



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Katariina Ijäs

## Sosioekonomiset terveyserot kuntien hyvinvointikertomuksissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja YAMK

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

16.4.2020

Tekijä(t) Otsikko	Katariina Ijäs Sosioekonomiset terveyserot kuntien hyvinvointikertomuksissa
Sivumäärä Aika	68 sivua 16.4.2020
Tutkinto	Terveydenhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Terveyden edistämisen tutkinto-ohjelma
Ohjaaja	Yliopettaja, TtT Arja Liinamo
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntien hyvinvointikertomuksissa kuvataan hyvinvointi- ja terveyseroja sekä selvittää, missä määrin terveyserojen kaventamisen toimet erottuvat hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävästä toiminnasta ja ulottuvatko kuntien toimet terveyserojen kaventamiseksi eri hallinnonaloille. Tavoitteena oli saada tietoa kuntien toiminnasta hyvinvointikertomusten toimivuuden kehittämiseksi.</p> <p>Aineisto koostui kahdeksan eri kunnan hyvinvointikertomusdokumentista. Kunnat valittiin harkinnanvaraisesti edellyttäen, että kunta oli TEA-viisarissa ilmoittanut ottaneensa huomioon terveyserot terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. Tavoitteena oli otos, joka vastaisi alueellisesti Manner-Suomea mahdollisimman kattavasti. Dokumentit olivat uusimmat kunnissa olevat hyvinvointikertomukset keväällä 2019 ja ne olivat avoimesti saatavilla internetistä. Aineisto analysoitiin käyttämällä metodina dokumenttianalyysiä.</p> <p>Hyvinvointikertomuksista nousi esille viisi pääteemaa; 1) terveyserojen tunnistaminen ja toimet terveyserojen kaventamiseksi, 2) hyvinvointihaasteiden tunnistaminen, 3) kunnan toiminnan kehittäminen ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa, 4) hyvinvointiin vaikuttavat ympäristö- ja elinolosuhdetekijät ja 5) kunnan hyvinvoinnin edistämisen toimet. Huomioitavaa on, että vain kolmessa kunnassa oli tehty toimenpiteitä puhtaasti terveyserojen kaventamiseksi. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että hyvinvointikertomuksissa painottui hyvinvointihaasteiden ja terveyseroja lisäävien tekijöiden tunnistaminen. Terveyserojen taustatekijöitä tunnistetaan kunnissa mutta haasteeksi nousi tavoitteenasettelu. Tavoitteita, jotka kohdistuisivat terveyserojen kaventamiseen, ei juurikaan oltu asetettu. Hyvinvointikertomuksissa esitettiin laajalti yleisiä hyvinvoinnin edistämiseen tähtääviä tavoitteita, jotka liittyvät myös terveyseroihin, mutta näitä tavoitteita ei perusteltu terveyserojen kaventamisella. Hyvinvointikertomuksissa ei juurikaan kuvattu toimien arviointia tai seurantaa eikä konkreettisia tietoja käytetyistä mittareista tai saavutetuista tuloksista esitetty.</p>	
Avainsanat	Terveyserot, kunta, hyvinvointikertomus, terveyden edistäminen

Author(s) Title	Katariina Ijäs Socio-economic Health Inequalities in Municipal Welfare Reports
Number of Pages Date	68 pages 16 April 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Health Promotion
Instructor	Principal Lecturer, PhD Arja Liinamo
<p>The purpose of this thesis was to find out how municipal wellbeing reports describe the differences between wellbeing and health, and to what extent the actions to reduce health inequalities differ from those aimed at promoting wellbeing and whether the actions of the municipalities to reduce health inequalities extend to different administrative sectors. The aim was to obtain information on the activities of municipalities to improve the functioning of welfare reports.</p> <p>The data consisted of well-being documentaries from eight different municipalities. The municipalities were chosen with discretion, provided that the municipality stated in the TEA that it had taken into account health inequalities in the promotion of health and well-being. The aim was to have a sample that corresponded as broadly as possible to mainland Finland. The documents were the latest municipal welfare reports in spring 2019 and were openly available on the Internet. Content analysis was used as the research method.</p> <p>Five main themes emerged from the welfare reports; (1) identifying health inequalities and action to reduce health inequalities; (2) identifying wellbeing challenges; (3) developing and cooperating with other actors in the municipality; (4) environmental and living conditions affecting wellbeing; and (5) promoting wellbeing in the municipality. It is noteworthy that only three municipalities had taken measures to purely reduce health inequalities. Based on the results, it can be said that well-being reports focused on identifying well-being challenges and factors contributing to health inequalities. The underlying causes of health inequalities are identified in municipalities, but goal setting has become a challenge. Targets to reduce health inequalities were hardly set. The welfare reports broadly advocated general welfare promotion goals, including health inequalities, but these goals were not justified by narrow health inequalities. The well-being reports contain a little description of the evaluation or monitoring of the actions and no concrete information on the indicators used or the results achieved.</p>	
Keywords	Health Inequalities, Municipality, Municipal Welfare Report, Health Promotion

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sosioekonomiset terveyserot ja hyvinvoinnin edistäminen	2
2.1	Sosioekonomiset terveyserot	2
2.2	Sosioekonomisten terveyserojen taustatekijät	3
2.3	Sosioekonomiset terveyserot suomalaisessa väestössä	5
2.4	Terveyserojen kaventaminen	7
2.5	Terveyserojen kaventamisen osa-alueet	10
2.6	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	11
3	Kunnat hyvinvoinnin edistäjinä	14
3.1	Kunnat hyvinvoinnin edistäjinä	14
3.2	Hyvinvointikertomus	16
3.3	Hyvinvointitieto ja indikaattorit	18
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	19
5	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	20
5.1	Aineisto	20
5.2	Tutkimusmenetelmä	21
6	Tulokset	23
6.1	Terveyserot ja toimet terveyserojen kaventamiseksi	26
6.1.1	Terveyserot kunnissa	26
6.1.2	Terveyseroja lisääviä tunnistettuja tekijöitä	27
6.1.3	Toimet terveyserojen kaventamiseksi	28
6.2	Hyvinvointihaasteiden tunnistaminen	31
6.3	Kunnan hyvinvointityön kehittäminen ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa	34
6.4	Hyvinvointiin vaikuttavat ympäristö- ja elinolosuhdetekijät	37
6.4.1	Infrastrukturi ja rakennettu ympäristö	38
6.4.2	Asuntopolitiikka	39
6.4.3	Kulttuuri	40
6.4.4	Osallisuus	40
6.5	Hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät toimet	41
6.5.1	Kuntien universaali terveyden edistäminen	42
6.5.2	Kunta hyvinvointia edistävien elintapojen mahdollistajana	43
6.5.3	Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen	44

6.5.4	Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen	46
6.5.5	Nuorten koulutuksen lisääminen ja työllisyyden parantamiseen tähtäävät toimet	48
6.5.6	Työllisyyden ja työkyvyn parantaminen	48
6.5.7	Työikäisten hyvinvoinnin edistäminen	50
6.5.8	Ikäihmisten hyvinvoinnin edistäminen	51
6.5.9	Päihdehaittojen vähentäminen	52
7	Pohdinta	53
7.1	Tulosten pohdinta	53
7.1.1	Terveyserojen kaventamisen kaventamisohjelman (2007 – 2011) toimenpide-ehdotusten toteutuminen hyvinvointikertomuksissa	53
7.1.2	Hyvinvointikertomus terveyserojen kaventamisen seurannan välineenä	54
7.1.3	Miten terveyserojen kaventaminen näkyy kuntien hyvinvointityössä	56
7.2	Johtopäätökset ja jatkotoimenpide-ehdotukset	57
7.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	59
	Lähteet	62

## 1 Johdanto

Terveyserot eri sosioekonomisten ryhmien välillä on maailmanlaajuinen ongelma. Terveyserot aiheuttavat niin epätasa-arvoa, inhimillistä kärsimystä kuin ylimääräisiä kustannuksia sekä elin- ja työvuosien menetyksiä. Väestöryhmien välisten terveyserojen syyt ovat monitasoisia ja ne kytkeytyvät ammatti- ja koulutusryhmien erilaisiin elinoloihin ja työoloihin, erilaiseen fyysiseen ja psykososiaaliseen kuormitukseen ja sukupolvienkin yli ulottuviin kulttuurisidonnaisiin käyttäytymismalleihin. (OECD 2019; STM 2019; Teroka-hanke 2006.)

Maailman terveysjärjestö WHO pyrkii omilla toimillaan vähentämään terveyseroja maailmanlaajuisesti ja Suomessa taas kansallisena ohjaajana toimii Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa (STM 2019). Terveyseroja koskevaa tutkimusta ja seurantaa on tehty jo pitkään niin maailmalla kuin Suomessakin. Tiedetään, että jos hyvinvointi- ja terveyseroja pyritään kaventamaan, on vaikutettava terveyserojen taustalla oleviin sosiaalisiin taustatekijöihin ja niissä vallitseviin eriarvoisuuksiin (THL(b) 2019).

Terveyteen ja terveyden edistämiseen vaikuttavia päätöksiä tehdään monilla eri hallinnonaloilla ja monilla eri tasoilla niin kansainvälisesti kuin kansallisesti. Suomessa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kuntien perustehtäviin. Kunnissa ja kuntayhtymissä on oltava tahoja, jotka vastaavat kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Kuntien laatimaa lakisääteistä hyvinvointikertomusta voidaan pitää yhtenä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjaamista ja kehittämistä tukevana keinona. Ideaalitapauksessa kunnan hyvinvointikertomukseen on kirjattuna kunnan hyvinvoinnin nykytila, tulevaisuuden näkymä ja haasteet terveyden edistämisen kannalta. (THL(b) 2019.) Myös eriarvoisuuden vähentämis- ja terveyserojen kaventamistavoite olisi hyvä olla kirjattuna hyvinvointikertomukseen. (Rotko – Hannikainen-Ingman – Murto – Kauppinen – Mustonen 2014.) THL on kehittänyt erilaisia indikaattoreita, joiden avulla kunnissa voidaan seurata kuntalaisten hyvinvoinnin tilaa.

Vaikka tämä tieto on kaikkien saatavilla ja se on kaikille avointa tietoa, ei edelleenkään tiedetä, miten indikaattoritietoa hyödynnetään terveydenedistämistoimien suunnitte-

lussa tai toteutuksessa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten sosioekonomiset terveyserot näkyvät tällä hetkellä kuntien hyvinvointikertomuksissa ja minikälaisilla toimilla niihin on mahdollisesti puututtu.

## 2 Sosioekonomiset terveyserot ja hyvinvoinnin edistäminen

### 2.1 Sosioekonomiset terveyserot

Terveyserot käsitteenä tarkoittaa terveyden eriarvoisuutta. Sosioekonomisella asemalla taas voidaan tarkoittaa tulojen, koulutuksen tai ammattiaseman mukaista yksilön asemaa yhteiskunnassa. (Hakamäki ym. 2019.) Sosioekonomiset terveyserot viittaavat sosiaalisen aseman vaikutuksesta terveyseroihin. Eriarvoisuus voi olla myös muuhun kuin terveyteen liittyvää, esimerkiksi materiaalista, sukupuolten välistä tai maantieteellistä eriarvoisuutta. Tässä työssä käytetään termiä terveyserot ja sillä viitataan erityisesti sosioekonomisiin terveyseroihin.

THL:n (2019) määritelmän mukaan sosioekonomiset terveyserot käsitteenä tarkoittaa seuraavaa;

*” Sosiaalisen aseman mukaiset systemaattiset erot terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomiset terveyserot liittyvät ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa. Terveyserot läpäisevät koko sosiaalisen hierarkian: keskimääräinen terveydentila paranee asteittain sosiaalisen aseman myötä.”* (THL(a) 2019)

Maailman terveysjärjestö WHO:n tavoitteena on taata kaikille ihmisille hyvä terveydentila ja vähentää sosioekonomisia terveyseroja. WHO on laatinut ohjeita ja suosituksia sekä erilaisia raportteja terveyseroista ja keinoista vaikuttaa terveyseroihin. WHO:n suosituksen mukaan terveyseroja voidaan kaventaa panostamalla erityisesti tyttöjen ja naisten hyvinvointiin, lasten lapsuusajan elinympäristöön sekä parantamalla elinympäristöä ja työskentelyolosuhteita koko elämänkaaren ajan. Myös huomioimalla vallan, rahan ja resurssien epätasa-arvoiseen jakautumisen niin kansainvälisesti kuin kansallisella tasolla, voidaan puuttua terveyserojen juurisyihin, sosiaaliseen eriarvoisuuteen. Samoin WHO näkee tärkeäksi sen, että terveyseroihin liittyvä ongelmallisuus tunnistettaisiin ja sitouduttaisiin sekä kehittämään arviointijärjestelmiä että mittaamaan muu-

tosta, arvioimaan tuloksia ja raportoimaan niistä niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Tulosten perusteella tietoisuus terveyteen liittyvistä taustatekijöistä ja niiden vaikutuksesta ihmisten terveyteen lisääntyisi. (WHO 2008.)

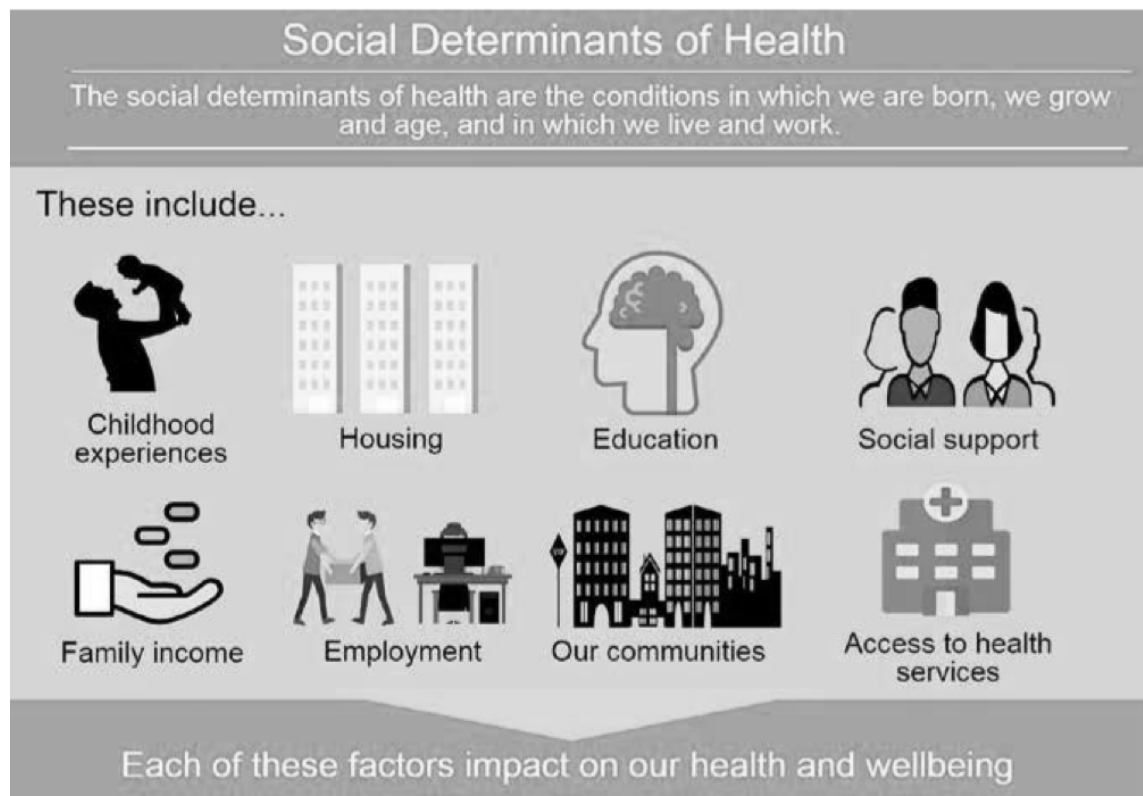
Terveyserot ovat monisyinen ongelma. Ne johtuvat monesta tekijästä ja helppoa tai nopeaa tapaa ratkaista ongelmaa ei ole. Edelleenkin ei olla löydetty mitään yksittäistä, selkeää toimenpidettä tai toimintamallia, jolla terveyseroja voisi helposti kaventaa mutta monia interventioita ja hankkeita on kuitenkin kehitetty. Terveyseroilla on vaikutusta sekä yksilön että yhteiskunnan hyvinvointiin. Terveyseroja myös pidetään epäoikeudenmukaisina. Huono-osaisuus kasaantuu ja terveyserot heikentävät entisestään alempien sosioekonomisten ryhmien asemaa. Terveyserot aiheuttavat myös kansanterveyden menetyksiä ja huomattavia taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle. (Lahelma 2017: 3 – 4.) THL on laskenut, että jos koko väestön terveys ja hyvinvointi kohoaishi samalla tasolle kuin se on korkeasti koulutetuilla jo nyt, vähenisivät useat terveysongelmat merkittävästi. Tämä säästäisi terveydenhuollon menoja yli miljardi euroa nykyhetken hintatasolla. Ilman muutoksia kansanterveydessä terveydenhuoltomenot kasvavat koko ajan. (THL 2017.)

## 2.2 Sosioekonomisten terveyserojen taustatekijät

Tutkimustyötä terveyseroista on tehty pitkään, alkusysäyksenä kansainväliselle tutkimukselle pidetään 1980 ilmestynyttä brittiläistä komiteamietintöä The Black Reportia (Gray 1982). Suomessa ensimmäisiä terveyseroja tunnustaneita tutkimuksia julkaistiin jo 1800-luvun puolivälissä (Rimpelä 2010).

Terveyseroille on tyypillistä, että ne toteutuvat säännönmukaisesti. Mitä alempi sosioekonominen asema, sitä huonompi on terveys. (Lahelma ym. 2017:1629.) Sosioekonomisen aseman vaikutusta terveydentilaan kutsutaan termillä sosiaalinen gradientti. Gradientti tarkoittaa säännönmukaista tai asteittaista muutosta. (THL 2019.) Sosiaalinen gradientti näyttäytyy saman tyyppisenä kaikissa eri tulotasojen maissa (Allen - Marmot 2014). Terveyseroihin vaikuttaa monet sosiaaliset tekijät kuten lapsuuden kokemukset, asumisolot, koulutus, sosiaalinen tuki, tulotaso, työllisyystilanne, yhteisö ja terveyspalvelut (kuvio 1). Vaikuttamalla näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa myös terveyseroihin. (Health Scotland 2016.)





Kuvio 1. Terveyseroihin vaikuttavat sosiaaliset tekijät (Health Scotland 2016).

Lahelman ym. (2017: 1633 – 1634) mukaan tärkeimmäksi terveyseroja selittäväksi tekijäksi nousee aineelliset elinolot, jotka vaikuttavat epäsuorasti myös psykososiaalisten altisteiden ja terveystyötyymisen kautta. Lahelman ym. (2017) tutkimuksen seuranta-aineisto kerättiin 36 vuoden ajalta ja siinä oli nähtävissä, että sekä terveyserot että koetun terveyden erot ovat edelleen säilyneet korkeina. Tilles-Tirkkonen ym. (2018: 368) toteaa artikkelissa ”Uudet toimintamallit hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä”, että olennaista olisi ymmärtää yksilöiden toimijuuden ja yhteiskunnan rakenteiden välisen vuorovaikutuksen merkitys hyvinvoinnille ja terveydelle. Olisi tärkeää ymmärtää, että ihmisten kykyä ylläpitää ja edistää omaa terveyttään pitäisi tarkastella siitä kontekstista käsin, jossa ihminen elää. Aiemmin ei olla osattu ottaa huomioon sitä, miten paljon terveyteen ja terveystyötyymiseen sekä identiteettiin vaikuttaa sosioekonomisen asema sekä se, mihin ryhmään ihminen itse kokee kuuluvansa. (Tilles-Tirkkonen ym. 2018: 368.)

Minkälaisia väestöryhmiä ajatellaan kuuluvan sosioekonomisesti heikommassa asemassa oleviin väestöryhmiin? Tilles-Tirkkoson ym. (2018: 318) mukaan sosioekonomisesti heikompiaisiin väestöryhmiin kuuluu pitkäaikaistyöttömiä, pienituloisia eläkeläi-

siä, päihteiden käyttäjiä, mielenterveysongelmaisia ja työttömiä maahanmuuttajia. Ryhmän monimuotoisuuden takia terveyden edistämiseen suunnatut toimet eivät aina saavuta heitä kovin tehokkaasti. (Tilles-Tirkkonen ym. 2018: 318.) Esimerkkinä tästä voisi pitää seuraavaa; suurin osa väestöstä tiedostaa mitä terveellisyys tai terveyttä edistävät elintavat tarkoittavat. Näitä terveyttä edistäviä toimintatapoja on tietyissä sosioekonomisesti heikompiosaisissa väestöryhmissä pidetty vain keskiluokkaisen, valtaväestöön kuuluvien ihmisten normeina ja ne eivät ole koskettaneet niitä, jotka ovat kokeneet kuuluvansa johonkin toiseen väestöryhmään. Tietyissä väestöryhmissä epäterveellisikin tiedetyt elintavat ovat sosiaalisesti hyväksytyjä ja osoitus ryhmään kuulumisesta. (Maunu ym. 2016: 192 – 193.)

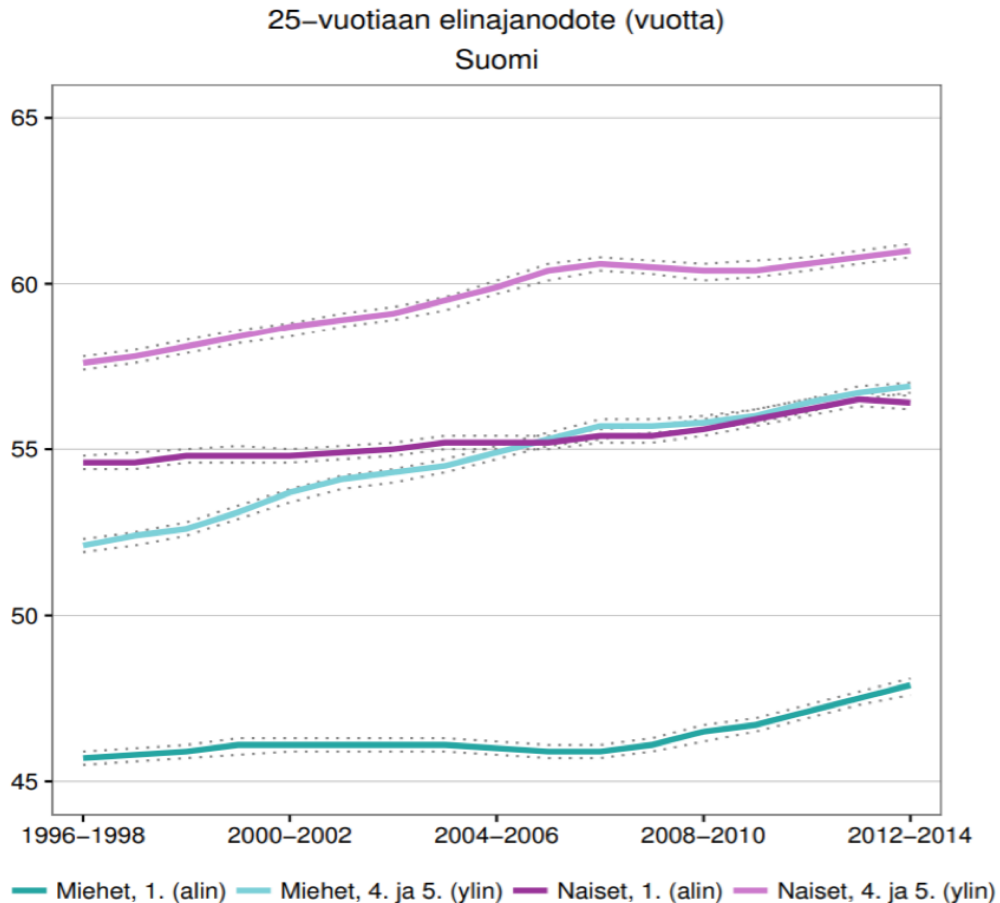
Heikoimmassa asemassa olevien ihmisten resilienssi eli sopeutumiskyky on alempi kuormittavien elintapojen ja elämäntilanteiden edessä. Alemmissä sosiaalisissa ryhmissä ihmiset ovat usein hauraampia ja haavoittuvaisempia. (Maunu ym. 2016: 191; Farrer ym. 2015.) Monipuoliset sosiaaliset verkostot ja vahvat sosiaaliset suhteet korreloivat positiivisen terveyskäyttäytymisen ja elintapojen kanssa ja sosiaaliset suhteet suojaavat ja auttavat vaikeiden elämäntilanteiden kohdatessa. Alemmat sosioekonomiset ryhmät ovat heikommassa asemassa myös tässä suhteessa, heikko sosiaalinen luottamus kasaantuu alempiin sosioekonomisiin ryhmiin. (Maunu ym. 2016: 196 – 197.) Yksinäisyys altistaa monille terveyshaitoille ja tästä syystä yksinäisyyden vähentäminen esimerkiksi vapaaehtoistyön keinoin voisi vaikuttaa heikoimmassa asemassa olevien terveyteen (Vertio 2013: 987).

### 2.3 Sosioekonomiset terveyserot suomalaisessa väestössä

Kansainvälisesti vertailtuna suomalaiset kuuluvat vauraiden ja terveiden kansakuntien joukkoon. Tarttuvat taudit ovat harvinaistuneet, lapsikuolleisuus on erittäin alhainen ja ihmiset elävät pitkään. Terveyskirjaston elinikäodotteen mukaan suomalaiset naiset elävät vuonna 2020 keskimäärin 84,1 vuotiaiksi ja miehet 78,4 vuotiaiksi. Suomessa on kuitenkin paljon alueellisia terveyseroja ja Itä- ja Pohjois-Suomessa kuolleisuus on suurempaa kuin Länsi-Suomessa. (Huttunen 2018.)

Vaikka Suomi on maailmanlaajuisesti arvioiden edistyksellinen hyvinvointivaltio, ovat terveyserot silti Suomessa Euroopan tasolla arvioiden suuret ja terveyseroja ei olla saatu kaventumaan toivotusti (OECD 2019; Huttunen 2018; Lahelma – Pentala – Helledan – Helakorpi – Rahkonen 2017: 1634). Eliniän odotteen ero alimpien ja ylimpien tuloryhmien miehillä on noin 12,5 vuotta ja naisilla noin 6,8 vuotta (kuvio 2) (THL (c)

2019; Maunu – Katainen – Perälä – Ojajärvi 2016: 189). Korkeakoulutetut, ylemmät toimihenkilöt sekä hyvätuloiset elävät keskimäärin pidempään kuin vain perusasteen koulutuksen saaneet, työntekijäammateissa toimivat tai pienituloiset (THL(c) 2019). Huono-osaisuus kasaantuu ja lisää sosioekonomisia terveyseroja myös Suomessa (Berg 2017: 160).



Kuvio 2. Tuloluokan vaikutus 25-vuotiaiden elinajanodotteeseen (Terveystemme.fi 2017).

Monet elintavat, esimerkiksi tupakointi ja alkoholinkäyttö, ovat yhteydessä väestön terveyteen ja sairastavuuteen. Terveyteen haitallisesti vaikuttavat elintavat myös eroavat koulutusryhmien kesken. Erot elintavoissa voivat näin ollen selittää osan koulutus- ja mahdollisesti myös eri väestöryhmien välisistä eroista sairastavuudessa ja voivat olla myös tärkeitä terveyserojen syitä. (Mäki 2017:13 – 17, 20.) Alemmissa sosioekonomisissa väestöryhmissä ovat yleisempiä myös tietyt sairastavuuteen vaikuttavat riskitekijät, kuten ylipaino ja lihavuus sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus (OECD 2019).

Suomalaisen väestön terveydentilaa ja sen kehittymistä seurataan säännöllisesti. Kansallisella tasolla seurataan eri-ikäisten suomalaisten terveyttä kansallisilla eri ikäryhmiä koskevilla rekisteri- ja tutkimusaineistoilla. Lisäksi suurimmat kaupungit seuraavat asukkaidensa terveyttä erilaisin menetelmin (Terveytemme.fi 2019.) Erityisesti suomalaisen aikuisväestön terveydestä löytyy paljon tutkimustietoa. Esimerkiksi FinTerveyskysely kattaa koko Suomen ja kerää tietoa suomalaisten terveydentilasta ja sen kehityksestä. (Koponen ym. 2018.)

#### 2.4 Terveyserojen kaventaminen

Suomessa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen on ollut poliittisille päättäjille tärkeä asia. Erilaisia hankkeita on ollut meneillä, osa jatkuu edelleen. Halu toimia on siis olemassa. (Larivaara 2016: 4 – 5.) THL:n mukaan (2019) keinoja vaikuttaa terveyseroja ylläpitäviin tekijöihin löytyy; sosiaalisen eriarvoisuuden vähentäminen esimerkiksi koulutuksen, tulonjaon, työllisyysmahdollisuuksien ja verotuksen kautta, terveellisten elinolojen mahdollistaminen kaikille, haitallisille aineille altistumisen vähentäminen (työaltisteet, ympäristöaltisteet, elintavat mm. alkoholi, tupakka, ravinto), haavoittuvuuden vähentäminen (sosiaaliset verkostot, erityinen tuki haavoittuvassa asemassa oleville) ja eriarvoisuuden seurauksien ehkäisyllä. (THL n.d.)

Suomessa oli vuosina 2007 – 2011 Sosiaali- ja terveysministeriön erillinen toimintaohjelma sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi. Ohjelman tavoitteena oli vaikuttaa yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen. Toimintaohjelma pyrki tukemaan terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat olivat yleisiä. Lisäksi toimintaohjelmalla pyrittiin parantamaan sosiaali- ja terveystalouden tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä. (Rotko – Kauppinen – Linnanmäki – Mustonen 2012: 5 – 6.) Hankkeen loppuraportista esitettiin Suomen olosuhteisiin suunnattuina ehdotuksina terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistä ja terveysnäkökulmien parempaa huomioimista. Toiseksi tarvittaisiin toimia, joilla havaitut terveyserot käsiteltäisiin poliittisessa järjestelmässä. Myös väestöryhmien ennakoarvioinnin käyttöönottoa ja juurruttamista tulisi tukea. Hyvinvointi- ja terveyserojen seurantajärjestelmän ja seurantatietojen tulisi olla maksuttomia, kaikille avoimia ja niitä järjestelmiä tulisi edelleen kehittää. Hyvinvointia ja terveyseroja tutkivaa tutkimustyötä tulisi vahvistaa ja terveyserojen ja niiden syntymekanismien ja kaventamiskeinojen sekä palvelujärjestelmän systemaattista tutkimusta tulisi edelleen jatkaa. (Rotko ym. 2012: 90.)

Terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimien kustannustehokkuus on helpompi osoittaa sellaisten interventioiden kohdalla, jotka kohdistuvat vain terveydenhuoltoon. Tällaiset interventiot, kuten esimerkiksi tupakoinnin vähentämiseen tai verenpaineen laskemiseen tähtäävät interventiot kohdistuvat yleensä koko väestöön ja ovat toimivia kansallisesti arvioituna. (Woodward – Kawachi 2000.) Kuitenkin kun erilaisia terveyden edistämisen interventioita on arvioitu tarkemmin, on huomattu, että usein tällaisista interventiosta hyötyvät eniten ne, jotka jo muutenkin kuuluvat korkeampaan sosiekkonomiseen ryhmään. Kaikkein heikoimmassa asemassa olevia ei tavoiteta yhtä hyvin. (Dorling – Ollerhead – Kidgeell 2016: 859 – 860; Vertio 2013: 986.) On esitetty väitteitä, että terveyden edistämistoimet voivat jopa lisätä terveyseroja tästä syystä (Dorling – Ollerhead – Kindgell 2016: 858; Vertio 2013: 986; Woodward – Kawachi 2000).

Kansainvälisesti asiantuntijat ovat esittäneet tutkimusnäyttöön perustuen, että terveyserojen kaventaminen on tehokkaampaa jos terveyserojen kaventamisen toimissa keskitytään terveyserojen taustatekijöihin vaikuttamiseen, kuten tuloerojen pienentämiseen, haavoittuvampien väestöryhmien työttömyyden vähentämiseen (Bambra 2014) ja työsäkävien fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin parantamiseen, ympäristön kehittämiseen kuten nopeusrajoitusten alentaminen (Dorling 2014) ja viheralueiden kehittämiseen (McKenzie 2014), haavoittuvien väestöryhmien oikea-aikaiseen tukemiseen ja riskikäyttäytymisen vähentämiseen esimerkiksi verotuksen keinoin. (Health Scotland 2016.) Myös panostamalla varhaiskasvatukseen ja lasten laadukkaaseen koulutukseen voidaan vaikuttaa terveyseroihin (Melhuis 2014). Terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen ja parantaminen voi myös kaventaa terveyseroja. OECD:n julkaisussa *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems* (2019) todetaan seuraavaa; varmistamalla, että perusterveydenhuollon kaikki palvelut tavoittavat myös alemmat sosioekonomiset väestöryhmät, voidaan edistää näiden väestöryhmien terveyttä ja siten ehkäistä terveyserojen kasvua. Myös terveyspalveluiden käytöstä aiheutuneiden kustannusten omavastuun poistolla voidaan vaikuttaa terveyseroihin. (OECD 2019.)

Suomalaiset tutkijat ovat ehdottaneet terveyserojen kaventamiseksi keinoiksi vaikuttamista köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen, epäterveellisiin elintapoihin, näistä esimerkkinä tupakointi ja alkoholin käyttö sekä takaamalla tasa-arvoiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille (Tilles-Tirkkonen ym. 2018: 365; Lahelma ym. 2017: 1633 – 1634; Larivaara 2016: 6). Varsinkin päivittäisen toimeentulon turvaaminen näyttää lisäävän heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia (Tilles-Tirkkonen ym. 2018: 365).

Terveyden edistämisen eritasoiset toimet ja interventiot voivat kaventaa terveyseroja. Esimerkiksi tupakoinnin kielto julkisilla paikoilla on useissa maissa osoittautunut tehokkaaksi terveyden edistämisen ja myös terveyserojen kaventamisen keinoksi. Myös valtiovallan keinot ohjata kulutustottumuksia esimerkiksi verotuksen kautta on todettu toimivaksi. Suomessakin on pyritty vaikuttamaan tupakointiin kiristämällä tupakkatuotteiden verotusta. (THL 2020; Dorling – Ollerhead – Kidgell 2016: 858 – 860.) Tällaiset hyvät esimerkit onnistuneista interventioista ovat myös yksi keino vaikuttaa sekä päätöksentekoon että väestöön ja näitä esimerkkejä olisi hyvä tuoda näkyvästi esille (Farrer ym. 2015). Myös hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja jalkauttaminen yhteisöihin ovat tutkitusti vaikuttava keino vähentää terveyseroja, hoitajat ovat toimineet pitkään sosioekonomisten väestöryhmien kanssa, tuntevat oman alueensa resurssit ja osaavat tehokkaasti toteuttaa terveyden edistämisen interventioita niissä yhteisöissä, joissa toimivat. (Hemingway – Bosanquet 2018: 62 – 64.) Myös osallisuuden lisääminen, sosiaalisten suhteiden merkityksen tiedostaminen ja sosiaalisen luottamuksen lisääminen niin yhteiskuntaa kohtaan kuin ihmisten kesken nähdään myös yhtenä keinona kaventaa terveyseroja (Maunu ym. 2016: 196 – 197).

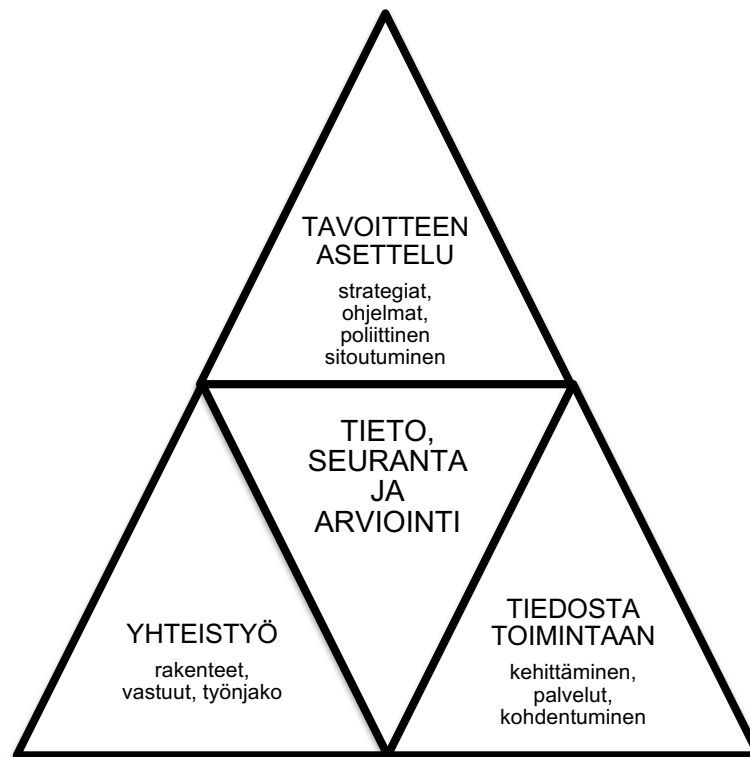
Toistaiseksi ei ole löytynyt joka tilanteessa toimivaa toimintatapaa tai konseptia, jolla voitaisiin vähentää sosioekonomisia terveyseroja. Tarvitaan lisää tutkimusta ja tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat terveyseroja ylläpitäviin taustatekijöihin. Uusia toimintamalleja ja interventioita tarvitaan, jotta terveyserot niin Suomessa kuin muualla maailmassa saataisiin kapenemaan. (Tilles-Tirkkonen ym. 2018: 367 – 368; Lahelma 2017: 4 – 5; Maunu ym. 2016: 198.) On selvää, että poliitikot ja päätöksentekijät tarvitsevat entistä ajantasaisempaa tietoa sekä toteutuneista toimenpiteistä, että niiden vaikuttavuudesta päätöksenteon tueksi (Dorling – Ollerhead – Kidgell 2016: 861). Myös koordinoitua yhteistyötä eri ministeriöiden ja kuntien eri hallintokuntien kesken pitäisi edelleen vahvistaa (Kauppinen ym. 2012: 37). FinTerveys-tutkimuksen (2018) raportissa todetaan, että tarvitaan laajemmin yhteiskuntapolitiikkaa, joka vahvistaa erityisesti huono-osaisimpien väestöryhmien mahdollisuuksia, voimavaroja ja motivaatiota tehdä terveyttä edistäviä valintoja (Koponen ym. 2018). Terveyseroihin voidaan ja pitääkin puuttua yhteiskuntapolitiikan keinoin, mutta se vaatii pitkäjänteistä työtä ja seurantaa. Suomessakin on viimeisen 20 vuoden aikana tehty paljon terveyserojen kaventamiseksi, silti sosioekonomiset erot ovat kasvaneet. (Larivaara 2016: 6; Rotko – Aho – Mustonen – Linnanmäki 2011: 7.)

## 2.5 Terveyserojen kaventamisen osa-alueet

Terveyseroja voidaan kaventaa monella tasolla, niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskuntatasolla. Yksilötason keinot täytyy räätälöidä aina yksilön tarpeen mukaan ja varsinkin yksilötason interventioiden tulokset olisi hyvä aina arvioida tarkasti. Yhteisötason interventiot liittyvät usein osallisuuden lisäämiseen ja yhteisön aktiivisuuden ja sosiaalisten verkostojen vahvistamiseen. Näillä toimilla saadaan usein aikaan myös terveyttä ja hyvinvointia edistäviä tuloksia. (Hemingway – Bosanquet 2018: 63.) Yhteiskunnalliset keinot liittyvät politiikkaan ja päätöksentekoon, yhteiskuntaa sääteleviin lakeihin ja talouteen (Dorling – Ollerhead – Kidgell 2016: 858 – 860).

Kunnat voivat pyrkiä vähentämään terveyseroja monella tavalla. Kunnan on tärkeä pyrkiä tunnistamaan terveyseroja ylläpitäviä tai lisääviä rakenteita. Rakenteellisen eriarvoisuuden vähentäminen ja eriarvoisuutta ehkäisevien järjestelmien ylläpitäminen ovat kuntien keinoja terveyserojen vähentämiseksi. Myös vaikutusten ennakoarviointi ja palvelujärjestelmien kehittäminen ja kohdentaminen heikommassa asemassa oleville voivat olla keinoja terveyserojen kaventamiseksi. (Rotko ym. 2014.)

THL on jäsentänyt hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen osa-alueita. Näitä ovat tavoitteen asettelu, tiedosta toimintaan siirtyminen ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa (kuvio 3). Mitä tämä käytännössä tarkoittaa? Ensiksikin, terveyserojen kaventaminen tulee asettaa tavoitteeksi kaikilla päätöksenteon tasoilla. Toiseksi, terveyserojen syytekijöihin puuttuminen edellyttää kaikkien hallinnonalojen toimia. Yhteistyö eriarvoisuuden vähentämiseksi lisää myös ymmärrystä itse ilmiöstä ja sen ratkaisun mahdollisuuksista. Lisäksi tarvitaan yhteistyötä kolmannen sektorin ja vapaaehtoisten kanssa, on tärkeää saada eri toimijat ja koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia siten, että heikommassa sosiaalisessa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Kolmantena osa-alueena on tiedosta toimintaan siirtyminen. Koska monimuotoinen sosiaalinen eriarvoisuus on ilmiö, ilmiön vähentämiseksi kaavailut toimenpiteet pitää muotoilla konkreettisiksi tehtäviksi. Näitä toimia ovat esimerkiksi ohjelmat, hankkeet, arjen päätöksentekotilanteet, päätösten ennakoarviointi, vakiintuneet yksittäiset työkalut ja työmenetelmät eri aloille. (THL(e) 2019.)



Kuvio 3. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen keskeiset osa-alueet (THL(e) 2019).

## 2.6 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Terveys, hyvinvointi ja terveyden edistäminen ovat käsitteinä haastavia. Niitä voidaan tarkastella sekä erillisinä käsitteinä mutta monesti ne ovat merkitykseltään lähellä toisiinsa. WHO määritteli terveyden käsitteen ensimmäisenä maailmassa vuonna 1948, WHO määrittelyn mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila (WHO 1948). Tätä määritelmää on kritisoitu voimakkaasti siksi, että se on käytännössä mahdotonta saavuttaa. Huber ym. (2014: 55 – 81) ovat kehittäneet positiivisen terveyden määritelmää, joka korostaa yksilön kykyä hallita itseä ja omaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja sopeutua erilaisiin tilanteisiin. Positiivinen terveystäsitys ottaa huomioon terveyden moniulotteisuuden. Positiivinen terveystäsitys on jaettu kuuteen terveyttä määrittävään ulottuvuuteen, joita ovat kehon toiminnot, psyykkiset toiminnot, henkinen ulottuvuus, elämänlaatu, sosiaaliset toiminnot ja päivittäiset toiminnot. Positiivisen terveyden käsite korostaa sitä, että yksilö on enemmän kuin ne sairaudet, joita yksilöllä mahdollisesti on, sekä sitä, että on tärkeää keskittyä terveyttä tukeviin, positiivisiin tekijöihin ja vahvistaa niitä. (Huber ym. 2014: 55 – 81.) Positiivisesta terveystäsityksestä voidaan puhua myös silloin, kun halutaan painottaa terveystasentaatiota sairausorientaation sijaan (Palosuo – Lahelma 2013). WHO on määritellyt



myös vuonna 1986 hyväksytyssä Ottawan julkilausumassa terveyden edistämisen käsitteen. WHO:n määritelmän mukaan terveyden edistämisen toimien tulisi keskittyä osoittamaan ja ehkäisemään niitä juurisyytä, jotka johtavat ihmisten sairastumiseen. Terveyden edistämisen tulisi myös lisätä ihmisten itsemääräämisoikeutta ja vaikutusmahdollisuuksia omaa terveyttä määrittäviin tekijöihin. WHO on määritellyt terveyden edistämisen toiminnaksi, johon julkisen vallan ja järjestöjen tulisi sitoutua kaikilla poliittikan alueilla. (WHO 1986.) Terveyden edistäminen on myös Suomessa julkisen vallan tehtävä (Melkas 2010: 45).

Terveyden edistämisen ajatellaan olevan monitieteistä ja monialaista yhteistyötä. Terveyden edistämisen osa-alueita ovat terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen ja terveyspalvelujen uudelleen suuntaaminen. (WHO 1986.) Terveyden edistäminen voidaan nähdä kaikkien politiikkalohkojen yhteisenä, eri väestöryhmien voimavaroja vahvistavana tukena ja toimintana, jonka avulla korjataan elinoloja ja muita rakenteellisia puutteita, sekä tuetaan ihmisten mahdollisuuksia hallita terveyttään ja hyvinvointiaan sekä yhteisö- että yhteiskuntatasolla. (PROMEQ 2019.) Terveyspolitiikassa on otettava huomioon kansallisen tason lisäksi aluetaso ja kuntataso, ja enenevästi myös EU toimintaympäristönä sekä globaali taso. Terveyspolitiikka ei ole vain terveyshallinnon tai ylipäätään julkishallinnon toimintaa. (Palosuo – Sihto – Lahelma – Lammi-Taskula – Karvonen 2013.)

THL (2019) määrittelee terveyden edistämisen käsitteen seuraavasti;

*” Yksilön tai yhteisöjen vaikutusmahdollisuuksien lisääminen oman terveytensä määrittäjiin ja siten terveytensä kohentamiseen. Tavoitteellista ja välineellistä toimintaa hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Käsittää sosiaalisia, taloudellisia, ympäristöllisiä ja yksilöllisiä tekijöitä, jotka edistävät terveyttä.”* (THL(a) 2019.)

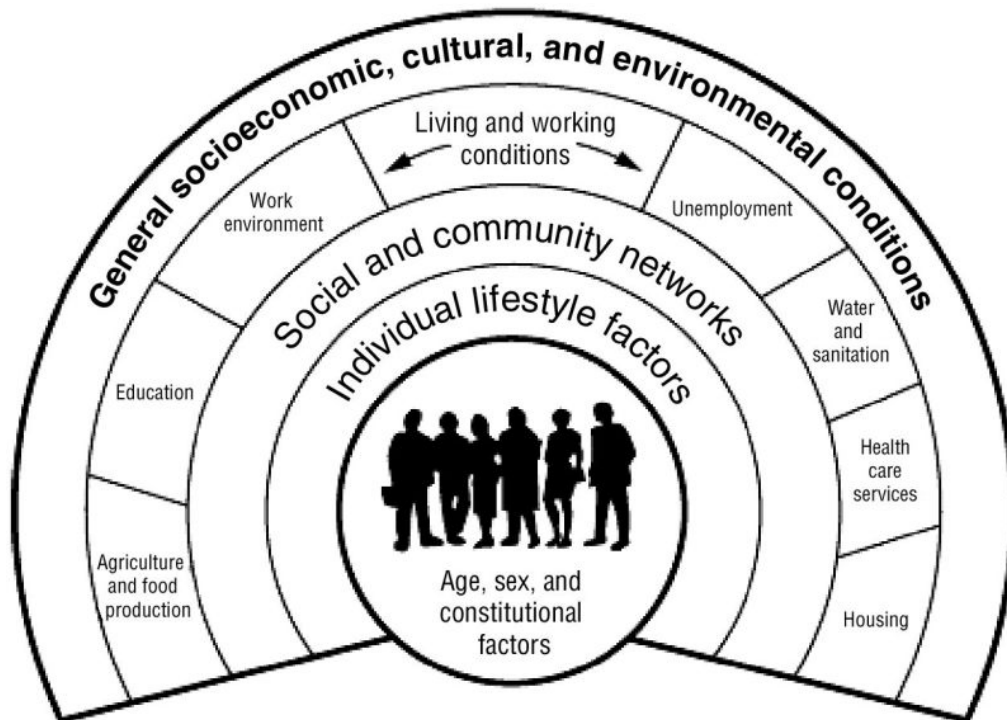
Hyvinvointi ja hyvinvoinnin edistäminen käsitteinä liittyvät tiiviisti terveyden edistämiseen. THL (2019) on määritellyt hyvinvoinnin seuraavasti;

*” Hyvinvoinnin osatekijät jaetaan yleensä kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Hyvinvointi-käsite viittaa suomen kielessä sekä yksilölliseen hyvinvointiin että yhteisötason hyvinvointiin. Yhteis-*

sötason hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat mm. elinolot, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo. Yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijöiksi taas luetaan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma.” (THL(a) 2019.)

Hyvinvointi nähdään kokonaisvaltaisena, subjektiivisesti koettavana ja suhteellisena. Hyvinvointi määrittyy usein ihmisen omasta arvomaailmasta käsin, suhteessa ympäröivään maailmaan ja se voidaan kokea ajassa vaihtelevana. Ihmiset vaikuttavat omilla arkipäivän valinnoillaan hyvinvointiinsa ja siten myös terveyteensä. (Perttilä ym. 2004: 23.) Yksilön terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät osatekijät, determinantit, voidaan määrittellä Dahlgrenin ja Whiteheadin (1991) kehittämän määritelmän (kuvio 4) mukaan. Terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia osa-alueita ovat yksilön elämäntyyli, yhteisölliset verkostot, elin- ja työolot sekä yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön luomat olosuhteet. Yksilön koettu terveys ja hyvinvointi on näiden osatekijöiden summa. (Dahlgren – Whitehead 1991.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä hyvinvoinnin edistäminen ja tämä määrittely kattaa sekä terveyden että hyvinvoinnin edistämisen.



Kuvio 4. Terveysten determinantit Dahlgrenin ja Whiteheadin määritelmän mukaan (1991).

### 3 Kunnat hyvinvoinnin edistäjinä

#### 3.1 Kunnat hyvinvoinnin edistäjinä

Kansainvälisesti kunnallisen tai alueellisen päätöksenteon haasteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot luetaan ns. ilkeisiin ongelmiin, joita on hankala ratkaista haasteiden monitahoisuuden ja monikerroksellisuuden vuoksi. Ilkeä ongelma on käsite ongelmalle, jota ei voi ratkaista perinteisillä ongelmanratkaisukeinoilla lineaarisesti, ongelmiin liittyy aina niin sosiaalisia kuin poliittisiakin tekijöitä. Ilkeitä ongelmia ratkaistessa pitää ottaa huomioon asianosaiset ja usein joudutaan tekemään valintoja myös enemmän tai vähemmän huonojen ratkaisujen välillä. (Varpio – Aschenbrener – Bates 2017: 354.) Kunta- tai paikallistasoisen hallinnollisen alueen merkitys alueen asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin on tunnistettu kansainvälisesti. Asukkaiden terveyteen vaikuttavia tekijöitä voidaan tunnistaa alueellisesti ja paikallisella yhteistyöllä voidaan vaikuttaa näihin hyvinvointia mahdollisesti heikentäviin tekijöihin. (Collins – Hayes 2010.) WHO on perustanut European Healthy Cities-ohjelman jo yli 30 vuotta sitten. Ohjelman keskeisenä tavoitteena on terveyden eriarvoisuuden vähentämistä kunnissa ja kaupungeissa. Tarkoituksena on saada ohjelmassa mukana olevat paikallishallinnot mukaan poliittiseen sitoutumiseen, institutionaalisiin muutoksiin, valmiuksien kehittämiseen ja kumppanuuteen perustuvaan suunnitteluun ja innovointiin. (WHO 2019.) Suomessa toimii Terve Kunta-verkosto, joka on osa Healthy Cities-verkoston. Terve Kunta -verkostossa on 31 jäsentä: 26 kuntaa, neljä seutukuntaa ja yksi maakunta. (THL(g) 2019.)

Suomessa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kuntien perustehtäviin. Vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisesta on kunnilla. (STM 2019.) Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tulee edistää kuntalaisten hyvinvointia ja kunnan tehtävänä on tukea asukkaiden terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyden taustatekijöitä kuten koulutusmahdollisuuksia, elinoloja, työoloja ja palvelujen toimivuutta, jotta yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuudet edistää omaa ja lähiympäristönsä terveyttä paranevat. Kuntapolitiikasta vastaa kunnanvaltuusto, joka määrittelee sen, miten asetettuihin tavoitteisiin päästään (STM 2006: 13.) Suomen terveydenhuoltolaissa edellytetään, että kunnan on myös seurattava asiakkaidensa terveyttä väestöryhmittäin ja arvioitava toimien tuloksia (Kerätär 2019).

Kunnissa ja kuntayhtymissä tulee olla pysyviä tahoja, jotka edistävät kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Hyvinvoinnin edistäminen ei ole vain sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla vaan terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä tulisi toteuttaa yhteistyössä kaikkien kunnan toimialueiden sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Vastuu hyvinvoinnin edistämisestä kuuluu kaikille kuntaorganisaatioissa työskenteleville ja hyvinvoinnin edistämisen pitäisi olla osana arjen työskentelyä. (Majoinen – Antila 2017: 15.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto on terveyden edistämisen asiantuntija kunnissa ja tärkeässä roolissa nostamassa esille erilaisia terveystieteitä. (Kuntaliitto 2019; STM 2019.) Sosiaali- ja terveystieteet ovat vain yksi kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttava osa-alue, muita hyvinvointiin vaikuttavia osa-alueita ovat yksilön elämäntyyli, yhteisölliset verkostot, elin- ja työolot sekä yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön luomat olosuhteet (Dahlgren – Whitehead 1991). Kuntaliiton mukaan kuntalaisten mielestä hyvän kotikunnan tärkeimpiä ominaisuuksia ovat hyvät palvelut, hyvä asuin ympäristö sekä turvallisuus. (Majoinen – Antila 2017: 3.)

Tutkimuksessa *Hyvinvoinnin edistäminen kunnassa – sisältö, mahdollisuudet ja haasteet*, haastateltiin kuntien luottamushenkilöjohtoa ja viranhaltijajohtoa. Haastattelut tehtiin keväällä 2017 ja 120 haastateltavan vastaukset analysoitiin. Haastateltavat näkivät kuntien hyvinvoinnin edistämisen haasteiksi muutostilanteisiin liittyvät asiat, mahdollisen sote-uudistuksen tuomat haasteet, uusi työnjako kunnan ja maakunnan välillä, mahdolliset vaikutukset taloudellisiin resursseihin; talouden tiukentuessa ei uskalleta satsata ennaltaehkäiseviin toimiin. Myös erilaisten kuntien erilaiset toimintaympäristöt aiheuttavat haasteita; pienten kuntien alenevat väestömäärät, väestön ikääntyminen, alhainen koulutustaso, alkoholin suurkulutus ja yksityisautoilu nousivat haasteiksi. Pienemmissä kunnissa haasteena nähtiin palvelujen saatavuuden turvaaminen jatkossa. Suuremmissa kunnissa huolta aiheutti palveluprosessien mahdollinen pirstoutuminen. Myös hyvinvoinnin edistämisen asiantuntijoiden riittävyys näyttäytyi haasteena. Tutkimuksessa kartoitettiin myös kuntien hyvinvoinnin edistämisen mahdollisuuksia ja tutkimuksessa todettiin, että ”osallisuuden vahvistaminen vireyttää ja vähentää sosiaalisia ongelmia.” Yhteistyö poikkihallinnollisesti kunnan sisällä, kuntien ja maakuntien kesken sekä järjestöjen kesken nähtiin mahdollisuutena. Myös kuntalaisten oman aktiivisuuden vahvistaminen nähtiin tarjoavan lisää mahdollisuuksia hyvinvoinnin edistämiseen. Tutkimuksessa nousi vahvasti esille se, että hyvinvoinnin edistäminen kunnissa ei voi olla pelkkää epämääräistä käsitteenmäärittelyä vaan hyvinvoinnin edistämisen tulee olla konkreettisia päätöksiä ja tekoja perustuen kunnan omaan visioon ja strategiaan tavoitteisiin. (Majoinen – Antila 2017: 12 – 15.)

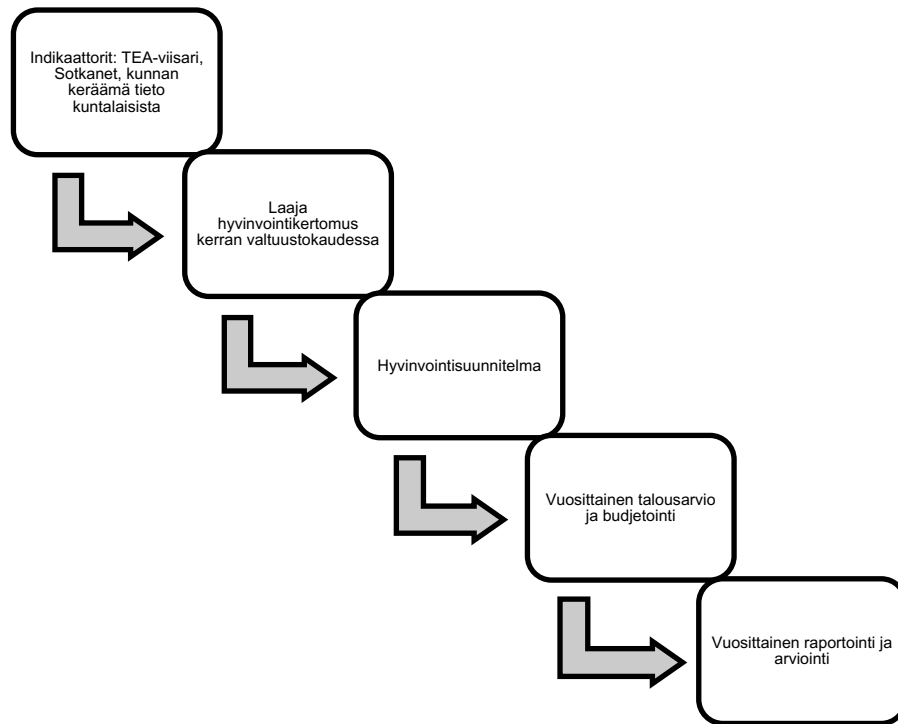
### 3.2 Hyvinvointikertomus

Hyvinvointikertomus on lakisääteinen työväline kunnan johtamisen avuksi ja poliittisen päätöksenteon tuki. Hyvinvointikertomus toimii kunnan strategiatyön ja suunnittelun perustana ja laadintaprosessi tukee hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamista. Hyvinvointikertomus soveltuu sellaisenaan suoraan valmistelevien viranhaltijoiden ja päättäjien työhön havainnollistamalla kuntalaisten hyvinvointia eri näkökulmista ja eri väestöryhmistä. (Kuntaliitto 2019.)

THL:n määritelmässä hyvinvointikertomus käsitteenä tarkoittaa seuraavaa;

*” Kunnassa eri toimialojen yhdessä laatima tietopaketti kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. ”* (THL(a) 2019.)

Hyvinvointikertomuksen tekoon velvoittaa sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010) että myös sosiaalilaki (1301/2014). Laki velvoittaa laatimaan laajan hyvinvointikertomuksen kerran valtuustokaudessa ja sen lisäksi vuosittain tulee raportoida kuntalaisten hyvinvoinnin tilasta. (THL(a) 2019; Helanen – Salmela 2013: 18.) Kuviossa 5 on esitetty hyvinvointikertomusprosessi kaaviona. Laaja hyvinvointikertomus sisältää sekä ajantasaista tietoa kunnan hyvinvointi tilanteesta edellisen valtuustokauden aikana sekä hyvinvointitavoitteet tulevalle valtuustokaudelle. Kertomuksen avulla kootaan ja jalostetaan oleellinen hyvinvointitieto tukemaan kunnassa tehtävää toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa. (THL 2015.) Kunnan toiminta- ja talousarviossa taas huomioidaan nämä laaditut hyvinvointitavoitteet. Kunnan talousarviossa laaditaan suunnitelma näiden hyvinvointitavoitteiden rahoittamiselle ja tavoitteiden toteutumista seurataan vuosittain. (THL(a) 2019.) Valitut painopisteet toimivat osana talousarviota ja toimialojen käyttösuunnitelmaa, joita arvioidaan talousarvion toteutumisen yhteydessä (THL 2015).



Kuvio 5. Kunnan hyvinvointikertomuksen laadinta prosessikaaviona.

Hyvinvointikertomus on siis eri hallinnonalojen asiantuntijoiden yhdessä laatima tiivis katsaus kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin. Hyvinvointikertomus kuvaa nykyistä hyvinvointitilannetta ja siihen johtanutta kehitystä ja tarkastelee nykyhetkeä suhteessa menneisyyteen. Tavoitteena on, että kertomus täsmentää väestön hyvinvointitarpeita ja arvioi toteutunutta toimintaa ja voimavaroja suhteessa näihin tarpeisiin. Hyvinvointikertomuksessa tulisi arvioida toteutuneen politiikan vaikutuksia hyvinvoinnin kuvaan ja liittää toteutunut hyvinvoinnin kuva taloudelliseen kehikseen. (THL(d) 2019; Perttilä – Orre – Koskinen – Rimpelä 2004: 12.)

Pääosa hyvinvointia koskevista poliittisista päätöksistä tehdään paikallistasolla. Palvelut voivat vaihdella kuntien ja muiden paikallistasojen välillä, joten kuntien välinen vertailtavuus edellyttää niiden suhteuttamista joko johonkin keskiarvoon, väestöosuuteen tai esimerkiksi palvelujen kokonaistarjontaan. (Perttilä ym. 2004: 34.) Hyvinvointikertomuksen tarkoitus on tuottaa kunnalle seurantatietoa ohjelmien ja tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksista eli siitä, miten hyvin hyvinvointipolitiikka on onnistunut (THL(d) 2019).

Hyvinvointikertomuksiin kirjattujen tavoitteiden tulisi konkretisoida terveyserojen kaaventamistavoitteina eri hallinnonaloilla. Olisi tärkeää tavoitella sosiaalisen aseman ja terveyden välisen kytköksen vähentämistä; hyvän terveyden edellytykset kuuluvat kaikille. Tavoitteen asettaminen osoittaa laaja-alaista sitoutumista ja tahtoa eriarvoisuuden

kaventamiseen. Strategisen kaventamistavoitteen pitäisi myös ehkäistä eriarvoisuutta lisääviä ratkaisuja päätöksenteossa. (Rotko ym. 2014.)

Hyvinvointikertomus voidaan tehdä myös sähköisesti. Sähköinen hyvinvointikertomus kerää, jäsentää ja havainnollistaa jo olemassa olevaa tietoa. Tavoitteena on, että sähköisen työkalun käyttö helpottaa hyvinvointikertomuksen valmistelua ja hyvinvointikertomuksen laatijat voivat enemmän keskittyä tiedon analysointiin ja paikalliseen tiedon tulkintaan. (Helanen – Salmela 2013: 18.) Kuntaliiton mukaan Suomen kunnista noin 90% on hankkinut lisenssin sähköiseen hyvinvointikertomustyökaluun (Kuntaliitto 2019). Sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttö takaa kertomusten tasalaatuisuuden ja minimisisällön. Tämä on tärkeää sillä kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden seurannassa ei väestön keskimääräisen hyvinvoinnin toteaminen riitä vaan kuntalaisten hyvinvoinnin tilannetta tulisi arvioida aina myös väestöryhmittäin. Tämä johtaa kuitenkin siihen, että kokemustiedon ja kuntien oman tilastotiedon käyttö vähenee ja indikaattoritiedon käyttö lisääntyy hyvinvointikertomuksia laadittaessa. (Kauppinen – Hätönen 2014: 33 - 34.)

Hyvinvointikertomus täsmentää asukkaiden keskeiset hyvinvointitarpeet (THL(a) 2019; Perttilä ym. 2004: 33). Hyvinvointikertomuksen pohjalta kunnissa laaditaan hyvinvointisuunnitelma tai hyvinvointistrategia. Hyvinvointisuunnitelma on siis katsaus tulevaisuuteen, suunnitelma siitä, mihin tulevaisuudessa panostetaan. Valitettavasti hyvinvointisuunnitelma ei aina toimi kuten on ajateltu, pelkona on, että hyvinvointistrategiasta tulee vain asiakirja, jolla kuitataan organisaation hyvinvointipoliittiset näkemykset, mutta joka ei ohjaa arkityötä ja jonka toimeenpanoa ei seurata, eikä päätöksien vaikutuksia arvioida. (Majoinen – Antila 2017: 15; Perttilä ym. 2004: 14.)

### 3.3 Hyvinvointitieto ja indikaattorit

Indikaattori (osoitin, ilmaisin) on tilastollinen tunnusluku, jonka avulla tietoa voidaan tiivistää ja joka kuvaa tutkittavana olevan ilmiön tilaa ja muutoksia (Perttilä ym. 2004: 33). Erilaisia hyvinvointia mittaavia indikaattoreita on kehitetty. Perinteisesti globaalia hyvinvointia on mitattu bruttokansantuotteella. Kansantalouden tilinpito ja bruttokansantuote eivät kuitenkaan anna oikeaa kuvaa hyvinvoinnin kehityksestä. Hyvinvoinnin mittaamisen haasteena on, että hyvinvointi käsitteenä on niin laaja, ettei sen kaikkia ulottuvuuksia ole mahdollista kattavasti sisällyttää yhteen yksittäiseen tilastointijärjestelmään tai indikaattoriin. (Hoffren 2010: 5.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt hyvinvointia mittaavia indikaattoripankkeja. Näitä kaikille avoimia indikaattoripankkeja on useita erilaisia, sillä tietoa tarvitaan erilaisiin tarkoituksiin ja erilaisissa muodoissa. Indikaattoripankit tarjoavat tietoa hyvinvoinnin edistämiseen ja arviointiin. Indikaattoripankit tarjoavat myös tietoa väestön terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä ja palveluista. (THL(h) 2019.)

TEA-viisari on maksuton ja kaikille avoin verkkopalvelu, joka kertoo kunnan terveyden edistämistyön nykytilasta. Palvelun on tarkoitus tukea kuntien, koulujen ja alueellisten toimijoiden terveyden edistämisen toiminnan suunnittelua ja johtamista. TEA-viisarin tiedot päivitetään säännöllisesti ja kehittämiskohteet ja vahvuudet ilmaistaan liikennevalo-väreillä. (THL(e) 2019.)

TEA-viisarin tietojen avulla kuntapäätäjät tietää, miten kunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sujuu. Tarkastelemalla eri toimialojen tietoja näkee kunnan keskeiset kehittämistarpeet ja vahvuudet. Kunnan tilannetta voi verrata luotettavasti myös muihin kuntiin ja koko maahan. TEA-viisari auttaa toiminnan suunnittelussa. Se tarjoaa valmiiksi analysoitua tietoa, tieto toiminnasta mahdollistaa konkreettisten tavoitteiden asettamisen ja niiden toteutumisen seurannan. (THL(e) 2019.)

Indikaattoripankki Sotkanet.fi palvelusta löytyy yli 2 000 eri tilastotietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä palvelujärjestelmän toiminnasta voimassa olevaan kuntajakoon perustuen keskeisiä väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja vuodesta 1990 alkaen. Sotkanet.fi-palvelusta löytyy myös kansainvälisiä vertailutietoja. Sotkanet.fi on maksuton ja kaikille avoin tietokanta, jota ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (THL(e) 2019.)

Kunta voi tuottaa myös itse tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Tietoa voidaan kerätä muun muassa erilaisilla kuntalaiskyselyillä ja asukasfoorumeilla.

#### **4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten kuntien hyvinvointikertomuksissa kuvataan hyvinvointi- ja terveyseroja. Tarkoituksena oli myös selvittää, onko hyviä käytäntöjä terveyserojen kaventamiseksi esitetty tai löydetty. Tarkoituksena oli kartoittaa, missä määrin terveyserojen kaventaminen painottui hyvinvoinnin edistämisen toiminna ja ulottuvatko kuntien toimet terveyserojen kaventamiseksi eri hallinnonaloille. Lisäksi



selvitettiin, millaisia eriarvoisuuden kaventamiseen tähtääviä tavoitteita hyvinvointikertomuksista esitettiin ja mihin nämä toimet kohdentuivat. Tavoitteena oli saada tietoa kuntien toiminnasta hyvinvointikertomusten toimivuuden kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat;

- Miten hyvinvointikertomuksissa ilmenee terveyserot ja miten hyvinvointikertomuksissa tuodaan esiin eri väestöryhmien haasteet?
- Minkälaisia terveyserojen kaventamiseen kohdentuvia tavoitteita ja toimia hyvinvointikertomuksista voi tunnistaa? Mihin toimet kohdentuvat?
- Miten terveyserojen kaventaminen painottuu hyvinvoinnin edistämisen toiminnoissa?

## 5 Aineisto ja tutkimusmenetelmä

### 5.1 Aineisto

Aineisto koostui kahdeksan eri kunnan hyvinvointikertomuksesta. Aineistoon valittiin kahden pienen kunnan, kahden seutukaupungin, kahden kehyskunnan ja kahden suuren kaupungin hyvinvointikertomukset. Aineistoon valittujen kuntien asukasluku vaihteli pienimmän kunnan 2388 (2019) asukkaasta suurimman kunnan 283632 (2019) asukkaaseen. Tavoitteena oli saada otos, joka vastaa alueellisesti Manner-Suomea mahdollisimman kattavasti. Aineisto valittiin harkinnanvaraisesti ja ennen aineiston hyväksymistä varmistettiin, että mahdollinen aineistoksi valittu kunta on itse ilmoittanut TEA-viisarin kysymykseen numero kahdeksan ottaneensa huomioon terveyserot ja että alustavan läpikäynnin tuloksena hyvinvointikertomuksissa oli myös tunnistettu sosioekonomisia terveyseroja. Aineistoon valitut hyvinvointikertomukset oli laadittu ennen THL:n keväällä 2019 julkaistuja hyvinvointikertomusten minimietosuosituksia. Aineiston koko oli yhteensä 362 sivua.

Valittujen kuntien laajat hyvinvointikertomukset olivat kunnan uusimmat hyvinvointikertomukset keväällä 2019 ja ne kaikki olivat vapaasti luettavissa internetissä.

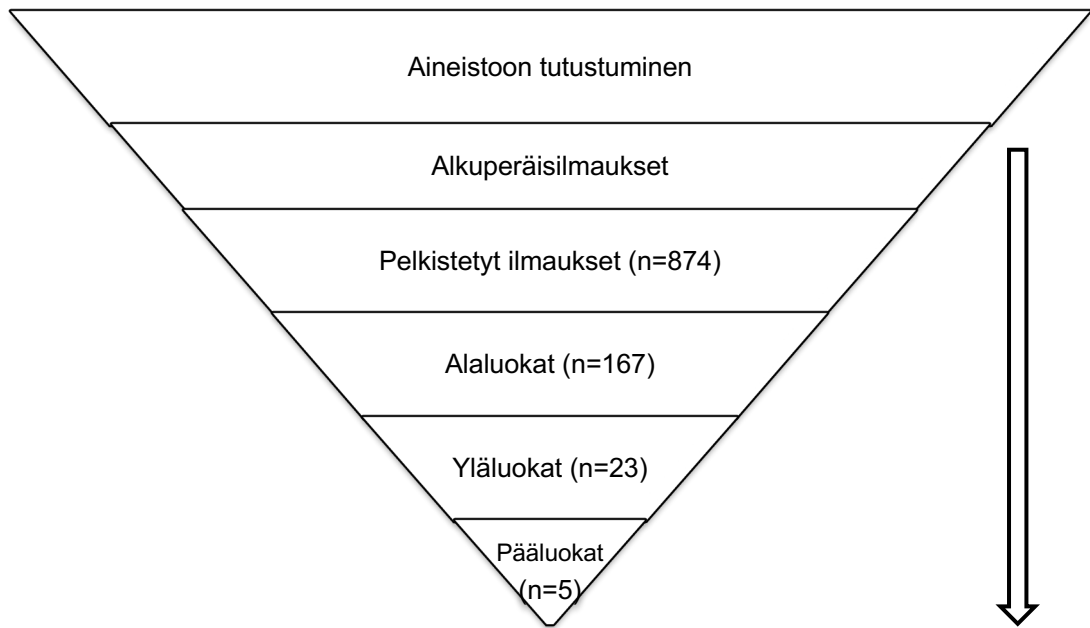
## 5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin dokumenttianalyysiä. Dokumenttianalyysi on tutkimusmenetelmä, jossa voidaan erottaa kaksi keskeistä analyysitapaa, sisällön analyysi ja sisällön erittely (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 122). Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, jossa kuvataan kvantitatiivisesti tekstin sisältöä. Sisällönanalyysillä taas tarkoitetaan sitä, että dokumenttien sisältöä pyritään kuvaamaan sanallisesti (Tuomi – Sarajärvi 2018: 119). Yleisesti dokumenttianalyysi määritellään menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti.

Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysia käytettiin eniten tutkimuksissa, joiden tarkoituksena on kuvata tai kuvailla tutkittavaa asiaa. Sisällönanalyysiin liittyy haasteita, jotka täytyy ottaa huomioon tuloksia analysoitaessa ja niistä raportoitaessa. (Kynge ym. 2011: 139, 146). Tässä työssä aihetta lähestyttiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Aineistoa olisi voitu lähestyä myös deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmin terveyden sosiaalisia determinantteja mukailleen. Aiheesta ei kuitenkaan ollut toistaiseksi tutkimustietoa ja deduktiivinen lähestymistapa olisi rajannut pääluokat ennen analyysiprosessin aloitusta, joten tässä opinnäytetyössä päädyttiin lähestymään aineistoa induktiivisen analyysin keinoin.

Aineiston analyysi alkoi tutustumalla valittuun aineistoon lukemalla hyvinvointikertomukset läpi niin monta kertaa, että aineisto tuli tutuksi. Ennen varsinaista sisällönanalyysiprosessin alkua opinnäytetyön tekijä tapasi THL:n yhteyshenkilön, jonka kanssa käytiin yhdessä läpi yksi aineistoon valittu hyvinvointikertomus. Aineistoon tutustumisen jälkeen poimittiin terveyseroihin, terveyserojen tunnistamiseen, terveyserojen kaventamiseen tähtääviä tavoitteita ja toimia sekä terveyserojen taustatekijöihin vaikuttavia tavoitteita ja toimia. Mukaan poimittiin myös sekundaarisesti terveyserojen kaventamiseen vaikuttavia tavoitteita, toimia ja seurantatietoja. Myös eriarvoisuuden tai syrjäytymisen ehkäisyyn ja vähentämiseen liittyviä mainintoja otettiin mukaan.

Analyysiprosessi (kuvio 6) eteni tämän jälkeen niin, että aineistosta poimitut analyysiyksiköt redusoitiin eli pelkistettiin. Pelkistettyjä analyysiyksiköitä oli yhteensä 874 kappaletta. Pelkistämisen jälkeen analyysiyksiköt klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Ryhmitellyt ilmaukset muodostivat alaluokat. Alaluokkia muodostui 167 kappaletta. Alaluokat luokiteltiin vielä yhdistäviin yläluokkiin. Yläluokkia muodostui yhteensä 23 kappaletta. Nämä 23 pääluokkaa jaoteltiin viiteen (5) eri pääluokkaan.



Kuvio 6. Analyysiprosessin eteneminen

Taulukossa 1 on esitetty sisällönanalyysin tuloksena syntyneet viisi (5) pääteemaa ja kaksikymmentäkolme (23) pääluokkaa. Pääluokat ovat ryhmitelty pääteemojen alle.

Taulukko 1. Sisällönanalyysin tuloksena syntyneet pääteemat (n=5) ja pääluokat (n=23).

#### Terveyserojen tunnistaminen ja toimet terveyserojen kaventamiseksi

- Terveyserot kunnissa
- Terveyseroja lisääviä tunnistettuja tekijöitä
- Toimet terveyserojen kaventamiseksi

#### Hyvinvointihaasteiden tunnistaminen

- Väestön hyvinvoinnin tila
- Työttömyys ja työkyvyttömyys
- Lapsiperheiden hyvinvoinnin tila
- Lasten ja nuorten hyvinvoinnin tila
- Maahanmuuttajien hyvinvoinnin tila

#### Kunnan hyvinvointityö ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa

- Kuntaorganisaatio hyvinvointityön kehittäjänä
- Yhteistyö ja kumppanuudet

#### Hyvinvointiin vaikuttavat ympäristö- ja elinolosuhdetekijät

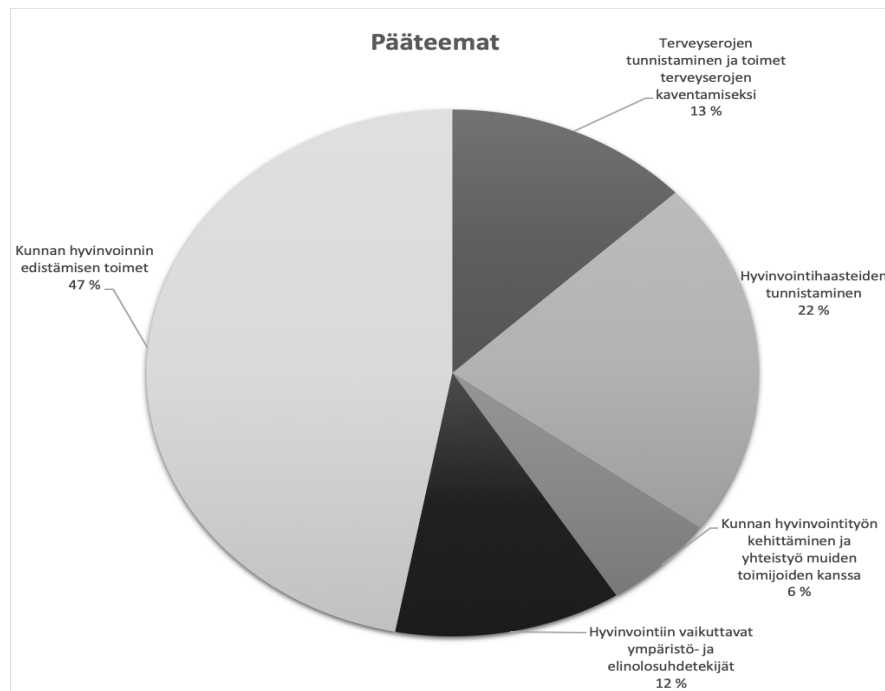
- Infrastrukturi ja rakennettu ympäristö
- Asuntopoliittikka
- Kulttuuri
- Osallisuus

#### Kunnan hyvinvoinnin edistämisen toimet

- Kunta hyvinvoinnin edistäjänä
- Kunta hyvinvointia edistävien elintapojen mahdollistajana
- Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen
- Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen
- Nuorten koulutuksen lisääminen ja työllistymiseen tähtäävät toimet
- Työllisyyden ja työkyvyn parantamiseen tähtäävät toimet
- Työikäisten hyvinvoinnin edistäminen
- Ikäihmisten hyvinvoinnin edistäminen
- Päihdehaittojen vähentäminen

## 6 Tulokset

Aineistoon valituista hyvinvointikertomuksista nousi esille viisi pääteemaa; terveyserojen tunnistaminen ja toimet terveyserojen kaventamiseksi, hyvinvointihaasteiden tunnistaminen, kunnan toiminnan kehittäminen ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa, hyvinvointiin vaikuttavat ympäristö- ja elinolosuhdetekijät ja kunnan hyvinvoinnin edistämisen toimet (kuvio 7). Kuviossa 7 on esitetty pääteemojen pelkistettyjen ilmausten määrän osuus suhteessa kaikkien analyysin tuottamien ilmaisujen määrään. Tulosten esittelyn yhteydessä hyvinvointikertomukset eritellään kunnille satunnaisesti arvotuilla numeroilla yhdestä kahdeksaan (1 – 8), tämä numero esitetään aina hyvinvointikertomuksesta tehdyn suoran lainauksen yhteydessä.



Kuvio 7. Analyysin pääteemojen ilmaisumäärien prosentuaalinen osuus kaikkien ilmaisujen määrästä (n=874).

Tulosten mukaan tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa terveyseroja sekä niitä lisääviä tekijöitä käsiteltiin jonkin verran, osassa oli kuvattu myös kohdennettuja toimia erojen kaventamiseksi. Kuitenkin terveyserot, niiden tunnistaminen ja kohdennetut toimet terveyserojen kaventamiseksi käsitti vain 13 % kaikista ilmaisuista, joita aineiston analyysi tuotti.

Tuloksista näkyy, että tarkastelluissa kunnissa tunnistetaan kuntalaisten hyvinvoinnin tila. Hyvinvoinnin tilanne on hyvinvointikertomuksissa avattu ikäryhmittäin mutta myös tietyt erityisryhmät tai elämäntilanteeseen liittyvät tilanteet ovat eritelty joissain hyvinvointikertomuksissa, esimerkkinä tästä maahanmuuttajat ja maahanmuuttajien hyvinvoinnin tila. Nämä tunnistetut hyvinvointihaasteet ovat sellaisia, jotka voivat lisätä myös terveyseroja. Analyysin tuloksista 22% käsitteli kuntalaisten hyvinvoinnin nykytilaa ja hyvinvointia uhkaavia haasteita.

Hyvinvointikertomuksissa käsiteltiin vain vähän kuntaorganisaation toiminnan ja rakenteen vaikutusta hyvinvointityöhön. Koko aineistosta vain 6% käsitteli kunnan hyvinvointityön kehittämistä ja yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyö ja kumppanuu-

det kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa mainittiin lähes kaikissa analysoiduissa hyvinvointikertomuksissa ja tämä kumppanuus ja yhteistyö oli tärkeä osa monen kunnan syrjäytymisen ja eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävää toimintaa.

Hyvinvointikertomuksissa nousi esiin myös muita kuin sosiaali- ja terveyshuoltoon liittyviä hyvinvointiin vaikuttavia ympäristö- ja elinolosuhdetekijöitä, joihin kunta vaikuttaa ja jotka lisäävät kuntalaisten hyvinvointia mutta jotka voivat huonosti toteutuessaan vaikuttaa myös terveyseroja lisäävästi. Elinolosuhteisiin vaikuttavia tekijöitä ovat asuntopolitiikka ja infrastruktuuriin ja rakennettuun ympäristöön liittyvät tekijät sekä kulttuuri ja osallisuus eri muodoissa. Näiden tekijöiden osuus koko analysoidusta aineistosta oli 12%.

Aineistosta suurin osuus eli 47% käsitteli kuntien hyvinvoinnin edistämisen toimia. Nämä toimet olivat sellaisia toimia, jotka keskittyivät yleiseen hyvinvoinnin lisäämiseen ja siten olivat myös mahdollisia terveyseroja kaventavia toimia. Näitä toimia ei kuitenkaan ollut kohdistettu mitenkään tietyille erityisryhmille vaan ne olivat esimerkiksi ikäryhmittäin kaikille kohdennettuja palveluja.

Analysoidut hyvinvointikertomukset perustuvat pääsääntöisesti avoimeen, kaikkien saatavilla olevaan indikaattoritietoon. Yleisesti ottaen useimmissa hyvinvointikertomuksissa oli mainittu hyvinvointitiedon lähteenä THL:n indikaattoripankit TEA-viisari ja Sotkanet.fi ja monessa hyvinvointikertomuksessa mainittiin myös kuntalaiskyselyt, asukasfoorumit ja muut paikallista informaatiota tarjoavat lähteet. Näitä paikallistietoa tarjoavia tietolähteitä ei oltu avattu kovin tarkasti, eikä tarkastellusta aineistosta selvinnyt, miten edellä mainituista lähteistä saatuja tietoja oli tarkalleen ottaen käytetty.

Hyvinvointikertomuksissa painottui hyvinvointihaasteiden ja terveyseroja lisäävien tekijöiden tunnistaminen. Kunnissa tunnistettiin hyvinvointiin vaikuttavat tekijät, haasteet ja myös terveyseroihin vaikuttavat tekijät. Tavoitteiden asettaminen terveyserojen kaventamiseksi ja jo tehtyjen toimien tulosten seuranta oli niukkaa.

Tuloksissa voidaan havaita myös se, että hyvinvointikertomuksissa painottuivat yleiset hyvinvoinnin edistämiseksi laaditut tavoitteet ja toimet. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisella ei juurikaan perusteltu hyvinvoinnin edistämiseen tähtääviä toimia, vaikka kyseisillä toimilla mahdollisesti pyrittiin vaikuttamaan myös terveyserojen kaventamiseksi.

## 6.1 Terveyserot ja toimet terveyserojen kaventamiseksi

Terveyserot, niiden tunnistaminen ja kohdennetut toimet terveyserojen kaventamiseksi käsitti vain 13 % kaikista ilmaisuista, joita aineiston analyysi tuotti. Kaikissa aineistoon valituissa hyvinvointikertomuksissa mainittiin kuitenkin terveyserot (kuvio 8) ja lähes jokaisessa tarkastellussa hyvinvointikertomuksessa oli mainittuna terveyserojen negatiiviset vaikutukset hyvinvointiin.



Kuvio 8. Terveyserojen tunnistaminen ja kohdennetut toimet sekä pääteeman sisällölliset pääluokat.

### 6.1.1 Terveyserot kunnissa

Terveyserojen kasvu tai oman kunnan terveyserojen tilanne oli kirjattu vain osaan tarkastelluista hyvinvointikertomuksista. Mahdollinen terveyserojen kasvamisen vaikutus kunnan talouteen oli kirjattu yhden kunnan hyvinvointikertomukseen.

*"Kunta ennakoi ja seuraa asukkaiden terveyttä, hyvinvointia ja terveyseroja." (Kunta 6)*

*"Terveys- ja hyvinvointierot näkyvät myös ..." (Kunta 3)*

*"Kaupunki pyrkii omalla toiminnallaan kaventamaan terveyseroja." (Kunta 5)*

*”Terveyseroista johtuviin kustannuksiin voidaan vaikuttaa erityisesti sillä, että kaikkein heikoimmassa asemassa olevien terveys kohenee.” (Kunta 8)*

Monessa hyvinvointikertomuksessa terveyserojen kaventaminen koettiin tärkeäksi mutta vain kahdessa hyvinvointikertomuksessa tai -suunnitelmassa tehtyjä tavoitteita tai toimenpiteitä oli perusteltu terveyserojen kaventamisella. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävät tavoitteet olivat usein laajoja, yleiselle tasolle jääviä tavoitteita ja konkreettisia tavoitteita terveyserojen kaventamiseksi ei löytynyt kuin yhdestä tarkastellusta hyvinvointikertomuksesta.

*”Tavoitteena on hyvinvointierojen väheneminen asuinalueiden välillä.” (Kunta 5)*

*”Ihmisten sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta tulisi lisätä ja samalla vähentää eriarvoisuutta, köyhyyttä ja syrjäytymistä.” (Kunta 8)*

Hyvinvointikertomuksista näkyi, että sosioekonomisen aseman vaikutus terveyseroihin tunnistetaan. Myös eriarvoistumisen vaikutus tiedetään. Osasta tarkasteltujen kuntien hyvinvointikertomuksista pystyi havainnoimaan, että eriarvoistumiskehitys eri sosiaaliryhmien välillä tiedostetaan ja haluttaisiin estää ja siten vähentää myös terveyseroja.

*”Nykypäivän osattomuus tarkoittaa absoluuttisen köyhyyden sijaan ennen kaikkea moninaista ja kasautunutta osattomuutta.” (Kunta 3)*

*”Heikossa asemassa oleville kasautuu usein erilaisia ongelmia, jotka ruokkivat toisiaan.” (Kunta 4)*

*”Merkittäviä terveys- ja hyvinvointieroja on todettu olevan kantaväestön ja ulkomaista syntyperää olevien välillä.” (Kunta 3)*

### 6.1.2 Terveyseroja lisääviä tunnistettuja tekijöitä

Terveyseroja lisääviä riskitekijöitä tunnistettiin. Hyvinvointikertomuksissa tunnistettuja sosioekonomisia riskitekijöitä saatiin yleisesti indikaattoripankeista mutta yksittäisiä riskitekijöitä ei oltu yleensä peilattu terveyseroihin. Terveyseroihin vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä oli peilattu suoraan terveyseroihin vain muutamassa hyvinvointikertomuksessa.



*”Eri sosiaaliryhmien väliset erot ovat pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet.” (Kunta 3)*

*”Terveyserojen ilmenemistä tarkasteltaessa pienituloisuusaste on laskeutunut, tuloerot eivät ole kasvaneet.” (Kunta 2)*

Monet hyvinvointikertomuksissa mainitut riskitekijät olivat sellaisia, jotka saatiin indikaattoritiedoista. Analysoiduissa hyvinvointikertomuksissa oli mainittu usein sairauskohtaisia tietoja, mielenterveysperusteisesti päivärahaa saaneiden määrä, toimeentulotukea saaneiden määrä tai päihdekuntoutusta saaneiden määrä kunnassa. Myös sellaisia riskitekijöitä oli mainittu, joiden tunnistamiseen tarvitaan myös paikallista tietoa esimerkiksi kolmannen sektorin toimijoilta. Yksinäisyys tai syrjäytymisvaarassa olevat ovat hankalammin tunnistettavissa vain tilastotiedoista.

*”Hyvinvoinnissa on suuria alueellisia ja sosiaaliryhmien välisiä eroja.” (Kunta 5)*

*”Järjestöjen vastauksissa nousi esiin irrallisuuden teema, joka kertoo erityisesti vaikeutuneissa tilanteissa elävien nuorten osallisuudesta tai osatomuudesta.” (Kunta 4)*

*”Joka kuudennella ... rahat eivät riitä harrastuksiin.” (Kunta 3)*

### 6.1.3 Toimet terveyserojen kaventamiseksi

Huomioitavaa on, että vain kolmessa kunnassa oli tehty toimenpiteitä puhtaasti terveyserojen kaventamiseksi. Eräässä kunnassa oli aloitettu ohjelma, jonka tarkoituksena oli vähentää kaupunginosien välistä eriarvoisuutta. Ohjelmassa oli tarkoitus keskittää toimenpiteitä kaupunginosaan, johon tiedettiin kasautuneen enemmän huonosuutta ja sosiaalisia ongelmia. Yhdessä kunnassa pyrittiin kehittämään kaupunkikeskuksia ja siten ehkäistä epäsuotuisaa eriytymiskehitystä. Toisessa kunnassa taas oli kohdennettu liikuntapalveluita kotoutumisvaiheessa oleville maahanmuuttajille.

Monissa kunnissa tarjotaan nuorille ja nuorille aikuisille erilaisia kohdennettuja palveluja. Esimerkiksi Ohjaamo-palvelu pyrkii kohdentumaan apua tarvitseville nuorille ja auttamaan antamalla apua ja tukea sekä ohjaamalla tarvittavien palveluiden äärelle.

Ankkuri-toiminta kohdistuu syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin. Ankkuri-toiminnassa pyritään auttamaan nuoren koko perhettä ja näin parantamaan nuoren lähipiirin hyvinvointia. Yhdessä tarkastelluista kunnista oli päätetty tukea vähävaraisten lasten harrastustoimintaa ja näin mahdollistaa kaikille lapsille harrastus. Myös ikäihmisten kotona-asumista pyrittiin tukemaan esimerkiksi ARA-korjausavustuksilla vähävaraisille. Työttömille suunnattuja maksuttomia palveluita on lakisääteinen työttömien terveystarkastus. Muutamassa kunnassa oli myös mahdollistettu liikuntaneuvontaa työttömille. Myös tupatoiminta, ruoka-apu sekä ylijäämäruoan jako olivat selkeästi kohdennettuja auttamisen muotoja.

*”Kotouttamisen Koto-liikuntahankkeen tuottamat palvelut ovat kohderyhmälle maksuttomia.” (Kunta 4)*

*”Ohjaamo kokoaa useita nuorille suunnattuja palveluita saman katon alle ja jossa tehdään yhteistyötä laajassa verkostossa muun muassa TE-palvelujen, sosiaali- ja terveystieteiden, etsivän nuorisotyön sekä oppilaitosten kanssa.” (Kunta 4)*

*”Parantaa elämänlaatua kunkin nuoren ja hänen perheensä kohdalla.” (Kunta 7)*

*”... lähti mukaan ARAn hissi-Esteetön Suomi 2017.” (Kunta 4)*

*”Tupatoiminnan osa-alueet ovat ruoka-apu, virike- ja harrastustoiminta, tilaisuudet ja tapahtumat, avoin kohtaamispaikka sekä sähköiset ja virtuaaliset palvelut.” (Kunta 4)*

*”Tuetaan vähävaraisten lapsiperheiden harrastus- ja kulttuuritoimintaa.” (Kunta 7)*

Nuorten eriarvoistumista ja terveyseroja pyrittiin estämään etsivän nuorisotyön ja Ankkuri-toiminnan avulla. Nämä ovat valtakunnallisesti käytössä olevia toimintamalleja, joilla voidaan kohdennetusti tarjota apua sitä tarvitseville nuorille ja näin ehkäistä nuorten syrjäytymistä.

*”Nuorisopalvelut pyrkivät varmistamaan, että kaikki nuoret voisivat hyödyntää yhtäläisesti tarjolla olevia mahdollisuuksia ja resursseja.” (Kunta 4)*

*”Työn tärkein tehtävä on ehkäistä nuorten syrjäytymistä, eriarvoisuutta ja köyhyyttä.” (Kunta 4)*

Useimmat toimet tai hankkeet olivat yleisiä, kaikille saman väestöryhmän edustajille kohdennettuja toimia. Nämä monesti maksuttomat, kaikille kohderyhmän edustajille mahdollistetut palvelut kuitenkin voivat omalta osaltaan myös kaventaa terveyseroja ja siten olla tärkeitä palasia kunnan hyvinvointityössä. Esimerkkejä tällaisista toimista ovat erilaiset maksuttomat liikunta- ja kulttuuritapahtumat sekä mahdollisuudet maksuttomaan liikunnan harrastamiseen. Eräässä kunnassa terveysasemalla tarjottiin 70-vuotiaille ikäihmisille maksuton terveyden ylläpitoon ja hyvinvointiin liittyvä infotilaisuus ja toisessa kunnassa taas kunnan kotihoito teki maksuttomia arviokäyntejä yli 80-vuotiaille kuntalaisille, jotka eivät olleet kotihoidon piirissä. Nämä erilaiset toimet ovat tärkeitä osia kunnan hyvinvointityötä ja tarjoavat kaikille kuntalaisille tasa-arvoisen mahdollisuuden hyvinvoinnin edistämiseen.

*”... terveysasema tarjoaa kaikille yli 70-vuotiaille monipuolisen infotilaisuuden.” (Kunta 6)*

*”Lasten- ja nuorten tilaisuudet ovat maksuttomia ja niihin voi osallistua myös kotihoidossa olevat lapset.” (Kunta 1)*

*”Koulupäivän aikana järjestetyt tilaisuudet mahdollistavat kaikille tasapuo-  
liset mahdollisuudet osallistua.” (Kunta 1)*

*”Kirjastossa kaikille tarjotaan tietokoneita ja vapaa pääsy verkkoon.”  
(Kunta 4)*

*”Koulujen maksuton kerhotoiminta.” (Kunta 8)*

*”Liikunnan harrastaminen ei ole ... kunnassa rahasta kiinni sillä rakennetut liikuntapaikat ovat käyttäjilleen ilmaisia.” (Kunta 2)*

Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa oli myös nuorille kohdennettuja palveluita, jotka voidaan nähdä tähtäävän myös terveyserojen kaventamiseen. Yhdessä tarkastelluista kunnista oli havaittu nuorten aborttimäärien kasvua. Tässä kunnassa asetettiin tavoitteeksi aborttimäärien vähentäminen ja keinoksi ilmainen ehkäisy nuorille. Myös

eriarvoisuutta ja syrjäytymistä ehkäisevä toiminta voi vaikuttaa terveyseroja kaventa-  
vasti. Tästä esimerkkinä yhdessä kunnassa oli nuorille tarjottu ilmaisia linja-automat-  
koja ja toisessa kunnassa taas oli tarjottu kaikille kutsuntoihin osallistuville neuvoja, oh-  
jausta ja nuoren tarvitsemaa tukea.

*”Ilmainen ehkäisy nuorille.” (Kunta 1)*

*”Nuorille mahdollisuus ilmaisiin linja-automatkoihin.” (Kunta 7)*

*”Jokainen kutsuntoihin osallistuva nuori saa neuvoja, ohjausta ja tarvitta-  
essa pidempiaikaista tukea elämäntilanteeseensa.” (Kunta 7)*

## 6.2 Hyvinvointihaasteiden tunnistaminen

Analyysin tuloksista 22% käsitteli kuntalaisten hyvinvoinnin nykytilaa ja hyvinvointia uh-  
kaavia haasteita. Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa tunnistettiin monipuolisesti  
hyvinvointia uhkaavia haasteita (kuvio 9). Kaikissa kunnissa oli hyödynnetty THL:n tar-  
joamaa indikaattoritietoa haasteiden tunnistamisen apuna. Hyvinvointiin vaikuttavia  
haasteita tarkasteltiin ikäryhmittäin jokaisessa analysoidussa hyvinvointikertomuk-  
sessa.



Kuvio 9. Hyvinvointihaasteiden tunnistaminen ja pääteeman sisällölliset pääluokat.

Yleisesti hyvinvointihaasteet tunnistettiin monipuolisesti. Hyvinvointikertomuksissa oli myös kirjattu paikallisia erityispiirteitä sekä positiivisia esimerkkejä alueellisista erityispiirteistä.

*”Sairastavuus ja ennenaikainen kuolleisuus ovat maan keskitasoa korkeampia.” (Kunta 7)*

*”Keskeinen haaste on väestön ikärakenne ja sairastavuus” (Kunta 2)*

*”... on pitkään ollut keskimääräistä paremmin voiva ja keskimääräistä koulutetumpi väestö.” (Kunta 3)*

Hyvinvointikertomuksissa avattiin monipuolisesti hyvinvoinnin nykytilaa ja sivuttiin tulevaisuuden tavoitteita. Osassa tarkastelluista kunnista myös jo kuntavisiossa mainittiin hyvinvointi, yhteisöllisyys tai osallisuus.

*”... perustuu yhteisöllisyyteen, vastuuseen itsestä ja ympäristöstä, sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja yrittäjyyteen.” (Kunta 8)*

*”Vahvuuksia ovat osallisuus ja yhteisöllisyys.” (Kunta 7)*

*”Turvaa kuntalaisen hyvinvoinnin.” (Kunta 6)*

Hyvinvoinnin edistäminen on kunnan perustehtävä kunnan joka toimialalla ja osassa hyvinvointikertomuksia tämä on kirjoitettu auki hyvinvointikertomukseen. Tämä näkyi myös tavoitteiden asettelussa, monessa hyvinvointikertomuksessa hyvinvointitavoitteet kattavat enemmän kuin pelkän kuntalaisen terveyden ja terveyteen liittyvät tavoitteet. Kuitenkin myös näkemystä siitä, että hyvinvointi on yhtä kuin terveys, oli havaittavissa. Tämä voi johtua siitä, että hyvinvointi ja terveys ovat käsitteinä haastavia määritellä ja usein niitä käytetään synonyymeinä toisilleen.

*”Jokaisen ihmisen ulottuvilla tulisi olla terveellinen ja turvallinen elin- ja työympäristö.” (Kunta 8)*

*”Painopisteen siirto korjaavista erityispalveluista ehkäiseviin lähipalveluihin ja terveyden edistämiseen.” (Kunta 5)*

*”Pitkän tähtäimen tavoitteena on kuntalaisten hyvinvointi, toimintamallin luominen, kansansairauksien ilmenemisen väheneminen ja sairastavuusindeksin lasku.” (Kunta 8)*

Lapsiperheiden hyvinvointi ja hyvinvointia uhkaavat haasteet nousivat esiin hyvinvointikertomuksista. Varsinkin toimeentuloon liittyvät haasteet mutta myös vanhemmuuteen ja lasten kasvatukseen liittyvät haasteet tulivat aineistosta esiin.

*”Lapsiperheiden pienituloisuusaste oli ... suurten kaupunkien korkein.” (Kunta 5)*

*”Vanhempien hyvinvoinnin haasteet vaikuttavat lapsiin.” (Kunta 3)*

Lapsiin ja nuoriin kohdistuvat hyvinvointihaasteet tunnistettiin tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa hyvin. Lasten ja nuorten mielenterveyden haasteet ja lisääntynyt oireilu ovat selvästi esillä. Osassa kuntia myös koululaisten lisääntynyt yksinäisyys ja kiusaaminen on tunnistettu syrjäytymisen riskiä lisääväksi hyvinvointihaasteeksi.

*”Nuorten terveyttä uhkaavat tekijät kuten vääristyneet ruokailutottumukset, riittämätön unensaanti, vähäinen liikunta, ylipaino, vaikuttavat opiskelukykyyn ja myöhemmin myös työkykyyn.” (Kunta 6)*

*”Vailla yhtään ystävää olevien koululaisten määrä on kasvanut.” (Kunta 5)*

Mielenkiintoista on, että vaikka Suomessa on puhuttu paljon maahanmuutosta ja vuonna 2015 Suomeen saapui ennätysellisen paljon maahanmuuttajia, vain kahdessa tarkastellussa hyvinvointikertomuksessa oli tunnistettu ja avattu maahanmuuttajien kohtaamia hyvinvointihaasteita.

*”Ulkomaalaistaustaiset nuoret kokevat muita yleisemmin fyysistä väkivaltaa.” (Kunta 3)*

*”Ulkomaalaista taustaa olevien kokemus omasta terveydestä on yleisemmin huono ja nämä nuoret ovat yleisemmin vailla läheistä ystävää.” (Kunta 3)*

Työttömyys ja sen vaikutukset yksilön hyvinvointiin tunnistettiin hyvinvointikertomuksissa yleisesti hyvin. Myös työllisyyden hyvinvointia lisäävä vaikutus mainittiin. Osassa tarkastelluista kunnista työttömyyden vähentämiseen tähtäävillä aiemmillä toimenpiteillä oli ollut vaikutusta mutta isommassa osassa tarkasteltuja kuntia pitkäaikaistyöttömyys, rakennetyöttömyys ja myös nuorisotyöttömyys eivät ole kääntynyt laskuun vaan ennemmin nousseet.

*”Työllä on suuri merkitys hyvinvoinnille.” (Kunta 8)*

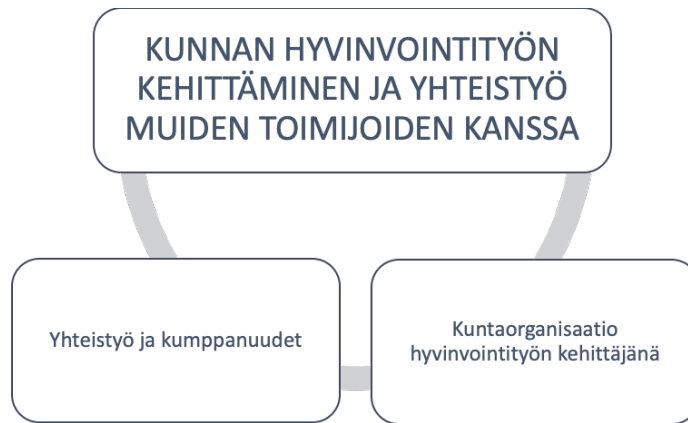
*”Työttömyydestä voi seurata lyhyellä tai pitkällä aikavälillä terveydentilan heikkenemistä ja ongelmien kasautumista.” (Kunta 6)*

*”Pitkäaikaistyöttömyyttä ja rakennetyöttömyyttä on paljon mutta eri toimenpiteillä on päästy aleneviin lukuihin.” (Kunta 2)*

*”Vaikeasti työllistettävien määrä on kasvanut toimenpiteistä huolimatta.” (Kunta 2)*

### 6.3 Kunnan hyvinvointityön kehittäminen ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa

Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa näkyi, että kunnissa on ymmärretty kunnan ja kuntaorganisaation merkitys hyvinvoinnille sekä se, että tämän päivän Suomessa ei kunta voi yksin järjestää kaikkea kuntalaisten tarvitsemia hyvinvointia edistäviä palveluita (kuviot 10). Kuntaorganisaatio on itsessään hyvinvoinnin edistäjä, sekä työnantajan roolissa mutta myös hyvinvointityön mahdollistajana joka kuntaorganisaation osa-alueella. Kiristyvässä taloustilanteessa kunnat nostavat kumppanuudet ja yhteistyön kolmannen sektorin kanssa kehittämiskohteiksi, varsinkin kun yhdessä kunnassa oli myös huomioitu vapaaehtoistyön itsessään terveyttä ja hyvinvointia lisäävä ominaisuus. Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa oli kuvailtu kaikissa hyvinvointikertomuksissa, osassa hyvinvointikertomuksista yhteistyö kuvattiin konkreettisemmin, osassa hyvinvointikertomuksissa tehty tai suunniteltu yhteistyö vain mainittiin eikä toimia avattu tarkemmin. Näiden tekijöiden osuus koko analysoidusta aineistosta oli 6%.



Kuvio 10. Kunnan hyvinvointityön kehittäminen ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa sekä pääteeman sisällölliset pääluokat.

Kuntaorganisaatio voi lisätä kuntalaisten hyvinvointia esimerkiksi kehittämällä palvelurakennettaan. Palvelurakenteen kehittämisellä palveluita voidaan kohdistaa niille, jotka palveluita eniten tarvitsevat tai niille, jotka eivät niitä muuten osaa etsiä. Tällaisilla palvelurakenteen muutoksilla ja palveluiden kohdentamisilla voidaan myös siten kaventaa terveyseroja. Myös poikkihallinnollisen yhteistyön lisääminen ja kehittäminen monipuolistaa palvelurakennetta.

*”Palvelut kohdennetaan oikea-aikaisesti sinne, missä niiden vaikuttavuus on suurin.” (Kunta 5)*

*”Palvelumuotoilulla parannetaan erityisesti paljon palveluita käyttävien palveluketjuja.” (Kunta 5)*

*”Erityiskohderyhmänä ei-aktiiviset kuntalaiset.” (Kunta 5)*

*”Hyvää yhteistyötä on tehty poikkihallinnollisesti.” (Kunta 2)*

Kahdessa kunnassa oli myös päädytty kehittämään lähipalveluita ja siten lähipalveluilla takaamaan asukkaille tasavertaiset hyvinvointipalvelut. Pitkien välimatkojen kunnissa suunniteltiin innovatiivisia ratkaisuja tasa-arvoisten palveluiden mahdollistamiseksi kylien asukkaille.

*”Palvelujen kehittäminen, kirjastoautoon terveystalvelut, ruokakuljetukset ym. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijät mukaan reitille.” (Kunta 1)*



*”Kirjastoauton omahoitopiste.” (Kunta 1)*

Hyvinvointikertomuksissa nostettiin esiin kolmannen sektorin toimijat kunnan hyvinvointityön lisänä ja mahdollistajana. Yhteiset hankkeet kolmannen sektorin toimijoiden kanssa mahdollistavat monipuolisempaa hyvinvointityötä kuntalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi.

*”Tempaukset.” (Kunta 6)*

*”Meidän polku-hanke.” (Kunta 6)*

*”Hanke aktivoi kunnan ja seurojen välistä yhteistyötä.” (Kunta 8)*

Kumppanuus kolmannen sektorin toimijoiden kanssa mahdollistaa sellaisia palveluita, joita kunnilla ei itsenäisesti olisi mahdollista toteuttaa. Kunta ja kolmas sektori voivat myös tuottaa ja kehittää yhdessä monipuolisemmin tarpeeseen vastaavia toimintoja.

*”Yhteistyötä on tehty eri seurojen ja kumppanuuspöydän kanssa.” (Kunta 6)*

*”Seurakunnan varhaisnuorisotyö järjestää aamu- ja iltapäiväkerhot.” (Kunta 1)*

*”Avustuksia saaneet yhdistykset toteuttavat muun muassa etsivää vanhustyötä, keikka-apua ikääntyneille, asumisneuvontaa asunnottomuuden uhan alla oleville lapsiperheille, yksinäisyyden ehkäisyä työikäisille ja vertaistukiryhmiä nuorille äideille.” (Kunta 3)*

*”Tavoitteena on toivon tuottaminen ja innovaatiomooottoreina toimiminen.” (Kunta 6)*

Kumppanuudet nähtiin mahdollisuutena ja niihin oltiin valmiita panostamaan. Tarkasteluissa hyvinvointikertomuksissa näkyi, että aineistoon valituissa kunnissa on vilkasta ja aktiivista järjestötoimintaa ja monessa kunnassa myös seurakunta ja yhdistykset osallistuvat hyvinvointityöhön joko hankkeiden tai palveluiden tuottamisen kautta.

*”Kumppanuus ja uudet yhteistyötävät kulttuuri-, liikunta- ja nuorisojärjestöjen kanssa palvelutuotannossa.” (Kunta 5)*

*”Läheistä yhteistyötä tehdään erityisesti alueella toimivien seurakuntien, järjestöjen ja yritysten kanssa.” (Kunta 3)*

*”Kumppanuudet järjestöjen kanssa ovat merkittävä muutosvoima tulevaisuuden kunnan huomisessa.” (Kunta 6)*

Yhdistyksissä toimiminen ja vapaaehtoistyön hyvinvointia edistävä luonne vapaaehtoistyön tekijälle mainittiin yhdessä hyvinvointikertomuksessa. Myös yhdistysten ja järjestöjen tuottama hyvinvointitieto ja kunnille tarjoama asiantuntijuus ovat tärkeä informaatiolähde kunnille. Järjestöt ja yhdistykset näkevät ja tavoittavat niitä kuntalaisia, joita kunnan on muuten vaikea tavoittaa. Järjestöjen tekemän työn avulla voidaan vaikuttaa myös terveyseroihin.

*”Yhdistystoimintaan itsessään osallistuminen edistää hyvinvointia ja lisää sosiaalista pääomaa.” (Kunta 3)*

*”Järjestöt näkevät toimintansa kautta ongelmien monimutkaistumista.” (Kunta 4)*

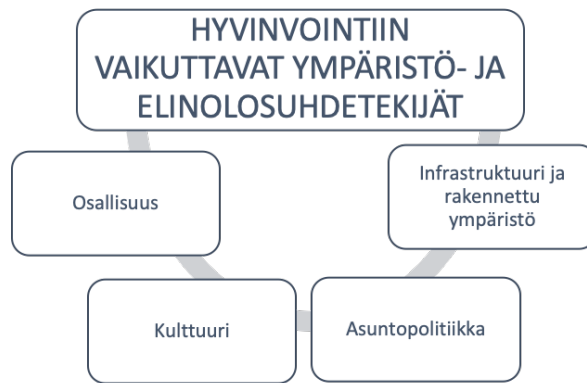
*”Järjestöjen kautta päätöksentekoon kantautuu niidenkin ihmisten ääni, joiden tilanteista, kokemuksista ja tuen tarpeista ei ilman järjestöjä saada tietoa.” (Kunta 4)*

*”Kunta huomioi järjestöjen asiantuntijuuden hyvinvointisuunnittelussa.” (Kunta 6)*

#### 6.4 Hyvinvointiin vaikuttavat ympäristö- ja elinolosuhdetekijät

Kunnissa tunnistetaan hyvinvoinnin kannalta oleellisia osatekijöitä, joihin kunta vahvasti vaikuttaa toimillaan (kuviot 11). Kunnan hyvinvointityö ei rajoitu vain sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan vaan kunnissa on havahduttu siihen, miten suuri vaikutus kuntalaisten hyvinvointiin on infrastruktuurilla ja rakennetulla ympäristöllä, asuntopoliitilla

ja myös osallisuuden vahvistamisella sekä kulttuurilla. Nämä hyvinvointiin vaikuttavat ympäristö- ja elinolosuhdetekijät vaikuttavat sosioekonomiseen hyvinvointiin ja siten myös terveysteroihin. Näiden tekijöiden osuus koko analysoidusta aineistosta oli 12%.



Kuvio 11. Hyvinvoinnin osatekijät sekä pääteeman sisällölliset pääluokat.

#### 6.4.1 Infrastruktuuri ja rakennettu ympäristö

Infrastruktuuri ja rakennettu ympäristö vaikuttaa jokaisen elämään, nyky-yhteiskunnassa ei pärjätä ilman teitä, alueellista kaavoitusta, vesi- ja viemärihuoltoa. Infrastruktuurin ja rakennetun ympäristön vaikutus kuntalaisten hyvinvointiin tunnistetaan osaluueeksi, johon kunta vaikuttaa vahvasti.

*”Ilman asuntoja ja yhteyksiä ei kunnassa olisi asukkaita.” (Kunta 6)*

Infrastruktuuri voi toimia hyvinvoinnin edistämisen mahdollistajana tai haasteena. Pitkät välimatkat ja valaisemattomat kadut voivat vähentää arkiaktiivisuutta ja liikkumista ja siten vaikuttaa kuntalaisen hyvinvointiin heikentävästi. Toimiva infrastruktuuri vaikuttaa kuntalaisten hyvinvointiin.

*”Kuntalaisten arkiaktiivisuutta ja vapaa-ajan liikuntaa lisäävät infraratkaisut.” (Kunta 2)*

Toisaalta panostamalla toimivaan infraan voidaan lisätä liikkumisen eri muotoja ja siten esimerkiksi vähentää autoilua. Liikenne voi vaikuttaa negatiivisesti hyvinvointiin ja eräissä kunnissa oli otettu tavoitteeksi liikenteen vähentämisen ja pyritty aktiivisesti kehittämään kimpapakyytejä ja julkista liikennettä toimivammaksi.

*”Joukkoliikennepalveluita on kehitetty, kirkonkylän alue on päässyt kimp-pakyydin piiriin.” (Kunta 2)*

*”Tavoitteena yksityisautoilun vähentäminen ja joukkoliikenteen käytön li-sääminen.” (Kunta 8)*

Rakennettu ympäristö vaikuttaa hyvinvointiin ja kunnissa tätä pidettiin tärkeänä. Puis-tot, vapaa-ajan viettopaikat ja muiden rakennettujen alueiden kunnossapito ja valaistus nähtiin tärkeänä yleisen viihtyvyyden kannalta.

*”Yleisen viihtyvyyden ja turvallisuuden lisäämistä tehostettiin valaistuk-sella ja puistoalueiden kunnossapidolla.” (Kunta 6)*

Perinteisempi teiden, julkisten tilojen ja ympäristön kunnossapito on myös tärkeä osa kuntien hyvinvointityötä. Tämä työ on pyritty tekemään näkyväksi hyvinvointikertomuk-sissa.

*”Mukaan saadaan myös ympäristön, liikenteen ja toimitilojen käytön mer-kittävä vaikutus hyvinvointiin.” (Kunta 5)*

*”Teiden ja väylien hyvä auraus ja hiekoitus ovat olleet tärkeitä asioita.” (Kunta 6)*

#### 6.4.2 Asuntopolitiikka

Asuntopolitiikka nousi esiin kolmessa tarkastellussa hyvinvointikertomuksissa, asumi-nen tai asuinpaikan puuttuminen sekä elämäntilanteeseen sopivan asunnon löytyminen nähdään monessa kunnassa tärkeäksi hyvinvoinnin mahdollistajaksi. Asuntopolitiikalla vaikutetaan kohtuuhintaisen asumisen mahdollistamiseen, voidaan vähentää asunnotto-muutta, voidaan vaikuttaa esteettömyyteen, voidaan mahdollistaa asuntojen korjaus- ja muutostöitä sekä voidaan huomioida eri elämäntilanteet. Nämä asuntopolitiikkaan liitty-vät toimet voivat omalta osaltaan vähentää eriarvoisuutta ja kaventaa terveyseroja.

*”Asunnottomuusohjelmat hillinneet asunnottomuuden kasvua.” (Kunta 3)*

*”Riittävä vuokra-asuntotuotanto on tärkeä pienituloisten ja maahanmuuttajien asumis- ja työmahdollisuuksien näkökulmasta.” (Kunta 3)*

*”Pieniä asuntoja eri elämäntilanteisiin.” (Kunta 1)*

#### 6.4.3 Kulttuuri

Ympäristö- ja elinolosuhtekijöiden tunnistamisessa osaksi hyvinvointityötä oli suurta vaihtelua hyvinvointikertomusten kesken, osassa kuntia kulttuurin merkitys hyvinvoinnille oli kirjattu hyvinvointikertomukseen laajasti ja kulttuuriin panostaminen nähtiin tulevaisuuden säästöinä kulttuurin terveyttä edistävien vaikutusten takia. Neljässä kunnassa kulttuurin merkitys hyvinvoinnille todettiin, mutta siihen ei olla ainakaan hyvinvointikertomuksen perusteella panostettu yhtä paljon. Kulttuuri on myös laaja käsite, hyvinvointikertomuksissa näkyi selvästi se, miten eri tavoin kulttuuri voidaan käsittää. Niukimmillaan kulttuuri oli synonyymi kirjastolle ja laajimmillaan kulttuuri käsitti opiskelun, kuvataiteet, musiikin, esittävän taiteen kuin myös erilaiset tapahtumat. Eräässä tarkastelluista hyvinvointikertomuksista kulttuuri nähtiin myös osallisuuden kokemuksia lisäävänä tekijänä.

*”Toimialan kaikki palvelualueet (kirjasto, liikunta, museot, nuoriso ja orkesteri) tukevat kaupunkilaisten hyvinvoinnin lisääntymistä.” (Kunta 5)*

*”Kulttuurilla on merkittäviä vaikutuksia kansantalouteen sekä yksilöiden hyvinvointiin.” (Kunta 1)*

*”Hyvinvointipalvelujen ketjussa kulttuurilla ja taiteella on tärkeä rooli yhteisöllisyyden edistäjänä, hyvän mielen tuojana ja osallisuuden kokemusten tuottajana.” (Kunta 4)*

#### 6.4.4 Osallisuus

Mielenkiintoista on, että lähes jokaisessa hyvinvointikertomuksessa nousi esille osallisuuden merkitys ja osallisuutta pyritään vahvistamaan erilaisin toimin. Osallisuus näh-

tiin siis tärkeänä osana hyvinvointia ja osallisuuden vahvistaminen on osa kuntien hyvinvointityötä. Osallisuus on sekä yksinäisyyden poistamista, vaikuttamismahdollisuuksien luomista kuin yhteisöllisyyden tukemista ja sosiaalisen pääoman lisäämistä.

*”Kunnassa vahvistetaan terveyden edistämistä ja osallisuutta lisäämällä ryhmämuotoista toimintaa.” (Kunta 8)*

*”Osallisuutta lisätään ottamalla se osaksi suunnittelua, toteuttamista ja päätöksentekoa.” (Kunta 5)*

*”Osallisuuden kolme ulottuvuutta; riittävä toimeentulo, toiminnallinen osallisuus, yhteisöihin kuuluminen.” (Kunta 8)*

*”Sosiaalisen pääoman ja hyvinvoinnin lisääminen.” (Kunta 6)*

## 6.5 Hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät toimet

Hyvinvointikertomuksista nousi esiin myös hyvinvoinnin edistämiseen tähtäviä toimia (kuvio 12). Nämä toimet ovat hyvinvoinnin edistämiseen kohdistuvia, mutta myös toimia, joilla voidaan kaventaa terveyseroja huolimatta siitä, että niitä ei oltu hyvinvointikertomuksissa esitetty erityisesti tavoittelevan terveyserojen kaventamista. Aineistosta suurin osuus eli 47% käsitteli näitä kuntien hyvinvoinnin edistämisen toimia.



Kuvio 12. Hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät toimet sekä pääteeman sisällölliset pääluokat.

### 6.5.1 Kuntien universaali terveyden edistäminen

Kunnalla on monia hyväksi havaittuja keinoja edistää kuntalaisten hyvinvointia. Yksi tällainen on toimiva palveluohjaus. Palveluohjaus voi ulottua kaikkiin kunnan palveluihin tai esimerkiksi kohdistua johonkin tiettyyn toimintoon kuten työllisyyspalveluihin tai terveyspalveluihin.

*”Uutena on käytössä Palveluohjaaja, jonka työhön kuuluu neuvoa, tukea ja ohjata kuntalaisia kunnan eri palvelujen käytössä.” (Kunta 6)*

Hyvinvointityöhön on kehitetty toimintamalleja ja interventioita näyttöön perustuen. Näiden toimintamallien ja interventioiden implementoinnilla ja soveltamisella käyttöön pyritään tuomaan vaikuttavuutta ja uusia toimintatapoja hyvinvointityöhön. Kunta voi siis edistää kuntalaisten terveyttä ja myös ehkäistä terveyserojen kasvua ottamalla käyttöön ja suosimalla vaikuttavaksi todettuja toimintamalleja.

*”Kunnissa ja maakunnissa tulee lisätä vaikuttavaksi todettujen interventioiden toteutumista.” (Kunta 8)*

Digitalisaatio on jo lähes jokaisen arkipäivää koskettava ilmiö. Digitalisaatio lisääntyy vauhdilla ja myös tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa on havahduttu ilmiöön ja sen yleistymiseen. Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa digitalisaatio arvioitiin sekä hyvinvoinnin edistäjäksi mutta myös mahdolliseksi eriarvoisuutta lisääväksi riskiksi digisyrjäytymisen muodossa.

*”Digi haltuun!-hankkeen tavoitteena on ehkäistä digisyrjäytymistä. Palveluissa säilytettävä mahdollisuus kasvokkain asiointiin.” (Kunta 8)*

Kuntalaisen hyvinvoinnista huolehtiminen nähtiin monessa hyvinvointikertomuksessa ensisijaisesti kuntalaisen omana vastuuna ja velvollisuutena. Kunta mahdollistaa toimiltaan hyvinvoinnin ja pyrkii luomaan tasa-arvoisia mahdollisuuksia kaikille kuntalaisille.

*”Aukkaita halutaan kannustaa aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen sekä huolehtimaan itsestään, läheisistään ja lähiympäristöstään.” (Kunta 3)*

*”Aukkaiden mahdollisuuksia ottaa vastuuta itsestään ja läheisistään vahvistetaan ennaltaehkäisevillä palveluilla.” (Kunta 5)*

Syrjäytymisen ehkäisy yleisesti koko väestön tasolla ei noussut esiin kuin yhdessä hyvinvointikertomuksessa. Huoli nuorten syrjäytymisestä kuitenkin näkyi ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn panostetaan monella tapaa.

*”Syrjäytymisen ehkäisy vapaa-ajan palveluiden keinoin, ennaltaehkäisy ja ihmisten asuminen ja arki laajan kaupungin eri osissa otetaan palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa huomioon.” (Kunta 4)*

*”Aktiivisella nuorisotakuun toimeenpanolla pyritään tehokkaasti ehkäisemään syrjäytymistä.” (Kunta 5)*

*”Hyvinvoinnin paraneminen ja syrjäytymisen ehkäisy, harrastuksien tukeminen, ennakoivat palvelut, etsivä nuorisotyö, laadukas nuorisotyö.” (Kunta 2)*

#### 6.5.2 Kunta hyvinvointia edistävien elintapojen mahdollistajana

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että kunnat voivat vaikuttaa kuntalaisten elintapoihin ja mahdollistaa kuntalaisille terveellisemmät elintavat esimerkiksi kannustamalla liikkumaan ja tarjoamalla kuntalaisia hyödyttäviä liikuntapalveluita. Edesauttamalla kaikkien kuntalaisten terveellisiä elintapoja voidaan myös pyrkiä vaikuttamaan terveyseroja lisääviin tekijöihin, vaikka terveellisten elintapojen edistämistä ei esitetä hyvinvointikertomuksissa tällaisessa tarkoituksessa.

*”Terveyttä edistävät liikuntakampanjat ja virkistyspalvelut.” (Kunta 1)*

*”Tavoitteena, että kaikkien väestö- ja erityisryhmien liikkuminen lisääntyy.” (Kunta 4)*

Kunta voi myös mahdollistaa kuntalaisille virkistysmahdollisuuksia hyödyntämällä lähialueen luontoa ja kunnan virkistysalueita. Luonto ja luonnon hyvinvointivaikutukset mainittiin kolmessa hyvinvointikertomuksessa.



*”Lähivirkistysalueille on lyhyt matka ja luonto tarjoaa runsaasti erilaisia virkistysmahdollisuuksia.” (Kunta 3)*

Kunta voi vaikuttaa myös kuntalaisten elintapoihin kunnan ruokapalveluiden kautta. Kunnan ruokapalvelut koskettavat montaa kuntalaista lapsista ikäihmisiin monta kertaa viikossa. Ruokapalvelut voivat tarjota esimerkkejä terveellisistä ruokailutottumuksista ja varsinkin lasten kohdalla kunnan ruokapalvelut tarjoavat lapselle arkisin päivän pääaterian.

*”Ruokapalveluissa edistetään ravitsemussuositusten toteutumista. Varmistetaan sydänmerkkiaterian laatukriteerien toteutuminen.” (Kunta 4)*

*”Juuresten, kasvien ja hedelmien tarjontaa lisätään.” (Kunta 4)*

Kunnat pyrkivät toimillaan vaikuttamaan ja ohjaamaan asukkaidensa elintapoja terveellisempään suuntaan. Tämä näkyy myös hyvinvointikertomuksissa tavoitteenasettelussa. Epäterveelliset elintavat kasautuvat usein sosioekonomisesti alempiin väestöryhmiin, joten terveellisiä elintapoja tukemalla voidaan vaikuttaa myös terveyseroihin.

*”Tavoitteena ehkäistä ja vähentää lihomista.” (Kunta 4)*

### 6.5.3 Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen

Lasten ja nuorten hyvinvointia edistävät toimet keskittyivät sekä peruskouluissa tapahtuvaan hyvinvointityöhön, lasten harrastusten, vapaa-ajan toiminnan ja liikunnan tukemiseen kuin nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen, nuorisotyön kautta tapahtuvaan hyvinvoinnin edistämiseen kuin päihdenuorisotyöhön ja etsivään nuorisotyöhön. Peruskoulut mahdollistavat kaikille lapsille ja nuorille tarjottavan hyvinvointityön. Koulujen oppilashuolto on lakisääteistä ja mahdollistaa varhaisen puuttumisen mahdollisiin terveyserojen kasvua lisääviin tekijöihin.

*”Terveystieteiden opettaja tapaa jokaisen oppilaan vuosittain ja pystyy siten paremmin puuttumaan todettuihin riskeihin ja tarjoamaan aikaa ja tukea jo varhaisessa vaiheessa.” (Kunta 6)*

*”Huolehditaan opiskeluhoitotyön vaikuttavuudesta.” (Kunta 7)*

Neljässä hyvinvointikertomuksessa myös kouluruokailu nähtiin osana hyvinvoinnin edistämistä ja panostamalla terveelliseen kouluruokaan nähdään olevan kauaskantoisia vaikutuksia. Terveellinen ruokavalio on yksi tärkeä terveyttä edistävä tekijä ja tarjoamalla kaikille koululaisille terveellisen syömisen malli voidaan mahdollisesti ehkäistä epäterveellisen ruokavalion vaikutus terveyserojen kasvuun.

*”Tavoite on antaa pohja terveyttä edistävälle ruokavaliolle.” (Kunta 8)*

*”Ruokakasvatus terveellisestä ja turvallisesta ruoasta kantaa pitkälle tulevaisuuteen, lapset jakavat kotona terveyttä edistävän ruoan ilosanomaa.” (Kunta 8)*

Kouluissa voidaan tehdä myös työtä kiusaamisen ja yksinäisyyden ehkäisemiseksi. Kahdessa kunnassa oli hyvinvointikertomukseen kirjattu tavoitteeksi, että jokaisella lapsella tulisi olla vähintään yksi ystävä ja toisessa näistä kunnista oli myös asetettu tavoitteeksi se, että kaikilla lapsilla olisi ainakin yksi harrastus. Monessa kunnassa välineenä kiusaamisen ehkäisyyn käytetään Kiva Koulu-toimenpideohjelmaa.

*”Kiusaamisen ehkäisy ja tilanteisiin puuttuminen.” (Kunta 7)*

*”Kaikilla tulee olla vähintään 1 läheinen ystävä.” (Kunta 8)*

*”Liikunta ja liikkuminen ryhmissä voisi tuoda yksinäisyyteen ratkaisun.” (Kunta 8)*

Harrastustoimintaa pidetään tärkeänä lapsille ja nuorille. Lapsen harrastus nähtiin yhdessä kunnassa myös mahdollisena keinona tukea koko perhettä. Vaikka lapsen harrastus ei olisikaan liikunta, myös lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuuden lisäämiseen halutaan monessa kunnassa panostaa. Neljässä hyvinvointikertomuksessa mainittiin panostus koulupäivän aikaiseen liikuntaan ja eri liikuntalajien kokeilu mahdollistettiin maksutta. Urheiluvälineitä myös lainataan ja lapsia on koulutettu välituntiohjaajiksi vetämään muille lapsille erilaisia liikunnallisia leikkejä. Eräässä kunnassa oli lisätty liikuntatuntien määrää yli säädetyn minimimäärän. Nämä toiminnot hyödyttävät kaikkia koululaisia ja mahdollistavat liikunnan myös niille lapsille, joilla ei muuten ole mahdollista harrastaa tai kokeilla eri liikuntamuotoja. Tällainen toiminta voidaan nähdä myös yh-

tenä keinona ehkäistä esimerkiksi varattomuuden aiheuttamaan eriarvoisuuteen ja antaa kaikille koululaisille yhdenvertaisen mahdollisuuden kokeilla erilaisia liikuntalajeja ja oppia terveelliset liikuntatottumukset jo kouluiässä.

*”Tapahtumia koululaisille koulupyöräilyn lisäämiseksi.” (Kunta 8)*

*”Liikuntatuntien määrä on 5 viikkotuntia yli valtakunnallisen opetussuunnitelman.” (Kunta 6)*

*”Koulun työpäiviä on rytmitetty myös siten, että se antaa oppilaille mahdollisuuden esimerkiksi liikunnan harrastamiseen koulupäivän aikana pitkillä välitunneilla.” (Kunta 6)*

Nuoria pyrittiin tavoittamaan kaikissa tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa nuorisotyön avulla. Nuorisotyötä on kaikille nuorille suunnattu nuorisotyö esimerkiksi nuorisotaloissa, kun taas syrjäytymisriskissä olevat pyritään löytämään etsivän nuorisotyön avulla ja päihdehaittoja pyritään vähentämään päihdenuorisotyön avulla.

Yleisesti tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa mainittiin lasten ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntyminen huolena ja hyvinvointihaasteena. Apua lasten ja nuorten mielenterveyden haasteisiin pyrittiin tarjoamaan sekä koulujen oppilashuollon kautta mutta myös erilaisten matalan kynnyksen palvelujen kautta. Nuppi-toiminta on yksi tällainen monialaisia palveluja yhteen kokoava nuorten keskus.

*”Positiiviseen kehitykseen on voinut vaikuttaa nuorten mielenterveyspalvelujen, Nupin, toiminnan laajentuminen ja integroituminen nuorten palveluihin.” (Kunta 4)*

#### 6.5.4 Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen

Lapsiperheiden hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa monin eri keinoin. Lapsiperheiden aktivointiin ja perheiden hyvinvoinnin tukemiseen pyritään monipuolisella yhteistyöllä erilaisten perheiden kanssa toimivien tahojen kanssa.

*”Edellä mainitun lisäksi yhteistyötä pidetään yllä ja toimintaa kehitetään koulun, perheneuvolan, terveydenhuollon, seurakunnan sekä muiden lasten ja nuorten kanssa toimivien tahojen kanssa.” (Kunta 6)*

Lapsiperheiden hyvinvoinnin tukemiseksi kohdennettiin toimia ennaltaehkäiseviin palveluihin, jotka tavoittaisivat perheet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näissä palveluissa tukea ei erikseen kohdenneta vain tietyille perheille vaan tukea tarjotaan kaikille. Tällaisia kaikille tarjottavia palveluita ovat neuvola ja perhetyö ja näiden palveluiden kautta saatava vanhemmuuden tukeminen.

*”Parannetaan lasten kasvu- ja kehitysolosuhteita sekä tuetaan vanhempia.” (Kunta 6)*

*”Huolen herätessä perheille voidaan tarjota ja antaa tukea mahdollisimman varhain.” (Kunta 6)*

Myös varhaiskasvatus nähtiin mahdollisuutena tukea perheitä ja edistää perheiden hyvinvointia ja näin ehkäistä perheiden eriarvoistumista mahdollisimman varhain. Varhaiskasvatus pitää sisällään niin päiväkotien tarjoamaa päivähoidtoa kuin myös kevyempiä varhaiskasvatuksen palveluja kuten perhekerhot, avoin päiväkotikielto ja kerhotoiminta alle kouluikäisille lapsille. Eräessä tarkastellussa kunnassa oli havaittu, että perheiltä puuttui luonteva kohtaamispaikka toisten perheiden kanssa ja kohtaamispaikkojen luominen oli otettu yhdeksi perheiden hyvinvointia lisääväksi tavoitteeksi.

*”Avoimiin varhaiskasvatuspalveluihin kuuluva avoin päiväkotikielto tukee perheitä kasvatustehtävissä.” (Kunta 4)*

*”Perustetaan perheiden kohtaamispaikka keskustan alueelle avoimen päiväkodin yhteyteen.” (Kunta 7)*

*”Organisoidaan monialaisesti perheille avointa toimintaa, vertaistuellista ryhmätoimintaa ja varhaisen tuen palveluita.” (Kunta 7)*

Perheitä pyritään tukemaan mahdollisimman monialaisesti. Tukea pyrittiin antamaan oikea-aikaisesti ja ennaltaehkäisevästi ja erilaisia toimintamalleja ja hankkeita on otettu käyttöön sekä vanhemmuuden vahvistamiseksi että arjen hyvinvoinnin lisäämiseksi. Perheiden kuuntelu ja turvaverkkojen luominen nähtiin tärkeänä tukena perheille. Yhtenä auttamisen muotona tarjottiin joissain kunnissa eroapua. Myös lapsivaikutusten arvioiminen kaikessa päätöksenteossa voidaan nähdä yhtenä perheiden hyvinvoinnin edistämisen keinona.

*”Lapsivaikutusten arviointi käyttöön kaikessa päätöksenteossa.” (Kunta 7)*

*”Lapsiperheiden syrjäytymisen ehkäisy; vähintään yksi harrastus ja vähintään yksi ystävä jokaisella.” (Kunta 2)*

*”Eroauttaminen.” (Kunta 7)*

#### 6.5.5 Nuorten koulutuksen lisääminen ja työllisyyden parantamiseen tähtäävät toimet

Nuorten koulutuksen lisäämiseksi ja nuorten työllisyyden parantamiseksi tehtiin tarkastelluissa kunnissa paljon työtä. Nuorisotakuu pyrittiin täyttämään hyvinvointikertomusten mukaan ja kaikissa tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa mainittiin tavoitteena se, että peruskoulun jälkeen kaikki nuoret pääsisivät 2.asteen opintoihin. Opiskelun tukena voidaan tarjota pienryhmäopetusta ja 10.luokkaa ennen 2.asteen opiskeluun siirtymistä. Koulupudokkaita pyrittiin löytämään erilaisien hankkeiden kautta ja etsivän nuorisotyön kautta. Nuorisotyöttömyyden hillitsemiseksi tarkastelluissa kunnissa oli tarjolla työpajatoimintaa, Ohjaamo-toimintaa ja erilaisia kunnan itse kehittämiä työllisyystoimia kuten mobiilisovellus pienten keikkatöiden välittämiseksi. Näillä kaikilla toimilla pyrittiin ehkäisemään nuorten syrjäytymistä ja eriarvoistumista mahdollisimman varhain.

*”Koulupudokkaiden ja nuorisotyöttömyyden ehkäisemiseksi on toimittava määrätietoisesti.” (Kunta 2)*

*”Nuorisoverstaan tavoite on, että mahdollisimman moni sijoittuisi koulutukseen tai työelämään.” (Kunta 7)*

*”Vuorovaikutteinen mobiilipalvelu välittää lyhytkestoisia pientöitä.” (Kunta 1)*

#### 6.5.6 Työllisyyden ja työkyvyn parantaminen

Työttömyys heikentää ihmisen hyvinvointia ja altistaa terveyserojen kasvulle. Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa työttömyyden ehkäisyyn, työllisyyden parantamiseen, pitkäaikaistyöttömyyden vähentämiseen ja työelämän ulkopuolella olevien hyvinvoinnin parantamiseen oli mietitty erilaisia toimenpiteitä ja tavoitteita. Työssä jaksaminen ja

työkyvyn ylläpito ovat ennaltaehkäiseviä toimia ehkäistä työttömyyttä, osassa hyvinvointikertomuksia mainittiin myös kunnan oman henkilökunnan työhyvinvointi ja kunnan omien työntekijöiden työkyvyn ylläpitoon liittyvät tavoitteet.

*”Kunta panostaa työntekijöiden ja työyhteisöjen hyvinvointiin, se heijastuu kuntalaisten saamaan palveluun.” (Kunta 8)*

*”Työssä viihtyminen liittyy olennaisesti hyvinvointiin ja syrjäytymiskehityksen estämiseen.” (Kunta 8)*

Työkyvyttömyyden lisääntymistä pyrittiin ehkäisemään kuntouttavalla työtoiminnalla. Kuntouttavasta työtoiminnasta on saatu hyviä kokemuksia ja asiakasmäärät ovat olleet kasvussa.

*”Kunnan kuntouttava työtoiminta on tuonut kuntalaisille positiivista elämänasennetta ja hyvinvointia ja toiminut syrjäytymisen ehkäisynä.” (Kunta 6)*

Työllisyyden parantamiseksi on tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa tehty erinäisiä toimia ja toimintaa kehitetään. Myös pitkäaikaistyöttömyyden kasvua on pyritty hillitsemään erilaisin kokeiluin ja kuntalisin.

*”Työllisyystavoitteita edistetään tehokkailla palveluilla.” (Kunta 5)*

*”Lapin alueellinen työllisyyskokeilu.” (Kunta 4)*

Työttöminä olevien hyvinvointia oli pyritty parantamaan sekä terveydenhuollon keinoin takaamalla lakisääteinen työttömien terveystarkastus mutta osassa tarkastelluissa kunnissa hyvinvointikertomuksissa oli mainintoja työttömien mahdollisuudesta varata netissä aikoja aikuisneuvolaan sekä mahdollisuudesta tavata sosiaalityöntekijä terveysaseman tiloissa. Työelämän ulkopuolella olevat tarvitsevat myös mielekästä tekemistä ja tämä oli kirjattu tavoitteeksi myös erään tarkastellun kunnan hyvinvointikertomukseen.

*”Työttömien terveystarkastuksia ja terveydellisiä rajoitteita on selvitetty yhdessä aikuisterveydenhoitajan kanssa.” (Kunta 6)*

*”Säännölliset konsultaatiopäivät, jolloin kunnan sosiaalityöntekijä on fyysisesti tavattavissa terveysaseman tiloissa.” (Kunta 6)*

*”Työelämän ulkopuolella olevien mahdollisuudet mielekkääseen tekemiseen paranevat.” (Kunta 4)*

#### 6.5.7 Työikäisten hyvinvoinnin edistäminen

Vaikka tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa oli etupäässä keskitytty haavoittuvampien väestöryhmien hyvinvoinnin edistämiseen, löytyi hyvinvointikertomuksista myös toimia ja tavoitteita, joiden tarkoituksena oli lisätä työikäisen väestön hyvinvointia ja ehkäistä näin terveyserojen kasvua työikäisten keskuudessa. Muistisairaudet ovat tulevaisuudessa kasvava kansansairaus ja eräässä tarkastelluista kunnista hyvinvointikertomukseen oli kirjattu erikseen tavoitteeksi aivoterveysten edistäminen.

*”Aivoterveyttä on edistettävä elämän kaikissa vaiheissa, jotta voidaan tukea työkykyä ja selviytymistä arjessa.” (Kunta 6)*

Työikäisille kohdistetut palvelut nähtiin myös väylänä vähentää eriarvoisuutta ja lisätä osallisuutta. Tavoitteena oli yhdessä kuntalaisten kanssa löytää ratkaisuja toimivampaan arkeen ja siten lisätä työikäisten hyvinvointia.

*”Työikäisten palveluilla lisätään kuntalaisten hyvinvointia, vähennetään eriarvoisuutta sekä vahvistetaan yhteiskunnallista osallisuutta.” (Kunta 6)*

Hyvinvointikertomuksissa oli eroja toimeentulo- ja sosiaalipalveluiden saatavuuden ja käytön osalta. Osassa tarkastelluista kunnista sosiaali- ja avohuollon palveluiden käyttö oli lisääntynyt aikuisväestön keskuudessa, osassa kunnista taas sosiaalihuollon palveluiden piiriin pääsyä oli saatu nopeutettua ja siten tarvittava apu saatu nopeammin tarvitsijoille.

Yleisesti työikäisten hyvinvoinnin riskitekijät ja haasteet olivat samankaltaisia kaikissa kunnissa. Aikuisväestön hyvinvointia heikentää lihavuuden yleistyminen ja monessa kunnassa oli havaittu elintapoihin liittyvien kansansairauksien kuten diabeteksen yleistyminen.

### 6.5.8 Ikäihmisten hyvinvoinnin edistäminen

Ikäihmisten hyvinvointia edistävät toimet jakoutuivat tarkasteltujen hyvinvointikertomusten osalta sekä ikäihmisille kohdistettuihin aktiviteettimahdollisuuksiin, ikäihmisille kohdennettuihin palveluihin, yksinäisyyden ehkäisyyn, kaatumisten ehkäisyyn ja esteettömän ympäristön mahdollistamiseen sekä hyvinvointiteknologian käyttöönottoon. Ikäihmisten hyvinvointia lisäämällä voidaan vaikuttaa eriarvoisuuteen ja syrjäytymisriskiin.

Ikäihmisille kohdistetut aktiviteettimahdollisuudet pitivät sisällään sekä ikäihmisten aktiivisuuden lisäämisen tavoitteen, että myös mahdollisuuden lisätä ja pitää yllä sosiaalisia suhteita ja siten ehkäistä yksinäisyyttä. Yksinäisyys lisää syrjäytymisen riskiä ja voi näin ollen olla yksi osatekijä terveyserojen kasvulle. Yksinäisyys heikentää hyvinvointia ja sosiaalisten suhteiden luominen voi olla iäkkäälle hankalaa.

*”Ikäihmisten tapahtumakalenteri lisää sosiaalisia suhteita ja yhdessä tekemisen kautta kokonaisyhyvinvointi lisääntyy.” (Kunta 6)*

*”Ystäväpalvelutoiminnan laajentaminen.” (Kunta 7)*

*”Varmistetaan ikäihmisille mahdollisuus vapaaehtoistoimintaan.” (Kunta 3)*

Ikäihmisille myös kohdennettiin palveluita, joiden avulla kotona pärjääminen helpottuu. Keskitetyt palvelut, erilaiset hyvinvointimallit ja palveluoppaat ja palveluohjaus pyrkivät tavoittamaan ikääntyneet kaikista sosiaaliryhmistä. Eräissä kunnissa oli päätetty järjestää kaikille 80-vuotiaille ja toisessa kunnassa järjestetään infotilaisuus kaikille yli 70-vuotiaille. Apuvälineiden lainaaminen, avustukset asuntojen muutostöihin olivat myös ikäihmisille suunnattuja palveluita, joilla pyritään turvaamaan kaikille ikäihmisille tasarvoinen mahdollisuus hyvinvoivempaan vanhuuteen. Myös mahdolliset yhteiskyydit ja liikkumisen mahdollistaminen myös kodin ulkopuolella ovat palveluita, joilla kunta pystyy parantamaan ikäihmisten hyvinvointia. Esteettömyyteen panostus monella eri hyvinvoinnin osa-alueella oli myös eräessä hyvinvointikertomuksessa mainittu tavoite ja tavoitteena oli mahdollistaa kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään mahdollisimman monelle. Näillä toimilla pyrittiin takaamaan yhdenvertaiset palvelut kaikille ja siten myös vähentää ikäihmisten välisiä terveyseroja.



*”Terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää palvelua on saatavilla yhdenvertaisesti väestö- ja yksilötasoisesti kaupungin eri alueilla.” (Kunta 3)*

*”Asunnon ja asuinympäristön turvallisuus jokapäiväisen liikkumisen mahdollistamiseksi.” (Kunta 7)*

*”Esteettömyys koskee niin ympäristöä, tiedonsaantia kuin mahdollisuutta osallistua.” (Kunta 3)*

*”Elinympäristön, asumisen, kaupunkirakenteen ja liikkumisen esteettömyys tukee mahdollisimman itsenäistä elämää.” (Kunta 3)*

Ikäihmisten kaatumiset ovat iso kustannuserä kunnille ja aiheuttaa myös paljon inhimillistä kärsimystä. Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa kaatumisia pyrittiin ehkäisemään sekä tehostamalla katujen hoitoa, lisäämällä valaistusta mutta myös esimerkiksi hankkimalla liukuesteet kaikille ikäihmisille. Nämä kaikille ikäihmisille ulotetut toimet ehkäisevät kaatumisia kaikissa väestöryhmissä mutta myös välillisesti vähentävät terveyseroja ikäihmisten keskuudessa.

*”Liukastumista voidaan välttää muun muassa tehostamalla hiekoitusta, lisäämällä katuvaloja ja hankkimalla ikäihmisille liukuesteet.” (Kunta 7)*

*”Ikäihmisille liukuesteet, yhteisvastuullinen keräys.” (Kunta 1)*

#### 6.5.9 Päihdehaittojen vähentäminen

Hyvinvointikertomuksissa oli havaittavissa eroja päihteiden käytön ja päihteiden käytön vähentämiseen tähtäävien toimien osalta. Eräessä tarkastellussa hyvinvointikertomuksessa mainittiin kunnan nuorten raittiusprosentin olevan 95% ja taas toisessa tarkastellussa hyvinvointikertomuksessa todettiin kunnan aikuisväestöstä 33% käyttävän liikaa alkoholia. Ehkäisevä päihdetyö, päihdeasennekysely ja päihdepalvelut ja niiden kehittäminen olivat toimia, joilla päihteiden käyttöön pyrittiin vaikuttamaan. Useimmissa tarkastelluista hyvinvointikertomuksista oli tavoitteena päihteiden käytön väheneminen. Päihteiden käyttö ja päihteiden käytön haitat keskittyvät usein alempiin sosioekonomisiin väestöryhmiin, joten panostaminen päihdetyöhön kaventaa myös terveyseroja.

*”Alkoholia liikaa käyttävien osuus on 33% työikäisistä.” (Kunta 2)*

*”Kuntalaiset kokivat, että kunnassa käytetään alkoholia liikaa.” (Kunta 1)*

*”Tavoitteena päihdehaittojen vähentäminen.” (Kunta 2)*

*”Päihdekasvatustunnit peruskoulussa ja 2.asteella.” (Kunta 7)*

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten pohdinta

#### 7.1.1 Terveyserojen kaventamisen kaventamisohjelman (2007 – 2011) toimenpide-ehdotusten toteutuminen hyvinvointikertomuksissa

Opinnäytetyön tuloksia voidaan tarkastella peilaamalla tuloksia terveyden determinantteihin. Terveyden determinantit eli terveyttä määrittävät tekijät voidaan jakaa esimerkiksi yksilöllisiin tekijöihin, sosiaalisiin tekijöihin, rakenteellisiin tekijöihin ja kulttuurisiin tekijöihin. Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen laatusuositus on vuodelta 2006 mutta jo silloin on määriteltä, että kunnissa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti rakenteellisiin ja sosiaalisiin terveyttä määrittäviin tekijöihin. Kunnat pystyvät toimillaan vaikuttamaan sekä rakenteellisiin että sosiaalisiin tekijöihin vaikuttamalla kuntalaisten toimeentuloon, työllisyyteen, koulutusmahdollisuuksiin, fyysisen ympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen sekä peruspalveluiden toteutumiseen ja terveellisten elintapojen mahdollistamiseen. Panostamalla näihin osatekijöihin kunta voi edistää kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä kaventaa terveyseroja. (STM 2006: 16 - 17.) Tulosten perusteella voidaan todeta, että nämä edellä mainitut hyvinvointiin vaikuttavat osatekijät ovat hyvinvointikertomuksissa pääsääntöisesti huomioitu ja mainittu. Kunnilla näyttäisi olevan mahdollisuuksia ja halua vaikuttaa myös yksilöllisiin ja kulttuurisiin hyvinvoinnin osatekijöihin ja tällainen laaja-alaisempi vaikuttaminen todennäköisesti lisää vaikuttavuutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

Suomessa oli vuosina 2007 – 2011 Sosiaali- ja terveysministeriön erillinen toimintaohjelma sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi. Hankkeen loppuraportissa ehdotetut toimenpide-ehdotukset on esitelty tässä työssä terveyserojen kaventamista käsittelevässä kappaleessa. Tämän opinnäytetyön tulokset kertovat, että edelleenkin ei olla päästy tilanteeseen, jossa nämä kaikki edellä mainitut toimenpiteet toteutuisivat

ehdotetusti. Terveyserot mainitaan ja tunnistetaan hyvinvointikertomuksissa pääsääntöisesti melko hyvin. Terveyserojen taustatekijöitä sekä terveyseroja ylläpitäviä rakenteita tunnistetaan hyvin sekä paikkakuntaakohtaisia erityispiirteitä ja niiden vaikutuksia terveyseroihin osataan analysoida ja verrata indikaattoritietoon. Tieto vallitsevien terveyserojen tämän hetkisestä tilanteesta painottuu hyvinvointikertomuksissa. Tilannetieto on tärkeää ja tätä tietoa on helposti ja maksuttomasti saatavilla monista kaikille avoimista indikaattoritietokannoista. Tämä toimenpide-ehdotus näyttää siis toteutuvan melko hyvin myös opinnäytetyössä tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on vahvasti esillä hyvinvointikertomuksissa. Hyvinvoinnin eri osa-alueet tunnistetaan ja hyvinvoinnin edistämiseksi on asetettu tavoitteita ja myös toimenpiteitä. Kuitenkin on mielenkiintoista, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita tai toimenpiteitä ei juurikaan perustella terveyserojen kaventamisella, vaikka usein tavoitteeksi on asetettu jonkin terveyserojen taustatekijän tai terveyserojen kasvua mahdollisesti lisäävän tekijän ehkäisy, kuten syrjäytymisen ehkäisy tai koulutustason parantaminen tai nuorten rikoskierteen katkaisu. Tällaiset toimenpiteet ja tavoitteet kuitenkin tähtäävät eriarvoisuuden vähentämiseen ja siten vaikuttavat myös terveyseroihin.

Päätösten vaikutusten ennakoarviointi ja niissä erityisesti päätösten vaikutus terveyseroihin on terveyserojen kaventamishankkeen yksi toimenpide-ehdotus. Päätösten vaikutusten ennakoarviointi EVA ja lapsivaikutusten ennakoarviointi LAVA mainitaankin muutamassa hyvinvointikertomuksessa. Myös lakisääteisten vanhus- ja vammaisneuvoston ja nuorisovaltuuston aktivointi ja kuuleminen päätöksenteon yhteydessä oli kirjattu joihinkin tarkasteltuihin hyvinvointikertomuksiin. Näitä kaikkia ei kuitenkaan ole mainittu kaikissa analysoiduissa hyvinvointikertomuksissa ja epäselväksi jäi, onko esimerkiksi päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin käyttö jo rutiinitoimenpide suurimmassa osassa tarkastelluissa kunnissa ja siksi ei ole ollut mainitsemisen arvoinen asia vai eikö päätösten vaikutusten ennakoarviointi ole vielä käytössä kaikissa tarkastelluissa kunnissa?

### 7.1.2 Hyvinvointikertomus terveyserojen kaventamisen seurannan välineenä

Hyvinvointikertomukset voisivat olla yksi väline terveyserojen tutkimiseksi. Ne antavat mahdollisuuden tarkastella paikallisia ilmiöitä ja toisaalta mahdollistavat tehtyjen toimenpiteiden seurannan. Hyvinvointikertomukset tehdään säännöllisesti, kerran valtuustokaudessa ja näin mahdollistaisivat hyvinvointityön vaikuttavuuden jatkuvan arvioinnin.

Haasteena on, että hyvinvointikertomus on aina kuntansa ja tekijöidensä näköinen. Eri kuntien hyvinvointikertomukset näyttävät erilaisilta ja poikkeavat sisällöltään ja rakenteeltaan toisistaan. Tämä näkyi myös analysoiduissa hyvinvointikertomuksissa. Tästä esimerkkinä voidaan pitää kulttuurin näkymistä hyvinvointikertomuksissa. Osassa tarkastelluista hyvinvointikertomuksista kulttuuri oli suuressa roolissa hyvinvoinnin edistäjänä ja kulttuuriin panostettiin hyvinvointikertomusten perusteella paljon. Toisissa hyvinvointikertomuksissa kulttuurin osuus jäi lähinnä maininnan tasolle. Johtuuko tämä siitä, että osassa tarkastelluista kunnista hyvinvointikertomuksen laadintaan on osallistunut myös kulttuurialan toimijoita ja tästä syystä kulttuuri on yhtenä isona osa-alueena hyvinvoinnin edistäjänä ja terveyserojen kaventajana? Hyvinvointikertomus on myös paikallisesti tekijöidensä näköinen. Kunnan arvot ja visio näkyvät hyvinvointikertomuksissa, samoin kunnan ikärakenne ja ajankohtaiset väestö- ja hyvinvointihaasteet. Nämä haasteet ovat erilaisia johtuen kunnan ikärakenteesta, sijainnista tai koosta. Osassa kunnista väestön ikääntyminen on tulevaisuuden suurin haaste kunnan taloudelle niin hoivakulujen kasvuna kuin työttömyyden kasvun kannalta, osassa kunnista taas väestö on lapsiperhepainotteista ja hyvinvointihaasteet painottuvat elämän alkutaipaleelle. Tämä aiheuttaa haastetta hyvinvointikertomusten keskinäiselle vertailulle.

Tekijöidensä näköinen hyvinvointikertomus voi olla haaste myös siksi, että se voi vääristää kuvan kunnan hyvinvoinnista kertomuksen laatijoiden näköisiksi. Tulosten perusteella voi sanoa, että kunnissa käytetään edelleen melko vähän kokemusasiantuntijoita, niin hyvinvointikertomuksen laadintaan kuin myös toiminnan suunnitteluun. Tarkasteltujen hyvinvointikertomusten perusteella ei voinut arvioida, minkälaista tietoa kerätään muilta toimijoilta kuten järjestöiltä tai suoraan kuntalaisilta esimerkiksi asukasfoorumeista tai asukaskyselyistä ja miten tätä tietoa käytetään hyvinvoinnin kehittämiseksi. Tällöin on vaarana, että hyvinvointikertomus on vain indikaattoritietoon perustuva kunnan korkeasti koulutettujen työntekijöiden tulkinta kunnan hyvinvoinnin tilasta, josta puuttuu kuntalaisten oma kokemus kunnan hyvinvointityön tämän hetkisestä tilasta tai kuntalaisten hyvinvointia koskevista huolista. Tämä huoli oli kirjattuna ylös eräässä hyvinvointikertomuksessa järjestötyön kohdalla. Hyvinvointikertomuksessa todettiin, että järjestöt voivat tuottaa kunnille sellaista ruohonjuuritasoista tietoa kunnan asukkaista, jota kunta itse ei pysty tuottamaan. Tämä on tärkeä huomio ja toivottavasti kannustaa muitakin kuntia entistä monipuolisempaan yhteistyöhön kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, mutta myös hakemaan tietoa ja asiantuntemusta kokemusasiantuntijoilta.

### 7.1.3 Miten terveyserojen kaventaminen näkyy kuntien hyvinvointityössä

Kunnissa tehdään paljon hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävää työtä. Kunnissa tunnistetaan eri väestöryhmien hyvinvointihaasteet ja osataan asettaa tavoitteita hyvinvointihaasteiden vähentämiseksi. Myös erilaisia toimenpiteitä hyvinvointihaasteiden taklaamiseksi käytetään. Toimenpiteet voivat esimerkiksi olla kansallisesti käytettyjä, hyväksi havaittuja toimenpideohjelmia tai hankkeita kuten esimerkiksi Ankkuri-toiminta nuorille tai maahanmuuttajien kotouttamiseen liittyvä hanke. Kunnat myös kehittelevät paikallisia ja paikalliset olot huomioon ottavia hankkeita ja interventioita. Tämä kertoo siitä, että kunnilla on saatavilla monipuolisesti tietoa hyvinvointihaasteista ja kunnat osaavat hyödyntää saatavilla olevaa indikaattoritietoa. Hyvinvointikertomuksissa ei eritellä hyvinvoinnin edistämisen ja terveyserojen kaventamisen toimia toisistaan vaan samat toimet tähtäävät molempiin tavoitteisiin.

Kunnat asettavat tavoitteita hyvinvointityölle niin, että nämä hyvinvointihaasteet saataisiin hallintaan. Ongelmana on, että toiminnalle asetetut tavoitteet eivät ole aina konkreettisia tai mitattavia. Haasteeksi nousee myös se, että suunnitellut toimenpiteet eivät ole aina konkreettisia eivätkä välttämättä toimivia. Tehtyjen toimenpiteiden tulosten arviointi jää usein kirjaamatta. Paljon siis tehdään mutta toimenpiteiden hyödyn arviointi jää uupumaan. Samoin toteutuneiden toimenpiteiden seuranta jää usein raportoimatta tai raportointi jää yleiselle tasolle. Hyvä esimerkki tästä on eräässä analysoidussa hyvinvointikertomuksessa nuorista 9,5% ilmoitti, ettei heillä ole yhtään läheistä ystävää. Hyvinvointisuunnitelmaan oli tavoitteeksi kirjattu, että jokaisella tulisi olla vähintään yksi ystävä. Kuitenkaan mitään toimenpiteitä tai arviointimittareita ei tälle tavoitteelle oltu asetettu. Hyviäkin esimerkkejä löytyy, yhden tarkastellun kunnan hyvinvointikertomuksessa oli todettu indikaattoritiedon perusteella, että suurin osa kunnan lapsista ja nuorista voi hyvin mutta osalla on edelleen merkittäviä ongelmia. Tästä syystä kunnassa asetettiin tavoitteeksi siirtää painopiste ennaltaehkäisevään lasten ja nuorten hyvinvointityöhön. Hyvinvointikertomukseen oli kirjattu toimenpiteet tavoitteen saavuttamiseksi (lastensuojelun ja perhepalveluiden kokonaisvaltainen uudistaminen ja lasten ja nuorten uusi psykososiaalinen kuntoutus) ja seurannan mittareiksi oli asetettu lastensuojelun asiakkaana olevien määrä. Toinen hyvä esimerkki on yhdessä analysoidussa kunnassa havaittu raskaudenkeskeytysten määrän nousu. Hyvinvointisuunnitelmassa tavoitteeksi asetettiin ennaltaehkäisevän työn tehostaminen ja erityisesti raskauden keskeytysten vähentäminen, toimenpiteeksi asetettiin sekä ilmainen ehkäisy nuorille että tiedottamisen ja ohjauksen tehostaminen. Seurannan mittareiksi asetettiin Sotkanet.fi-indikaattoripankin raskauden keskeytysten määrän seuranta.

Tulosten perusteella näyttää siltä, että kuntien hyvinvointityö ja terveyserojen kaventaminen ei ole enää vain sosiaali- ja terveystoimialan vastuulla. Positiivinen terveystietämys ja terveyden monimuotoisuus näyttäytyvät hyvinvointikertomuksissa siten, että terveyteen vaikuttavat osatekijät otetaan huomioon ja pyritään vaikuttamaan terveyttä tukeviin ja ylläpitäviin tekijöihin. Kaikissa tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa kunnan muut toimialat on nostettu saman arvoiseksi toimijoiksi sosiaali- ja terveystoimialan kanssa. Tässä opinnäytetyössä hajontaa näkyi vain kulttuuritoimialan kohdalla. Hyvinvoinnin edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi kaikilla toimialoilla oli tärkeä rooli vaikkakin sosiaali- ja terveystoimiala on edelleen suurimmassa roolissa. Myös kolmannen sektorin tärkeä rooli hyvinvoinnin edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi näkyi lähes jokaisessa hyvinvointikertomuksessa. Mielenkiintoista on, että osallisuus ja sen vahvistaminen näyttäytyi tärkeänä arvona kunnan kaikilla toimialoilla ja myös kolmannen sektorin kohdalla.

## 7.2 Johtopäätökset ja jatkotoimenpide-ehdotukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on määritellyt terveyserojen kaventamisen osa-alueet ja näiden osa-alueita mukaillen voidaan tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä todeta, että analysoiduissa hyvinvointikertomuksissa pääpainopiste oli terveyserojen tunnistamisessa eli osa-alueista kohdassa *tieto*. Näiden tunnistettujen terveyserojen tai terveyseroja lisäävien riskitekijöiden perusteella oli asetettu tavoitteita mutta tavoitteet eivät useinkaan painottuneet vain terveyserojen kaventamiseen. Terveyserojen kaventamisen osa-alueissa *tavoitteen asettelu* pitää sisällään erilaiset strategiat, ohjelmat ja poliittisen sitoutumisen. Tällaisia vain terveyserojen kaventamiseen tähtäviä ohjelmia löytyi vain yhdestä tarkastellusta kunnasta. *Tiedosta toimintaan* taas pitää sisällään toimet tavoitteeseen pääsemiseksi, toimien ja palveluiden kehittämisen ja kohdentamisen oikeille kohderyhmille. Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa tavoitteita ei juurikaan perusteltu terveyserojen kaventamisen näkökulmasta, joten tästä syystä kohdennetut toimet terveyserojen kaventamiseksi jäivät vähäisiksi. Käytännössä toimia terveyserojen kaventamiseksi kuitenkin tehdään, toimet ovat vain useammin kaikille väestöryhmän edustajille suunnattuja universaaleja toimia. Tästä johtuu, että kunnissa on vaikea arvioida tai seurata terveyserojen kaventamiseen tähtävien toimien vaikuttavuutta ja myös toimien kehittäminen vaikuttavammiksi on haasteellista. Ilahduttavaa on, että yhteistyö sekä kunnan kaikkien hallinnonalojen että myös kunnan ja muiden verkostojen kanssa näyttäytyi tulosten perusteella vähintäänkin kohtuullisen toimivalta ja palvelujärjestelmää pyrittiin muokkaamaan lähes jokaisessa tarkastellussa kunnassa sellaiseksi,

että terveyserot tai niitä lisäävät rakenteet voidaan helpommin tunnistaa ja niihin voidaan myös puuttua kaikilla toimialoilla. (THL(e) 2019.)

Tulosten perusteella voidaan siis vetää johtopäätös, että terveyserojen taustatekijöitä tunnistetaan kunnissa. Haasteena on, että sellaisia tavoitteita, jotka kohdistuisivat terveyserojen kaventamiseen, ei juurikaan ole asetettu. Tällä hetkellä hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät tavoitteet vaikuttavat kyllä myös terveyseroihin, mutta näitä tavoitteita ei ole perusteltu erityisesti terveyserojen kaventamisella. Haasteena voidaan nähdä myös se, että tällä hetkellä monet terveyserojen kaventamiseen tähtäävät toimet ovat universaaleja eivätkä kohdistu eniten tuesta hyötyvään kohderyhmään. Tämä voi jopa lisätä entisestään terveyseroja, jos eniten toimista hyötyviä ei aseteta etusijalla tai he eivät löydä tarjottuja palveluja. Haastetta on myös jo tehtyjen toimien tulosten arvioinnissa ja seurannassa, hyvinvointikertomuksissa ei ole juurikaan esitelty konkreettisia tietoja seurannasta, käytetyistä mittareista tai saavutetuista tuloksista.

Jatkotoimenpiteinä ehdotetaan;

- Hyvinvointikertomuksissa tunnistetaan terveyseroja ja terveyserojen kasvuun liittyviä taustatekijöitä mutta edelleen voisi tehostaa terveyseroja lisäävien tekijöiden tunnistamista ja erityisesti oman kunnan terveyseroihin liittyviä erityispiirteitä.
- Hyvinvointikertomusten tavoitteenasettelussa tulisi saada terveyserojen kaventamiseen liittyvät tavoitteet paremmin näkyviin. Tavoitteiden tulisi olla konkreettisia ja niiden saavuttamisen mitattavia, jotta vaikuttavuutta olisi helpompi arvioida.
- Terveyserojen kaventamiseen valituille toimenpiteille olisi hyvä valita mittarit ja tehdä vaikuttavuuden seurantaan selkeät toimintaohjeet.
- Hyvinvointikertomuksissa näkyy selkeästi indikaattoripankkien keräämän hyvinvointitiedon monipuolinen hyödyntäminen mutta hyvinvointikertomuksien laadinnassa tulisi hyödyntää entistä monipuolisemmin kokemusasiantuntijoita ja kuntalaisia ja näiden tuomaa kokemusta ja näkemystä kunnan hyvinvointityön tielasta.

### 7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan yleisesti tunnustettuja hyviä tieteellisiä käytäntöjä, jotta opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys toteutuisivat hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Tässä opinnäytetyössä prosessi on edennyt tutkimussuunnitelmassa laaditun aikataulun mukaan ja jokainen työvaihe on esitetty opinnäytetyön ohjaajalle, oponoijalle ja yhteistyötaholle.

Opinnäytetyön teoriaperustaa varten on haettu ajantasaista, luotettavaa tietoa luotettaviksi arvioiduista tietokannoista ja työssä on käytetty tieteellisen hyvän käytännön mukaisia lähdeviittauksia.

Opinnäytetyön yhteistyötahon kanssa on tehty kirjallinen yhteistyösopimus ja opinnäytetyön tekijä on ollut yhteistyötahoon yhteydessä koko opinnäytetyön prosessin ajan. Opinnäytetyön tekijä on sekä käynyt tapaamassa yhteistyötahon edustajaa että ollut sähköpostitse yhteydessä yhteistyötahoon säännöllisesti. Tämä prosessin jatkuva arviointi ulkopuolisen tahon toimesta lisää tulosten ja prosessin luotettavuutta. Opinnäytetyön tekijä on myös pyrkinyt avoimesti avaamaan analyysivaiheessa jokaisen vaiheen ja jokainen vaihe on dokumentoitu tarkasti ja huolellisesti hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Opinnäytetyön tekijä on myös sitoutunut luovuttamaan koko analyysiprosessin dokumentaation tarvittaessa tarkempaa tarkastelua varten.

Aineisto koostui kuntien hyvinvointikertomuksista. Hyvinvointikertomukset ovat kaikille avoimia, julkisia asiakirjoja. Tämän opinnäytetyön aineistoon kuuluvat hyvinvointikertomukset ovat löydettävissä internetistä ja ovat siten kaikkien halukkaiden tarkasteltavissa. Hyvinvointikertomuksissa ei käsitellä arkaluontoisia tai salattavia asioita eikä niissä ole yksittäisten ihmisten tietoja.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa aineiston pienen koon lisäksi aineistojen sisältöjen moninaisuus. Aineistoon valittujen kuntien hyvinvointikertomukset olivat hyvin erilaisia sekä ulkoasultaan että sisällöltään. Hyvinvointikertomusten visuaalinen ilme vaihteli kuten myös hyvinvointikertomuksien pituus. Pidemmissä hyvinvointikertomuksissa oli yleensä esitelty laajemmin indikaattoritietoa. Visuaalisemmalla esitystavalla on oletettavasti pyritty helpommin luettavaan materiaaliin, haittapuolena on kuitenkin se, että



helppolukuisempi ja yksinkertaistetumpi hyvinvointikertomus on myös informaatioarvoltaan hieman köyhempi. Huomioitavaa on, että aineistoon valitut hyvinvointikertomukset ovat laadittu ennen THL:n keväällä 2019 julkaisemia minimietosuosituksia. Tämä on todennäköinen syy sille, että aineistoon valittujen hyvinvointikertomusten sisällöt vaihtelivat sekä laadullisesti että määrällisesti. Tämä vaikuttaa myös opinnäytetyön tulosten reliabiliteettiin eli tulosten toistettavuuteen (Tuomi – Sarajärvi 2018: 160). Jatkossa minimietosuositus helpottaa hyvinvointikertomusten keskinäistä laadullista vertailua ja siten myös tulevaisuudessa samankaltaisten opinnäytetöiden reliabiliteetti paranee. Tämän opinnäytetyön aineistosta muodostui monimuotoinen ja rikas juuri keskenään erilaisten hyvinvointikertomusten takia mutta myös osoittaa tarpeen hyvinvointikertomusten minimietosuosituksille.

Tämän opinnäytetyön aineisto käsitti kahdeksan kunnan hyvinvointikertomukset. Vuonna 2020 Manner-Suomessa on Kuntaliiton (2020) mukaan 294 kuntaa, joten aineisto edustaa vain 2,7% Manner-Suomen kunnista. Otoksen suppea koko tulee ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Tuloksia ei voi aineiston koosta johtuen yleistää koskemaan kaikkia Suomen kuntia. Aineiston julkinen luonne lisää kuitenkin tulosten luotettavuutta, koska jokaisella aiheesta kiinnostuneella on mahdollisuus tutustua aineistoon omatoimisesti.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa sitä, että opinnäytetyössä on mitattu sitä, mitä on tutkimuksessa suunniteltu mitattavan (Toikko – Rantanen 2009: 122). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada uutta tietoa terveyseroista kuntien hyvinvointikertomuksissa. Tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään aineiston analyysimenetelmänä laadullista tutkimusmenetelmää; dokumenttianalyysiä ja induktiivista sisällönanalyysiä. Valittu tutkimusmenetelmä tuotti opinnäytetyön aiheesta uutta tietoa ja oli näin perusteltu valinta aineiston analysointimenetelmäksi. Työn luotettavuutta on myös pyritty lisäämään tulosten kvantifiointilla. Kvantifiointin tarkoituksena on ollut havainnollistaa sisällönanalyysin pääteemojen painottuminen suhteessa kaikkien analyysiin poimittujen ilmaisu- ja kokonaisuusmääriin sekä toisiinsa.

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen oman taustan vaikutuksesta tutkimuksen lähtökohtiin, tutkimusprosessiin sekä tutkimustulosten tulkitsemiseen (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003). Opinnäytetyön tekijän ammatillinen tausta terveydenhoitajana ja kiinnostus terveyden edistämiseen ovat saaneet opinnäytetyön tekijän hakeutumaan tekemään opinnäytetyötä, jossa on ollut mahdol-

lista laajentaa näkökulmaa yksilötason terveyden edistämisen näkökulmasta kohti laajempaan, yhteiskunnallista näkökulmaa. Kuitenkin opinnäytetyön tekijän tausta todennäköisesti vaikuttaa koko opinnäytetyöhön läpi opinnäytetyön prosessin. Kokemus terveydenhuollosta ja terveyden edistämisen käytännön toimista ei kuitenkaan heikennä tutkimuksen luotettavuutta vaan lisää opinnäytetyön tekijän ymmärrystä tutkittavaan aiheeseen.

Opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus aiheeseen on toiminut lähtökohtana koko tutkimukselle. Ohjaavan opettajan ja yhteistyötaho THL:n yhteyshenkilön tuki on kannustanut opinnäytetyöntekijää koko prosessin ajan. Lopuksi voidaan todeta, että opinnäytetyön aihe on yhteiskunnallisesti tärkeä ja ajankohtainen ja opinnäytetyö tuotti aiheesta uutta, arvokasta tietoa yhteistyökumppanin hyödynnettäväksi.

## Lähteet

- Allen, Jessica J. – Marmot, Michael. 2014. Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*. <<https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302200>>. Luettu 10.9.2019.
- Bambra, Claire. 2014. Tackling Health-Related Worklessness: a ‘Health First’ Approach Teoksessa ”If you could do one thing... Nine local actions to reduce health inequalities”. <<https://www.thebritishacademy.ac.uk/sites/default/files/local-actions-to-reduce-health-inequalities.pdf>>. Luettu 3.2.2020.
- Berg, Noora. 2017. Huono-osaisuuden kasautuminen nuoruudesta keski-ikään. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti*. No 54, sivut 159 – 164. <<https://doi.org/10.23990/sa.63657>>. Luettu 7.1.2019.
- Collins, Patricia A. – Hayes, Michael C. 2010. The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*. 9:13. <<https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-13>>. Luettu 10.4.2019.
- Dahlgren, Göran – Whitehead, Margaret. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. <[https://www.researchgate.net/publication/5095964\\_Policies\\_and\\_strategies\\_to\\_promote\\_social\\_equity\\_in\\_health\\_Background\\_document\\_to\\_WHO\\_-\\_Strategy\\_paper\\_for\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe)>. Luettu 3.4.2019.
- Dorling, Danny. 2014. 20mph Speed Limits for Cars in Residential Areas, by Shops and Schools. Teoksessa ”If you could do one thing... Nine local actions to reduce health inequalities”. <<https://www.thebritishacademy.ac.uk/sites/default/files/local-actions-to-reduce-health-inequalities.pdf>>. Luettu 3.2.2020.
- Dorling, H. – Ollerhead, L. – Kidgell, C. 2016. The NIHR public health research programme: intervention approaches to tackle health inequalities. *Journal of Public Health*. Vol 39, No. 4. 856 – 862. <<https://academic.oup.com/jpubhealth/article-abstract/39/4/856/2631017>>. Luettu 2.1.2019.
- Eskola, Juhani. 2017. Kumpi vastuussa terveyden edistämisestä, yksilö vai yhteiskunta? *Duodecim*. 133. 974 – 976. <<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13736>>. Luettu 12.1.2019.
- Farrer, Linden – Marinetti, Claudia – Cavaco, Yoline Kuipers – Costongs, Caroline. 2015. Advocacy for Health Equity: A synthesis Review. *The Milbank Quarterly*, Vol 93, Issue 2. <<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12112>>. Luettu 2.1.2019.
- Gray, Alastair McIntosh. 1982. Inequalities in health. *The Black Report: a summary and comment*. *International Journal of Health Services*. 1982;12(3):349 – 80. Luettu 1.2.2020.

Hakamäki, Pia – Ikonen, Jonna – Saaristo, Vesa – Saukko, Niina – Wiss, Kirsi – Ståhl, Timo. 2019. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa: TEA 2019. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019103136015>>. Luettu 1.3.2020.

Health Scotland. 2016. Economics of prevention. <<http://www.healthscotland.scot/media/1089/economics-of-prevention-mar16.pdf>>. Luettu 3.2.2020.

Helanen, Suvi – Salmela, Sanna. 2013. Sähköinen hyvinvointikertomus kuntien hyvinvointijohtamisen työvälineenä. Pro Terveys. 5. 18 – 20.

Hemingway, Ann – Bosanquet, Joanne. 2018. Role of nurses in tackling health inequalities. Journal of Community Nursing. Vol 32, No 6. 62 – 64. <<http://eprints.bournemouth.ac.uk/31562/>>. Luettu 2.1.2019.

Hoffren, Jukka. 2010. Hyvinvoinnin mittaaminen vaatii uusia työkaluja. Tieteessä tapahtuu. 2010/6. <<https://journal.fi/tt/article/download/3078/2828/>>. Luettu 11.3.2019.

Hosseinpour, Ahmad Rza – Bergen, Nicola – Grove, John – Schlottheuber, Anne. 2018. Measuring health inequalities in the context of sustainable development goals. Bull World Health Organ. No 96. 654 – 659. <<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.210401>>. Luettu 6.1.2019.

Huber, Machteld – van Vliet, Marja – Giezenberg, Michèle – Winkens, Bjorn – Heerkens, Yvonne – Dagnelie, Pieter – Knottnerus J André 2014. Towards operationalisation of the new dynamic concept of health, leading to 'positive health'. Teoksessa Huber, Machteld: Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. 55 – 81.

Huttunen, Jussi. 2018. Elinikä ja elinajanodote. Terveyskirjasto. <[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01025#s7](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01025#s7)>. Luettu 15.3.2019.

Kauppinen, Tapani – Hätönen, Heli. 2014. Hyvinvointikertomus kunnan asukkaiden hyvinvoinnin kuvaajana. Premissi. 5/2014. 29 – 34.

Koponen, Päivikki – Borodulin, Katja – Lundqvist, Annamari – Sääksjärvi, Katri – Koskinen, Seppo, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL). <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Luettu 21.3.2019.

Kuntalaki 410/2015. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>>. Luettu 13.4.2019.

Kuntaliitto. 2019. Hyvinvointikertomus. <<https://www.hyvinvointikertomus.fi/#/welcome>>. Luettu 13.3.2019.

Kuntaliitto. 2020. Kuntanumerot ja kuntapohjaiset aluejaot. <<https://www.kuntaliitto.fi/ti-lastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat-ja-vaestotiedot/kuntanumerot-ja-kuntapohjaiset-aluejaot>>. Luettu 1.2.2020.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2). 138 – 148.

Kylmä, Jari – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani. 2003. Laadullinen terveystutkimus, mitä, miten ja miksi? *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*. 119(7):609-615. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>> Luettu 25.3.2020.

Lahelma, Eero. 2017. Sosioekonomiset terveyserot 100-vuotiaassa Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. No 54. 3 – 5. <<https://journal.fi/sla/article/view/60619>>. Luettu 7.1.2019.

Lahelma, Eero – Pentala, Oona – Helldán, Anni – Helakorpi, Satu – Rahkonen, Ossi. 2017. Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. *Lääkärilehti* 25 – 32. Vsk 72. 1629 – 1634. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201708148101>>. Luettu 7.1.2019.

Larivaara, Meri. 2016. Kärkihanke Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja Terveysministeriö. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3832-8>>. Luettu 6.1.2019.

Lynch, Julia. 2017. Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift. *Journal of Public Health*. Vol 39, No. 4. 653 – 660. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28069990>>. Luettu 2.1.2019.

Leppo, Kimmo. 2010. Rakenteellisesta terveyspolitiikasta HiAP:iin. Teoksessa *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Yliopistopaino.

Machenbach, Johan P. 2013. Suomen saavutukset väestön terveyden edistämässä. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti*. No 50. Sivut 340 – 342. Suomennos englannista Ossi Rahkonen ja Eero Lahelma. <<https://journal.fi/sla/article/view/41293>>. Luettu 12.1.2019.

Mackenbach, Johan P. – Valverde, José Rubio – Artnik, Barbara – Bopp, Matthias – Brønnum-Hansen, Henrik – Deboosere, Patrick – Kalediene, Ramune – Kovács, Katalin – Leinsalu, Mall – Martikainen, Pekka – Menvielle, Gwenn – Regidor, Enrique – Rychtaříková, Jitka – Rodriguez-Sanz, Maica – Vineis, Paolo – White, Chris – Wojtyniak, Bogdan – Hu, Yannan – Nusselder, Wilma J. 2018. Trends in health inequalities in 27 European countries. *PNAS*. <<https://www.pnas.org/content/pnas/115/25/6440.full.pdf>>. Luettu 6.1.2019.

Majoinen, Kaija – Antila, Anni. 2017. Hyvinvoinnin edistäminen kunnassa – sisältö, mahdollisuudet ja haasteet. ARTTU2-tutkimusohjelman julkaisu nro 12/2017. Suomen Kuntaliitto.

Maunu, Antti – Katainen, Anu – Perälä, Riikka – Ojajärvi, Anni. 2016. Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti*. No. 53. 189 – 201. <<https://journal.fi/sla/article/view/59163>>. Luettu 6.1.2019.

- Melhuis, Edward. 2014. The impact of early childhood education and care on improved wellbeing. Teoksessa "If you could do one thing... Nine local actions to reduce health inequalities". <<https://www.thebritishacademy.ac.uk/sites/default/files/local-actions-to-reduce-health-inequalities.pdf>>. Luettu 3.2.2020.
- Mäki, Netta. 2017. Sairauksien yleisyys ja koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa. Teoksessa Hyvinvoinnin monet ulottuvuudet - Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuskatsauksia 2017:3. Toimittaneet Ahlgren-Leinvuo, Hanna – Högnappa, Stina – Mäki, Netta – Sulander, Juhani. 12 – 24.
- OECD. 2019. Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems. <<https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>>. Luettu 5.2.2020.
- Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo. 2009. Kehittämistyön menetelmät. WSOYpro.
- Palosuo, Hannele – Lahelma, Eero. 2013. Terveyden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN\\_ISBN\\_978-952-245-8148.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-8148.pdf?sequence=1)>. Luettu 1.3.2020.
- Palosuo, Hannele – Sihto, Marita – Lahelma, Eero – Lammi-Taskula, Johanna – Karvonen, Sakari. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa. THL. Raportti 14/2013. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110333/urn\\_isbn\\_978-952-245-909-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110333/urn_isbn_978-952-245-909-1.pdf?sequence=1)>. Luettu 1.3.2020.
- Perttilä, Kerttu – Orre, Soili – Koskinen, Sari – Rimpelä, Matti. 2004. Kuntien hyvinvointikertomus, hankkeen loppuraportti. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193843>>. Luettu 18.2.2019.
- PROMEQ. 2019. Työkalupakki vaikuttavaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. <[https://www.uef.fi/documents/1529015/2331003/PROMEQ\\_Tyokalupakki\\_FINAL.pdf/8eeb01ef-112e-41bc-9c7f-be2baf1c3250](https://www.uef.fi/documents/1529015/2331003/PROMEQ_Tyokalupakki_FINAL.pdf/8eeb01ef-112e-41bc-9c7f-be2baf1c3250)>. Luettu 1.3.2020.
- Rimpelä, Matti. 2010. Terveyden hoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Yliopistopaino.
- Rotko, Tuulia – Aho, Timo – Mustonen, Niina – Linnanmäki, Eila. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007 – 2010. THL. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085122>>. Luettu 7.1.2019.
- Rotko, Tuulia – Kauppinen, Tapani – Mustonen, Niina – Linnanmäki, Eila. 2012. Kuilun kaventajat, Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 loppuraportti. THL. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-671-7>>. Luettu 7.1.2019.
- Rotko, Tuulia – Hannikainen-Ingman, Katri – Murto, Jukka – Kauppinen, Tapani – Mustonen, Niina. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):1. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014060526279>>. Luettu 15.3.2019.

Savolainen, Outi – Tossavainen, Kerttu – Sormunen, Marjorita. 2018. Lasten ja nuorten terveys ja hyvinvointi – tiedonhankinta ja -tarve kunnallisessa päätöksenteossa. Sosi-aalilääketieteellinen aikakauslehti. No 55 (1). 46 – 59. <<https://doi.org/10.23990/sa.69224>>. Luettu 8.1.2019.

Sihvonen, Ari-Pekka – Koponen, Päivikki – Martelin, Tuija – Sainio, Päivi – Jylhä, Ma-ria. 2017. Terveet elinvuodet väestön terveydentilan kuvaajana. Lääkärilehti. 23, vsk 72. 1507 – 1511. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201709228693>>. Luettu 7.1.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveystiedon edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. <<https://stm.fi/terveyden-edistamisen-laatusuosi-tus>>. Luettu 9.4.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Terveystietojen kaventaminen, verkkosivut. <<https://stm.fi/terveys-tiedot>>. Luettu 2.1.2019.

Talala, Kirsi – Härkänen, Tommi – Martelin, Tuija – Karvonen, Sakari – Mäki-Opas, Tomi – Manderbacka, Kristiina – Suvisaari, Jaana – Sainio, Päivi – Rissanen, Harri – Ruokolainen, Otto – Heloma, Antero – Koskinen, Seppo. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen lääkäri-lehti 36/2014. Vsk 69. 2185 – 2193. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014100345026>>. Luettu 6.2.2019.

Teroka-hanke, verkkosivut. 2006. <[http://www.teroka.fi/teroka/index\\_option\\_content\\_pcontent\\_1\\_task\\_view\\_id\\_38\\_itemid\\_69.html](http://www.teroka.fi/teroka/index_option_content_pcontent_1_task_view_id_38_itemid_69.html)>. Luettu 2.1.2019.

Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Luettu 13.4.2019.

THL. 2020. Hyvinvointi- ja terveyserot, keinot. Sosiaali- ja terveysalan esimerkkejä. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/keinot/esimerkkeja-uusi-/sosiaali-ja-terveys-erot-esimerkit>>. Luettu 25.2.2020.

THL (a). 2019. Hyvinvointi- ja terveyserot, keskeisiä käsitteitä. Verkkosivut. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eri-arvoisuus/keskeisia-kasitteita>>. Luettu 1.3.2019.

THL (b). 2019. Hyvinvointi- ja terveyserot, keinot. Verkkosivut. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/keinot>>. Luettu 2.1.2019.

THL (c). 2019. Hyvinvointi- ja terveyserot, kuolleisuus. Verkkosivut. <<https://thl.fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eri-arvoisuus/kuolleisuus>>. Luettu 10.1.2020.

THL (d). 2019. Kunnan hyvinvointikertomus. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/kunnan-hyvinvointikertomus>> Luettu 6.2.2019.

THL (e). 2019. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen osa-alueet. Verkkosivut. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/keinot/kaventamisen-osa-alueet>>. Luettu 11.4.2019.

THL (f). 2019. TEAviisari. Verkkosivut. <<https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tietoa-palvelusta>> Luettu 6.2.2019.

THL (g).2019. Terve kunta-verkosto. Verkkosivut. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/kansallinen-tuki-ja-verkostot/terve-kunta-verkosto>>. Luettu 10.12.2019.

THL (h). 2019. Tilastoja ja indikaattoreita suunnittelun ja arvioinnin tueksi. Verkkosivut. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/tiedon-hyodyntaminen/tilastoja-ja-indikaattoreita-suunnittelun-ja-arvioinnin-tueksi>>. Luettu 6.2.2019.

THL. 2015. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa on poliittinen valinta. Terve Kunta-esitys. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015111217152>>. Luettu 8.4.2019.

THL. Terveystemme.fi. 2017. Kuolleisuuserot - tilastokuviot. <[http://www.terveytemme.fi/kuolleisuuserot/1996-2014/graph/userselect.php?osoin=e\\_elot&alue1=01&alue2=1001&kuvio=series\\_gender\\_1996-2014](http://www.terveytemme.fi/kuolleisuuserot/1996-2014/graph/userselect.php?osoin=e_elot&alue1=01&alue2=1001&kuvio=series_gender_1996-2014)>. Luettu 15.1.2020.

THL. Terveystemme.fi. 2019. <<http://www.terveytemme.fi>>. Luettu 1.1.2020.

THL. 2017. Vaikuttavuus ja kustannukset. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>>. Luettu 1.2.2020.

Tilles-Tirkkonen, Tanja – Lappi, Jenni – Karhunen, Leila – Harjumaa, Marja – Absetz, Pilvikki – Pihlajamäki, Jussi. 2018. Sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien kiinnostus ja mahdollisuudet digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön. Yhteiskuntapolitiikka 83:3. 317 – 323. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018081433654>>. Luettu 10.4.2019.

Tilles-Tirkkonen, Tanja – Mäki-Opas, Tomi – Vaarama, Marja – Lögren, Aija – Pentikäinen, Saara – Tiitinen, Sanni – Ilomäki, Sakari – Pihlajamäki, Jussi – Laitinen, Jaana. 2018. Uudet toimintamallit hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. No 55. 364 – 369. <<https://doi.org/10.23990/sa.76541>>. Luettu 8.1.2019.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. <[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>. Luettu 27.1.2020.

Varpio, Lara – Aschenbrener, Carol – Bates, Joanna. 2017. Tackling wicked problems: how theories of agency can provide new insights. Medical Education 51. 353 – 365. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28164372>>. Luettu 13.4.2019.



WHO. 2008. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)>. Luettu 12.1.2019.

WHO. 2019. WHO European Healthy Cities Network. Verkkosivut. <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>>. Luettu 13.4.2019.

Woodward, Alistair – Kawachi, Ichiro. 2000. Why reduce health inequalities?. Epidemiol Community health. 54:923–929. <<https://jech.bmj.com/content/jech/54/12/923.full.pdf>>. Luettu 3.2.2019





