikkihallinnollisia terveyden edistämisen työryhmiä, jotka ovat valmistelleet hyvinvointikertomuksen ja toimineet hankkeen koordinaattorin työryhmänä. Johtoryhmien ja työryhmien toiminta on osoittanut kunnassa hallinnonalat ylittävän johtoryhmätasoisien työskentelyn ja systemaattisen yhteistyöfoorumin tarpeen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioita hallinnoitaessa ja organisoitaessa.

Terveyden edistäminen kuntaorganisaatiossa yhteisenä vastuuna ja samalla työnjakokysymyksenä oli selvästi monimutkaisempi asia kuin aluksi ajateltiin. Kehittämisprosessissa liikuttiin yleisestä yksilölliseen ja takaisin, kokonaisuudesta osiin ja jälleen kokonaisuuksiin, vertikaalisesta horisontaaliseen ja niiden kombinaatioina verkostoihin ja matriiseihin. Työ aloitettiin kunnan hyvinvointipolitiikkaa kuvaavan työkalun, hyvinvointikertomuksen valmistelulla. Aluksi tarkasteltiin kunnan koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa ja sitä kuvaavia indikaattoreita. Sen

jälkeen kysymys pilkottiin eri professioiden näkökulmasta sektorikohtaisesti ja väestöryhmittäin päätyen jälleen tiivistykseen kunnan ja kuntalaisten hyvinvointistrategisista painoalueista. Samalla tavalla tarkasteltiin palvelujärjestelmän toimintaa ensin kokonaistavoitteista lähtien purkaen samat tavoitteet sektorikohtaisiksi tehtäviksi ja edelleen kuntaorganisaation vastuulla olevaksi, yhdessä ja erikseen toteutettaviksi tehtäviksi. Prosessi on ollut johtamiskäytäntöjen kehittämisen pohjatyötä.

Vuoden 2005 lopussa TEJO-hankkeessa oli päästy vaiheeseen, jossa pohjatyö terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamiskäytäntöjen kehittämiseksi oli tehty. Hyvinvointikertomus oli avannut terveyden edistämistyön tehtäväkentän, pitänyt yllä moniulotteista keskustelua terveyden edistämisestä kunnan tehtävänä sekä toiminut luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden yhteistyön ja -ymmärryksen rakentajana. Kertomuksen johtopäätökset muodostivat strategiatyön pohjan osoittamalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ydinkysymykset kunnassa.

Tavoitteiden saavuttamista arvioitaessa kannattaa pohtia hankkeen aikataulua suhteessa kehittämistyön laatuun. Kun kehittämistyössä on kyse työkäytäntöjen ja työyhteisön kehittämiseksi, prosessit etenevät usein saman kaavan mukaan ja hyvät käytännöt ovat siirrettävissä kontekstista toiseen (Seppänen-Järvelä 2006). TEJO-hankkeessa kehittämistyö koskettaa useiden ammattiryhmien työn organisointia ja työkuultuureja. Kehittämisprosessissa liikutaan organisaatioiden rajapinnoilla ja uudistuksissa edellytetään myös rakenteellisia muutoksia. Tulokset eivät ole siirrettävissä suoraan paikasta toiseen. Jokaisessa TEJO-kunnassa ja seutukunnassa ratkaisut ovat syntyneet yhteisestä kehittämiskehikosta ja tavoitteiden asetelusta huolimatta omaperäisinä ja kuntien omiin konteksteihin sovitettavina. Kehittäminen on vaatinut koko ajan toimijat arvioimaan rakenteellisten muutosten tarvetta ja niiden muotoja. Tämä aiheuttaa monella tavalla epävarmuutta (ks. Arnkil R. 2006; Arnkil T. 2006) ja vaatii enemmän aikaa. Kehittämistyöhön sisältyvät päätökset ovat usein luottamushenkilöorganisaatiossa päätettäviä asioita, jolloin myös niiden valmistelu ja ajoitus vaatii lisäaikaa.

Luottamushenkilöiden ja viranhaltijajohdon hyvinvointiosaamisen arvioidaan vahvistuneen ja kiinnostus terveystieteiden huomioon ottamiseen kasvaneen hankkeen aikana. Oppimisprosessi on kuitenkin pitkä ja yhteisiä keskusteluja on jatkettava. Päätösten taustalla on hyvä olla yhteinen arvopohja. Missä määrin ja miten kunta haluaa panostaa kuntalaisten hyvinvoinnin parantamiseen ja ehkäisevään työhön? Tätä keskustelua käydään monelta osin vielä ideaalitasolla, ei välttämättä vaihtoehtoisia ratkaisuja miettien ja voimavaroja uudella tavalla kohdentaen. Keskustelujen pohjalta on kuitenkin tulkittavissa, että luottamushenkilöt ovat valmiimpia muutoksiin kuin mitä viranhaltijat rohkenevat esittää.

Hankkeen aikana tarjottiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen teemoihin liittyvää koulutusta kaikille avoimilla valtakunnallisilla koulutuspäivillä. Koulutuksen teemoja olivat

- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma
- hyvinvoinnin ja terveyden kuvaaminen, seuranta ja arviointi
- hyvinvointikertomus
- ennakoarvioinnin menetelmät
- hyvinvointistrategiat ja niiden valmistelu
- terveyden edistämisen laatu
- terveyden edistämisen johtaminen.

Paikalliset koulutustilaisuudet räätälöitiin kuntien ja ammattikorkeakoulujen kanssa yhdessä. Koulutusten määrä riippui hankkeen saamasta rahoituksesta ja lähiohjauksen käytännöistä. Muuramessa, Salossa ja Kuusiokunnissa ammattikorkeakoulut toimivat hankkeen toteutuksessa kiinteästi kuntien kanssa yhteistyössä. Oulussa ja Närpiössä yhteistoiminta painottui koulutusten järjestämiseen.

TEJO-hankkeeseen sisältyvä tutkimus on kahden ensimmäisen vuoden aikana painottunut aineistojen keräämiseen ja niiden hyödyntämiseen kehittämistyössä. Aineistoja on raportoitu Stakesin Aiheita- ja Työpapereita-sarjoissa, ammattilehdissä, kansallisissa ja alueellisissa koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa sekä opinnäytteinä ja nettisivuilla. TEJO-aineistosta on valmistumassa useita opinnäytetöitä, joissa työ painottuu kehittämisprosessin, työvälineiden ja menetelmien sekä terveyden edistämisen johtamisen arviointiin.

Johtamisen rakenteellisiin uudistuksiin ei hankkeessa vuosina 2004–2005 vielä päästy lähtötilanteen selvittämisvaihetta pidemmälle. Kehittämistyö jatkuu tästä vuosina 2006–2008. Jatkoaika on välttämätön, jos kehittämistyössä halutaan pysyviä muutoksia johtamisrakenteisiin ja -käytäntöihin.

Hankkeesta tehtiin väliarviointia kuntien ja ammattikorkeakoulujen kanssa kunnittain ja kokonaisuutena vuoden 2005 lopulla. Tuolloin pilottikunnat ja ammattikorkeakoulut saivat päättää osallistumisestaan hankkeen jatkokon. Uusi toimintasuunnitelma vuosille 2006–2008 valmisteltiin kunnanhallitusten tai -valtuustojen päätettäväksi. Viisi kuntaa (Kauniainen, Närpiö, Muurame, Oulu ja Salo) ja Kuusiokunnat seutukuntana ja näiden kuntien ammattikorkeakoulut jatkoivat hankkeessa.

## 12 Pohdinta

KERTTU PERTTILÄ & MINNA UUSITALO, Stakes

TEJO-kehittämisprosessi on nostanut toistuvasti esiin kysymykset, mitä ovat terveyden edistämisen tehtävät kunnassa ja miten näitä tehtäviä pitäisi johtaa. Terveyden edistäminen määriteltiin yleisellä tasolla tietoisena terveyteen sijoittamisena ja terveyden taustatekijöihin (determinantteihin) vaikuttamisena. Tällä tarkoitettiin kaikkea sitä toimintaa, joka lisää väestön terveyttä ja toimintakykyä ja vähentää sairauksia, tapaturmia ja muita terveysongelmia. Määrittely yleisluonteisuudessaan ei anna vielä vastausta kysymykseen, mitä ovat kunnan terveyden edistämisen tehtävät.

Hankkeen alkuvaiheessa pohdittiin, pitäisikö kunnan terveyden edistämisen tehtävät määritellä ennakkoon toimialakohtaisesti. Tällöin kunnat olisivat kohdistaneet kiinnostuksensa ja työnsä erityisesti niihin tehtäviin, jotka oli yhdessä luokiteltu terveyttä edistäviksi tehtäviksi. Olisiko lähestymistapa rajannut pois jotain merkittävää tai olisiko se yhdenmukaistanut kuntien toimintaa hyödyllisellä tavalla? Toinen lähestymistapa oli induktiivisempi. Päätäjät miettivät strategisten painoalueiden kautta, mitkä ovat heidän kunnassaan merkittäviä terveyden edistämisen tavoitteita ja mitkä ovat näitä tavoitteita toteuttavia konkreettisia tehtäviä.

TEJO:ssa päädyttiin viimeksi mainittuun vaihtoehtoon. Terveyden edistämisen sisältöjä kuvattiin poimimalla kunkin kunnan strategiasta ja toimintasuunnitelmasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yleispiirteisiä painoalueita. Tämän jälkeen kuntajohdolta kysyttiin, mitkä ovat ne tehtävät, joilla näihin tavoitteisiin päästään. Kehittämisprosessin edetessä mietittiin tehtäviä kuvaavia indikaattoreita sekä sitä, millaista yhteistyötä ja osaamista työ edellyttää.

Terveyden edistämisen teoreettisena kehikkona käytettiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita, jotka on luokiteltu viiteen elinkaariajattelun mukaiseen luokkaan ja kolmeen yleiseen luokkaan (liite 5). Terveys 2015 -ohjelmaa avattiin analysoimalla kuntien virallisia asiakirjoja tavoitteiden mukaan (Uusitalo ym. 2005), pitämällä ohjelman tavoitteita esillä koulutustilaisuuksien ja kuntahaastattelujen teemoina sekä rohkaisemalla kuntia asettamaan toiminta- ja taloussuunnitelmien hyvinvointitavoitteet kansanterveysohjelman pohjalta. Monista keskusteluista huolimatta nousi aina säännöllisin väliajoin esiin kysymys: ”*Mutta mitä me oikeastaan tarkoitamme terveyden edistämisellä?*”

Vuoden 2006 alussa voimaan tulleen kansanterveyslain uudistuksen valmistelu oli käynnissä vuosina 2004–2005. Kansanterveyslaki (2005/928) määritteli terveyden edistämisen osaksi kansanterveystyötä täsmentäen kunnan terveyden edistämisen tehtäviä. Matti Rimpelä (2005) käsitteli Lääkärilehden artikkelissaan kansanterveystyötä ja sen ydintehtäviä ja luokitteli lain pohjalta kansanterveystyön terveyden edistämisen tehtävät muotoon, jota kunnat saattoivat käyttää arvioidessaan onnistumistaan kansanterveystyön terveyden edistämisen tehtävissä.

Olisiko ollut hyödyllistä tehdä samanlaisia luetteloja myös muiden hallinnonalojen terveyden edistämisen tehtävistä? Tähän ei kuitenkaan päädytty. Koulun hyvinvointitehtäviä oli kartoitettu aiemmin päättyneessä Hyvinvointikoulussa -hankkeessa (Perttilä ym. 2003) ja ympäristötoimen terveyden edistämisen tehtävät ovat konkretisoitu monelta osin lainsäädännön kautta. Toisaalta samanlaatuista työtä tehtiin tuolloin valmisteluvaiheessa olleessa terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006), jossa oli tarkoitus kuvata terveyden edistämisen tehtäviä kansanterveystyössä, sosiaalipalveluissa, koulutoimessa, ympäristötoimessa ja teknisessä toimessa laadun näkökulmasta.

## Väestön hyvinvointia kuvaava tieto ja hyvinvoinnin seuranta

Kunnissa kootaan paljon hyvinvointitietoa, tilastoja ja rekisterejä. Tietoa ei kuitenkaan hyödynnetä päätöksenteossa. TEJO-hankkeen käynnistyessä Stakesissa avattiin SOTKANet-indikaattoripankki ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)), joka kokoaa valtakunnallisista tietolähteistä (Kela, Tilastokeskus, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos) kunnista kerättyjä tilastotietoja, tekee tietosisältömäärittelyt ja tarjoaa tiedot verkkopalveluna taulukoina tai graafisina kuvioina vapaasti kuntien käyttöön. SOTKANet on erinomainen väline hyvinvointitiedon kokoamiseen ja kunta- ja aluekohtaiseen vertailuun 1990-luvun alusta lähtien. Ongelmana on, että tiedot tulevat indikaattoripankkiin noin vuoden viiveellä. Tietosisällöt riippuvat siitä, mitä tietoa kunnissa kerätään. Toimipaikkakohtaista tietoa saadaan vasta, kun tiedot on määriteltä, kerätty ja paikallisten tietojärjestelmien yhteensovittamisen jälkeen saatu kootuksi.

Paikallinen hyvinvointitieto on kunnilla käytössä nopeammin kuin valtakunnallisista rekistereistä koottu tieto. Kuntakohtaisen tiedon kokoaminen ja analysointi kangertelee kuitenkin resurssipulan vuoksi, eikä kunnan omia tietoja käytettäessä ole mahdollisuutta kuntien väliseen vertailuun. Kunnat esittivät toiveita, että valtakunnallisesti kehitettäisiin nopeasti päivittyvä hyvinvointiseurantajärjestelmä, josta löytyisi tietoa paitsi kuntakohtaisesti myös toimipaikkakohtaisesti. Tähän toiveeseen on lähdetty vastaamaan muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamalla Stakesin Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä (TedBM) -hankkeella ([info.stakes.fi/tedbm](http://info.stakes.fi/tedbm)). Toiveita esitettiin myös valtakunnallisista suosituksista kuntien hyvinvointi-indikaattoreiksi. Näin useampi kunta kokoaisi samasta indikaattorista tietoja ja kuntien välinen vertailu helpottuisi. SOTKANet-indikaattoripankki toimii tältä pohjalta ja siihen kehitetään uusia luokitteluja ja tietotuotteita.

Kunnissa on paljon tietoa alueensa väestön hyvinvointitilanteesta, mutta esimerkiksi työntekijöiden ammattiosaamista ei hyödynnetä riittävästi. Toimintaa seuraavista tiedoista ei selviä, miten eri ammattiryhmät toimivat yhdessä ja vastaavat palvelutarpeisiin, kuten esimerkiksi perheiden syrjäytymiskierteisiin, mielenterveysongelmiin, päihteiden liikakäyttöön, perheväkivaltaan ja lasten pahoinvointiin. Palveluja kuvaavat tiedot kootaan ammattiryhmittäin (lääkärit, hoitohenkilökunta) ja toimialoittain (erikoissairaanhoido, perusterveydenhoito, sosiaalitoimi), ei väestön tarpeiden näkökulmasta. ”Huolen harmaat vyöhykkeet” on eräs menetelmä, jolla voidaan koota tietoa ammattihenkilöstön näkökulmasta. Menetelmää on hyödynnetty ainakin sosiaalityössä, terveydenhoitajien työssä ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa sekä varhaiskasvatuksessa ([groups.stakes.fi/VERK/FI/Verkostomenetelmat](http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Verkostomenetelmat)).

Seurantatiedon tulisi vastata kysymyksiin, onko kunnassa tehty oikeita asioita, onko ongelmakohtiin saatu parannusta ja mihin tulevaisuudessa tulisi panostaa. Konkreettisten ja kvantitatiivisten mittareiden tuottamat tiedot ovat yksiselitteisempiä ja helpommin tuotavissa päätöksenteon tueksi. Laadullisin menetelmin tuotettu tieto luo kunnan hyvinvoinnin tilanteesta toisenlaisen kuvan. Sitä tarvitaan laajemman hyvinvointikäsityksen luomiseksi.

Tavoitteiden toteutumista seurataan usein välillisten tuotosten kautta (onko toiminta käynnistetty tai henkilöt palkattu), ei niinkään aikaansaaduilla tuloksilla. Tuloksellisuuden seurantaan tarvitaan toimintaa kuvaavia prosessimittareita ja väestön hyvinvointia ja terveyttä osoittavia tunnuslukuja. Kustannustiedot kiinnostavat varsinkin luottamushenkilöitä, mutta kustannusten vertailu erilaisten käytäntöjen ja henkilöstömitoitusten välillä on vielä melko vähäistä. Seuranta kohdistuu yleensä hoitopalvelujen kustannuksiin ja käyntimäärien ja hoitajaksojen panos-tuotossuhteiden ja yksikköhintojen vertailuun. Toiminnan vaikuttavuuden arviointi on vielä vähäistä.

## Terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen

Rakenteellisilla tekijöillä tarkoitetaan toiminnan puitteita, kuten lainsäädäntöä, tapaa organisoitua, johtamisjärjestelmää ja organisaatioiden välisiä suhteita. Rakenteet eivät kuitenkaan kerro, miten organisaatio ja sen toimintaympäristöt toimivat. Niiden tulisi olla mahdollisimman selvät, jotta ne tukevat toimintaa. Rakenteiden kehittäminen tarkoittaa toimivien olosuhteiden luomista, toiminnan esteiden tunnistamista ja niiden poistamista sekä osaamisen vahvistamista.

Terveyden edistämisen rakenteita kuntayhteisössä ovat

- lainsäädäntö
- väestön hyvinvointitarpeita ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaava tietopohja ja toimivat seurantajärjestelmät
- johtamisjärjestelmä, jossa hyvinvointipolitiikkaa ja sen toteutusta ohjaa valtuuston hyväksymät strategiat sekä toiminnan ja talouden suunnitelmat
- johtamiskäytännöt, jotka mahdollistavat hallinnonalat ylittävän jaetun johtajuuden ja kollektiivisen asiantuntijuuden organisoitumisen
- tarvittavat voimavarat ja osaaminen suhteessa tehtävien laajuuteen ja vaativuuteen
- kuntalaisten osallistumisen mahdollisuudet.

Terveyden edistämisen johtaminen on väestön hyvinvointia ja alueen kestävästä kehityksestä vahvistavien strategisten päämäärien asettamista ja toimeenpanon vastuuttamista eri hallinnonalojen perustehtäviin. Hyvinvointijohtaja tuo kuntalaisten hyvinvointitarpeet kuntasuunnitteluun ja päätöksentekoon taloushaasteiden rinnalle. Käytettävissä olevat voimavarat on saatava hyvinvoinnin kannalta tehokkaaseen käyttöön.

Terveyden edistämisen johtamisen yhtenä perustehtävänä voidaan pitää laajapohjaisen keskustelun aikaansaamista kunnassa ja kuntayhtymässä terveyden edistämisen merkityksestä kunnan menestystekijänä. Johtamisen taustalla on tiettyjä perusolettamuksia, jotka ovat onnistumisen kannalta merkityksellisiä:

- Luottamushenkilöhallinnon on hyväksyttävä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnan, kuntayhtymän, seutukunnan tai sairaanhoitopiirin strategiseksi tavoitteeksi.
- Hyvinvointitavoitteiden toteuttamista varten on hyväksyttävä myös tarvittavat voimavarat.
- Jokaisen hallintokunnan tulee konkretisoida yhteiset tavoitteet omissa suunnitelmissaan toimialakohtaisiksi tavoitteiksi ja tehtäviksi ja varata puolestaan niihin tarvittavat voimavarat (ml. osaamisesta huolehtiminen).
- Kunta tai yhteistoiminta-alue tarvitsee hyvinvointitietojärjestelmän, joka tuottaa tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, palvelujen toimivuudesta, henkilöstövoimavaroista, taloudellisesta vertailusta ja toiminnan vaikuttavuudesta toimipaikka-, kunta- ja aluekohtaisesti.
- Tavoitteiden toteutumista ja niiden vaikuttavuutta on seurattava ja arvioitava luottamushenkilöhallinnossa.

Terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä sisältää punaisen langan kunnan tai alueen hyvinvointitavoitteista ja niiden toteuttamisesta kuntajohdosta yksittäisiä työntekijöitä koskeviin toimintasuunnitelmiin. Johtamisjärjestelmässä eri hallinnonalojen toimintasuunnitelmat liittyvät hyvinvointitavoitteiden kautta yhteen. Toimijoilla tulee olla yhteinen näkemys tavoitteiden toimeenpanosta sekä tulosten seurannasta ja raportoinnista.

Perusterveydenhuollon kuntayhtymän johtamiskäytännöt vaihtelevat kuntayhtymän suuruuden mukaan. Jos kuntayhtymä on pieni, kahden tai maksimissaan kolmen kunnan yhteinen, perusterveydenhuolto voi osallistua jokaisen peruskunnan organisaatioon terveydenhuollon edustajana. Suuremmissa kuntayhtymissä tämä ei ole mahdollista jo ajankäytöllisistä syistä.



Tilaaaja–tuottaja-mallit tulevat valtaamaan alaa hallinto- ja johtamiskäytännöissä. Olennaista on pitää huolta, että terveyden edistämisen tehtäviä ei pilkota liian pieniin kokonaisuuksiin ja että lähtökohtana on väestön hyvinvointitarpeet, joiden toteuttaminen edellyttää kollektiivista asiantuntijuutta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on poikkihallinnollista, kaikkia hallintoaloja koskevaa toimintaa. Hyvinvointitavoitteet ovat lähes aina niin laajoja, että niiden toteuttaminen yhden hallintoalan voimin ei onnistu. TEJO-hankkeen aikana yhteistyö ja avoimuus eri hallinnonalojen välillä ovat vahvistuneet. Hanke on luonut mahdollisuuden nostaa terveyden edistäminen yhteiseksi asiaksi. Samalla toiminnan selvittämiseksi on varattu riittävästi aikaa keskusteluun. Jokaisen hallinnonalan on tunnistettava oma roolinsa kunnan terveyden edistämistoiminnassa ja nähtävä tehtävänsä osana kokonaisuutta. Johdon sitoutumisella on suuri merkitys. Johtamisen kautta kuntaan luodaan toimintakulttuuri, joka tukee hallintorajojen yli meneviä yhteistyörakenteita.

## Kollektiivisen asiantuntijuuden organisoituminen on terveyden edistämisen elinehto

Terveyden edistämisen perustuminen kollektiiviseen asiantuntijuuteen saa vahvistusta WHO:n terveyden edistämisen uusimmassa julkilausumassa, Bangkok Charterissa (WHO 2005), jossa terveyden edistämisen tukipilareina pidetään vahvaa poliittista toimintaa, laajaa osallistumista ja jatkuvaa terveyden puolesta puhumista niin paikallisella, kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Julkilausuman mukaan terveyden edistämisen onnistuminen edellyttää investoimista kestävään toimintapolitiikkaan, johtamiseen, terveyttä edistävien käytäntöjen kehittämiseen, tiedon siirtoon ja tutkimukseen.

TEJO-hankkeen peruslähtökohtana oli terveyden edistäminen kaikkien hallinnonalojen yhteisenä tehtävänä, kollektiivisena toimintana. Terveyden edistämisen tehtävät tiedettiin niin monimuotoisiksi, ettei niistä kukaan tai mikään ammattiryhmä suoriudu yksilösuorituksena ja yhteistyöstä koettiin olevan selvää synergiaetua. Tehtäviin tarttuminen edellytti kollektiivisuutta, jossa asiantuntijuus muodostuu ammattiosaamisesta ja vuorovaikutustaidoista (ks. Koivunen 2005).

Koivunen on esittänyt kollektiivisen asiantuntijuuden organisoitumista kuvaavassa tutkimuksessaan johtopäätöksiä, joihin on helppo yhtyä TEJO-hankkeen alkuvaiheen kehittämisprosessia arvioitaessa. Kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu ryhmästä lähtien, itseohjautuvana käytäntönä. Mielenkiintoinen havainto Koivusen tutkimuksessa oli, että toiminta synnyttää rakenteita eikä päinvastoin. TEJO-hankkeessa kaksi ensimmäistä vuotta toimittiin löyhästi organisoituneissa rakenteissa, joissa yhteistyöstä haettiin synergiaetuja työvälineitä kehittämällä. Kehittämiskumppanuuteen osallistuvat kunnat eivät olleet hankkeen alkuvaiheessa kiinnostuneita terveyden edistämisen rakenteellisista muutoksista, vaan toiminnan kehittämisestä. Vasta ensimmäisen vaiheen loppuvaiheessa oltiin valmiita käynnistämään vakavammin keskustelua rakenteellisista muutoksista. Ennen tätä piti muotoutua luottamukseen ja avoimuuteen perustuva kollektiivisen asiantuntijuuden ilmapiiri, jossa luottamuksellisen yhteistyön edellytykset täyttyivät.

Kollektiivisen asiantuntijuuden organisoitumiseen myötävaikuttavat Koivusen mukaan (2005) muun muassa yksilöllisyyden ja jonkinlaisen autonomian ja asiantuntijoiden itsenäisyyden säilyttämisen mahdollisuus yhteisöllisestä osaamisesta huolimatta. Kollektiivista asiantuntijuutta voi syntyä vain, jos yksilöt osaavat ja haluavat jakaa tietoa muiden kanssa. Jakamiseen ja anteliaisuuteen kannustava ilmapiiri vaatii luottamusta ja avoimuutta, joka ei aina ole helppoa. Edesauttavia tekijöitä ovat erilaisten osaamisten ja ajattelutapojen sekoittaminen, esimerkiksi luomalla yhteisiä tiloja ja järjestämällä säännöllisiä kokouksia, joihin osallistuu eri alojen asiantuntijoita ja joissa ulkopuoliset voivat esittää ”tyhmiä” kysymyksiä. Yllättävät kysymykset luovat uusia

ajatuspolkuja ja murtavat kaavamaista ajattelua. Yhteisön jäsenet eivät voi tällaisia kysymyksiä esittää näkymättömän arvojärjestyksen, reiviirijaon ja tiedon omistajuuden vuoksi.

## Kehittämisprosessi ja sen vaiheet

TEJO-hankkeeseen osallistuneet kunnat ja seutukunta olivat valikoituneet kunnista, joissa ainakin joidenkin päättäjien mielestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja sen johtamista tuli kehittää poliittiseen tukeen ja laajaan osallistumiseen nojautuen kestäväällä toimintapolitiikalla. Kehittämistyön onnistuminen on yleensä varmempaa, jos kehittämistyöstä innostuneet henkilöt näkevät omien perspektiivinsä ja hahmottuvassa olevan kehittämistyön liittyvän kiinnostavalla ja myönteisellä tavalla yhteen (Alasoini 2006). Tehtävästä kiinnostuneiden kehittämiskumppaneiden merkitys hankkeen onnistumiselle on hyvin arvokasta. Alasoini jakaa kehittämistyön tulokset ensimmäisen ja toisen asteen tuloksiin. Ensimmäisen asteen tuloksia ovat olemassa olevien rakenteiden erilaiset muunnelmät. Toisen asteen tulokset merkitsevät rakenteiden muuttumista. Tämä on tärkeää tunnistaa arvioitaessa hankkeiden tuloksia ja määriteltäessä koeteltuja käytäntöjä ns. hyväksi käytännöiksi. Ovatko hyvät käytännöt muunnelmia nykyisissä rakenteissa vai ovatko muutokset rakenteellisia? Ensimmäisen asteen muutoksia on huomattavasti helpompi saada aikaan, mutta hyvinä käytäntöinä ne ovat enemmän sidoksissa toimintaympäristöön. Toisen asteen muutokset ovat pysyvämpiä, mutta samalla nykykäytäntöjä uhkaavia ja huomattavasti vaikeammin saavutettavia.

Kehittämistyö kohtaa usein vaikeuksia erityisesti siinä vaiheessa, kun muutosten edellytyksenä on puuttuminen rakenteisiin. Vaikka rakenteisiin puuttuminen olisi ymmärrettävää ja hyväksyttävää, se on aina uhkaavaa ja aiheuttaa vastustusta. Niin kauan kun kehittämistyössä tehdään muunnelmia olemassa olevien rakenteiden puitteissa, se koetaan turvalliseksi, mutta jos rakenne muuttuu, se tarkoittaa kaikkien merkittävien suhteiden muuttumista (Arnkil R. 2006; Arnkil T. 2006). TEJO-kehittämishanketta suunniteltaessa oli mietittävä, miten mahdollinen muutostarve saadaan perustellusti näkyviin kehittämissuunnan avulla. Tutkimustulokset tukevat muutosta, mutta eivät anna riittävästi motiivina muutokseen. Muutoksiin oli päästävä kehittämissuunnan motiivina.

TEJO-hankkeen alkuvaiheessa (2004–2005) poikkihallinnollisten työryhmien nimeäminen, hyvinvointikertomusten valmistelu ja monialainen indikaattorityö, yhteistyön systematisoiminen ja ennakoarvioinnin menetelmien pilotoiminen kuuluivat ensimmäisen asteen muutoksiin. Ne etenivät hyvin silloin, kun hankkeilla oli määritelty johtajuus ja osallistujat näkivät toiminnan tukevan omia kehittämistarpeitaan. Siinä vaiheessa, kun kehittämistyön piti edetä rakenteellisiin pohdintoihin, johtamisjärjestelmän arviointiin ja esityksiin vastuiden määrittelystä, prosessi-johtajuudesta, terveyden edistämiseen resursoinnista ja johtajuudesta yleensä, kehittämistyössä alkoi näkyä hidastumista ja epävarmuutta. Tähän vaiheeseen oltiin tulossa muutamissa kunnissa vuoden 2005 lopussa.

## 13 Päätelmät

KERTTU PERTTILÄ & MINNA UUSITALO, Stakes

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vahvistaminen oli melko abstrakti tavoite kehittämistyön alkuvaiheessa. Monia hallinnonaloja edustavilla toimijoilla oli oma ymmärryksensä siitä, mihin oltiin ryhtymässä, mutta käsitykset saattoivat olla toisistaan poikkeavia. Hankkeen aikana terveyden edistäminen on muotoutunut pilottikunnissa eri hallintokuntien toimijoiden ja kuntajohtajien puheissa melko yhdenmukaiseksi tietoisuudeksi. Tekemisen kohde on selkiytynyt ja asia on laajentumassa kaikkien hallintoalojen toiminnan sisältöalueeksi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on muotoutumassa kunnissa koko kunnan yhteinen tavoite.

Millaisia päätelmiä kahden vuoden aikana toteutetun TEJO-hankkeen pohjalta voidaan tehdä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista koskevista kysymyksistä? Mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota kuntatyössä terveyden edistämisen esteitä poistettaessa?

1. *Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käsitettä ja sisältöä on selvennettävä kuntatyössä. Siitä on keskusteltava eri toimijoiden tehtävinä ja toiminnan tuloksina, vasta sitten voidaan puhua yhteistyöstä ja vastuiden määrittelystä.*

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on käsitteenä laaja ja monimerkityksellinen. Käsitettä on selvennetty kansallisella tasolla lainsäädännön, periaatepäätösten, valtakunnallisten suositusten ja teoreettisten käsitelmäärittelyjen avulla. Kuntatasolla terveyden edistämisen sisältö ei ole selvä. Kunnan kaikki toiminta tähtää eri tavoin kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Toiminnan sisällön epämääräisyys estää systemaattisen kehittämistyön. Jos päättäjät puhuvat terveyden edistämisestä painoalueena, jota ei avata toimialakohtaisiksi tehtäviksi, puhe jää yleiseksi hyvän tavoitteluksi, eikä käytännön toiminta muutu lainkaan. Keskustelu eri hallinnonalojen asiantuntijoiden kesken terveyden edistämisestä strategisena painoalueena, mitä se tarkoittaa omassa kunnassa, mitä ovat ne tehtävät, joilla tavoitteeseen pyritään ja onko kunnassa osaamista ja voimavaroja toteuttaa sovitut tehtävät, täsmentää yhteisymmärrystä ja yhteisvastuuta asiasta.

2. *Kunnan ja kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä kuvaavan tiedon sisältöön ja systemaattiseen tietojärjestelmien rakentamiseen on viime vuosina kiinnitetty erityistä huomiota. Kunnan, toimialojen ja toimipaikkojen terveyttä edistävän toiminnan kuvaaminen ja seuranta vaatii edelleen jatkuvaa kehittämistä. Tietojärjestelmien kehittäminen tuottamaan systemaattisesti eri hallinnonalojen, kuntien ja alueiden välillä yhteen sovitettavaa seurantatietoa, on vasta aluillaan. Hyvinvointikertomuksen laadinta ja IVA-menetelmän käyttöönottoaminen systematisoivat hyvinvointitiedon keruuta ja tiedon hyödyntämistä päätöksenteossa ja johtamisessa.*

Kuntien palvelutarjonnan tulisi vastata väestön hyvinvointitarpeita. Palvelujärjestelmän kehittäminen tarpeita vastaavaksi edellyttää tietoa tarpeista ja toiminnasta. Ajantasaista hyvinvointitietoa tuottavien tietojärjestelmien kehittäminen on terveyden edistämisen kehittymisen ehto.

Stakesin SOTKANet-indikaattoripankin käyttökelpoisuuden ehtona on se, miten hyvin kunnat tuottavat sinne relevanttia tietoa. Tarvitaan myös tietosisältöjen kehittämistä. Seurattavan tiedon tulisi kuvata paremmin toimintaprosesseja, sitä millä tavalla kunnassa vastataan terveys- ja hyvinvointitarpeisiin ja millaisia tuloksia saadaan aikaan.

Hyvinvointikertomus systematisoi kunnassa hyvinvointitiedon keruuta ja johtopäätösten tekemistä suunnittelun, seurannan ja arvioinnin käyttöön. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmien käyttö ennakoii päätösten terveysvaikutuksia ja auttaa päättäjiä tietoihin

valintoihin päätöksiä tehtäessä. Terveyden edistämisen toiminta-aktiivisuutta kuvaavia tietosisältöjä kehitetään vuonna 2006 käynnistyneessä Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän kehittäminen (TedBM) -hankkeessa.

3. *Terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuden todentaminen on lähivuosien haaste.*

Tiukkeneva kuntatalous pakottaa kunnat joka vuosi arvioimaan toimintojensa tarkoituksenmukaisuutta taloudellisesta näkökulmasta. Terveyttä edistävällä toiminnalla tähdätään väestön hyvinvoinnin ja terveyden paranemiseen, mutta samalla etsitään ratkaisua jatkuvasti kasvaviin sosiaali- ja terveystalouksiin. Väestön terveyden edistämisen uskotaan tuovan säästöä sosiaali- ja terveystalouksiin pidemmällä aikajänteellä. Lähivuosien haasteena on tehdä hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan vaikuttavuus näkyväksi suhteessa korjaavaan ja hoitavaan toimintaan. Tarkemman toimintokohtaisen kustannuslaskennan taustalla on tietojärjestelmien kehittäminen kuvaamaan, millaisia voimavaroja tarvitaan ja käytetään terveyttä edistävissä toiminnassa.

4. *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei voi olla johdonmukaista toimintaa, jos hyvinvointitavoitteista ei ole sovittu yhdessä eri hallinnonalojen asiantuntijoiden kanssa ja jos tavoitteita ja niiden toteuttamiseen varattuja resursseja ei ole kirjattu valtuuston hyväksymään toiminta- ja taloussuunnitelmaan. Kuntastrategian, joka sisältää kunnan hyvinvointitavoitteet, pitäisi ohjata toiminnan ja talouden suunnittelua kunnassa.*

Hyvinvointistrategian merkitystä kuntapolitiikkaa ohjaavana asiakirjana on pidetty melko vähäisenä siihen nähden, mitä sen tulisi olla. Vaikka kuntastrategian ja siihen sisältyvien hyvinvointitavoitteiden ei koeta ohjaavan päivittäistä työtä, strategia-asiakirjan valmisteluprosessi on toiminut keskusteluareenana. Valmistelussa on luotu yhteistä näkemystä kunnan hyvinvointitarpeista ja niihin vaikuttamisen mahdollisuuksista. Kun yhteiset näkemykset ohjaavat toimialojen ja luottamushenkilöiden ratkaisuja, tarpeen tullen on mahdollisuus vedota strategiaan kirjattuihin tavoitteisiin. Johdon tehtävänä on tehdä strategiset tavoitteet tunnetuksi ja ohjauksen välineiksi koko organisaatiossa. Hyvinvointitietojärjestelmien kehittäminen kunnassa parantaa myös strategiatyötä sekä toiminnan ja talouden suunnittelua ja seuranta. Seurannan mittareiksi pitää valita sellaisia hyvinvointi-indikaattoreita, jotka kuvaavat toimintaa ja tuloksia niin, että tarkastuslautakuntakin voi arvioida tehtävissä onnistumista.

5. *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu kunnissa vain kollektiivisen asiantuntijuiden organisoituessa tarkoituksenmukaisesti. Kunta lisää kuntalaisten hyvinvointia parhaiten yhdistämällä eri alojen asiantuntijoiden osaamisen ja voimavarat. Osaamista on yhdistettävä operatiivisessa asiakastyössä, keskijohdossa palvelujärjestelmän toimintaa organisoitaessa ja johdossa johtamisen vastuuta jaettaessa.*

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet (esimerkiksi perheiden syrjäytymisen ehkäisy, ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen tai kuntalaisten osallistumisen ja yhteisöllisyyden lisääminen) toteutuvat vain, jos tavoitteisiin tartutaan kuntalaisten näkökulmasta. Eri hallinnonalojen asiantuntijoiden on mietittävä yhdessä, mitä ovat näissä tapauksissa kunkin ammattiryhmän ja hallinnonalan omat tehtävät heidän tehtäväkuviensa ja osaamisensa rajoissa ja miten eri ammattiryhmien osaaminen ja tavat toimia voivat tukea toisiaan. Hyvinvointistrategian tavoitteet on käytävä läpi vuotuista toiminta- ja taloussuunnitelmaa laadittaessa. Hyvinvointikertomus toimii tässä taustatiedon jäsentämisessä.

Tavoitteiden toimeenpanoa organisoitaessa selvitetään toiminnallisten yhteistyöryhmien tarve ja sovitaan hallinnonalat ylittävien tehtävien yhteensovittamisesta, vastuista ja johtamiskäytännöistä. Linjaorganisaation pohjalta toimiva tulosjohtaminen voi ottaa käyttöön verkostojoh-

tamisen käytäntöjä tai muuntaa toimintaansa matriisiorganisaation periaatteiden suuntaan. Eräs vaihtoehto on toteuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista prosessijohtamisen periaatteita noudattaen. Tällöin hyvinvointitavoitteet tiivistetään muutamiksi prosesseina johdettaviksi kokonaisuuksiksi. Prosessit kuvataan ja niiden tavoitteet ja tulosvaatimukset kirjataan näkyviin. Prosesseille nimetään myös prosessivastaavat. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiskäytännöt ja vastuut on tehtävä kuntaorganisaatiossa näkyviksi, jotta toimintaa voidaan seurata ja arvioida.

6. *Terveyden edistämisen jatko- ja täydennyskoulutukseen on panostettava sekä ammatillisella että strategisella tasolla.*

Useat ammattikorkeakoulut ovat ottaneet ohjelmistoonsa terveyden edistämisen johtamisen jatkokoulutusohjelmia. Käytännössä ongelmaksi on muodostumassa koulutuksen saaneiden sijoittuminen työelämään niin, että he voivat hyödyntää koulutustaan. Yliopisto-opinnoissa terveyden edistämisen opinnot painottuvat tautilähtöisesti, kun taas yhteisöllinen lähestymistapa ja strateginen johtaminen jäävät vähemmälle.

Luottamushenkilöiden omaehtoinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutukseen osallistuminen on laimeaa. Osittain se voi johtua siitä, että koulutus tuo kyllä lisää tietoa ja ymmärrystä, mutta se ei lisää vaikuttamisen mahdollisuuksia. Osasyynä on myös ajanpuute. Todennäköisesti terveyden edistämisen koulutusta olisi hyödyllisintä tarjota kunnassa moniammatillisesti ja monialaisesti yhdessä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyöhön ja johtamiseen liittyvää koulutusta tulisi tarjota luottamushenkilöille ja viranhaltijajohdolle suunnitteluseminaareissa yhdessä taloustietoa ja vaikuttavuuden arviointia käsittelevän koulutuksen kanssa.

7. *Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen kehittäminen on liikkumista organisaatioiden välimaastossa ja rajapinnoilla. Asioiden käsittely tapahtuu horisontaalisesti eri alojen asiantuntijuuden sisältöalueilla ja vertikaalisesti eri tasojen päätöksenteon rajoissa.*

Kehittämistyön kokemukset eivät ole siirrettävissä suoraan toimintaympäristöstä toiseen, vaan perusteet kehittämiselle on haettava omista käytännöistä. Työvälineiden ja menetelmien kehittäminen tuottaa tuloksia suurin piirtein sovittujen aikataulujen mukaisesti. Siirtyminen rakenteiden kehittämiseen synnyttää päättämättömyyttä ja vastustusta, joka on hyvä tiedostaa kehittämisprosessien aikatauluja laadittaessa. Johtamisen käytäntöjä ja malleja arvioidaan yksityiskohtaisemmin hankkeen toisessa osiossa (2006–2009).

8. *Terveyden edistäminen tarvitsee kansallisesti näkyvää tukea ja ohjausta.*

Selvitysten mukaan kansallisia suosituksia, ohjeita ja oppaita ei ole käsitelty kunnissa kovinkaan usein päätöksentekoa ohjaavina asiakirjoina. Sen sijaan niitä on hyödynnetty operatiivisella tasolla työikäntöjen ja organisatoristen ratkaisujen suunnittelussa. Jotta terveyden edistämisestä tulee vakavasti otettavaa kuntapolitiikkaa, se tarvitsee lainsäädännön tukea, sisällöllistä tarkennusta ja toimintaa tukevia velvoitteita. Seurantajärjestelmän vakiinnuttaminen ja seurantavelvoitteen tiukentaminen ohjaa toiminnan suuntaamista haluttuun suuntaan. Terveysvaikutusten ennakoarviointi YVA-lain tapaan voisi olla perusteltu käytäntö. Määrärahaohjauksen liittäminen valtakunnallisten hyvinvointitavoitteiden toteutumiseen voisi olla eräs tapa terveyttä edistävän työn vahvistamiseen.

Kuntien laatimia toimeenpanosuunnitelmia kunta- ja palvelurakennemuutostukseen liittyvän puitelain mukaisesti tulee arvioida myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämissuunnitelmien kannalta.

## 14 Jatkosuunnitelmat

TEJO-kehittämishankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2004–2005) selvitettiin kuntien ja kuntayhtymien toimintakäytäntöjä strategisella ja osittain ammatillisella tasolla suunnittelun, seurannan, johtamisen ja hallintokäytäntöjen kannalta. Työvälineiden kehittäminen ja niiden käyttöönottoaminen ja sitominen kunnan/seutukunnan suunnitteluprosessiin ja strategiatyöhön on ollut tietoinen tapa rakentaa perustaa johtamisen mallien ja -käytäntöjen kehittämiseksi. Sitoutuminen jatkohankkeeseen (2006–2009) tehtiin kunnissa kunnanvaltuuston tai kunnanhallituksen päätöksellä.

Terveyden edistämisen kehittäminen jatkuu TEJO:ssa vuosina 2006–2009 terveyden edistämisen rakenteiden, johtamiskäytäntöjen ja työvälineiden kehittämisellä, arvioinnilla ja tunnetuksi tekemisellä. Hyvinvointikertomus tulee vuotuisen toiminta- ja taloussuunnittelun ja seurannan välineenä testattavaksi vuosittain. Ennakoarvioinnin menetelmien soveltuminen lautakuntatyöskentelyyn arvioidaan systemaattisesti sisällöllisesti ja toimintakäytäntönä. Arvioinnin tuloksena on tarkoitus saada näkemys siitä, kannattaako työkalun käyttöön ottamista suositella ja tukea kansallisena ja kansainvälisenäkin innovaationa.

Terveyden edistämisen johtamisen mallit ja johtamiskäytännöt tulevat poikkeamaan pienemmissä ja isommissa peruskunnissa, terveydenhuollon kuntayhtymissä ja erityyppisillä yhteistoiminta-alueilla kuten terveystuoreissa. Hyvinvointitavoitteiden toteutumisen kannalta on tärkeää, että vastuu terveyttä edistävän toiminnan johtamisesta ja tehtävien koordinoimisesta eri hallinnonalojen ja -tasojen välillä on selvää ja että kussakin hallintorakenteessa terveydenhuollon ja muiden hallinnonalojen yhteistoiminta on varmistettu. TEJO-hankkeessa arvioidaan mallien ja käytäntöjen toimivuutta käytännössä. Terveyden edistämisen tehtävien selkiyttäminen ja kustannusvaikuttavuuden arviointi sekä kuntalaisten osallistumisen vahvistaminen ovat hankkeen tulevan kauden tehtäviä. Prosessin edetessä saatuja kokemuksia välitetään sovellettavaksi kaikkiin kuntiin.



## Lähteet

- Alasoini, T. (2006). Ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Ammattikorkeakoululaki 2003/351, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
- Arnkil, R. (2006). Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:n kehittämissstrategiana. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Arnkil, T. & Eriksson, E. & Arnkil, R. (2000). Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes Raportteja 253. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Arnkil, T. (2006). Okavango-kehittäminen – Välittääkö kukaan jatkuvuudesta. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Bracht, N. (ed.) (1990). Health Promotion at the Community Level. Sage Publications. Newbury Park, London New Delhi.
- Eklund, L. (1999). From Citizen Participation towards Community Empowerment. Acta Universitatis Tamperensis 704. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta. Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma (2000). Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Heikkinen, H. L. T. & Jyrkämä, J. (1999). Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. ATENA kustannus. Juva.
- Heino, T. (2006). Tiedon tuottamisen tilat läheisneuvonpito-ohjelmassa. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Hokkanen, S. & Strömberg, O. (2003). Ihmisten johtaminen. Sho Business Development. Jyväskylä.
- Kansanterveyslaki 2005/928, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
- Kekki, T. (1998). Kuntien päihdestrategiat vuosina 1994–1998. Selvitys kuntien kirjallisista päihdetoimintaohjelmista. Stakes Aiheita 42/1998. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Kinnunen, P. (2002). Kunnilta puuttuu hyvinvointipoliittinen ohjelma. Kaleva 12.6.2002.
- Kinnunen, P. & Kurkinen, J. (2003). Kohti hyvinvointistrategiaa. Teoksessa Kinnunen, P. & Kostamo-Pääkkönen, K. (toim.) 2003. Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulun kaupungin painatuskeskus. Oulu.
- Koivunen, N. (2005). Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu? Hallinnon tutkimus 3: 32–45.
- Kokko, L. (1993). Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Terveys on tekojen asia. Virikekirjanen paikalliseen yhteistyöhön terveyden edistämiseksi “Terveyttä kaikille vuoteen 2000” -ohjelman mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:7. Art-Print-Painotalo Oy. Helsinki.
- Kuntalaki 1995/365, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
- Kurkinen, J. (2003). Kuntien hyvinvointistrateginen työ. Teoksessa Kinnunen, P. & Kostamo-Pääkkönen, K. (toim.) 2003. Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulun kaupungin painatuskeskus. Oulu.
- Lehtinen, P. & Valtonen, H. (1997). Ennaltaehkäisyä etsimässä. Kuntaprojektin tutkimuksia. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:17. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Liimatainen, L. & Ryttyläinen, K. (toim.) (2006). Innovoi vaikuta arvioi, Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Maankäyttö- ja rakennuslaki 1999/132, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
- Mäkisalo, M. (2003). Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tammi. Helsinki.
- Naschold, F. & Daley, G. (1999). The Strategic Management Challenge: Modernizing Local Government. Part Two. International Public Management Journal 2 (1): 52–67.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Health Promotion International 13 (4): 345.
- Pajukoski, M. (1996). Projektista käytäntöön. Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojektin hallinnollinen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1996:8. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Pajukoski, M. (1998). Mitä muuttui? Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojektin osaprojektien arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:3. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Pajukoski, M. (2000). Mitä ehkäistiin? Projektit ja ohjelmat paikallisen ehkäisevän sosiaalipolitiikan välineinä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:2. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Perttilä, K. (1999). Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 103. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Perttilä, K. & Koponen, P. & Suominen, H. (1999). Terveiden edistämisen strategiat kunnallisessa politiikassa. Asiakirjojen sisällön analyysi 1985–1996. Yhteiskuntapolitiikka 5–6: 453–464.
- Perttilä, K. & Kautto, S. & Lounamaa, A. & Luopa, P. & Ritamo, M. & Rimpelä, M. & Pesonen, A.-E. & Zotow, M. (2003). Hyvinvointi koulu yhteisössä (hvk) – kehittämishankkeen loppuraportti.



- Stakesin Aiheita 25/2003. Stakes monistamo. Helsinki.
- Perttilä, K. (2004). Miten hyvinvointia johdetaan kunnissa ja alueilla? Mitä terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen (TEJO) -selvitys kertoo hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kunnassa. Teoksessa: Ritamo, M. (toim.) 2004. VII Terve Kunta -päivät 21.–22.1.2004. Stakes Aiheita 2/2004. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Perttilä, K. & Orre, S. & Koskinen S. & Rimpelä, M. (2004). Kuntien hyvinvointikertomus. Hankkeen loppuraportti. Stakes Aiheita 7/2004. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Perttilä, K. (2005). Miten hyvinvoinnin edistäminen toteutuu kunnissa - rakenteet ja johtaminen puntarissa. Teoksessa: Ritamo, M. (toim.) 2005. VIII Terve Kunta -päivät 26.–27.1.2005. Stakes Aiheita 4/2005. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Pirkanen, M. & Pietilä, A.-M. (2000). Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. Selvitys terveystieteiden yhdyshenkilöiden toiminnasta ja sen kehittämistarpeista. Stakes Aiheita 11/2000. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Rauhala, P. (1998). Mistä ehkäisevässä sosiaalipoliitikassa on kysymys? Käsitteellistä ja historiallista tarkastelua. Stakes Tutkimuksia 90/1998. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Rautio, M. (2006). Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rimpelä, M. (2001). Pirkanmaan mielenterveysstrategia- ja osaamiskeskushanke. Konsultaattoriportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2001. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Rimpelä, M. (2005). Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvastuu ja ydintehdävät. Suomen lääkärilehti 45: 4651–4655.
- Ritamo, M. (toim.) (2004). VII Terve Kunta -päivät 21.–22.1.2004. Stakes Aiheita 2/2004. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Ritamo, M. (toim.) (2005). VIII Terve Kunta -päivät 26.–27.1.2005. Stakes Aiheita 4/2005. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Ritamo, M. (toim.) (2006). IX Terve Kunta -päivät 25.–26.1.2006. Stakes Työpapereita 1/2006. Stakes ja Kuntaliitto. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Ritamo, M. (toim.) (2007). X Terve Kunta -päivät 23.–24.1.2007. Stakes Työpapereita 1/2007. Stakes ja Kuntaliitto. Valopaino Oy. Helsinki.
- Romppanen, P. (2002). Miten kunnat jäsentävät päihdetyön strategioissaan? Tiimi 3–4: 10–12.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WSOY. Porvoo-Helsinki-Juva.
- Seppänen-Järvelä, R. (2003). Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. FinSoc Työpapereita 1/2003. Stakes. Helsinki.
- Seppänen-Järvelä, R. (2006). Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin. Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- SOVA-laki, Laki viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista 2005/200, www.finlex.fi.
- Stakes (1993). Mielenterveystyö kunnan asialistalle. Stakes Oppaita 19/1993. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- STM (1992). Ehkäisevän sosiaalipoliitikan työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1992:14. Helsinki.
- STM (1993). Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2. AT-Julkaisuostoimisto Oy. Libris Oy. Helsinki.
- STM (1996). Terveyden edistäminen kunnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:15.
- STM (1998). TK 2000 – Suomen kansallisen terveystieteellisen tavoite- ja toimenpideohjelman arviointiseminaarin raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:33.
- STM (1999). Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. Oy Edita Ab. Helsinki.
- STM (2000). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003. Seurantajulkaisu. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2000:17. Oy Edita Ab. Helsinki.
- STM (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystieteiden kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Edita Prima Oy. Helsinki.
- STM (2002). Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:18. Kirjapaino Keili Oy. Helsinki.
- STM (2003). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. TATO:n ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2003:12. Oy Edita Ab. Helsinki.
- STM (2006). Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Yliopistopaino. Helsinki.
- Suominen, H. (1999a). Väliraportti kuntien hyvinvointiselontekohankkeesta. Strategiat lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi. Stakes Aiheita 1/1999. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Suominen, H. (1999b). Lapset ja nuoret kuntastrategiaasiakirjoissa. Hallinnon tutkimus 4: 353–361.
- Suominen, H. (2000). Lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattorit ja -politiikka – taustaa lasten hyvinvointitilanteen seurannalle. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 3: 233–243.
- Suominen H. (2001a). Valtuustot keskustelemassa lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Yhteiskuntapolitiikka 3: 211–223.
- Suominen H. (2001b). Hyvinvointi- ja lapsipoliittinen suunta kunnissa – talous- ja suunnitteluasiakirjojen analyysi. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 4: 275–287.
- Tiili, M. (2004). Strateginen johtaminen valtioneuvostotason prosessina. Hallinnon tutkimus 2: 4–15.
- Uusitalo, M. & Perttilä, K. & Poikajärvi, K. & Rimpelä, M. (2003). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO).

- Esitutkimusraportti. Stakes Aiheita 21/2003. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Uusitalo, M. & Perttilä, K. & Kurenniemi M. (2005). Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kuntien asiakirjoissa. Asiakirja-analyysi TEJO-pilottikunnissa. Stakes Työpapereita 8/2005. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Vaarama, M. & Luomanhaara, J. & Peiponen, A. & Voutilainen, P. (2001). Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Stakes Raportteja 259. Gummerrus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 (1992). Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994–1997 (1993). Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Painatuskeskus. Helsinki.
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997–2000 (1996). Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002 (1998). Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Väärälä, R. (1994). Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kunta- ja projektiin tutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 19. Lapin yliopiston monistuskeskus. Rovaniemi.
- Warpenius, K. (2002). Kuka ottaisi vastuun. Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Stakes Raportteja 270. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- WHO (1986). Ottawa charter for health promotion 1986. [www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa).
- WHO (2005). Bangkok charter for health promotion 2005. [www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter).
- YVA-laki, Laki ympäristövaikutusten arviointimenetelmästä 1994/468, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

## Internet-lähteet

- [groups.stakes.fi/IKI](http://groups.stakes.fi/IKI)  
[groups.stakes.fi/KHS](http://groups.stakes.fi/KHS)  
[groups.stakes.fi/MTR](http://groups.stakes.fi/MTR)  
[groups.stakes.fi/VERK/FI/Verkostomenetelmat](http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Verkostomenetelmat)  
[info.stakes.fi/hyvinvointikertomus](http://info.stakes.fi/hyvinvointikertomus)  
[info.stakes.fi/tedbm](http://info.stakes.fi/tedbm)  
[info.stakes.fi/tejo](http://info.stakes.fi/tejo)  
[info.stakes.fi/tejo/FI/Tyokokoukset](http://info.stakes.fi/tejo/FI/Tyokokoukset)  
[info.stakes.fi/tervekunta](http://info.stakes.fi/tervekunta)  
[info.stakes.fi/tervekuntapaivat](http://info.stakes.fi/tervekuntapaivat)  
[neuvoa-antavat.stakes.fi](http://neuvoa-antavat.stakes.fi)  
[terveysprojektit.turkuamk.fi/hyvinvointikertomus](http://terveysprojektit.turkuamk.fi/hyvinvointikertomus)  
[www.nurmes.fi/Resource.phx/sivut/sivut-nurmes/tejo-tessu/etusivu.htm](http://www.nurmes.fi/Resource.phx/sivut/sivut-nurmes/tejo-tessu/etusivu.htm)  
[www.ouka.fi/tejo](http://www.ouka.fi/tejo)  
[www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanta](http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanta)  
[www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)  
[www.stakes.fi/iva](http://www.stakes.fi/iva)  
[www.terveys2015.fi](http://www.terveys2015.fi)  
[www.virtuaaliamk.fi](http://www.virtuaaliamk.fi)  
[www.who.dk/healthy-cities](http://www.who.dk/healthy-cities)  
[www.ykliitto.fi/iotieto/lapsen.htm](http://www.ykliitto.fi/iotieto/lapsen.htm)

## LIITE 1

### Kuvaus TEJO-kunnista

TEJO-hankkeeseen osallistuvissa kunnissa asukasluvut vaihtelevat yli 200 000 tuhannesta reilusti alle kymmeneen tuhanteen. Kuusiokunnat seutukunta muodostuu kuudesta Etelä-Pohjanmaan pienestä kunnasta, joiden yhteinen seudun asukasluku ylittää reiluun 28 800.

#### Espoo

Espoossa väestön ikärakenne poikkesi maan keskitasosta eniten alle kuusivuotiaiden ja yli 65-vuotiaiden osalta. Lapsia ja lapsiperheitä Espoossa asui enemmän ja eläkeikäisiä vähemmän kuin maassa keskimäärin. Työttömien, toimeentulotukea saavien ja huoltosuhteen osalta tarkasteltaessa tilanne Espoossa oli melko hyvä. Työttömien osuus työvoimasta oli Espoossa selvästi alhaisempaa kuin koko maassa, mutta pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli kuitenkin melko korkea. Koulutustaso oli espoolaisilla maan keskitasoa korkeampi. Alkoholin myynti asukasta kohden ja väkivaltarikosten määrä olivat alhaisempia kuin koko maassa keskimäärin. Myös sairastavuus oli sairastavuusindeksillä mitattaessa alhainen. Eniten Espoossa aikuisväestö sairasti verenpainetautia ja depressiota, vähiten diabeteksestä (liitetaulukko 5). Espoossa sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset alittivat maan keskitason muiden paitsi sosiaalitoimen kustannusten osalta. (Liitetaulukot 1–12.)

#### Kauniainen

Kauniaisissa väestön ikärakenne seurasi koko maan ikärakennetta. Suurimpana poikkeuksena olivat kouluikäiset (7–15-vuotiaat), joita asui Kauniaisissa suhteessa koko maata enemmän. Myös lapsiperheitä asui Kauniaisissa maan keskitasoa enemmän. Yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä oli alhainen ja avioeroja tapahtui vähemmän kuin maassa keskimäärin. Väestön taloudellinen tilanne näyttää liitetaulukko 2 tietojen valossa hyvältä. Työttömien osuus työvoimasta oli alhainen ja toimeentulotukea saavia oli vähän. Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli kuitenkin korkealla ja huoltosuhte oli maan keskitasoa korkeampi. Koulutustaso oli Kauniaisissa korkea ja koulutuksen ulkopuolelle jääneitä nuoria oli selvästi vähemmän kuin muissa TEJO-kunnissa tai koko maassa. Alkoholin myynti asukasta kohden oli TEJO-kuntien korkein. Poliisin tietoon tulleita väkivaltarikoksia tapahtui todella vähän. Sairastavuusindeksillä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrää tarkasteltaessa, kauniaislaiset olivat TEJO-kuntien terveimpiä. Eniten sairastettiin verenpainetautia, toiselle sijalle sijoittui depressio, diabetesta kauniaislaiset sairastivat liitetaulukon 5 tietojen valossa vähiten. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset alittivat maan keskitason muiden paitsi perusterveydenhuollon kustannusten osalta. (Liitetaulukot 1–12.)

#### Muurame

Muuramessa asui vuonna 2004 alle kouluikäisiä ja yli 65-vuotiaita yhtä paljon. Lapsia ja nuoria asui maan keskitasoon nähden enemmän ja eläkeikäisiä vähemmän. Lapsiperheiden osuus oli noin puolet kaikista perheistä. Yksinhuoltajaperheitä asui Muuramessa keskimääräistä vähemmän.

Avioeroja tapahtui melko usein. Muuramelaisista noin 12,5 prosenttia asui ahtaasti ja tulos oli TEJO-kuntien toiseksi korkein. Väestön työttömyys oli maan keskitasoista ja pitkäaikaistyöttömyys oli Kauniaisen ja Espoon tavoin korkealla. Toimeentulotukea saavia oli kuitenkin keskitasoa vähemmän. Muuramelaisten koulutustaso oli keskitasoista ja koulutuksen ulkopuolelle jäi nuoria melko vähän. Alkoholia myytiin asukasta kohden selvästi vähemmän ja myös väkivaltarikokset olivat harvinaisempia kuin useammassa TEJO-kunnassa tai koko maassa. Sairastavuusindeksi oli maan keskitasolla. Varsinkin lasten ja nuorten aikuisten sairastavuus oli vähäisempää kuin Suomessa keskimäärin erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen kautta tarkasteltaessa. Aikuis-ten ja yli 65-vuotiaiden osalta erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja oli hieman koko maata enemmän. Eniten Muuramessa sairastettiin verenpainetautia, toiselle sijalle sijoittui astma, vähiten muuramelaiset sairastivat diabetesta (liitetaulukko 5). Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ylittivät maan keskitason perusterveydenhuollon kustannusten osalta. (Liitetaulukot 1–12.)

## Närpiö

Lapsia, nuoria ja lapsiperheitä asui Närpiössä vähemmän ja eläkeikäisiä taas selvästi enemmän kuin keskimäärin koko maassa. Lapsiperheiden elinolosuhteet olivat melko hyvät, sillä yksinhuoltajaperheitä oli vähän ja avioeroja tapahtui harvoin ja lisäksi Närpiössä asuttiin melko väljästi. Työttömien ja toimeentulon osalta Närpiössä tilanne oli vuonna 2004 positiivinen. Työttömien osuus työvoimasta oli selvästi maan keskitasoa alhaisempi ja myös pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli matala, samoin toimeentulotukea saavien osuus oli alhainen. Huoltosuhde oli kuitenkin selvästi korkeampi kuin maassa keskimäärin. Koulutustaso oli närpiöläisillä matala, mutta koulutuksen ulkopuolelle jäi nuoria koko maan tasoa vähemmän. Alkoholin myynti asukasta kohden oli alhaista ja samoin väkivaltarikosten määrä. Myös väestön sairastavuus oli selvästi maan keskitasoa alhaisempaa, varsinkin lasten, nuorten ja alle 24-vuotiaiden aikuisten kohdalla. Kuitenkin verenpainelääkkeisiin korvausta saaneiden määrä oli Kuusiokuntien ohella selvästi suurempi kuin muissa TEJO-kunnissa. Toiseksi eniten närpiöläiset sairastivat sepelvaltimotautia. Vähiten Närpiössä sairastettiin astmaa. (Liitetaulukko 5.) Erikoissairaanhoidon ja niukasti myös terveystoimen ja sosiaalitoimen nettokustannukset ylittivät maan keskitason. (Liitetaulukot 1–12.)

## Oulu

Oulussa lasten, nuorten ja lapsiperheiden osuus väestöstä oli maan keskitason tuntumassa, eläkeikäisten osuus väestöstä oli alhaisempi kuin koko maassa. Yksinhuoltajaperheitä asui Oulussa keskimääräistä enemmän ja myös avioeroja tapahtui paljon. Oululaiset asuivat melko väljästi. Työttömien osuus työvoimasta oli muutaman prosenttiyksikön korkeampi kuin koko maassa, samoin toimeentulotukea saavien osuus. Huoltosuhde oli kuitenkin alhainen, TEJO-kuntien alhaisin. Poliisin tietoon tulleita väkivaltarikoksia tehtiin enemmän kuin maassa keskimäärin. Koulutustaso oli oululaisilla melko korkea ja koulutuksen ulkopuolelle jäi vähän nuoria. Sairastavuusindeksillä mitattaessa Oulussa väestön sairastavuus oli korkeampaa kuin maassa keskimäärin. Kaikissa ikäryhmissä erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrä nousi yli maan keskitason, erityisesti yli 65-vuotiaiden kohdalla. Oulussa sairastettiin yleisemmin verenpainetautia, sepelvaltimotautia ja astmaa, vähiten korvaukseen oikeutettuja oli diabeteksen osalta (liitetaulukko 5). (Liitetaulukot 1–12.)

## Salo

Myös Salossa väestörakenne ja lapsiperheiden määrä seurasi koko maan väestörakenteellista linjaa. Verrattaessa koko maan tilanteeseen yksinhuoltajaperheiden osuutta lapsiperheistä ja avioerojen määrää, niin tilanne oli Salossa vähän heikompi. Salossa asuttiin kuitenkin väljästi ja työttömiä sekä toimeentulotukea saavia asui vähemmän kuin maassa keskimäärin. Huoltosuhte oli maan keskitason tuntumassa. Koulutustaso oli Salossa melko alhainen ja koulutuksen ulkopuolelle jäi enemmän nuoria kuin muissa TEJO-kunnissa tai koko maassa. Poliisiin tietoon tulleita väkivaltarikoksia sattui melko paljon. Salolaisten sairastavuus oli suhteellisen vähäistä sairastavuusindeksillä tarkasteltaessa, mutta kuitenkin lasten ja nuorten aikuisten osalta erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrä nousi yli maan keskitason. Eniten Salossa sairastettiin verenpainetautia ja depressiota, vähiten astmaa (liitetaulukko 5). Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista maan keskitason ylittivät niukasti erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen kustannukset. (Liitetaulukot 1–12.)

## Kuusiokunnat

Kuusiokunnissa väestön ikärakenne kallistui melko vahvasti eläkeikäisten suuntaan ja lapsiperheitä asui seudulla hieman maan keskitasoa vähemmän. Seudulla asuvat perheet olivat kuitenkin muodoltaan usein ydinperheitä, sillä lapsiperheistä yksinhuoltajaperheitä oli vähän ja avioeroja tapahtui selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin. Kuusiokunnissa asuttiin ahtaammin kuin muissa TEJO-kunnissa. Työttömien ja toimeentulotukea saavien osuus jäi maan keskitason alapuolelle, mutta huoltosuhte oli seudulla korkea. Koulutustaso Kuusiokunnissa oli verrattain alhainen, TEJO-kuntien alhaisimpia, mutta taas koulutuksen ulkopuolelle jäi koko maan tasoon nähden melko vähän nuoria. Alkoholin myynti asukasta kohden jäi alle maan keskitason, samoin väkivaltarikosten määrä. Sairastavuus oli seudulla korkeaa, sairastavuusindeksi oli joka kunnassa yli maan keskitason. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja lapsia oli Kuusiokunnissa vähemmän kuin maassa keskimäärin, mutta muissa ikäryhmissä korvausta saaneiden määrä nousi yli keskitason, erityisesti eläkeikäisten kohdalla. Väestö sai lääkekorvauksia eniten verenpainelääkkeisiin, mutta myös sepelvaltimotauti, diabetes ja astma olivat yleisempiä kuin koko maassa, depressiolääkkeisiin oikeutettuja oli vähemmän (liitetaulukko 5). Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ylittivät maan keskitason perusterveydenhuollon ja terveystoimen osalta. (Liitetaulukot 1–12.)

LIITETAULUKKO 1. Perustietoa TEJO-kunnista ja väestöstä

Vuosi 2004	Asukasluku	Pinta-ala, Km <sup>2</sup>	0–6-vuotiaat, % väestöstä	7–15-vuotiaat, % väestöstä	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	Lapsiperheet, % perheistä	Yksinhuoltaja- perheet, % lapsi- perheistä
Espoo	227472,0	329,9	9,6	12,2	9,3	47,7	19,7
Kauniainen	8465,0	6,0	7,9	15,0	15,8	45,1	14,5
Muurame	8597,0	193,8	10,3	15,2	10,3	50,4	15,2
Närpiö	9515,0	977,7	5,8	10,0	24,7	35,4	10,1
Oulu	127226,0	385,0	8,4	10,1	11,6	42,7	21,6
Salo	24878,0	143,8	7,6	10,1	17,6	40,9	21,9
Kuusiokunnat	28711,0	3410,4	7,2	11,6	21,1	39,3	14,5
Alavus	9669,0	843,1	7,5	11,6	20,5	38,5	14,2
Kuortane	4230,0	484,8	6,4	10,4	23,7	36,3	14,2
Lehtimäki	1970,0	291,1	6,2	10,6	22,6	37,8	13,7
Soini	2667,0	572,7	7,2	13,3	22,6	44,3	10,5
Töysä	3211,0	309,8	9,2	12,6	19,0	41,9	17,4
Ähtäri	6964,0	908,9	6,4	11,4	20,4	39,7	15,7
Koko maa			7,6	11,1	15,9	41,7	19,9

Lähde: Suomen Kuntaliitto/ Tilastokeskus, 31.12.2004

Lähde: Suomen Kuntaliitto/ Maanmittauslaitos, 1.1.2005

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 2. Kunnan ja kuntalaisten talouteen vaikuttavia tunnuslukuja<sup>1</sup>

	Tuloveroprosentti 2006 (%)	Työttömät, % työvoimasta, 2004	Pitkäaikais- työttömät, % työttömistä, 2004	Toimeentulo- tukea saaneet henkilöt vuoden 2004 aikana, % asukkaista	Koulutustaso- mittain, 2003	Huoltosuhte, demografinen, 2004
Espoo	17,50	6,7	28,4	6,5	421	42,7
Kaunainen	16,00	4,2	28,9	3,5	531	58,4
Muurame	18,50	10,5	28,5	5,8	340	52,1
Närpiö	19,50	4,1	11,8	4,2	218	65,1
Oulu	18,00	13,1	23,9	8,2	367	41,0
Salo	17,00	9,3	23,7	6,6	269	51,7
Kuusiokunnat		10,8	24,4	6,9	220	62,4
Alavus	18,75	10,9	25,9	8,0	222	62,1
Kuortane	18,50	7,8	24,7	5,4	216	64,3
Lehtimäki	20,00	11,8	21,2	7,1	203	61,3
Soini	19,50	13,6	25,7	4,8	179	70,5
Töysä	18,50	10,6	23,5	10,8	213	64,4
Ähtäri	19,75	11,4	23,1	5,5	244	58,2
Koko maa		11,3	25,3	7,7	294	50,0

 Lähde: Suomen  
Kuntaliitto

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

Lähde: SOTKANet

 LIITETAULUKKO 3. Väestön elinoloihin ja elintapoihin vaikuttavia tunnuslukuja<sup>2,3</sup>

	Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa, 2004	Poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset/ 1 000 asukasta, 2004	Avioeroja 25–64- vuotiailla/1 000 vastaavanikäistä naimisissa olevaa, 2004	Ahtaasti asuvat asuntokunnat, % kaikista asuntokunnista, 2004	Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat/1 000 vastaavanikäistä, 2003
Espoo	6,6	4,0	15,7	10,0	119,6
Kaunainen	10,4	1,3	11,1	9,6	60,2
Muurame	2,8	3,0	17,2	12,6	98,9
Närpiö	4,7	2,3	3,4	8,9	67,0
Oulu	8,9	7,1	19,5	8,9	80,7
Salo	8,9	7,0	18,8	8,4	150,3
Kuusiokunnat	6,7	4,2	6,8	13,1	82,3
Alavus	5,2	6,3	5,8	13,6	86,6
Lehtimäki	2,9	2,4	8,5	11,5	82,4
Kuortane	2,3	1,0	0,0	11,9	86,5
Soini	2,3	1,1	2,2	16,1	111,8
Töysä	22,2	2,2	17,5	14,4	90,0
Ähtäri	7,2	5,3	6,9	12,2	61,1
Koko maa	8,2	6,2	15,5	10,4	118,0

Lähde: SOTKANet

1 Huoltosuhte ilmaisee, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttynyttä asuu kunnassa sataa työikäistä kohti. Mitä enemmän on lapsia ja/tai eläkeikäisiä, sitä korkeampi huoltosuhteen arvo on. (SOTKANet.)

2 Alkoholijuomien myynti asukasta kohden 100 % alkoholina -indikaattori ilmaisee vuoden aikana kunnan alueella Alkon myymälöistä myydyt ja kunnan alueella sijaitseviin elintarvikeliikkeisiin, kioskeihin, huoltoasemille ja anniskeluravintoloille toimitettujen alkoholijuomien määrän 100 %:n alkoholina laskettuna litroina jokaista vastaavalla alueella asuvaa kohden (SOTKANet).

3 Asunto on ahtaasti asuttu, jos siinä asuu enemmän kuin yksi henkilö huonetta kohti, kun keittiötä ei lasketa huoneluukuun (SOTKANet).

LIITETAULUKKO 4. Väestön sairastavuus vuonna 2004

Vuosi 2004	Sairastavuus- indeksi, ikävakioitu	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 0–15- vuotiaita/1 000 vastaavanikäistä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 16–24- vuotiaita/1 000 vastaavanikäistä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 25–64- vuotiaita/1 000 vastaavanikäistä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä/1 000 vastaavanikäistä
Espoo	79,7	37,2	42,3	148,0	560,2
Kauniainen	63,2	27,2	38,6	145,5	513,0
Muurame	101,3	30,5	42,1	211,9	641,3
Närpiö	77,3	36,5	39,3	207,7	624,8
Oulu	108,6	44,2	56,5	215,2	704,4
Salo	94,9	48,8	55,3	189,7	609,6
Kuusiokunnat		38,4	53,4	262,6	707,6
Alavus	108,1	35,7	49,6	258,8	686,3
Kuortane	104,0	18,3	32,4	228,8	667,3
Lehtimäki	117,7	57,1	46,7	293,6	739,3
Soini	118,2	32,8	58,8	303,6	775,4
Töysä	108,4	31,5	39,4	228,2	650,8
Ähtäri	107,0	55,4	77,8	279,7	751,4
Koko maa	100,0	42,7	51,8	206,0	630,0

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 5. Työikäisten sairastavuus pilottikunnissa vuonna 2004

Vuosi 2004	Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 20–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä	Eryiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
Espoo	6,8	4,1	3,6	4,2	11,9
Kauniainen	6,6	3,9	3,0	4,0	11,1
Muurame	6,0	6,3	4,8	6,1	16,9
Närpiö	4,9	4,0	4,7	6,4	22,4
Oulu	6,8	7,4	5,2	9,2	20,1
Salo	8,1	3,5	5,1	6,0	19,0
Kuusiokunnat	6,2	5,7	7,3	9,4	24,9
Alavus	6,5	5,6	6,7	9,0	24,1
Kuortane	6,4	3,8	7,6	10,1	21,8
Lehtimäki	5,6	7,2	7,4	10,5	28,1
Soini	7,1	6,8	8,1	11,1	32,6
Töysä	5,5	5,1	6,5	8,8	22,0
Ähtäri	6,0	6,4	7,9	9,0	25,1
Koko maa	7,1	5,4	5,4	7,3	18,3

Lähde: SOTKANet



LIITETAULUKKO 6. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset vuonna 2004<sup>4,5,6</sup>

Vuosi 2004	Erikoissairaanhoidon nettokustannukset, euroa/asukas	Perusterveydenhuollon (mukaanlukien hammashuolto) nettokustannukset, euroa/asukas	Terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas	Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa/asukas
Espoo	658	338	993	1197
Kauniainen	567	583	1162	980
Muurame	597	499	1093	769
Närpiö	813	432	1268	1032
Oulu	717	407	1130	1001
Salo	744	435	1186	1033
Kuusiokunnat	701	683	1397	876
Alavus	701	665	1380	798
Kuortane	710	548	1284	900
Lehtimäki	609	689	1298	1251
Soini	777	647	1432	1008
Töysä	717	572	1296	860
Ähtäri	686	853	1552	820
Koko maa	735	468	1214	1008

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 7. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 0–15-vuotiaita

Vuosi 2004	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 0–15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 0–15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen nivel tulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja 0–15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Espoo	2,6	0,3	0,1
Kauniainen	1,9		
Muurame	2	0,4	
Närpiö	2,3		
Oulu	3,3	0,3	0,1
Salo	3,6	0,5	0,2
Kuusiokunnat	2,5	0,4	0,2
Alavus	2,3	0,5	
Kuortane	1,1		0
Lehtimäki	4,2	0	0
Soini	1,6		
Töysä	2,1		
Ähtäri	3,9	0,6	
Koko maa	2,9	0,4	0,2

Lähde: SOTKANet

4 ”Erikoissairaanhoidon nettokustannukset” sisältävät erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito, terveyskeskusten erikoissairaanhoidon yksiköiden vuodeosastotoiminta, erikoissairaanhoidon avosairaanhoido, terveyskeskusten erikoissairaanhoidon avosairaanhoidotoiminta, erikoissairaanhoidon päivä- ja yösairanhoido, psykiatrian puoliavoimet hoitomuodot sekä erikoissairaanhoidon palvelujen osto kuntayhtymiltä (SOTKANet).

5 ”Perusterveydenhuolto nettokustannukset” sisältävät perusterveydenhuollon vuodeosastohoito ja avohoito ml. hammashuolto, kouluterveydenhuolto ja koulupsykologin toiminta, perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot tai vastaava toiminta (SOTKANet).

6 Sosiaali- ja terveystoimen hallinto on laskettu sosiaalitoimen käyttökustannuksiin. Pääryhmän ”Muu sosiaali- ja terveystoimi” käyttökustannukset on jaettu sosiaali- ja terveystoimen kesken siten, että sosiaalitoimen menoihin on muista menoista laskettu avustukset, elatustuet ja, toimeentulotuet sekä puolet ylitse jäävästä osuudesta. Toinen puoli on laskettu terveydenhuollon kustannuksiin. (SOTKANet.)

LIITETAULUKKO 8. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 16–24-vuotiaita

Vuosi 2004	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 16–24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 16–24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja 16–24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Espoo	1,3	0,8	0,2
Kauniainen	1,9		
Muurame	1,3	0,8	
Närpiö	1,0	1,1	
Oulu	2,5	0,7	0,4
Salo	1,6	0,6	0,4
Kuusiokunnat	1,9	1,0	0,5
Alavus	1,6	1,0	
Lehtimäki			0,0
Soini	2,4		
Ähtäri	3,5	1,4	0,9
Koko maa	1,9	0,7	0,3

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 9. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 25–39-vuotiaita

Vuosi 2004	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 25–39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 25–39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja 25–39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 25–39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Espoo	2,1	0,8	0,7	0,6
Kauniainen	3,0	0,6	0,5	
Muurame	3,1	1,4	1,0	1,6
Närpiö	1,8	1,0	0,7	0,7
Oulu	3,7	0,8	0,8	1,1
Salo	2,5	1,1	0,9	0,9
Kuusiokunnat	2,7	1,0	1,1	1,3
Alavus	2,6	0,8	1,2	1,0
Kuortane	2,4			1,4
Lehtimäki	2,7			
Soini			2,1	3,7
Töysä	2,4			
Ähtäri	3,4	1,4	1,3	1,4
Koko maa	2,7	0,9	0,8	1,0

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 10. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 40–64-vuotiaita

Vuosi 2004	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 40–64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 40–64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 40–64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 40–64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Espoo	3,3	2,6	1,6	7,9
Kauniainen	3,1	1,8	1,1	6,5
Muurame	4,8	3,3	2,0	12,8
Närpiö	2,5	2,5	2,0	12,8
Oulu	6,0	3,1	2,9	13,8
Salo	2,5	3,3	1,7	11,4
Kuusiokunnat	4,1	4,3	3,2	15,9
Alavus	4,4	3,7	3,1	15,1
Kuortane	2,6	4,3	2,6	14,0
Lehtimäki	4,8	5,0	3,0	19,1
Soini	4,1	4,1	3,7	21,1
Töysä	3,6	4,0	4,0	13,4
Ähtäri	4,5	5,1	3,4	16,4
Koko maa	4,2	3,4	2,5	11,9

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 11. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä

Vuosi 2004	Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä	Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
Espoo	10,4	7,1	7,3	13,7	26,6
Kauniainen	8,2	5,8	5,8	10,4	21,3
Muurame	10,9	11,4	9,8	20,3	30,8
Närpiö	7,6	6,1	7,8	12,4	35,7
Oulu	11,1	11,2	10,4	25,6	36,5
Salo	10,1	5,3	8,6	14,1	33,4
Kuusiokunnat	8,0	8,3	12,3	19,7	39,7
Alavus	7,4	7,6	11,7	18,9	39,3
Kuortane	9,1	5,5	12,3	20,9	33,2
Lehtimäki	10,6	11,0	11,5	22,7	42,9
Soini	7,7	10,6	14,0	22,1	49,8
Töysä	6,4	7,5	10,8	16,9	36,4
Ähtäri	8,1	9,9	13,2	19,4	41,0
Koko maa	9,9	8,1	9,7	17,8	32,4

Lähde: SOTKANet

LIITETAULUKKO 12. Tapaturmat pilottikunnissa vuonna 2004

<b>Vuosi 2004</b>	<b>Tapaturman vuoksi sairaalassa hoidetut 0–15-vuotiaat/1 000 vastaavanikäistä</b>	<b>Tapaturman vuoksi sairaalassa hoidetut 16–24-vuotiaat/1 000 vastaavanikäistä</b>	<b>Tapaturman vuoksi sairaalassa hoidetut 25–64-vuotiaat/1 000 vastaavanikäistä</b>	<b>Tapaturman vuoksi sairaalassa hoidetut 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä</b>
Espoo	5,6	12,2	10,8	2,3
Kauniainen	8,6	9,8	10,1	2,6
Muurame	10,1	10,9	9,2	4,2
Närpiö	10,5	13,9	12,1	3,2
Oulu	8,1	12,9	14,0	3,2
Salo	6,0	16,0	15,6	3,0
Kuusiokunnat	9,2	16,8	14,9	2,9
Alavus	9,7	15,1	13,3	3,3
Kuortane	11,1	12,8	20,3	3,0
Lehtimäki		28,0	16,3	2,5
Soini			19,5	1,7
Töysä	12,9	16,8	11,0	2,8
Ähtäri	7,1	20,9	13,6	2,8
Koko maa	7,8	13,4	13,3	2,9

Lähde: SOTKANet

## LIITE 2

## Työkokoukset ja koulutustilaisuudet

LIITETAULUKKO 13. Kuntien työkokoukset ja koulutustilaisuudet, ajankohdat ja teemat

Ajankohta	Tarkoitus/teema
15.12.2003	Muurame, IVA-suunnittelukokous
23.3.2004	Muurame, kuntakäynti
23.3.2004	Salu, kuntakäynti
26.3.2004	Kauniainen, kuntakäynti ja teemaseula
26.4.2004	Närpiö, työkokous/koulutus ja teemaseula
29.4.2004	Kuusiokunnat (Alavus), työkokous ja teemaseula
18.5.2004	Oulu, kuntakäynti
24.5.2004	Muurame, teemaseula
10.6.2004	Kuusiokunnat, Terveys 2015 -seminaari
17.–18.6.2004	Oulu, haastattelut
21.6.2004	Kauniainen, haastattelut
23.6.2004	Kauniainen, haastattelut
7.9.2004	Kauniainen, haastattelut
9.9.2004	Muurame, haastattelut
4.10.2004	Salu, hyvinvointiseminaari
11.10.2004	Espoo, kokous
14.10.2004	Muurame, haastattelut
29.10.2004	Oulu, TEJO-seminaari
4.11.2004	Kuusiokunnat, haastattelut
8.11.2004	Salu, TEJO-johtoryhmän kokous
12.11.2004	Kuusiokunnat, haastattelut
22.11.2004	Kauniainen, koulutuspäivä ja TEJO-johtoryhmän kokous
19.1.2005	Oulu, seminaari
28.1.2005	Salu, IVA-koulutuspäivä
1.2.2005	Muurame, IVA-koulutuspäivä
5.4.2005	Salu, johtoryhmän kokous
14.4.2005	Oulu, seminaari
14.4.2005	Kauniainen, työkokous
18.4.2005	Kuusiokunnat, Hyvinvointitiedosta toimintaan kuntapolitiikassa -seminaari
28.4.2005	Kuusiokunnat, IVA-koulutuspäivä
30.8.2005	Salu, IVA-koulutus
16.9.2005	Kuusiokunnat, IVA-tapaaminen
7.10.2005	Kauniainen, paikallinen työkokous
10.10.2005	Oulu, paikallinen työkokous
1.12.2005	Salu, IVA-koulutuspäivä
13.12.2005	Oulu, hyvinvointiprofilia koskeva kokous

## LIITETAULUKKO 14. Muut vuosina 2002–2003 järjestetyt tilaisuudet

Ajankohta	Tarkoitus/teema	Osallistujia
23.9.2002	Suunnittelu- ja työkokous ammattikorkeakouluille ja lääninhallituksille	28
25.11.2002	Suunnittelu- ja työkokous ammattikorkeakouluille ja lääninhallituksille	31
18.–19.3.2003	Suunnittelu- ja työkokous ammattikorkeakouluille ja lääninhallituksille ja ammattikorkeakoulujen yksikköjohtajille	47
27.5.2003	Suunnittelu- ja työkokous ammattikorkeakouluille ja lääninhallituksille	25
22.9.2003	Suunnittelu- ja työkokous ammattikorkeakouluille ja lääninhallituksille	32
30.–31.10.2003	Suunnittelu- ja työkokous ammattikorkeakouluille ja lääninhallituksille	40
22.1.2004	Terve Kunta -päivät, rinnakkaissessio TEJO-kehittämistyö kunnissa	53
27.1.2005	Terve Kunta -päivät, rinnakkaissessio Kunnan hyvinvointijohtamisen rakenteet	72
10.5.2005	Kokous ammattikorkeakouluille hankkeen jatkosta	21

LIITE 3

Pilottikuntien organisaatiokuvaukset

LIITETAULUKKO 15. Pilottikuntien tulosalueet ja niiden sisältämät palveluyksiköt

	SOSIAALI- JA TERVEYS-TOIMI, PERUSTURVA	TERVEYDENHUOLLON KUNTA-YHTYMÄ	SIVISTYS-TOIMI	KOULUTUS-PALVELUT, OPETUSTOIMI	VAPAA-AJAN PALVELUT	NUORISO-TOIMI	LIIKUNTA-TOIMI	KULTTUURI-TOIMI	TEKNINEN TOIMI, RAKENNUS-VALVONTA, YMPÄRISTÖ-TOIMI, YHDYSKUNTA-TOIMI
KAUNIAINEN	Terveidenhuolto Koti- ja laitoshoito Sosiaalipalvelut Lasten päivähoito Suun terveydenhuolto		Ruotsinkiel. koulutoimi Suomenkiel. koulutoimi Kansalaisopisto Kirjasto Kulttuuritoimi Nuorisotoimi Liikuntatoimi						Maankäyttö Ympäristötoimi Rakennusvalvonta Rakentaminen ja tekninen suunnittelu Kuntatekniikka
MUURAME	Päivähoito Esiopetus Kasvatuksen tukeminen Koti- ja tukipalvelut Vammais- ja vanhuspalvelut Päihdehuolto	Korpilahden terveydenhuollon kuntayhtymä		Perusopetus Lukio-opetus Aikuisopetus Taiteen perusopetus Koululaisten iltapäivätoiminta	Kirjasto Kulttuuri- ja museotoiminta Liikunta- ja urheiluseuratoiminta Nuorisotyö Työpajatoiminta				Rakennusten, puistojen ja yleisten alueiden hoito Tie- ja liikenneasiat Vesi- ja jätevesiasiat Palo- ja pelastustoimi Rakennusvalvonta Asuntoasiat Ympäristöhuolto
NÄRPIÖ	Yksilö- ja perheasiat Lasten päivähoito Lastensuojelu ja lastenvalvonta Toimeentulotukiasiat Vanhus- ja kotipalvelut Vammaispalvelut Päihteidenväärinkäyttö Pakolaistyö	Närpiön terveyskeskus kuntayhtymä		Koulupalvelut Kansalaisopisto Kirjasto Liikuntatoimi Nuorisotoimi Vapaa-aikatoimi Raittiustoimi Kulttuuritoimi					Rakennusasiat Suunnitteluasiat Kunnallistekniikka Pelastustoiminta
OULU	Päivähoito- ja perhetyö Sosiaalityö Terveidenhuolto Vanhustyö Mielenterveys- ja vammaispalvelutyö			Opetusvirasto ja oppilaitokset		Nuorisosiainkeskus	Liikuntavirasto	Kulttuuriasiankeskus Kirjasto Nuoris- ja kulttuurikeskus Teatteri Orkesteri Taide- ja museotoiminta	Tekninen keskus Rakennusvalvontavirasto Ympäristönsuojelu Ympäristöterveydenhuolto ja kuluttajaneuvonta Elintarvike- ja ympäristölaboratorio Eläinlääkintähuolto
SALO	Perusturva Sosiaalityö Vanhustenhuolto Varhaiskasvatus	Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymä		Kouluvirasto Kansalaisopisto Musiiikkiopisto Kirjasto- ja tietopalveluosasto		Liikuntatoimisto Nuorisotoimisto	Liikuntatoimisto Nuorisotoimisto	Kulttuurivirasto	Kaupunki tekniikan osasto Kaupunkisuunnitteluosasto Vesihuoltolaitos Kaukolämpölaitos
ESPOO	Perhe- ja sosiaalipalvelut Päivähoitopalvelut Terveyspalvelut Vanhusten palvelut			Suomenkiel. opetus Ruotsinkiel. opetus ja päivähoito Vapaa sivistystyö Kaupunkikulttuuri					Espoon Vesi Kaupunkisuunnittelu-keskus Kiinteistöpalvelukeskus Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos Rakennusvalvontakeskus Tekninen keskus Varikko Ympäristökeskus



## LIITE 4

## Kuntien TEJO-johto ja ohjausryhmät sekä Stakesin työryhmä

## KAUNIAINEN

**TEJO-ohjausryhmänä toimii kaupunginjohtajan johtoryhmä:**

Torsten Widen, kaupunginjohtaja  
 Gun Söderlund, kaupunginsihteeri  
 Pirkko Taina, kaupunginkamreeri  
 Marianna Harju, yhdyskuntatoimen  
 Antti Rönkä, koulutoimenjohtaja  
 Päivi Hytönen, vs. henkilöstöpäällikkö  
 Markus Jahnesson, tiedotussihteeri  
 Ulla Tikkanen, sosiaali- ja terveystoimenjohtaja

**TEJO-työryhmä:**

Ulla Tikkanen, sosiaali- ja terveystoimenjohtaja, projektin yhdyshenkilö, puheenjohtaja  
 Taru Kaikkonen, sosiaalipalvelupäällikkö  
 Leena Keravuori, päivähoitopäällikkö  
 Eila Pitkänen, terveystarkastaja  
 Terhi Paldanius, opettaja  
 Lili Lindvall, opettaja  
 Eeva Sinisalo-Juha, nuorisosihteeri  
 Helena Pirvola-Nykänen, liikuntasihteeri  
 Eero Julkunen, kansalaisopiston lehtori

## MUURAME

**TEJO-hankkeen alueellinen yhteistyöryhmä:**

Kerttu Perttilä, kehittämisspäällikkö, Stakes  
 Päivi Lifflander, terveydenhuollontarkastaja, Länsi-Suomen lääninhallitus/  
 Marketta Korhonen, sosiaalivuos, Länsi-Suomen lääninhallitus  
 Hannu Korhonen, suunnittelujohtaja, Keski-Suomen Liitto  
 Marita Poskiparta, terveystarkastuksen lehtori, Jyväskylän yliopisto  
 Ari Ranta-aho, kunnanjohtaja, Muurame  
 Paula Käyhkö, terveystuunnittelija, Jyväskylä  
 Jari Nojonen, ylilääkäri, Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä  
 Kari Jaatinen, sosiaalijohtaja, Muurame  
 Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
 Katri Ryttyläinen, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

**TEJO-ohjausryhmä:**

Ari Ranta-aho, kunnanjohtaja, Muurame  
 Kari Jaatinen, sosiaalijohtaja, projektin yhdyshenkilö, Muurame  
 Tapio Jauhiainen, tekninen johtaja/Julia Virtanen, kaavoitusarkkitehti, Muurame  
 Arja Sääksvuori, talousjohtaja, Muurame  
 Jorma Ojala, suunnittelupäällikkö, Muurame  
 Jari Nojonen, ylilääkäri, Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä  
 Sami Sipilä, taluspäällikkö, Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä  
 Pirkko Vuorinen, ylihoitaja, Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä  
 Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
 Katri Ryttyläinen, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

## NÄRPIÖ

### **TEJO-styrgruppen:**

Peter Andersén, stadssekreterare, Närpes + HVC samkommunstyrelseordförande, ordförande  
Anna-Greta Olsio-Tuisku, ledande skötare, Samkommunen för Närpes hälsovårdscentral  
Ralf Häggqvist, psykolog, Samkommunen för Närpes hälsovårdscentral  
Yvonne Lindén, socialchef, Närpes  
Åsa Häggblom, skoldirektör, Närpes  
Jan-Erik Bergman, idrottssekreterare, Närpes  
Lars-Erik Lundmark, kanslisekreterare, tekniska avd., Närpes  
Hans Frantz, lektor, Vasa Yrkeshögskola  
Anna-Lena Nieminen, forskningsassistent, Svenska yrkeshögskolan  
Gun Forsman, stadsstyrelsens representant, Närpes  
Mia Myllymäki (Maija-Liisa Ijäs), hälsovårdsinspektör, länsstyrelsens representant  
Hanna Esch, projektkoordinator (TEJO), Närpes, sekreterare

## OULU

### **TEJO-seurantaryhmä/palvelujohtoryhmä:**

Silja Hiironniemi (Päivi Laajala syksystä 2005), apulaiskaupunginjohtaja, puheenjohtaja  
Kaisu Haapala, nuorisotoimenjohtaja  
Vainö Jounila, teknisen keskuksen johtaja  
Jari Mäki-Runsas, sosiaali- ja terveystoimen johtaja  
Jari Parkkonen, liikuntajohtaja  
Pekka Pasanen, opetustoimenjohtaja  
Risto Vuoria, kulttuurijohtaja  
Pekka Vuononvirta, ympäristöjohtaja  
Maria Ala-Siuru, suunnittelija, sihteeri

### **TEJO-ohjausryhmä:**

Timo Mäkitalo, arviointipäällikkö, Oulu, puheenjohtaja  
Seppo Voutilainen, terveydenhuollon johtaja, Oulu  
Eija Palsinajärvi-Äikäs, hankekoordinaattori, Oulu  
Maria Ala-Siuru, suunnittelija, Oulu  
Hilkka Yrjänäinen, yliopettaja, Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Mervi Uusimäki, projektipäällikkö, projektin yhdyshenkilö, Oulu, sihteeri

## SALO

### **TEJO-johtoryhmä:**

Matti Rasila, kaupunginjohtaja, puheenjohtaja  
Alpo Pauna, teknisen toimen johtaja, Salo  
Hannu Arve 2003–2004, 2005 Petri Moilanen, sivistystoimen johtaja, Salo  
Irma Nieminen, hallinjohtaja, Salo  
Paavo Varis, perusturvajohtaja, Salo  
Seppo Juntti, talousjohtaja, Salo  
Seija Hyvärinen, hallintoylihoitaja, Salon seudun terveyskeskus  
Seppo Junnila, johtava lääkäri, Salon seudun terveyskeskus  
Ulla Wiirilinna, koulutuspäällikkö, Turun ammattikorkeakoulu, Salon yksikkö

### **TEJO-ohjausryhmä:**

Paavo Varis, perusturvajohtaja, projektin yhdyshenkilö, Salo  
Seija Hyvärinen, hallintoylihoitaja, Salon seudun terveyskeskus  
Ulla Wiirilinna, koulutuspäällikkö, Turun ammattikorkeakoulu, Salon yksikkö

## KUUSIOKUNNAT

### TEJO-tiimi/TEJO-johtoryhmä

Tero Järvinen, hallintojohtaja, projektin yhdyshenkilö, Alavudenseudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Kirsi Haveri, osastonhoitaja, Ähtärinjärven kansanterveystyön kuntayhtymä

Satu Mäkelä, vastaava terveydenhoitaja, Alavuden seudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Eija Kyrönlahti, terveydenhoitotyön yliopettaja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Aiju Risku, lehtori, Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Maija-Liisa Ijäs, terveydenhuollontarkastaja, Länsi-Suomen lääninhallitus

Sinikka Vainionpää, osallistuu tutkimustyönsä osalta, ei nimetty tiimin jäsen

### TEJO-ohjausryhmä

TEJO-tiimin lisäksi

Sirpa Ikkala, sivistysjohtaja, Alavus

Pauli Näsi, geodeetti, Alavus

Seppo Harju, sosiaalijohtaja, Töysä

Hannu Tuppurainen, perusturvajohtaja, Ähtäri

Reetta Suokonautio-Kuisti, palvelujohtaja, Lehtimäki

Kyllikki Laukkola, sosiaalijohtaja, Soini

Pauliina Mäenpää, hallintojohtaja, Kuortane

## TEJO-TYÖRYHMÄ STAKESISSA

Kerttu Perttilä, kehittämisspäällikkö

Matti Rimpelä, tutkimusprofessori

Minna Uusitalo, tutkija

Tapani Kauppinen, projektipäällikkö

Kirsi Nelimarkka, tutkija

Kristiina Poikajärvi, projektipäällikkö

Sari Kautto, projektisihteeri

## LIITE 5

### Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet

Asiakirjojen sisältö jäsennettiin Terveys 2015 -ohjelman kahdeksan tavoitteen mukaan. Ohjelmassa on viisi ikäryhmäkohtaista tavoitetta ja kolme yleistä tavoitetta.

*Ikäryhmittäiset tavoitteet:*

1. Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.
2. Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 prosenttia tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.
3. Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.
4. 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.
5. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

*Kaikille väestöryhmille yleiset tavoitteet:*

6. Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.
7. Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.
8. Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä. (STM 2001.)

### Ottawan asiakirjassa terveyden edistämisen toimintalinjat

- Terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen
  - Terveellisen ympäristön aikaansaaminen
  - Yhteisöjen toiminnan tehostaminen
  - Henkilökohtaisten taitojen kehittäminen
  - Terveyspalvelujen uudistaminen
- (WHO 1986.)

## RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2007

Maarit Sulavuori: Kehittämistyöllä pallo haltuun. Kehittämisprojektin avulla ideoita lastensuojeluun ja voimavaroja työssä jaksamiseen  
Raportteja 3/2007 Tilausnro 3/2007

Päivi Voutilainen (toim.): Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi  
Raportteja 2/2007 Tilausnro R2/2007

Päivi Hämäläinen, Jarmo Reponen, Ilkka Winblad: eHealth of Finland. Check point 2006  
Report 1/2007 Tilausnro R1/2007

### 2006

Sinikka Reito: Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Ikaalilainen palveluohjaus auttaa työikäistä palvelujärjestelmän labyrintissa  
Raportteja 16/2006 Tilausnro R16/2006

Ritva Linnakangas, Asko Suikkanen, Victor Savtschenko, Lauri Virta: Vammaisten osallisuus työmarkkinoilla  
Raportteja 15/2006 Tilausnro R15/2006

Päivi Pihlaja, Elina Kontu (toim.): Arjen moninaisuutta. Erityisryhmät päiväkodissa  
Raportteja 14/2006 Tilausnro R14/2006

Timo Tuori, Britta Sohlman, Marko Ekqvist, Tytti Solantaus: Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoido Suomessa 1995–2004  
Raportteja 13/2006 Tilausnro R13/2006

Terhi Hinkka, Juha Koivisto, Riitta Haverinen: Kartoittava kirjallisuuskatsaus sosiaalisen kuntoutuksen työmuodoista ja niiden vaikutuksista  
Raportteja 12/2006 Tilausnro R12/2006

Hannele Hyppönen (toim.), Kirsi Hännikäinen, Marja Pajukoski, Pekka Ruotsalainen, Lauri Salmivalli, Emmi Tenhunen: Sähköisen reseptin pilotin arviointi II (2005–2006)  
Raportteja 11/2006 Tilausnro R11/2006

Nina Mellin, Jouni Vihmo, Esa Österberg: Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003  
Raportteja 10/2006 Tilausnro R10/2006

Marja Veikkolainen, Päivi Hämäläinen: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tieto- ja viestintäteknikan koulutus- ja oppimateriaalitarve ja koulutuksen kehittämisen haasteet  
Raportteja 9/2006 Tilausnro R9/2006

Marja-Leena Perälä, Eija Grönroos, Anu Sarvi: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi  
Raportteja 8/2006 Tilausnro R8/2006