

# TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTEISTYÖRAKENNE

Kuntajohdon kokemuksia kunnan ja sairaanhoitopiirin  
yhteisestä hyvinvointisuunnittelusta

Ulla Ojuva

Opinnäytetyö  
Ylempi amk-tutkinto  
Marraskuu 2009

Terveyden edistäminen  
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) Ojuva Ulla	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 16.11.2009
	Sivumäärä 79	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi Terveyden edistämisen yhteistyörakenne Kuntajohdon kokemuksia kunnan ja sairaanhoitopiirin yhteisestä hyvinvointisuunnittelusta		
Koulutusohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Ryttläinen Katri, Liimatainen Leena		
Toimeksiantaja(t) Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ky (SOSTERI)		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena oli tunnistaa Itä-Savon sairaanhoitopiiriin (Sosterin) ja sen jäsenkuntien välille muodostetun terveyden edistämisen yhteistyörakenteen kehittämiskohteita. Tutkimustehtävänä oli kuvata terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän toiminnan vaikutuksia kunnan poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun, työryhmän antamaa tukea kunnan päätöksenteolle hyvinvointiasioissa ja kuntalaisten osallistumismahdollisuuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa.  Aineistonkeruu menetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua, koska sen avulla saatiin vastauksia monitahoisesti, mahdollistettiin työryhmien jäsenten välinen dialogi ja poikkihallinnollinen keskustelu. Haastatteluihin osallistuivat kuntien johtavat luottamushenkilöt ja viranhaltijat ja muita kunnan johtoryhmän jäseniä. Tutkimukseen osallistui kahdeksasta koordinaatiotyöryhmästä kuusi työryhmää, yhteensä 26 henkilöä. Ryhmähaastattelut purettiin kirjalliseen muotoon. Yksittäisten koordinaatiotyöryhmien haastatteluaineistot muodostivat kokonaisuuden eli tapauksen. Aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.  Terveyden edistämisen yhteistyörakenne ja sen tehtävät koettiin merkityksellisiksi kuntatalouteen ja kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttamisessa. Työryhmien toiminnan merkitys, asema ja rooli kunnan päätöksenteossa ja toiminnassa sekä kunnan ja sairaanhoitopiirin välisessä ohjaustoiminnassa tulisi selkeyttää. Suunnitelma terveys- ja hyvinvointiasioiden käsittelystä ja terveyden edistämisen prosessin kuvaaminen kuntatalouden prosessin rinnalla toisi terveyden edistämistä näkyvämmäksi. Se tukisi myös hyvinvointiasioiden saamista osaksi kuntasuunnittelua ja poikkihallinnollista yhteistyötä.  Poikkihallinnollisen yhteistyön vahvistamiseksi ehdotettiin hallintokuntien yhteisen prosessin käynnistämistä. Lähtökohtana kuitenkin pidettiin päättäjien ja viranhaltijoiden sitoutumista terveyttä edistävään ajatteluun. Ennakoarviointia päätöksenteon tukena ei kunnissa ole tähän mennessä hyödynnetty. Sen avulla kuitenkin todettiin saatavan näkyväksi eri vaihtoehtojen vaikutuksia kuntalaisten hyvinvointiin. Se toisi myös inhimillisiä arvoja ja hyvinvoinnin arvostusta päätöksentekoon unohtamatta taloutta. Kuntalaisten osallistumismahdollisuudet koettiin säilyneen ennallaan. Päättäjien ja viranhaltijoiden aktiivinen yhteydenpito kuntalaisiin ja palautejärjestelmän kehittäminen nähtiin tärkeänä tekijänä osallistumismahdollisuuksien lisäämisessä. Samoin kuntalaisten asuin- ja elinympäristössä tapahtuvan osallistumismahdollisuuksien lisääminen.		
Avainsanat (asiasanat) Terveyden edistäminen, hyvinvoinnin edistäminen, terveyden edistämisen rakenteet, hyvinvointisuunnittelu, hyvinvointijohtaminen, poikkihallinnollinen yhteistyö, haastattelututkimus		
Muut tiedot		



Author(s) Ojuva Ulla	Type of publication Master's Thesis	Date 16.11.2009
	Pages 79	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title: Cooperation Structure for the Promotion of Health Experiences of The Local Government on the Joint Welfare Planning of the Municipality and the Health Care Area		
Degree Programme Master's degree in Health Promotion		
Tutor(s) Ryttyläinen Katri, Liimatainen Leena		
Assigned by Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky (SOSTERI) Itä-Savo Hospital District		
<p>Abstract</p> <p>The objective of the thesis was to recognize the development areas in the cooperation structure of health promotion formed between the Itä-Savo Hospital District and the member municipalities. The research task was to describe what kind of health promotion effects the work of the cooperation group had on the cross administrative welfare planning, on the support given by the group to the municipal decision making in welfare matters, and what kind of possibilities the inhabitants had for participating in the decision making on matters promoting health and welfare.</p> <p>The method for collecting the data was a group interview, because it enabled multidisciplinary answers and also facilitated a dialogue and cross administrative discussion between the members of different working groups. The interviews directed to the leading elected officials and local authorities and other members of the local government. Six out of eight coordination work groups participated in the research, 26 persons in total. The group interviews were transcribed into written form. The interview material of each separate coordination work group formed a unit i.e. a case. The material was analyzed by using a data-based content analysis.</p> <p>The cooperation structure and the functions of health promotion were seen significant to the municipal economy and the welfare of the inhabitants. The significance, position, and role of the work groups in the municipal decision making and actions should be clarified. A plan for addressing health and welfare issues and describing the process of health promotion alongside the municipal finance process would bring visibility to health promotion. This would also support the making of welfare matters a part of municipal planning and cross administrative cooperation.</p> <p>Starting a joint process for the administration was suggested in order to strengthen the cross administrative cooperation. However, the commitment of the policymakers and civil servants to thinking about health promotion was seen as the starting point. Evaluation in advance, which would support decision making in the municipalities, has not been utilized up until now. It was seen that it would make the effects of different alternatives on the welfare of the inhabitants visible. It would also bring humane values and appreciation of welfare into policy making without forgetting the economic factors. The possibilities for the inhabitants to participate were seen unchanged. Developing active communication by the policy makers and civil servants towards the inhabitants of the area, and developing a feedback system, were seen as important factors for increasing possibilities to participate. The same was said about increasing possibilities to participate in the inhabitants' own living environment.</p>		
Keywords promotion of health and welfare, structures of health promotion, welfare planning, welfare management, cross administrative cooperation, interview research (study)		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 VALTAKUNNALLISISTA STRATEGIOISTA KUNTIEN HYVINVOINTIPOLITIIKKAAN .....</b>	<b>5</b>
2.1 Tiukasta ohjauksesta vapauteen ja vastuuseen .....	5
2.2 Terveyden edistäminen ja rakennemuutokset .....	7
2.3 Terveyden edistämisen moninaisuus .....	10
2.3.1 Terveys kaikissa politiikoissa .....	12
2.3.2 Terveyden edistäminen kunnan toimintana .....	15
2.4 Terveyden edistämisen johtaminen .....	18
2.5 Terveyden edistäminen Sosterin jäsenkunnissa .....	22
2.6 Kuntalaisten osallistuminen päätöksentekoon .....	25
<b>3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....</b>	<b>28</b>
3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät .....	29
3.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu .....	30
3.3 Aineiston käsittely ja analyysi.....	32
<b>4 TUTKIMUSTULOKSET.....</b>	<b>35</b>
4.1 Työryhmien toiminta ja poikkihallinnollinen yhteistyö.....	36
4.1.1 Työryhmien toiminnan kehittäminen .....	36
4.1.2 Poikkihallinnollinen yhteistyö .....	41
4.2 Terveys ja hyvinvointi osana päätöksentekoa .....	44
4.2.1 Päätöksentekokulttuuri.....	44
4.2.2 Keinoja terveyden edistämisen tarkasteluun.....	48
4.3 Kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet .....	50
<b>5 YHTEENVETO JA POHDINTA.....</b>	<b>53</b>
5.1 Työryhmien toiminta ja poikkihallinnollinen yhteistyö.....	56
5.2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana kuntasuunnittelua.....	58
5.3 Kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet .....	62
5.4 Luotettavuuden pohdintaa.....	64
5.5 Jatkotutkimusaiheita.....	67

<b>LÄHTEET</b> .....	<b>69</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>74</b>
<b>LIITE 1. TUTKIMUSLUPA</b> .....	<b>74</b>
<b>LIITE 2. TAUSTATIEDOT</b> .....	<b>75</b>
<b>LIITE 3. TUTKIMUSINFORMAATIO</b> .....	<b>77</b>

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1. Ennakoarvioinnin vahvuuksia ja heikkouksia kunnallisessa päätöksenteossa.....	14
TAULUKKO 2. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet.....	34
TAULUKKO 3. Tutkimustehtävät, pääteemat ja kehittämiskoh- teet.....	55

## **KUVIOT**

KUVIO 1. Hyvinvointi ja terveys ja niihin vaikuttaminen: esimerkkejä vastuuta- hoista, tehtävistä, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja hyvinvoinnin ilmenemi- sestä.....	17
KUVIO 2. Terveyden ja hyvinvoinnin johtamisen prosessi.....	19
KUVIO 3. Terveyden ja hyvinvoinnin rakenteet ja toimeenpano .....	20
KUVIO 4. Terveyden edistämisen johtamisen rakenne Sosterin jäsenkunnis- sa.....	24

# 1 JOHDANTO

Suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtuneet suuret muutokset - ohjaus- ja valtionosuusjärjestelmän ja perustuslain uudistukset - ja valtion strategioihin - hallitusohjelma, politiikkaohjelmat, sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisselma, kunta- ja palvelurakennusuudistus - kirjatut tavoitteet terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymisestä, syrjäytymisen ehkäisystä ja osallisuuden lisäämisestä eivät ole riittävässä määrin tukeneet kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja toimeenpanoa. Kuntien asiakirjoissa, kuten hallinto- ja johtosäännöissä, ei näy kenelle hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on vastuutettu (Perttilä & Uusitalo 2007, 67 – 75). Hallintokuntien toimeenpanostrategioissa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen näkyy erilaisin, hajanaisin painotuksin. Selkeästi rajatut toimenpiteet, poikkihallinnollisesta yhteistyöstä sopiminen ja näihin sitoutuminen edesauttavat vaikuttamaan kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymiseen (Fogelholm 2008, 1519 – 1521). Valmistella olevassa uudessa terveydenhuoltolaissa (Laki terveydenhuollosta 2008, 17 §, 47 §) kiteytetään kuntien velvoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, mutta sekään ei anna selkeitä vastauksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuisiin, rakenteisiin eikä toimijoiden rooliin tai tehtäviin.

Päätäjien ja viranhaltijoiden sitoutuminen terveyttä edistävään ajatteluun ja terveyden edistämisen näkeminen laajempuna kokonaisuutena on avainasemassa sen saamisessa osaksi kuntasuunnittelua. Eri terveys poliittisten vaihtoehtojen tavoitteiden ja vaikutusten ymmärtäminen ja saaminen poliittiseen keskusteluun ja päätöksentekoon edellyttää oikea-aikaista terveyteen vaikuttavien ongelmien tunnistamista, luotettavaa tietopohjaa kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tilasta ja siihen vaikuttamisesta. Tässä tehtävässä terveyssektorin rooli tunnistaa terveysvaikutuksia ja tehdä ehdotuksia poliittiseen päätöksentekoon on tärkeä. (Ollila, Lahtinen, Melkas, Wisman, Ståhl & Leppo 2006.)

Pitkän aikavälin sitoutuminen terveyden edistämiseen edellyttää aidon palautteen saamista kuntalaisten terveydentilan parantumisesta tai huonontumisesta (Rimpelä 2007, 14). Tietojärjestelmistä saatujen tilastojen lisäksi tarvitaan nii-

den tulkintaa paikallisen palvelujärjestelmän näkökulmasta ja kuntalaisten itsensä kertomana. Mahdollisuuksia vaikuttaa asuinympäristöön, yhteiskuntaa koskeviin asioihin ja poliittiseen päätöksentekoon arvostetaan, mutta mahdollisuudet koetaan heikoiksi. Heikoksi koetut vaikuttamismahdollisuudet, epäluottamus politiikkaa kohtaan, heikko kiinnittyminen ja samaistuminen yhteisöihin kulkevat käsi kädessä ihmisten hyvinvoinnin kokemuksen kanssa (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Londén & Peltosalmi 2008, 49 - 52, 186 – 188).

Tämä opinnäytetyönä tehtävä tutkimus liittyy Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ja sen jäsenkuntien terveyden edistämisen yhteistyörakenteiden kehittämiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Itä-Savon sairaanhoitopiiriin jäsenkuntien edustajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten uudenlainen terveyden edistämisen organisoituminen on kunnassa vaikuttanut poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun ja miten terveyden edistämisen laaja koordinaatio tukee kunnallista päätöksentekoa.

Itä-Savon sairaanhoitopiiriin organisaatiouudistuksen yhteydessä päätettiin perustaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyörakenne sairaanhoitopiiriin ja sen jäsenkuntien välille. Yhteistyörakenteen avulla haluttiin vahvistaa terveyden edistämisen poikkihallinnollista yhteistyötä, tukea kuntien hyvinvointisuunnittelua ja vahvistaa saumattomien lähipalveluiden kehittämistä. (Tejoko –hankkeen loppuraportti 2009, 2 - 6)

Uudistuksessa, joka astui voimaan 1.1.2007, samaan organisaatioon kuuluvat erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimen vanhustenhuolto ja päihdehuolto (Mts.1 - 2). Uusi organisaatio kantaa virallisen sairaanhoitopiiri nimen rinnalla Sosteri nimeä, joka kuvaa uuden organisaation toiminnan sisältöjä. Tässä opinnäytetyössä käytetään organisaatiosta molempia nimiä riippuen asiayhteydestä, pääsääntöisesti kuitenkin nimeä Sosteri.

Tässä opinnäytetyössä terveyden edistäminen on osa laaja-alaisempaa käsitettä eli hyvinvoinnin edistämistä. Painopiste laajenee sosiaali- ja terveydenhuollosta muille hallinnonaloille ja toimintaa voidaan tarkastella ja toimenpiteitä kohdistaa yksilöihin, yhteisöihin ja rakenteisiin. Lähtökohtana on kuitenkin johtaminen - itsensä, yhteisön, rakenteiden ja toiminnan, jolloin terveyden

edistäminen on osa organisaation, kunnan johtamista. Se on tietoisesti valittu toimintalinja, jossa jokaisen hallintokunnan päämääränä on kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen ja lisääminen sekä terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistämiseksi on luotu rakenteet, asetettu tavoitteet ja sisällöt, seurannasta ja arvioinnista on sovittu. Lisäksi terveyden edistämisen koordinoiti tavoitteen asettelun ja arvioinnin osalta on selkeästi vastuutettu.

## **2 VALTAKUNNALLISISTA STRATEGIOISTA KUNTIEN HYVINVOINTIPOLITIikkaAN**

### **2.1 Tiukasta ohjauksesta vapauteen ja vastuuseen**

Suomen hyvinvointia rakennettiin 1990-luvulle saakka valtion ohjauksessa, jolloin kuntien tehtävänä oli toteuttaa valtion laatimia strategioita ja toimintaohjelmia. 1990-luvulla valtio-kuntasuhde muuttui siten, että valtio siirsi kunnille vastuuta tehtäväkokonaisuuksista ja antoi vapautta toteuttaa hyvinvointipolitiikkaa. Odotuksena oli, että kunnat jatkaisivat valtion aloittamaa strategista ja toimintapoliittista linjaa. Normiohjauksen vähenemisellä ja valtionosuusuudistuksella ajateltiin lisättävän kuntien taloudellista ja toimintapoliittista itsenäisyyttä.

Terveyttä kaikille 2000 –ohjelmassa korostettiin yhteistyötä, väestöryhmien välisiä terveyseroja ja ehkäisevää terveyspolitiikkaa. Kuntien rinnalla korostettiin myös kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen aloitteellisuutta ja yhteistyötä. Ensimmäisen Terveyttä kaikille 2000 –ohjelman loppuraportissa suositeltiin kunnille terveyspoliittisen ohjelman valmistelua. Suosituksissa todettiin, että terveyden edistämisen tulee olla osa kuntastrategiaa, valmistelun tulee olla laajapohjaista sekä sisältää arvokeskustelua ja kunnanvaltuuston tulee hyväksyä ohjelma. Lisäksi suositeltiin terveysvaikutusten arviointia osana päätöksentekoa. Terveyden edistämisen todettiin olevan oppimisprosessi, jossa kehitysvaiheita ei voida ohittaa. (Rimpelä 2007, 12 - 14.)



Terveyttä kaikille 2000 –ohjelman arviointiseminaarissa (1998) Tapani Melkas sosiaali- ja terveysministeriöstä totesi, että avain terveyden edistämisen poikkihallinnolliseen yhteistyöhön edellyttää kunnan keskusjohdon sitoutumista. Pitkän aikavälin sitoutuminen taas edellyttää aidon palautteen saamista kuntalaisten terveydentilan parantumisesta tai huonontumisesta. (Mts. 14.)

Vuonna 1998 valmistellussa viimeisessä vuosittaisessa valtakunnallisessa suunnitelmassa sidottiin hyvinvointipoliittinen ohjelma kuntastrategiaan ja ohjattiin yksityiskohtaisemmin sen valmistelua. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000 - 2003 (TATO) kirjattiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet ja suositukset niitä toteuttaviksi toimenpiteiksi. Tavoitteena oli tuoda hyvinvointipoliittikka ja sitä tukeva ohjelmatyö alue- ja kuntatason ohjausvälineeksi. Kuntien yksityiskohtaisempaa ohjaamista kuitenkin varottiin ja niinpä strategioiden ja ohjelmien valmisteluprosessit, sisällöt, rakenteet ja ehdotukset tulivat liian löyhästi kiinnitetyksi kuntien talous- ja toimintasuunnitteluun sekä arviointiin. Myös poikkihallinnollinen yhteistyö jäi vähälle. (Mts. 15 - 18.)

2000-luvulle tultaessa kunnissa oli tehty eri sektoreiden ja väestöryhmien strategioita, kuten päihdestrategia ja vanhustenhuollon strategia. Stakesin tekemä kysely kunnanjohtajille keväällä 2001 toi esille, ettei kunnissa ollut yhteistä tulkintaa käsitteistä hyvinvointi, hyvinvoinnin edistäminen, terveyden edistäminen, hyvinvointipoliittinen, hyvinvointistrategia tai hyvinvointiohjelma. Arvioinnissa todettiin, että terveyden edistäminen on tullut kuntien suunnitelmiin kansallisista ja kansainvälisistä terveystieteellisistä ideologioista. Kunnan toiminnassa ohjelmien tasolla puhuttu kieli irtaantui arkielämästä ja jäi merkityksettömäksi. Kielen ja käsitteiden ongelmat olivat havaittavissa etenkin eri sektoreiden pyrkiessä yhteistyöhön. (Mts. 18 - 20.) Myös yhteinen käsitys kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilasta, yhteiset tavoitteet ja yhteen sovitetut toimenpiteet puuttuivat.

Uusitalo ja Perttilä analysoivat kuntien virallisia asiakirjoja hahmottaen terveyden edistämisen asemaa päätöksenteossa. Analyysin perustella voidaan todeta, että vastuut määritellään kunnassa hallinto- ja johtosäännöissä, mutta näissä ei esiintynyt mainintoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuis-

ta. Hallinto- ja johtosäntöjen mukaan kuntien kehittämissuunnitelmat ja painoalueet päätetään kunnanvaltuustossa ja –hallituksessa. Lautakuntien vastuulla on strategioiden toimeenpano ja niiden toteutus. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sisältyy näihin painoalueisiin erilaisin painotuksin. Johtosäntöjen mukaan jokaisen hallinnonalan velvoitteena on edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Johtamisjärjestelmän haasteena on tehdä näkyväksi terveyden edistämistyötä. (Uusitalo & Perttilä 2007, 59.) Tuloksista käy ilmi, ettei kuntalaisten hyvinvointia ja palvelujärjestelmän toimivuutta seurata kovin laajasti eikä systemaattisesti, laaja-alainen raportointi on vähäistä, ennakoarviointia ei ole käytössä ja toiminta väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi on vähäistä (Wilskman, Ståhl, Muurinen & Perttilä 2008, 27 - 29).

Kuntapolitiikan analyysi osoittaa, ettei kunnilla ollut toimivia toimeenpanorakenteita väestön hyvinvointitarpeista lähtevälle poikkihallinnolliselle terveyden edistämistyölle valtion vahvan strategiaohjauksen purkauduttua. Terveyden edistäminen oli ikään kuin annettu kaikkien hallinnonalojen tehtäväksi, mutta sen toimeenpanoa varten ei ollut osoitettu voimavaroja eikä johtamisjärjestelmä tukenut hajautettua vastuuta. Lisäksi valtionosuusjärjestelmän uudistus merkitsi monille kunnille tulojen pienentymistä ja tehtävien sekä toiminnan uudelleen tarkastelua. 2000-lukua ovat voimakkaasti leimanneet valtion ja muiden tahojen rahoittamat määräaikaisten kehittämishankkeet. Pelkillä lyhytaikaisilla hankkeilla ei kuitenkaan voida taata organisaation terveyden edistämisen toimintaa (Häkkinen 2007, 13; Johnson & Baum 2001; McBride 1994).

## **2.2 Terveyden edistäminen ja rakennemuutokset**

Terveyden asema ja julkisen vallan laaja-alainen vastuu terveydestä vahvistui perustuslain uudistuksessa. Julkisen vallan velvollisuudeksi säädettiin niin terveyspalvelujen turvaaminen kuin terveyden edistäminen. Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmassa todettiin, että väestön terveyden edistäminen otetaan julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi (Hallitusohjelma 1999).

Nykyinen hallitusohjelma sisältää kolme politiikkaohjelmaa: Työ, yrittäminen ja työelämä, Terveyden edistäminen ja Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi. Kaikissa ohjelmissa terveyden edistäminen on keskeinen tavoite. Poliittikaohjelmat ovat hallitusohjelmassa määritellyjä laajoja, poikkihallinnollisia tehtäväkokonaisuuksia hallituksen keskeisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Terveyden edistämisen politiikkaohjelman kantavana ajatuksena on Terveys kaikissa politiikoissa, joka oli teemana jo Suomen EU-puheenjohtajakaudella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE 2008-2011) on määritelly lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Pää tavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja. Tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia ennalta ja puuttamalla niihin mahdollisimman varhain, varmistamalla alan henkilöstön osaaminen sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuollon ehyet palvelukokonaisuudet ja hyvät toimintamallit. Kehittämissuunnitelma antaa sekä kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta, että nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin vuosina 2008 - 2011 suunnataan Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen ja lääninhallitusten työpanosta ja kehittämistoiminnan resursseja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008, 7.) Yksittäisille kunnille ei juurikaan ole kirjattu täsmällisiä toimenpide-esityksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman rinnalle valmistellaan vuosittain poikkihallinnollinen kuntatalouteen keskittyvät peruspalveluohjelma, joka sisältää joka toinen vuosi tehtävän peruspalvelujen tilaa koskevan selvityksen. Selvityksessä arvioidaan muun muassa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, neuvolatoiminnan, vanhusten palvelujen, varhaiskasvatuksen ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta, laatua, tuottavuutta ja vaikuttavuutta. (Mts. 8.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoksella (Paras-uudistus) tavoitellaan sosiaali- ja terveystoimessa toimintamallia, joka mahdollistaa perus- ja erityistason hoidon kokonaisuutta koskevat rakenneratkaisut nykyistä paremmin (taloudelli-

suus-tavoite), varmistaa ohjausjärjestelmää kehittämällä ehkäisevän toiminnan sekä perustason palvelujen asemaa (kattavuus), edistää tuloshakuisuutta ja vahvistaa siihen johtavia kannusteita (tuottavuus) ja huolehtii siitä, että hyvät käytännöt otetaan kattavasti ja nopeasti käyttöön (vaikuttavuus). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on nostettu keskiöön. Tätä tukee muun muassa tutkimukset siitä, että terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot asukkaasta kohti kasvavat jyrkästi 65 ikävuoden jälkeen. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa tärkeämpää kuin toimintojen hallinnollinen ja organisatorinen yhdistäminen on toimintojen määrätietoinen yhteensovittaminen, toimiva yhteistyö ja työnjako. (Pekurinen, Junnila, Idänpää-Heikkilä & Wahlbeck 2006, 14 – 20; Ks. myös Suomen Kuntaliiton ja Sosiaali- ja terveysministeriön sivut aiheesta kunta- ja palvelurakennemuutos.)

Valmisteilla olevassa uudessa terveydenhuoltolaissa kiteytetään kuntien velvoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Lakiehdotuksessa otetaan selkeästi kantaa kunnan velvollisuuteen seurata asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä terveysnäkökohden huomioon ottamista kunnan kaikissa toiminnoissa. Käytännössä tämä tarkoittaa hyvinvointisuunnitelmien tekemistä osana kuntasuunnitelmaa tai erillisenä asiakirjana. Suunnitelman tulee sisältää terveyttä ja hyvinvointia edistäviä sekä terveysongelmia ehkäiseviä toimia ja palveluita ja niihin varatut voimavarat. Suunnitelma tulee hyväksyä kunnanvaltuustossa ja tarkistaa vähintään kerran neljässä vuodessa. Suunnitelman toteutuminen tulee kytkeä osaksi kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua ja päätöksentekoa sekä arviointi- ja seurantajärjestelmiä. Lisäksi poikkihallinnollisesta yhteistyöstä niin kunnan sisällä kuin muiden toimijoiden kanssa on sovittava. (Laki terveydenhuollosta 2008, 17§).

Sairaanhoitopiiriin tai terveystieteiden tehtävänä on omalta osaltaan edistettävä terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta alueellaan sekä omissa hoitoprosesseissa. Piiriin tehtävänä on toimia myös asiantuntijana ja tukea kuntia alueellisessa suunnittelussa, järjestää koulutusta, koota terveysseurantatietoja sekä levittää sairauksien ehkäisyä koskevia toimintamalleja ja -ohjelmia. (Mts. 47§).

Ollila, Lahtinen, Melkas, Wismar, Ståhl ja Leppo (2006) toteavat, että terveyssektorilla tulee olla selkeä vastuu ja rooli terveyden edistämässä, muuten he ovat taipuvaisia näkemään oman roolinsa sairaanhoitopalveluissa tai parhaimmillaan sairauksien ehkäisyssä ja terveyttä edistävässä toimissa terveydenhuoltopalveluiden ohessa. Terveyssektorilla on tärkeä rooli poliittisessa toiminnassa tunnistaa terveysvaikutuksia ja tehdä ehdotuksia poliittiseen päätöksentekoon. Tämä edellyttää riittävää henkilöstöresursointia eri hallinnon tasoilla, koulutusta sekä tarvittavien valtuuksien ja vastuiden antamista.

Fogelholm (2008, 1519 – 1521) peräänkuuluttaa niin ministeriötason ohjelmiin kuin kuntatason strategioihin selkeästi rajattuja toimenpiteitä, poikkihallinnollista yhteistä priorisointia ja sitoutumista. Sen sijaan, että pyritään ottamaan kerralla haltuun koko laaja terveyden edistämisen kenttä.

### **2.3 Terveyden edistämisen moninaisuus**

Terveyden edistämisen käsite on ollut suomalaisessa politiikassa jo pitkään. Terveyspolitiikan ydinkäsitteeksi se nousi 1980-luvulla. Rimpelä (2005, 4524) on esittänyt kaksi päälinjaa, joiden puolesta ja vastaan argumentoidaan jatkuvasti: 1) terveyden edistäminen on omaleimainen uusi tieteen ja tutkimuksen ala ja sen ympärille on muodostunut erityinen ammattikunta, joka tarvitsee oman koulutuksen; 2) terveyden edistämässä on kysymys enemmän tietystä terveystieteiden – ja laajemmin yhteiskuntapolitiikan – toimintasuunnasta ja arvovalinnasta. Terveyden edistämisen erityistaitoja tai toimenpiteitä ovat pohjineet myös Wiili-Peltola (1999) sekä Johnson ja Baum (2001). Heidän näkökulma on lähinnä sairaalassa tapahtuva terveyden edistäminen.

Terveyden edistäminen tunnustetaan yleisesti alaksi, jossa yhdistetään eri tieteenalojen tietoa ja joka sisältyy eri sektoreiden toimintaan. Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005, 24-38, 39-40) toteavat, että terveyden edistämisen määritelmien moninaisuus johtuu monitieteisyyden lisäksi siitä, että se voidaan määritellä mm. arvojen, tavoitteiden, toiminnan, menetelmien tai tulosten

kautta. He ovat koonneet kirjallisuudessa esiintyviä määritelmiä terveyden edistämisen viitekehykseen:

*Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja. Tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalvelujen kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina (emt., 39.)*

Liimatainen (2006; 2002, 18 – 19) määrittelee terveyden edistämisen prosessiksi tavoitteista toiminnan kautta tuloksiin ja vaikutuksiin. Prosessiin vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Terveyden edistämisen prosessissa ihmisille (yksilöille ja yhteisöille) luodaan edellytyksiä hallita, ylläpitää ja parantaa terveyttään ja hyvinvointiaan.

Terveyden edistämisen peruspilarit ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman Terveysjärjestön (WHO) kehittämistyön tuloksena. Ottawan asiakirjaa (1986) pidetään terveyden edistämisen perustana ja sen viisi strategiaa ovat edelleen olennaisen tärkeitä terveyden edistämisen onnistumiselle. Terveyden edistäminen nähdään aiempaa laajempänä toimintana, jota tukevat terveyttä edistävät rakenteet ja järjestelmällinen toiminta. Terveyden edistäminen ymmärretään terveyteen sijoittamisena sekä tietoisena voimavarojen kohdentamisena ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamisena. Sitä voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla sekä promotion ja prevention näkökulmasta. Tarkastelukulmaa voidaan laajentaa myös muun muassa poliittiseen ja kulttuuriseen näkökulmaan. (WHO 1986 ja 1998; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 24; Peltö-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 12).

### 2.3.1 Terveys kaikissa politiikoissa

Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies, HiAP) oli Suomen EU-puheenjohtajuuskaudella vuonna 2006 kansanterveysalan pääteema. Teema näkyy edelleen kantavana periaatteena Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelmassa. Terveys kaikissa politiikoissa tarkoittaa lyhyesti sitä, että eri hallinnonalat ottaisivat mahdolliset terveystaikutukset huomioon ennakolta päätöksiä valmistellessaan. Silloin kun eri hallintokuntien tavoitteille on löydettävissä yhteisiä hyötyjä, on terveystaolitettujen tavoitteiden yhdistäminen muihin tavoitteisiin suhteellisen helppoa. Jotta terveys pysyisi tärkeänä osana poliittisia toimintasuunnitelmia on päätöksentekoprosesseissa ymmärrettävä eri terveystaolitettujen vaihtoehtojen terveystavoitteet ja –taikutukset. Tämä edellyttää päätöksenteon riittävää avoimuutta ja aikaa, jotta ehdotuksia voidaan arvioida, kommentoida ja keskustella niistä. Terveystaolitettujen saaminen poliittiseen keskusteluun edellyttää oikea-aikaista terveystaolitettujen vaikuttavien ongelmien tunnistamista, luotettavaa tietopohjaa kuntalaisten terveystaolitettujen tilasta ja siihen vaikuttamisesta sekä vaihtoehtojen toimintojen tunnistamista ja arviointia. Kuntalaisten osallistuminen päätöksentekoon muodollisten kuulemismenettelyn ja epämuodollisten kontaktien kautta ovat myös tärkeitä edellytyksiä terveystaolitettävälliseen päätöksentekoon. (Ollila, Lahtinen, Melkas, Wisman, Ståhl & Lepo 2006.)

Arvioinnilla yleensä ei ole selkeää akateemista profiilia, vaan se sijoittuu tieteen kentällä yhteiskuntatieteellisiin, hallintotieteellisiin ja kasvatustieteellisiin oppiaineisiin niitä soveltavan toiminnan muotona. Se kohdistuu paljon muihunkin kuin siihen, miten toiminnassa on saavutettu asetetut tavoitteet (toiminnan tarkastus) tai miten organisaatiolle uskotut varat on käytetty (tilintarkastus). Julkisen toiminnan arviointiin liittyy aina politiikka ja julkisten asioiden hoitaminen. Poliitiikka on aina mukana arvioinnissa, riippumatta siitä millaisesta arvioinnista on kyse. Poliitiikka voi ratkaista sen, mitä asioita arvioidaan, millaisia arviointikysymyksiä painotetaan ja miten arvioinnin tuloksia hyödynnetään. Arviointi tähtää oppimiseen tuottaen tietoa taikutuksista ja kehittämistarpeista. (Virtanen 2007.)

Päätösten vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin voidaan arvioida ennalta. Ennakoarviointia voidaan tehdä tietyn teeman tai ihmisryhmän näkökulmasta käsin. Käytännössä sosiaalisten ja terveysvaikutusten arvioinnin välille on vaikea tehdä rajanvetoa. Laaja-alaista arviointia rajoittavat myös mielleyhtymät. Tämän vuoksi Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1999 julkaiseman oppaan myötä on alettu puhua ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnista (IVA). IVA sisältää yksilöihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan kohdistuvat niin objektiiviset kuin subjektiivisesti koetut vaikutukset. IVA-menetelmällä vältetään myös rajanvetoa eri sektoreiden välille. (Nelimarkka & Kauppinen 2007, 9 – 10.)

Ennakoarviointi voi olla tietopainotteinen tekninen prosessi, jossa painottuvat määrällinen tietoa ja asiantuntijuus. Tai se voi olla arvopainotteinen neuvotteluprosessi, jossa korostuu laadullinen tieto ja vaikutusten arvioinnin kohteena olevien ihmisten osallistuminen ennakoarviointiin. Ennakoarvioinnilla voidaan etsiä keinoja haluttuun tulevaisuuteen pääsemiseksi, mutta sitä voidaan käyttää myös jälkikäteisarvioinnissa. (Mts. 8 – 9, 13.)

Taulukossa 1. on esitetty ennakoarvioinnin vahvuuksia ja heikkouksia kunnallisessa päätöksenteossa. Päivärinteen (2007, 128 - 136) tekemän tutkimuksen mukaan ennakoarvioinnin käyttöönottoa *edistävänä tekijänä* nähtiin inhimillisten arvojen ja hyvinvoinnin arvostus päätöksenteossa, vaikka edelleen taloudellisuus ja kustannukset ovat oleellinen osa päätöksentekoa. Käyttöönottoa *ehkäisevänä tekijänä* nähtiin menetelmän työläys sekä moniulotteinen prosessi. Menetelmän käyttöönottoa voivat hidastaa saatavilla oleva vähäinen tutkittu tieto ja sen soveltamisen haasteet vallitsevaan toimintakulttuuriin. Ennakoarvioinnin juurruttaminen vaatii aina oman aikansa. Keskeisessä asemassa on viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden asenteet uutta menetelmää kohtaan ja sitoutuminen sen systemaattiseen hyödyntämiseen. Menetelmän käyttöönotosta tarvitaan yhteinen päätös ja toimintaohje, miten uusi esittelykäytäntö toteutetaan sekä miten toimintakulttuuri vakiinnutetaan ja miten kokemukset jaetaan. Ennakoarvioinnin avulla voidaan lisätä myös hallintokuntien välistä avoimuutta ja tiedonkulkua ennen päätöksentekoa. Lähtökohdana menetelmän käyttöönotossa on koulutus ja kokemusten jakaminen.



**TAULUKKO 1.** Ennakoarvioinnin vahvuuksia ja heikkouksia kunnallisessa päätöksenteossa (Päivärinne 2007, 135)

Vahvuudet	Heikkoudet
Eri vaihtoehtojen näkyväksi tekeminen	Vaati uudenlaista opettelua
Näkökulman laajeneminen ja monipuolisuus	Tuo lisätyötä, hidastaa päätöksentekoa ja valmistelua
Vaikutusten osoittaminen konkreettisesti	Menetelmällä ei muuteta hallintokulttuuria
Asioiden systemaattinen tarkastelu monelta eri taholta	Ei ole konkreettinen eikä selkeä mittari
Äärimmäisen yksikertainen menettelytapa	Kaikkienvaikutusten esille tuominen – negatiivistenkin – avoimesti on vaikeaa
Mahdollistaa poikkihallinnollisen vuoropuhelun	Tutkimustieto vaikuttavuudesta puuttuu
Uusia ratkaisumalleja	Vaatii enemmän aikaa
Päätökset samanarvoisia, voivat olla yhtä oikeita	
Ei vaadi lisäresursseja	

Päätöksentekijät voivat osallistua ennakoarvioinnin prosessiin määrittämällä tarkasteltavalle päätökselle tavoitteet ja osallistumalla arvokeskusteluun päätöksenteon yhteydessä. Terveyden edistämisen arvoina on määritelty useita erilaisia arvoja. Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005, 39) toteavat terveyden edistämisen taustalla olevan seuraavat arvot: ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, omavoimaistaminen, oikeudenmukaisuus, osallistuminen, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. Häkkinen (2007, 10 – 11) toteaa Raphaelia (2000) lainaten, ettei terveyden edistämisen ideologinen perusta itsessään ole ongelmallinen, vaan se, ettei arvoperusta tule näkyviin terveyden edistämisen päätöksenteossa.

### 2.3.2 Terveyden edistäminen kunnan toimintana

Terveyden edistämisen määrittely ei vielä anna vastausta kysymykseen, mitkä ovat kunnan terveyden edistämisen tehtävät. Kansanterveyslaissa (928/2005) terveyden edistäminen määritellään osaksi kansanterveystyötä. Kansanterveystyön tehtäviä määritellään tarkemmin 14§:ssä, jossa todetaan, että

*...kunnan tulee huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista... seurata kunnan väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, ottaa terveysnäkökohdat huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.*

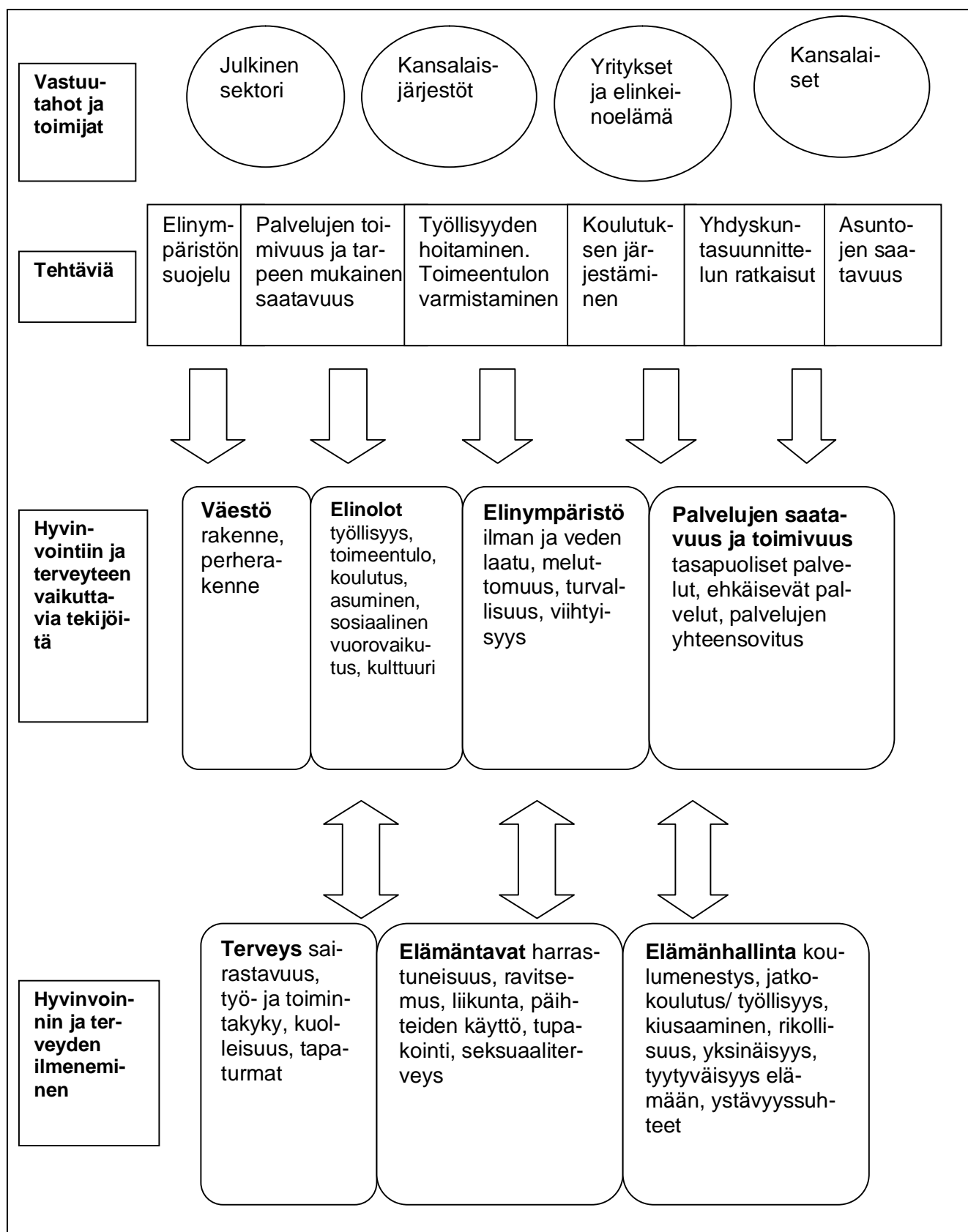
Kansanterveyslain uudistamisen yhteydessä uusina tehtävinä tulivat mm. terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta väestöryhmittäin, terveysnäkökohtien huomioon ottaminen kaikissa kunnan toiminnoissa sekä yhteistyö terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Kansanterveystyö määräytyy paljolti terveydenhuollon ulkopuolisista asioista, kuten elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta, yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä. Terveyden edistämisen tehtävä sisältyy myös erikoissairaanhoidon tehtäviin. Hoitotyössä kuuluu lähes jokaiseen asiakassuhteeseen sairauden hoidon lisäksi tautikohtaisten sairauksien ehkäisy. Kansanterveyslaissa kunnille on määritely vastuu ja niillä todetaan olevan keskeinen rooli terveyden edistämisen työssä.

Liimataisen (2006) ja Perttilän (2006a) mukaan terveyden edistäminen tulee ymmärtää terveyteen sijoittamisena, voimavarojen kohdentamisena ja laajalajaisena toimintana, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen, ennenaikaisten kuolemien vähentäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Käytännössä se tarkoittaa niiden kunnallisten palveluiden turvaamista, joiden kautta voidaan vaikuttaa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden taustatekijöihin (asuminen, työllisyys, yhteisöllisyys, julkinen liikenne, terveellinen ympäristö, terveyspalvelut, terveellisten elintapojen tukeminen, terveellisen ravitsemuksen, liikunnan edistämisen avulla, tupakoinnin ja päihteiden käytön ehkäisy). Kunnan eri hallintokunnat voivat palve-

luillaan joko tukea tai heikentää kuntalaisten mahdollisuuksia pysyä terveenä tai tehdä terveellisiä valintoja esimerkiksi terveellisen ravitsemuksen tai terveystiikunnan toteuttamiseksi.

Perttilän ja Uusitalon (2007, 24) mukaan kuntapäätäjien mielikuva terveyden edistämisen käsitteestä viittaa enemmän terveyssektorin tehtäviin: yksilön käyttäytymistä ohjaavana terveystkasvatuksena, terveydenhuollon asiakastyönä ja terveyden suojeluna. Terveyden edistämistä on myös kaikki muut kunnan tehtävät, joilla on välittömiä tai välillisiä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen. Jotta terveyden edistäminen kattaisi sekä terveydenhuollon että kaikki muut kunnan tehtävät, on syytä käyttää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen termejä rinnakkain.

Perttilä (2006b) on kuvannut terveyden edistämisen vastuutahoja kuviossa 1. Vastuutahoja ja toimijoita ovat julkinen sektori, kansalaisjärjestöt, yritykset ja elinkeinoelämä sekä kuntalaiset. Eri tehtävillä vaikutetaan hyvinvoinnin ja terveyden rakenteellisiin tekijöihin, joiden vaikutukset ilmenevät kuntalaisten terveydessä, elämäntavoissa ja elämänhallinnassa. Terveyden taustatekijöihin vaikutetaan lähes kaikin yhdyskuntapolitiikan keinoin. Niinpä terveyden edistämisen järjestelmässä pitäisi olla kaikki toimijat mukana, koordinoituvastuun ollessa julkisella sektorilla.



**KUVIO 1.** Hyvinvointi ja terveys ja niihin vaikuttaminen: esimerkkejä vastuutahtoista, tehtävistä, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja hyvinvoinnin ilmenemisestä (Perttilä 2006b)

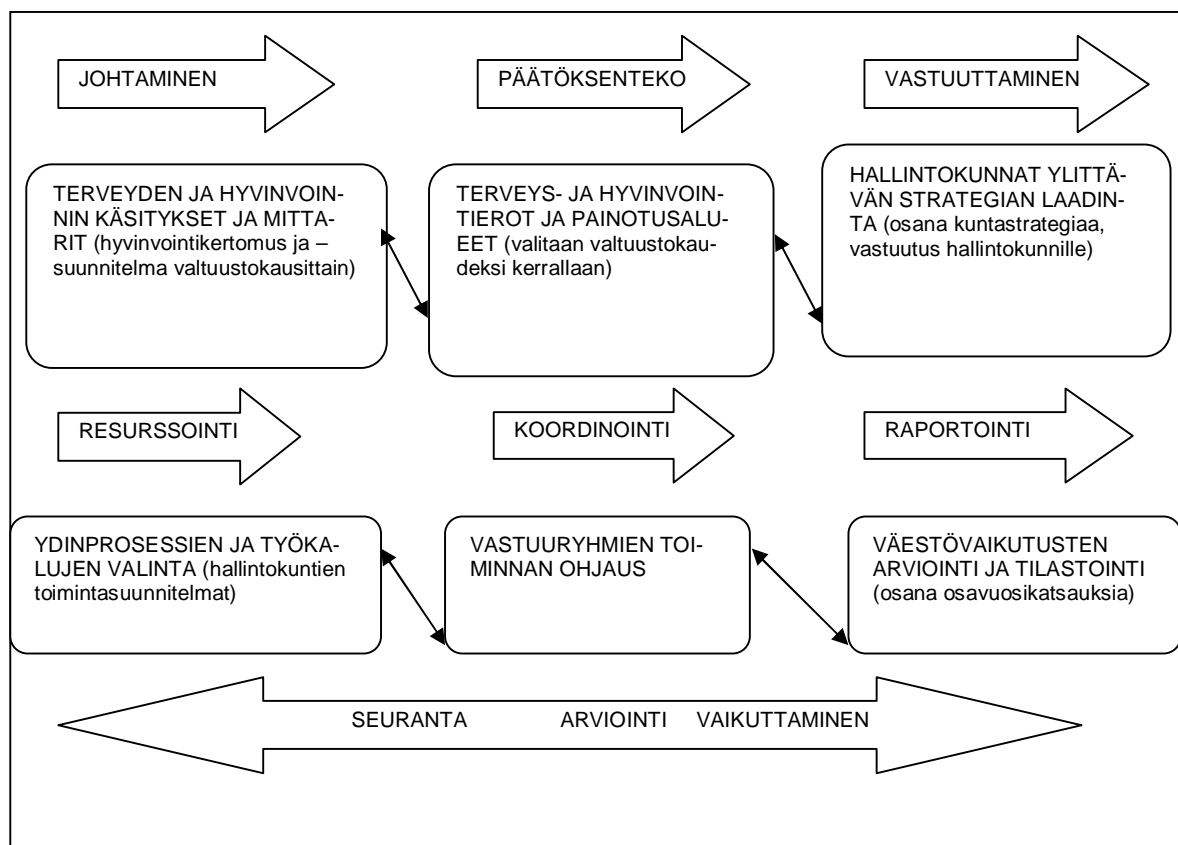
Terveyden edistämistä osana johtamista tulee tarkastella erikseen organisaation sisäisenä tehtävänä, muiden hallinnonalojen terveyden edistämisen tehtävien kautta sekä kunnassa tai alueellisesti poikkihallinnollisena hallinnonalat ja/ tai kuntarajat ylittävänä johtamisen kohteena. Poikkihallinnollisuus on ennakkointia, joka myös säästää resursseja, kun yhteistyö on saatu toimiin. Asemaan perustuva osallistuva edustaminen taas estää aitoa poikkihallinnollista yhteistyötä. Läpäisevä asiantuntijuus tarkoittaa sitä, että esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan asiantuntemus on muiden sektoreiden hyödynnettävissä ja päinvastoin.

## **2.4 Terveyden edistämisen johtaminen**

Lähtökohtana terveyden edistämässä on pidetty sitä, että se on osa johtamista. Johdon sitoutumisella on suuri merkitys. Johtamisen kautta kuntaan luodaan toimintakulttuuri, joka tukee hallintorajojen yli meneviä yhteistyörakenteita. Hyvinvointipolitiikan johtaminen ja koordinaatio edellyttävät kunnassa poikkihallinnollista päätöksentekoa ja yhteisvastuuta, sektoreiden välistä ja seutukunnallista yhteistyötä. Väestön terveyteen voidaan vaikuttaa yksilö- ja yhteisötasolla, palvelujärjestelmän toiminnalla, luomalla ympäristö terveyttä tukevaksi ja ottamalla terveysnäkökohdat huomioon kaikessa päätöksenteossa eri politiikkalohkoilla.

Kuviossa 2. on kuvattu terveyden ja hyvinvoinnin johtamisen prosessia. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen on väestön hyvinvointia ja alueen kestävästä kehitystä vahvistavien strategisten päämäärien asettamista ja toimeenpanon vastuuttamista eri hallinnonalojen perustehtäviin. Johtamisen onnistuminen edellyttää, että luottamushenkilöhallinto on hyväksynyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiseksi tavoitteeksi, voimavarojen antamista toteuttamiseen, hallintokuntien yhteisiä konkreettisia tavoitteita, tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, palvelujen toimivuudesta, henkilöstön voimavaroista, taloudesta ja toiminnan vaikuttavuudesta sekä seuranta ja arviointia luottamushenkilöhallinnossa. (Perttilä & Uusitalo 2007, 98.) Terveyden edistämisen johtamista tekee näkyväksi johtamiseen muutenkin liittyvät

asiat, kuten laatujärjestelmät, henkilöstötilinpäätös, täydennyskoulutus-suunnitelmat ja kumppanuussopimukset yhteistyöstä.

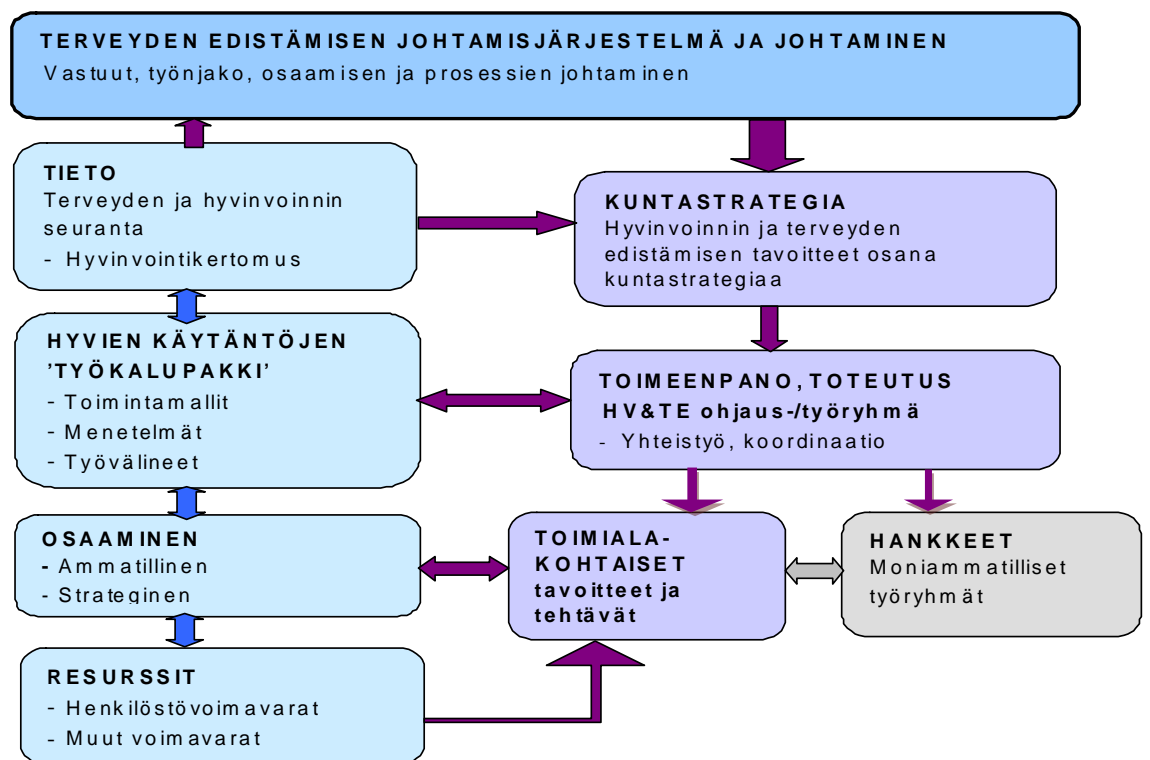


**KUVIO 2.** Terveyden ja hyvinvoinnin johtamisen prosessi (Rahunen 2007)

Kuviossa 3. on kuvattu terveyden ja hyvinvoinnin rakenteita ja toimeenpanoa kunnassa. Perttilä (2007, 98) on määritellyt terveyden edistämisen rakenteita kuntayhteisössä. Niitä ovat:

- lainsäädäntö;
- väestön hyvinvointitarpeita ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaava tietopohja ja toimivat tietojärjestelmät;

- johtamisjärjestelmä, jossa hyvinvointipolitiikkaa ja sen toteutusta ohjaa valtuuston hyväksymät strategiat ja toiminnan ja talouden suunnitelmat;
- johtamiskäytännöt, jotka mahdollistavat hallinnonalat ylittävän jaetun johtajuuden ja kollektiivisen asiantuntijuuden organisoitumisen;
- tarvittavat voimavarat ja osaaminen suhteessa tehtävien laajuuteen ja vaativuuteen;
- kuntalaisten osallistumisen mahdollisuudet.



**KUVIO 3.** Terveyden ja hyvinvoinnin rakenteet ja toimeenpano (Perttilä 2009)

Rakenteet eivät kuitenkaan kerro, miten organisaatio ja sen toimintaympäristöt toimivat. Rakenteiden tulisi olla mahdollisimman selvät, jotta ne tukevat toimintaa. Rakenteiden kehittäminen tarkoittaa toimivien olosuhteiden luomista, toiminnan esteiden tunnistamista ja niiden poistamista sekä osaamisen vahvistamista.

Perttilä on (2006a) on hahmottanut terveyden edistämisen johtamisen malleja. Näitä ovat kuntien matriisi- ja prosessimalli, suurten kaupunkien malli, terveyden edistämisen kuntayhtymämalli, terveystiimimalli ja seutukuntamalli. Kuntien linjaorganisaatio-/ matriisimallissa kuntajohtaja vastaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Kunnan johtoryhmä toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä ja nimeää kunnan terveyden edistämisen työryhmän, jossa on edustajat kaikilta hallinnonaloilta. Työryhmän jäsenet toimivat terveyden edistämisen yhdyshenkilöinä omilla sektoreillaan. Työryhmän puheenjohtaja vastaa terveyden edistämisen asioiden valmistelusta ja toimii johtoryhmän esittelijänä. Tarvittaessa kunnan johtoryhmä nimeää terveyden edistämisen koordinaattorin ja sektoreiden ja muiden toimijoiden muodostamat yhteistyöryhmät.

Myös prosessimallissa kunnanjohtaja vastaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja kunnan johtoryhmä toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä. Terveyden edistämisen johtoryhmä prosessoi valtuuston hyväksymät hyvinvoinnin painoalueet ja nimeää prosessien johtajat. Prosessit kuvataan, niiden tavoitteet, tehtävät ja resurssit määritellään, asetetaan tulokset ja sovitaan aikataulusta. Prosessiryhmät nimetään poikkihallinnollisesti. Prosessijohtajat ovat terveyden edistämisen johtoryhmän jäseniä ja vastaavat omien prosessien valmistelusta ja esittelystä. (Perttilä 2006a.)

*Sitoutuminen terveyttä edistävään ajatteluun seurailee yhteistyön tekemisen tapaa. Mitä kauempana terveyden edistämisen käytännön työstä ollaan, sen vähemmän terveyden edistäminen vaikuttaa toiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Organisaation johto sitoutuu kyllä terveyden edistämiseen retorisisella tasolla, mutta käytännön toiminnassa se ei aina näy. Yksittäiset päätökset saattavat olla dokumentoitujenkin linjausten kanssa ristiriitaisia. (Liimatainen, Ryttyläinen, Ylönen & Minkkinen 2007, 37.)*



*Koko kuntaa koskevassa kehittämistyössä on kyse prosessista, jossa eri hallinnonalojen on käytävä keskustelua kehittämistyön suunnasta ja tarpeesta, motivoituttava tehtävään ja sisällytettävä tehtävät kunnan suunnitteluprosessiin. Prosessia ei voi kiirehtiä, mikäli halutaan, että tuloksena syntyy rakenteellisia muutoksia ja työkaluja eri hallinnonalojen ja päätöksenteon arkikäytäntöihin. Kunnan oma suunnitteluprosessin mukainen ajoitus ohjaa kehittämistyötä. (Perttilä, Uusitalo & Kautto 2007, 30 - 31.)*

## **2.5 Terveyden edistäminen Sosterin jäsenkunnissa**

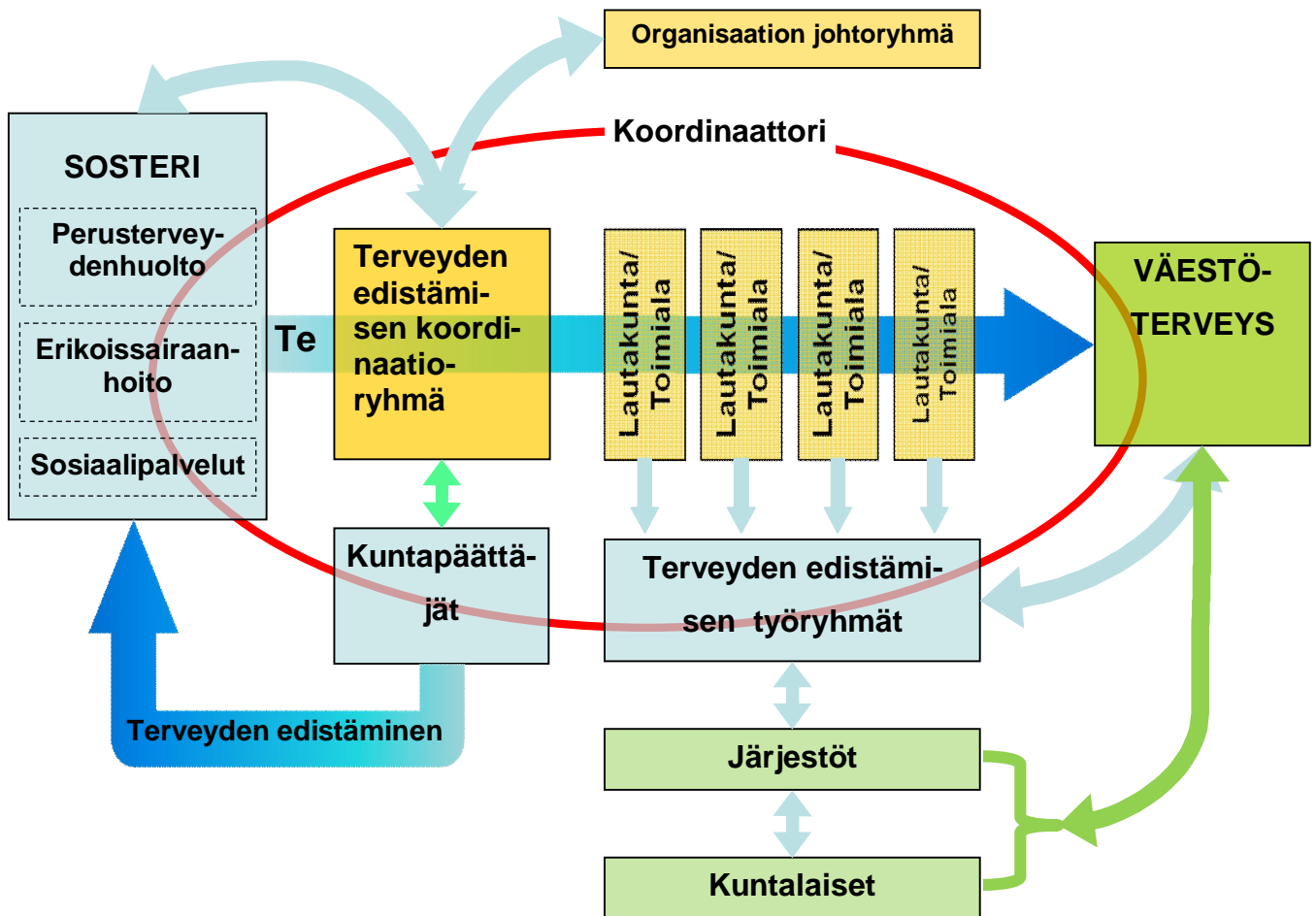
Sosterin perustehtävänä on edistää alueellaan väestön terveyttä ja järjestää tarpeellinen sairaanhoito ja hoiva. Keskeisinä strategisina tavoitteina on jäsenkuntien väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, saumattoman palvelun turvaaminen ja kokonaiskustannuskehityksen taittuminen. Palveluiden tuottamistapa perustuu kuntakohtaisiin sopimuksiin, joissa kunta päättää, mitä palveluita se ostaa sairaanhuoltopiiriltä. Tavoitteena on, että sopimukset ovat voimassa 1-2 valtuustokautta. Sosterissa terveyden edistäminen on kiinnitetty johtajaylilääkärin tehtäviin. (Talousarvio 2009.)

Sosterin ja sen jäsenkuntien (Enonkoski, Kerimäki, Parikkala, Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna, Savonranta ja Sulkava) välille on perustettu peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmät, toisin sanoen terveyden edistämistä koordinoivat työryhmät, jotka ovat toimineet nyt reilun vuoden ajan. Työryhmien tehtävänä on hyvinvointisuunnitelman valmistelu, poikkihallinnollisen yhteistyön edistäminen, kuntakohtaisen suorite- ja taloustoteuman seuranta sekä kuntasopimuksen vuotuinen tarkastelu ja sopimuksen valmistelutehtävät. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2006, 24§.)

Työryhmään kuuluvat kunnan keskeiset luottamushenkilöt, kunnanjohtaja, perusturvajohtaja sekä johtajaylilääkäri ja terveyden edistämisen suunnittelija. Työryhmien toiminta on kiinnitetty osaksi kunnan vuosittaista toimintaa. Kunnan tehtävänä on päättää, miten terveyden edistäminen ja hyvinvointisuunnitelu näkyy sen asiakirjoissa ja ylläpidettävässä toiminnassa. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on toimia asiantuntijana, väestön hyvinvointia kuvaavan tiedon ko-

koajana ja avustavaa työryhmiä niiden tehtävissä. Tukea yhteistyörakenteen perustamiseksi on saatu Itä-Suomen lääninhallituksen rahoittamasta ”Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien terveyden edistämisen yhteistyörakenteiden ja johtamiskäytäntöjen kehittäminen” –hankkeesta (2007 – 2009).

Kuviossa 4. on kuvattu terveyden edistämisen johtamisen rakennetta Sosterin jäsenkunnissa. Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien työskentely on lähtenyt useimmassa kunnassa hyvin liikkeelle. Toiminnan painopisteet vaihtelevat hieman kunnittain, painottuen pääsääntöisesti kuitenkin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja toissijaisesti kuntaohjaukseen. Toimintatavat hakevat vielä muotoaan, jolloin esimerkiksi kunnan johtoryhmän rooli terveyden edistämässä ei ole selkeä. Terveyden edistämisen työryhmien rooli kunnan hyvinvointitavoitteiden ja poikkihallinnollisen yhteistyön tukena ovat vasta muotoutumassa. Työryhmiin on ajateltu kuuluvan hallintokuntien lisäksi muun muassa järjestöjä.



**KUVIO 4.** Terveyden edistämisen johtamisen rakenne Sosterin jäsenkunnissa (Ojuva & Renfors, 2009)

Hyvinvointijohtamisen työvälineistä (hyvinvointitilinpito, hyvinvointikertomus ja mittarit, vaihtoehtojen ennakointi ja arviointi (IVA), hyvinvointiohjelmat ja –strategiat, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen laatu järjestelmät ja suositukset) käytössä on tällä hetkellä hyvinvointikertomus ja –suunnitelma, johon kootaan päätöksenteon tueksi yhdessä valittujen mittareiden avulla tietoa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilasta, asetetaan tavoitteita, esitetään toimenpiteitä sekä ehdotetaan, miten seurata ja arvioida väestöön kohdistuvien toimenpiteiden vaikutuksia. Hyvinvointikertomus ja –suunnitelma laaditaan valtuustokauden mittaiseksi ja sitä tarkistetaan vuosittain osana kuntien arviointiprosessia.

Tarkoituksena on, että valittu päämäärä ja tavoitteet sen saavuttamiseksi konkretisoituvat eri hallintokuntien suunnittelussa ja toiminnassa, kuten vanhusten, lasten ja päihdehuollon ohjelmissa, turvallisuussuunnitelmissa sekä talousarviossa, toiminta- ja taloussuunnitelmissa (Ojuva 2007, 20 - 21).

Sairaanhoitopiirin toiminnan laajentamisen yhteydessä perustettiin kuntakoh- taisten terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien lisäksi myös sairaan- hoitopiirin organisaatioon terveyden edistämisen yhdyshenkilöiden ryhmä. Ryhmä koostuu tulosalueiden ylihoitajista ja/tai tulosaluejohtajista, työterveys- huollon edustajasta, johtajaylilääkäristä ja terveyden edistämisen suunnitteli- jasta. Ryhmän tehtävänä on organisoida ja koordinoida terveyden edistämisen toimintaa Sosterin sisällä.

Kolmas terveyden edistämisen organisoitumisen muoto syntyi eri yhteistyö- verkostoista. ”Terveyden edistämisen kehittäminen Savonlinnan seudulla” - niminen työryhmä koostuu sairaanhoitopiirin lisäksi eri oppilaitoksien, jär- jestöjen ja muiden julkisten toimijoiden edustajista. Työryhmä laajenee tarvit- taessa ja toimintaan voi tulla mukaan eri toimijoita kiinnostuksesta riippuen. Työryhmä on järjestänyt muun muassa seudun kouluille terveystipäiviä ja erilaisia seminaareja.

## **2.6 Kuntalaisten osallistuminen päätöksentekoon**

Kuntalaisten suoraa vaikuttamista tarvitaan demokraattisen äänestämisen täydentäjänä. Lainsäädäntö edellyttää, että kunnat huolehtivat kuntalaisten tiedonsaannista ja osallistumismahdollisuuksista. Kuntalaissa (Kuntalaki 1995, §27) mainitaan joitakin esimerkkejä, joilla asukkaiden osallistumista ja vaikut- tamista voidaan edistää. Näitä ovat muun muassa käyttäjien edustajan valinta kunnan laitoksiin, toimielimen tai jaoston asettaminen jonkun alueen asioiden käsittelyä varten, kuulemistilaisuuksien järjestäminen ja mielipidetiedustelut. Kuntalaissa kunnan asukkailla on aloitteenteko oikeus kuntaa koskevissa asi- oissa.

Kuntalaisten osallistuminen kunnalliseen päätöksentekoon vaihtelee merkittäväällä tavalla kuntakoon mukaan. Pienissä kunnissa käytetään sovinnaisia osallistumismuotoja, kuten osallistumista julkiseen keskusteluun ja yhteydenottoja luottamushenkilöihin ja viranhaltijoihin selvästi enemmän kuin kaupungeissa. Protestiluonteisia osallistumismuotoja taas käytetään enemmän kaupungeissa. Kuntalaisten vieraantuneisuus kunnallispolitiikasta ja kunnallisesta päätöksenteosta vaihtelee kuntakoon ja yksilöllisten ominaisuuksien, kuten ikä, koulutus, ammattiasema ja yhteiskunnallinen näkemys mukaan. Myös kuntalaisten tyytyväisyys omaan henkilökohtaiseen elämään sekä kunnallisten palveluiden hoidon tasoon vaikuttavat kunnallispolitiikkaan ja päätöksentekoon osallistumiseen. (Mäki-Lohiluoma, Pekola-Sjöblom & Ståhlberg 2005, tiivistelmä.)

Osallisuus voidaan tulkita eri tavoilla. Sillä voidaan tarkoittaa yhteenkuuluvuuden tai osallisuuden tunnetta omassa yhteisössä tai yhteiskunnassa työn, harrastuksen tai vaikuttamisen kautta. Usein viitataan myös yhteisöllisyyteen. Toisaalta sen tulkitaan olevan kansalaisen mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen sekä päätöksentekoon. Osallisuuden käsite on laajempi kuin osallistumisen. Osallistumiseen liittyy ajatus kansalaisesta aktiivisena toimijana, joka kykenee, haluaa ja saa vaikuttaa itselleen tärkeissä asioissa. Loppujen lopuksi osallisuuden ja osallistumisen rajaa on vaikea määritellä. (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Londén ja Peltosalmi 2008, 43)

Itä-Suomessa toteutettiin laaja kansalaiskysely keväällä 2007. Kansalaiskyselyyn perustuva hyvinvointianalyysi oli osa *Työ, toimeentulo ja osallisuus Itä-Suomessa – kansalaisnäkökulma alueen kehittämiseen* – kehittämishanketta (2006 – 2007), jonka toteutuksesta vastasi Sosiaali- ja terveydenkeskusliitto ESR-rahoituksin turvin. Hyvinvointianalyysissä tarkasteltiin hyvinvointia ja tyytyväisyyttä eri elämänosa-alueilla sekä eri asioiden merkitystä omassa elämässä yleisellä tasolla, osallisuutta ja vaikuttamista, sosiaalisia suhteita ja tukea, työ- ja toimeentuloa sekä palveluita. (Mts. 8). Seuraavassa tuon esille analyysin keskeiset tulokset osallisuudesta ja vaikut-

tamisesta lähinnä päätöksentekoon. Tietoa laajemmin osallisuudesta ja vaikuttamisesta löytyy ko. raportista.

Itäsuomalaiset olivat tyytyväisiä oman asuinympäristön viihtyisyyteen ja turvallisuuteen sekä sosiaalisiin suhteisiin. Mahdollisuuksia vaikuttaa asuinympäristöön, yhteiskuntaa koskeviin asioihin ja poliittiseen päätöksentekoon arvostettiin, mutta mahdollisuudet koettiin heikoksi. Vaikuttamismahdollisuudet olivat heikoimpia yksin asuvilla työttömällä ja eläkeläisillä, opiskelijoilla ja työttömällä kotitalouksilla. Kuitenkin vaikeassa elämäntilanteessa olevilla oli laajasti halua osallistua. Keskeiseksi kysymykseksi nouseekin se, miten saadaan luotua edellytykset sekä osallistumisen rakenteet ja mahdollisuudet niille ihmisille, jotka ovat joko syrjäytyneet tai vaarassa syrjäytyä. Itäsuomalaisista viisi prosenttia ei osallistu eikä edes halua osallistua mihinkään toimintaan. (Mts. 49, 51 – 52, 186 – 187.)

Poliittisen päätöksenteon koettiin olevan kaukana ja tavoittamattomissa. Toive vahvempaan kiinnittymiseen poliittiseen päätöksentekoon on olemassa, mutta käytännössä mahdollisuudet osallistua koettiin heikoiksi. Poliittiseen päätöksentekoon osallistumiseen kokivat suurempaa tarvetta etenkin hyvinvoinnin kokonaistilanteensa sekä fyysisen terveydentilansa, henkisen siveytensä, taloudellisen tilanteensa ja sosiaaliset suhteensa heikoiksi arvioineet. Lisäksi opiskelijat kokivat osallistumismahdollisuutensa muita vähäisemmäksi. Heikoksi koetut vaikutusmahdollisuudet, epäluottamus politiikka kohtaan, heikko kiinnittyminen ja samaistuminen yhteisöihin kulkevat käsi kädessä ihmisten hyvinvoinnin kokemuksen kanssa. (Mts. 50, 187 – 188.)

Osallistuminen erityyppisiin vaikuttamistoimiin oli valtaosin satunnaista. Satunnaisuus kertoi siitä, että ihmiset vaikuttavat tärkeäksi kokemiinsa asioihin silloin, kun siihen on tarve ja tilaisuus. Osallistumista estävät monet tekijät. Nuorilla estäviä tekijöitä oli usein kiinnostuksen puute ja haluttomuus vaikuttaa asioihin toisaalta tietämättömyys siitä, miten asioihin voitaisiin vaikuttaa. Hyvien osallistumismahdollisuuksien lisäksi nuoret kokivat, että osallistumisen tulisi olla kiinnostavaa ja mielekästä. Ikäihmisillä esteenä saattoi olla heikko toimintakyky, vaikea vamma tai sairaus. (Mts. 189.)

Tehokkaimmaksi tavaksi vaikuttaa asioihin, pidettiin henkilökohtaisia yhteydenottoja päättäjiin ja virkamiehiin. Lähes yhtä usein korostettiin aktiivista osallistumista erityyppiseen toimintaan, kuten seuran tai yhdistyksen toimintaan. Kolmanneksi tehokkaimpana tapana pidettiin äänestämistä ja neljänneksi tehokkaimpana keskustelua ja tärkeinä pidettyjen asioiden esille nostamista ja esillä pitämistä. Protestiluontoiset keinot nousivat harvoin esille tehokkaan vaikuttamisen keinona. Tehokas vaikuttaminen näyttää siis pohjautuvan vahvasti aktiiviseen, oma-aloitteisuuteen ja sinnikkyYTEEN. Yksilö nähdään keskeisenä tekijänä vaikuttamistyössä. (Mts. 73 – 76.)

Itä-Suomalaiset peräsivät vastuuta päättäjiltä vaikutusmahdollisuuksien herättäjinä. Kiinnostusta vaikuttamiseen koettiin voitavan parantaa, jos ihmiset kokisivat pystyvänsä vaikuttamaan asioihin. Päättäjiltä odotettiin konkreettisia tapoja osoittaa, että he kuulevat kuntalaisia heille tärkeissä asioissa. Tästä koettiin syntyvän luottamus omiin vaikuttamismahdollisuuksiin ja samalla myös kiinnostus vaikuttamiseen lisääntyy. Päättäjiltä toivottiin myös avoimuutta, oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että ihmisillä olisi tietoa vireillä olevista ajankohtaisista asioista objektiivisesti, konkreettisesti ja ”kansantajuisesti” esitettynä. Kiinnostus vaikuttamiseen koettiin lisääntyvän yksilötasolla silloin kun asia koskettaa henkilökohtaisesti itseä tai läheistä. Muita esille tuotuja asioita olivat muun muassa keskustelutilaisuudet päättäjien kanssa, julkinen keskustelu epäkohdista ja tosiasioista sekä internetin hyödyntäminen. (Mts. 86 – 88.)

### **3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

Laadullisessa tutkimuksessa teoriaa voidaan käyttää apuvälineenä, joka mahdollistaa esimerkiksi tulkintojen tekemisen kerätystä aineistosta. Päämääränä voi olla myös teorian luominen tai ns. vanhan teorian kehittäminen. *Teorialähtöisestä* tutkimuksesta voidaan puhua silloin, kun aineiston analyysi perustuu johonkin jo olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Tällöin teoriaa tai mallia

usein testataan uudessa yhteydessä. *Aineistolähtöisessä* tutkimuksessa teoria rakennetaan aineistosta, jolloin tutkija ei voi päättää, mikä on tärkeää ja mikä ei. Puhdas aineistolähtöinen eli induktiivinen päättely on tuskin mahdollista, koska tutkijalla on olemassa joitakin ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Teorialähtöisen ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastoon sijoittuu *teoriasidonnainen* tutkimus, jossa aineiston analyysi ei suoraan perustu teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat havaittavissa. Aineistosta tehtyjen tulkintojen tueksi etsitään tukea teoriasta, mutta samalla tutkija analysoimalla ja tulkitsemalla aineistoa luo teoriaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teorian tehtävänä tässä opinnäytetyössä on toimia ikään kuin punaisena lankana, jonka avulla tutkimusaineistosta nousevat havainnot voidaan kohdistaa terveyden edistämisen johtamisrakenteissa tärkeiksi oletettuihin seikkoihin.

### **3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät**

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien edustajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten uudenlainen terveyden edistämisen organisoituminen on kunnassa vaikuttanut poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun ja miten terveyden edistämisen laaja koordinointi tukee kunnallista päätöksentekoa.

Tavoitteena on kehittää kuntakohtaisten peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmien, ts. terveyden edistämistä koordinoivien työryhmien toimintaa siten, että kehittämiskohteita tunnistetaan luodussa yhteistyörakenteessa, poikkihallinnollisessa yhteistyössä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa.

Tutkimustehtävänä on kuvata

1. terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän toiminnan vaikutuksia kunnan poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun.



2. terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän antamaa tukea kunnalliselle päätöksenteolle hyvinvointiasioissa.
3. kuntalaisten osallisuutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa yleensä ja osallisuuden lisäämismahdollisuuksia.

### 3.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien (Enonkoski, Kerimäki, Parikkala, Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna, Savonranta ja Sulkava) välille perustettujen peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmien kokoonpano muodostui johtavista luottamushenkilöistä ja viranhaltijoista (n=37). Sairaanhoitopiiristä työryhmiin kuuluivat johtajaylilääkäri, suunnittelija ja projektipäällikkö. Tutkimukseen osallistumista tarjottiin jokaiselle kahdeksalle työryhmälle, joista kuusi (Enonkoski, Kerimäki, Parikkala, Punkaharju, Rantasalmi ja Savonranta) päätti osallistua. Koska tarkoituksena oli saada tietoa työryhmien toiminnasta ja kehittämiskohteista kunnan näkökulmasta, tutkimukseen eivät osallistuneet sairaanhoitopiirin edustajat. Jokaiselle työryhmälle annettiin mahdollisuus kutsua myös muita työryhmän tehtävien ja työskentelyn kannalta tärkeitä viranhaltijoita, kuten kunnan johtoryhmän jäseniä. (Ks. Eskola & Suoranta 1999,18.) Tutkimukseen osallistui yhteensä 26 luottamushenkilöä ja viranhaltijaa. Opinnäytetyön tekemiselle haettiin ja saatiin lupa Itä-Savon sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Heikki Pylkkäseltä. Tutkimuslupa on liitteessä 1.

Tutkimukseen osallistujat muodostuivat kunnan luottamushenkilöistä ja viranhaltijoista. Tutkimukseen osallistuneista oli miehiä 13 ja naisia 12. Haastateltavista 12 oli 55 – 64 -vuotiaita, 12 35 – 54 -vuotiaita ja loput yli 65-vuotiaita. Haastateltavista 14 oli viranhaltijoita ja heistä 9 oli miehiä. Luottamushenkilöitä oli 11, joista naisia 8. Yksi tutkittavista oli toiminut sekä viranhaltijana että luottamustehtävissä. Viranhaltijoista suurimmalla osalla oli pitkä työkokemus (yli 8 vuotta) saman alan töistä. Myös suurimmalla osalla luottamushenkilöistä oli pitkä kokemus (yli 8 vuotta) luottamustehtävistä. Luottamushenkilönä pitkään

toimineet olivat toimineet monissa eri tehtävissä. Taustatietolomake ja suostumus tutkimukseen osallistumiseen ovat liitteessä 2.

Aineistonkeruu menetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, koska sen avulla saatiin vastauksia monitahoisesti, mahdollistettiin työryhmän jäsenten välinen dialogi ja poikkihallinnollinen keskustelu. Ryhmähaastattelu tarjosi myös mahdollisuuden yhteisen ymmärryksen luomiseen tutkimusaiheesta. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 201-202, 207; Vilkkä 2007, 103; Kylmä & Juvakka 2007, 84 - 85.)

Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastattelurungon avulla, jolla varmistettiin se, että keskeiset tutkimustehtäviin liittyvät asiat tulivat läpikäytyä. Teemojen avulla oli helppo myös palauttaa keskustelu, sen rönnyllessä joskus hyvinkin kauas teemoista, takaisin käsiteltäviin aiheisiin. Ryhmän jäsenet auttoivat toisiaan muistamaan asioita, jotka eivät välttämättä olisi tulleet esille yksittäisissä haastatteluissa. Ryhmän jäsenet tekivät myös joitakin tarkennuksia tai korjauksia toisten esille tuomiin asioihin. Ryhmähaastattelulla saatiin myös melko nopeasti tietoa useilta henkilöiltä samanaikaisesti. (Ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä antoi myös tutkijalle mahdollisuuden tehdä tarkentavia kysymyksiä.

Ryhmähaastattelut toteutettiin kunkin työryhmän kanssa erikseen. Kussakin ryhmässä oli 4 – 6 jäsentä. Haastattelut tapahtuivat (19.1. - 13.2.2009 välillä) kunnissa ja haastateltavat ottivat kantaa oman kunnan näkökulmasta käsin. Haastatteluajat sovittiin peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmien joulukuun 2008 kokouksissa. Kolmea haastatteluaikaa (Kerimäki, Parikkala ja Rantasalmi) muutettiin myöhemmin sähköpostin välityksellä. Työryhmissä sovittiin, että haastattelu on osa työryhmän työskentelyn arviointia ja se toteutetaan opinnäytetyönä. Haastateltaville kerrottiin, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja haastattelu nauhoitetaan sekä videoidaan litteroinnin varmistamiseksi. Lisäksi tutkittaville lähetettiin ennen ryhmähaastattelua postitse tai sähköpostitse tutkimusinformaatio ja tutkimusteemat, jotka ovat esitetty liitteessä 3.

### 3.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Ryhmähaastattelut purettiin kirjalliseen muotoon ulkopuolisen ja kokeneen litteroijan toimesta. Hänen kanssaan sovittiin aineiston tallentamisesta, säilyttämisestä, luottamuksellisuudesta ja teknisistä ohjeista, miten puhtaaksikirjoittamisessa merkittiin esimerkiksi haastateltavat tai epäselvät kohdat. Koska aineistosta ei ollut tarkoitusta tehdä keskusteluanalyysia, niin puhtaaksikirjoittamisessa ei ryhdytty tarkimpaan ja yksityiskohtaisimpaan litterointiin. Litteroija toimitti sopimuksen mukaisesti kirjallisen aineiston tutkijalle sitä mukaa kun se valmistui. Tutkijana kävin läpi litteroidun aineiston kuunnellen samalla ryhmähaastattelut. Näin varmistettiin, että haastattelut oli litteroitu sen mukaisesti kuin aineiston analyysi oli suunniteltu suoritettavan. Ääniaineiston litteroija palautti tutkijalle viimeisen ryhmähaastattelun purkamisen jälkeen. Ulkopuoliselle litteroijalle ei jäänyt ääniaineistoa eikä kirjallisia tuotoksia. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 111; Aaltola & Valli 2007, 41 – 43; Hirsjärvi & Hurme 2008, 139 - 140.)

Puhtaaksikirjoitettu aineisto (yhteensä 100 sivua) säilytettiin erillisessä tiedostossa varmistaen, ettei litteroidusta aineistosta voida tunnistaa tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä. Myös taustatiedot säilytettiin omassa erillisessä tiedostossa. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 111.) Videonauhoitukset ja äänitallenteet hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston määrällä ei ole tutkimuksen onnistumisen kannalta suurta merkitystä, koska tutkimuksessa ei pyritä määrällisiin tai tilastollisiin yleistyksiin kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettinen mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston määrä on hyvin pitkälle tutkimuskohtainen. Vastauksia tarvitaan juuri sen verran kuin on aiheen kannalta välttämätöntä. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan ”aineiston harkinnanvaraisesta, teoreettisesta tai tarkoituksenmukaisesta poiminnasta tai harkinnanvaraisesta näytteestä”. (Eskola ja Suoranta 1998, 60 – 64.)

Tässä tutkimuksessa ei ole pyritty määrittämään aineiston saturaatiota ennalta, koska tutkimuksen tarkoituksena on toisaalta kuvata kuntakohtaisten terveyden edistämistä kehittävien koordinaatiotyöryhmien toiminnan käynnistymistä, sen vastaamista asetettuihin odotuksiin ja työryhmän toiminnan kehittämiskohteita ja toisaalta kuvata ryhmäkohtaisia kehittämispisteitä. Raportissa kuvataan haastateltujen koordinaatiotyöryhmien toimintaa ja niiden kehittämiskohteita. Tuloksia peilataan kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi aikaisemmin tehtyihin valtakunnallisiin tutkimuksiin ja kehitettyihin toimintamalleihin. Työryhmäkohtaisia kuvauksia hyödynnetään jokaisessa ryhmässä erikseen suhteuttaen niitä haastateltujen työryhmien yhteiseen kuvaukseen.

Yksittäisten koordinaatiotyöryhmien haastatteluaineistot muodostavat kokonaisuuden eli tapauksen. Yleistettävyyttä tukee se, että tutkittavilla oli samanlainen, yhtä pitkä kokemus työryhmien toiminnasta, heillä oli tietoa tutkimusongelmasta aikaisemmin toteutetun, tutkimusteemaan liittyvän projektin kautta ja suurin osa oli kiinnostunut tutkimukseen osallistumisesta ja sen tuloksista työryhmien toiminnan kehittämiseksi. Yleistystä ei ole mahdollista tehdä suoraan aineistosta, vaan siitä tehdyistä tulkinnoista.

Aineiston keräämisen ja tekstiksi kirjoittamisen jälkeen, se analysoitiin tutkimustulosten näkyviin saamiseksi. Analyysimenetelmän tavoitteena oli tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. Aineistoa analysoitaessa käytettiin sisällönanalyysia, jossa sisältöä ohjaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. Keskeistä oli tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisivat jotakin tutkittavasta ilmiöstä. Analyysissä ei analysoitu kaikkea tietoa, vaan siinä haettiin vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin induktiivisen päättelyn avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 112 - 113.)

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on prosessi, jossa aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Seuraavaksi aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Keskeistä on se, että aineiston annetaan ker-

toa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113; Saarinen-Kauppinen & Puusniikka 2006.)

**TAULUKKO 2.** Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet (mukaillen Kylmä & Juvakka 2007)

<p><b>Esimerkki 1:</b></p> <p>merkityksellisen ilmaisen tiivistäminen</p> <p>Mitä odotit työryhmän toiminnalta sen perustamisvaiheessa? Miten odotukset ovat täyttyneet?</p>	<p>Kyllä siinä mielessä että jotenkin tuntuu, että vaikka tätä työtä nyt on tehty hetken aikaa, niin kuitenkin tää työ on jollain tavalla vielä siinä mielessä alussa, että tämä on jollain tavalla muovautumassa ja siihen ikään kuin ihmisiä ollaan ajamassa sisään ja ehkä kaikkeen siihen, että ajatellaan nyt vaikka että tämmöinen kuntasopimuksen vuotuinen tarkastelu ja muu että ne tulis tämmöiseksi luonnolliseksi osaksi toimintaa, siihen ei ehkä ikään kuin olla vielä päästy että niitä vasta tehdään ja harjoitellaan ehkä näitä toimintatapoja, että jossain määrin jotain siitä ehkä on saavutettu, mutta kyllä mä näkisin, että se suurin asia tai suurimmat hyödyt on vasta tulossa ja kunnes saadaan tämä toimimaan semmosena luontevana osana ja saadaan totutettua mukana olevat ihmiset tähän. (R3/H12)</p>	<p><b>Tiivistetty ilmaus:</b></p> <p>työ on vielä alussa ja muovautumassa, jotain on ehkä saavutettu, mutta suurimmat hyödyt ovat vasta tulossa (R3/H12)</p>
<p><b>Esimerkki 2:</b></p> <p>samaan aihealueeseen kuuluvien tiivistettyjen ilmaisujen yhdistäminen ja alaluokan nimeäminen</p>	<p>koordinaatiotyöryhmät eivät ole nousseet siihen arvoon, mikä niillä pitäisi olla myös Sosterin hallituksessa (R5/H22)</p> <p>työryhmä voisi olla jonkinlainen työrukkanen tai apuväline, jonka avulla terveyden edistämistä saadaan kunnassa eteenpäin myös käytännön tasolla (R3/H12)</p>	<p><b>Alaluokka:</b></p> <p>Työryhmän asema ja rooli</p>
<p><b>Esimerkki 3:</b></p> <p>alaluokkien yhdistämisen yläluokaksi</p>	<p><b>Alaluokat:</b></p> <p>työryhmän kokoonpano ja poikkihallinnollisuus, konkreettiset toimenpiteet ja ohjaus, kuntasopimus, talous- ja toimintaseuranta, kokousten ja asialistojen valmistelu, työryhmän asema</p>	<p><b>Yläluokka:</b></p> <p>Työryhmän työskentely ja sen kehittäminen</p>

Taulukossa 2. on kuvattu aineistolähtöisen analyysin päävaiheita Kylmän ja Juvakan mukaan (2007, 116 – 117, 120). Aineiston kokonaiskuvan hahmottamiseksi haastattelutekstiä luettiin useita kertoja. Aineistosta alkoi syntyä ajatuksia ja mielenkiintoisia kysymyksiä, joita kirjattiin tekstiin lyhyinä huomioina ja tiivistelminä. Samaan aikaan kuitenkin pidettiin mielessä tutkimustehtävät, joihin ilmaistut asiat kiinnittyivät. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 115 – 116; Hirsjärvi & Hurme 2008, 143.)

Analyysin toisessa vaiheessa merkitykselliset ilmaisut tiivistettiin niin, että niiden olennainen sisältö säilyi. Pelkistetyt ilmaukset koottiin erilliseen asiakirjaan ja niihin liitettiin tunniste, mistä haastattelusta ilmaisu on peräisin. Samaan aihealueeseen kuuluvat ilmaukset yhdistettiin jo tässä vaiheessa samaan alaluokkaan. Luokille annettiin ilmaisuja kuvaavat nimet, jonka jälkeen niistä muodostettiin yläluokkia. (Kylmä & Juvakka 2007, 117 – 120.)

Seuraavassa esitetään tutkimuksen keskeiset tulokset, jotka vastaavat tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin.

## **4 TUTKIMUSTULOKSET**

Tutkimustehtävänä oli kuvata millaisia vaikutuksia terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän toiminnalla on ollut kunnan poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun, miten työryhmän toiminta on tukenut kunnallista päätöksentekoa hyvinvointiasioissa ja miten kuntalaisten osallisuus hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa on yleensä toteutunut ja miten sitä voidaan lisätä.

Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmät olivat toimineet tutkimushetkellä noin puolitoista vuotta. Työryhmien tehtävänä on ollut valmistella kunnan hyvinvointisuunnitelma, edistää poikkihallinnollista yhteistyötä, seurata kunta-kohtaisia suorite- ja taloustoteumia sekä tarkastella kuntasopimusta vuosittain.

Työryhmien toiminnan vaikutukset kunnan poikkihallinnolliseen yhteistyöhön, päätöksentekoon ja kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin eivät tutkimusajankohtana olleet kovinkaan selkeästi nähtävissä. Syynä tähän todettiin olevan työryhmien lyhyt toimintakausi.

Työryhmien toiminnan arvioinnin sijaan tulokset painottuvat enemmän työryhmien toiminnan kehittämiskohteisiin, joihin lähitulevaisuudessa tulisi paneutua. Tuloksissa nivoutuvat tiiviisti yhteen poikkihallinnollinen hyvinvointisuunnittelu ja kunnallinen päätöksentekoprosessi. Tulokset kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista on selkeämmin oma kokonaisuutensa.

Tulososio rakentuu seuraavasti. Luvussa 4.1 esitellään tulokset terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien toiminnalle asetetuista odotuksista ja niiden täyttymisestä, työryhmien toiminnasta ja sen kehittämisestä sekä poikkihallinnollisesta yhteistyöstä ja sen edellytyksistä. Luvussa 4.2 tarkastellaan kunnallista päätöksenteko- ja toimintakulttuuria, suunnittelu- ja arviointiprosessia ja keinoja terveyden edistämisen tarkasteluun osana kunnallista toimintaa. Tulokset kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista esitellään luvussa 4.3. Tutkimustuloksia havainnollistetaan tutkimusaineistosta tehdyillä suorilla lainauksilla. Luvussa 5 vedetään tutkimustulokset yhteen, tarkastellaan niitä terveyden edistämisestä, sen rakenteista ja johtamisesta yleisemmin esitettyyn viitekehykseen sekä tuodaan esille tutkijan pohdintoja ja näkemyksiä.

## **4.1 Työryhmien toiminta ja poikkihallinnollinen yhteistyö**

### **4.1.1 Työryhmien toiminnan kehittäminen**

**Peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmien toiminta koettiin olevan uudenlaista** ja hakevan vielä uomiaan, linjoja ja tavoitteita. Odotukset oli asetettu korkealle niin hyvinvoinnin käsityksen ja ennaltaehkäisyn merkityksen tiedostamisessa kuin kunnan ja Sosterin ohjaustoimintaan vaikuttamisessa. Alkuun oli ollut epäselvyyttä terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän ja

sairaanhoidopiirin omistajaohjauksen välisestä suhteesta. Tämä oli melko pian kuitenkin saatu selkiytettyä.

*Ja odotukset tietysti olivat korkeat. Kun tältä paikalta ajattelee (talousjohtajana). Tietysti yksi päivänpolttava kysymys on ollut, ja on aina edelleen, että kun tämä hyvinvoinnin käsitys laajenee ja ennaltaehkäisyn merkitys tiedostetaan. Jos sillä voitaisiin vaikuttaa näihin kustannuksiinkin. Tämä oli minulle se ensimmäisenä mieleen tullut ajatus, johon tällä pitäisi pyrkiä. Toki tiedän pitkällä kokemuksella tämän vaikeuden, mikä tässä on, yhdistää näitä monia asioita sitten näihin, erityisesti terveydenhuollon kustannuksiin. (R2/H9)*

**Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän tehtävän ja merkityksen määrittely koettiin jääneen liikaa kuntien pohdittavaksi.** Myös sairaanhoidopiirin yhtymähallituksessa työryhmät eivät ole nousseet siihen arvoon, mikä niillä pitäisi olla hyvinvointiajattelun ja toiminnan kokoamisessa.

*Ite oon keskussairaalan tai Sosterin hallituksessa niin siellä sisällä toivois että monet asiat siellä vyöryy eteenpäin, mut tää on jotenkin niin kuin siellä ei tästä kovin paljon keskustella, kuntien edustajat kyllä sanovat, että se on tärkeää juttu, mutta jotenkin jotkut vyöryvät yli sen... ehkä tämä sen takia ei oo niin kuin noussut siihen arvoon mikä pitäisi olla näillä koordinaatiotyöryhmillä (R5H22)*

Sairaanhoidopiirin palveluihin, nimenomaan lähipalveluihin vaikuttaminen koettiin vielä olevan vähäistä. Samoin kunnan ja Sosterin yhteistoimintaan. Sairaanhoidopiirin hallituksen kautta palveluihin vaikuttaminen nähtiin olevan vaikeaa ja vievän liian paljon aikaa. Lisäksi yhtymähallituksessa oleva kunnan edustaja voi ryhtyä miettimään asioita enemmän kuntayhtymän kuin kunnan näkökulmasta.

*Kunnan viesti ei aina mene perille. Ryhtyykö päättäjä sitten miettimään enemmän kuntayhtymän kannalta niitä asioita silloin kun on siinä toimielimessä. Kotikunta ei aina olekaan ensimmäisenä mielessä. (R1/H2)*

Jatkossa Sosterilta toivottiin selkeämpää linjausta terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien merkityksestä kunnan päätöksenteossa ja toiminnassa, lähipalveluihin vaikuttamisessa sekä hyvinvointiajattelun ja toiminnan kokoamisessa.



*...siitä pitäis olla Sosterin tasolla linjaus, että mikä sen koordinaatiotyöryhmän merkitys pitää olla oikeasti, ettei jäis liikaa kunnalle pohdittavaksi, että mikä se pitäis olla ennen kuin sitten päästään oikeesti töihin siinä. (R5/H24)*

Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien **tehtävät koettiin sellaisiksi, joilla on merkitystä sekä kuntalaisten hyvinvointiin että kuntatalouteen** vaikka toiminnan vaikutuksia ei vielä juurikaan ollut näkyvissä. Työryhmälle asetetut tehtävät koettiin osittain saavutetuksi. Tästä konkreettisena asiana mainittiin hyvinvointikertomusten päivittäminen. Työryhmä voi toimia apuvälineenä, jonka avulla jatkossa toivotaan terveyden edistämistä saatavan kunnassa eteenpäin myös käytännön tasolla.

Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien **koko koettiin sopivaksi**. Todettiin, ettei työryhmän jäsenmäärää tule pysyvästi kasvattaa, koska työskentely menee hajanaiseksi, isoja ryhmiä on vaikea saada kokoon ja niiden toiminta tulee kalliiksi. Työryhmät toimivat parhaiten pienillä ja joustavilla kokoonpanoilla. Työryhmiä voidaan tarvittaessa kuitenkin laajentaa kooten eri toimialoja yhteen ja käyden yhdessä läpi kokonaisuuksia, tehtyä työtä ja väestöryhmäkohtaisia ohjelmia. Näin voitaisiin tukea eri hallintokuntia heidän omassa terveyden edistämisen suunnittelussa ja työssä sekä edistää poikkihallinnollista yhteistyötä.

*Ei hirveästi laajenneta sitä ryhmää, mutta että käydään niitä asioita läpi, ja on käytykin tietysti johtoryhmässä sitten laajemmin. Ja on ollut joitakin tällaisia tilaisuuksia, joissa on ollut johtoryhmä kokonaisuutenaan, kutsuttu siihen palaveriin mukaan. Totta kai tällaisia laajennettuja koordinaatioryhmän kokouksia voidaan pitää jatkossakin. Tämän yhteyden on säilyttävä, mutta sillä lailla, että se työryhmätyöskentely olisi sillä lailla tehokasta, en katso, että hirveästi laajennetaan sitä työryhmää sinänsä. Mutta tietysti voidaan katsoa että keitä siinä on syytä olla välttämättä, ja keitä se ensisijaisesti koskee ja millä lailla ne mahdolliset sektorit, jotka eivät suoraan ole siinä edustettuna, tulee heidän sanansa kuuluviin ja taas toisaalta tieto välittyy heille päin. (R1/H1)*

**Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän kokousten ja asialistojen valmisteluun oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä**. Todettiin, että on paljon sellaisia asioita, jotka ovat koko sairaanhoitopiirin jäsenkunnille yhteisiä ja siten asioiden valmistelu yhden ammattihenkilön toimesta koettiin hyväksi. Val-

misteluvastuuta tulee kuitenkin laajentaa silloin kun asioiden käsittely sitä vaatii. Todettiin, että osa valmistelusta tapahtuu terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän ulkopuolella niin, että asianosaiset henkilöt ovat yhteydessä toisiinsa. Toisaalta asioiden valmisteluun kaivattiin enemmän resursseja, jotta se voitaisiin paremmin hoitaa. Yhtenä vaihtoehtona tuotiin esille, että terveysaseman henkilöstön toimenkuvaan sisällytettäisiin terveyden ja hyvinvoinnin asioiden valmistelu työryhmän ulkopuolella. Sairaanhoidopiirin rooli työryhmän kokousten ja hyvinvointikertomuksen valmistelussa toivottiin jatkuvan.

*... jos ajatellaan koko tätä talousaluetta niin onhan siinä varmaan osa sellaista yhtenäistä ajattelua ja sit se Sosterin toiminta, vähän se katsanto ja näkökulma on paljon helpompi sitten kattoo yhteisesti. (R5/H22)*

*Kyllähän se valmistelu tietysti taas sillä lailla, että kun tulee konkreettisia asioita, niiden hoitamisestahan on aina jotkut tietyt viranhaltijat joko Sosterissa tai kunnassa päävastuussa, ja niiden valmistelusta. Ja silloin, totta kai, se lisää näiden asianomaisten henkilöiden vastuuta ja osallistumista siihen valmisteluun, vaikka he eivät olisi tämän työryhmän jäseniäkään. Sillä lailla sitä valmisteluvastuuta on voitava laajentaa tässä yhteydessä... (R1/H1)*

**Keskeiseksi muutostarpeeksi työryhmän työskentelyssä nähtiin konkreettisiin asioihin pääseminen ja sitä kautta vaikuttaminen kunnan ja sairaanhoidopiirin alueen asukkaiden hyvinvointiin.** Todettiin, että terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän työskentely on kuitenkin ollut oikean suuntaista, kun on lähdetty liikkeelle yleiseltä tasolta ja kerätty tietoa, jonka pohjalta voidaan johtaa konkreettisia toimenpiteitä.

*Ja lisäksi vielä niin, että siinä ei niin suoraan yhteyttä siihen varsinaiseen toimintaan kuitenkaan ole, siellä hallinnon päätöksen teossa... että tämä on varmasti keskeinen muutostarve tämän koordinaatiotyöryhmän osalta, että päästään näihin konkreettisiin, siis Sosterin toiminta-asioihin. Että miten siellä toimitaan... Sosterin alueen asukkaiden ja kuntien kannalta mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti. Ja myös yhteistyö Sosterin ja kunnan välillä, että se toimii mahdollisimman hyvin... Tämä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on koko ajan tietysti pidettävä mielessä. (R1/H1)*

Konkreettisuutta työryhmän työskentelyyn todettiin tuovan suoritteiden ja toiminnan tarkastelu ja kehittäminen. Esimerkkinä mainittiin psykiatrian hoitopäi-

vät ja kunnan mahdollisuudet vaikuttaa niihin. Myös työryhmätyöskentelyn ja luottamushenkilöiden motivaation kannalta olisi tärkeää löytää yhtymäkohtia käytännön toimintaan ja vaikuttavien toimintatapojen toteuttamiseen.

**Sairaanhoitopiiriltä odotetaan laajempien kokonaisuuksien määrittelyä ja kaikille yhteistä selkeää tapaa, jolla terveyden ja hyvinvoinnin asioita käsiteltäisiin jokaisessa kunnassa.** Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmä voisi tämän lisäksi päättää, mitä halutaan tarkastella syvällisemmin kunnan tarpeista käsin. Teemojen ja aikataulujen ennakkoon sopiminen helpottaisi työryhmän työskentelyyn osallistuvien valmistautumista oman hallintokunnan näkökulmasta käsin.

Kuntasopimuksen tarkastelu työryhmän tehtävänä voisi rajoittua hyvinvointiasioiden valmisteluun ja seurantaan. Muutoin sopimuksen valmistelu, sen juridinen sisältö ja toteutumisen seuranta kuuluisivat jatkossakin kunnanjohtajalle ja kunnanhallitukselle.

Terveyden edistämisen työryhmän olisi hyvä kokoontua neljä kertaa vuodessa ja sopia koko vuoden kokouspäivät ennakkoon ottaen huomioon kunnassa tapahtuva suunnittelu. Tällöin mahdollistuisi terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän näkemysten ja esitysten huomioon ottaminen ja eteenpäin vieminen osana kuntasuunnittelua. Jos kokoontumisia on vähemmän, vaarana on työryhmän toiminnan keskittyminen vain sairaanhoitopiirin talous- ja toimintalukujen seurantaan eikä laajemmin hyvinvointiasioiden työstämiseen.

*... teille (viranhaltijoille) olis määrätynlainen sabluuna ajateltuna koko tän Savonlinnan seudun alueella, jotka on tässä mukana, ja siellä olis perustellusti määrättyt asiat, jotka ois semmoiset jotka joka kunnassa pitäis hoitaa tavallaan ajan tasalle ja minun mielestä sieltä varmaan sieltä hyvinvointikertomuksesta niitä asioita nousee, että sekin pitäis, se viesti tavallaan lukea sieltä Mutta nythän on niin uusia ihmisiä, jotka jo varmaan ei oo ehkä ikinä käsitellyt näitä, että kyllä se teiltä sen alan ammattilaisilta olis hyvä tulla sitä viestiä että nämä on ne asiat. (R5H22)*

Todettiin, että jos selkeää rakennetta terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien ja hallintokuntien hyvinvointiasioiden työskentelylle ei ole, asiat voivat jauhaa paikallaan ja aikaa menee ydinasioiden etsimiseen.

#### 4.1.2 Poikkihallinnollinen yhteistyö

**Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien tehtäviä ei voida sisällyttää kunnan johtoryhmälle,** koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat ovat paljon laaja-alaisempia. Jos kunnan johtoryhmä toimisi myös terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmänä, se vaatisi yksittäisen henkilön, joka vastaisi siitä. Välttämättä johtoryhmän yksittäiseltä jäseneltä ei löydy tarvittavaa motivaatiota ja aikaa hoitaa edellä mainittuja tehtäviä. Tähän asti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioiden kokoaminen on usein vastuutettu perusturvajohtajalle. Todettiin, että kunnan johtoryhmä on perusrunko, johon jäsenet tuovat tietoa omista hallintokunnista ja se kootaan yhdessä kokonaisuudeksi. Yhteys terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän ja kunnan johtoryhmän välillä on kuitenkin oltava tiivis.

**Kunnan johtoryhmän sitoutumisella terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen on suuri merkitys.** Johtoryhmän jäsenten tulee olla sisäistänyt terveyden edistämisen ajattelutapa omassa toiminnassaan, jotta he voivat ottaa sen huomioon operatiivisessa johtamisessa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa. Sitoutuminen ja ajattelutavan sisäistäminen heijastuvat myös kuntastrategiaan. Äskettäin päivitetty hyvinvointikertomus on johtoryhmälle hyvä väline käydä keskustelua ja suunnitella, miten esiin nousseisiin haasteisiin voidaan yhdessä vastata ja miten ennaltaehkäisevää toimintaa voidaan toteuttaa niukkojen resurssien puitteissa ja kunkin hallintokunnan perustehtävästä käsin.

*...ehkä se tulee sitten sitä kautta johtoryhmään, että johtoryhmän pitää olla tietysti sisäistänyt tämän ajattelutavan parhaimmillaan siinä omassa toiminnassaan, jota he vois sitä sitten siinä operatiivisessa johtamisessa huomioida ja niissä päätöksissä... tää on kuitenkin ehkä jollain lailla laaja-alaisempaa ja ulottuu myös vähän erilaisille tasoille kuin pelkkä johtoryhmätyöskentely on.  
(R3/H16)*

**Perinteisessä kuntaorganisaatiossa yhtenä haasteena on sektorirajojen ylittäminen,** koska ne ovat joskus yllättävänkin isoja raja-aitoja. Tällöin mielellään jaetaan mikä kuuluu meille ja mikä teille. Toisaalta pienessä kunnassa hallintokuntien välinen yhteistyö ei ole uutta. Sitä on aina tehty ja sen on ollut varsin mutkatonta. Oman hallintokunnan yli on ollut pakkokin keskustella, kos-

ka oman sektorin resurssit ovat olleet vähäiset. Periaatteellisella tasolla valmiudet poikkihallinnolliseen yhteistyöhön ovat olemassa. Esille nousivat kuitenkin resurssi-, työnjako- ja vastuukysymykset, erityisesti jos on käytettävä ylimääräisesti merkittäviä rahasummia.

*...voisin kuvitella, että jos toimitaan hirveen perinteisessä kuntaorganisaatiossa, niin jo tällainen yks haaste on, että miten tällaiset sektorirajat ylipäätään pystytään ylittämään, koska ne on joskus niinku yllättävänki isoja ja hirveen mielellään jotenkin jaetaan se, että tämä ei kuulu meille, se kuuluu teille, ja se on niin tää on semmoinen yks mikä tässä pitäis jotenkin huomioida. (R3/H16)*

*...yhteistyötä on tehty ja tehdään jatkuvasti, yli näiden hallintokuntarajojen. Nämä talousresurssit tulevat siinä vaiheessa esiin, jos on käytettävä ylimääräisesti merkittäviä rahasummia. (R1/H1)*

**Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän rooli nähtiin poikkihallinnollisen yhteistyön edistämisessä keskeiseksi.** Työryhmän tulisi suunnitellusti käynnistää, koordinoita ja viedä eteenpäin poikkihallinnollista yhteistyötä eri teemojen kautta. Teemat nousisivat hyvin pitkälle hyvinvointikertomuksesta. Poikkihallinnollisen yhteistyön vahvistamiseksi ja oman toiminnan vaikutusten tunnistamiseksi kokonaisuuteen hallintokunnat tulisi työskentelyn eri vaiheissa koota yhteiseen keskusteluun. Tällä tavalla prosessi voisi lähteä paremmin liikkeelle ja varmistettaisiin liikkeelle lähteminen samassa linjauksessa hallintokunnasta riippumatta. Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän antamien teemojen mukainen työskentely voisi ainakin ensimmäisenä vuotena tapahtua sairaanhoitopiirin vetämänä.

*Sillä laillahan sitä voisi edetä, että kun Sosterista tulis ne laajemmat kokonaisuudet esille ja sitten kunnan sisällä ne sitten jaetaan hallintokunnittain ja sillä käskyllä että määrättyyn päivämäärään mennessä on jotain tehtävä ja pohdittava sitä ja mitä se tarkoittaisi hallintokuntaohtaisesti ja sitten ne tulis koordinaatiotyöryhmän käsittelyyn ja silleehän sitä voisi dialogisesti ns. edetä. (R5/H24)*

*Niin se vois olla että lähtis paremmin liikkeelle ja lähtis tavallaan oikeassa linjauksessa mitä sillä haetaan, muuten saattaa pikkusen eri hallintokunnissa eriytyä vähän erilailla. Että sen puoleen se vois olla vaikka jos kerkeis niin ensimmäisen tällöisen vuoden aikana eli tämän nelivuotiskauden aikana niin jos kerkeis ker-*

*ran käydä ne asiat läpi niin silloinhan se lähtis ihan eri lailla eikä sitten kuormittais kuitenkaan Sosterin väkeä liikaa. (R5/H24)*

Poikkihallinnollisen yhteistyön käynnistämisen todettiin olevan virkamiesten vastuulla. Luottamushenkilöiden tukea kuitenkin tarvitaan asioiden eteenpäin viemiseksi, koska siellä viime kädessä päätetään resursseista. Tiedon kulkeminen asioiden valmistelun ja päättäjien välillä nähtiin erittäin tärkeäksi.

*Kyllä pitäisi saada laajemmasti saman pöydän ääreen. Tässä on nyt näitä tietoja kerätty... Kun ne on jaettu, jokainen katsoo äkkiä ne omat...Mutta sitten kun toisenkin tilastoja katsotaan, että mitä se vaikuttaa. Ahaa, siellä on tapahtunut tällaista, meillä on samanaikaisesti tapahtunut näin... Tässäkin pitäisi saada samoin, että lautakunnatkin tulisivat enemmän mukaan, luottamushenkilöt valmisteluvaiheessa, ennen kuin tämä viedään loppuun. (R2/H7)*

**Haasteeksi koettiin työntekijöiden sitoutuminen terveyden edistämiseen oman perustehtävän ohella.** Todettiin, että niiden hallintokuntien, joille terveyden edistämisen asiat kulloinkin kuuluvat, pitäisi ottaa ne nopeasti käsitteelyyn ja löytää ne henkilöt, jotka ovat halukkaita sitoutumaan terveyden edistämiseen. Sitoutumisen todettiin olevan helpompaa, kun asiat ovat mahdollisimman käytännön läheisiä ja konkreettisia.

*...mitä ihmiset tekevät muun ohessa on, että kuinka saada ihmiset sitoutumaan ja nimenomaan antamaan voimavarojaan sellaiseen työhön, joka ei tietyllä tavalla ole ihan heidän ydinaluettansa ja tää on varmaan tietynlainen haaste. Pitäis varmaan miettiä, mitä ne käytännön asiat on, mitkä tai missä milläkin toimialoilla nää terveyden edistämisen asiat nimenomaan tulee esille ja myös etsiä sieltä semmoiset, jotka on halukkaita tähän sitoutumaan että se toimii.(R3/H12)*

Poikkihallinnollisuutta niin päätöksenteossa kuin käytännön toiminnassa nähtiin olevan myös sen, että huomioidaan ja hahmotetaan kokonaisuus, johon kulloinkin kyseessä oleva asia liittyy.

*jos puhutaan vaikka koululaisista, niin se poikkihallinnollisuus on sitä tässä kohtaa, että joka sille koululaiselle niitä palveluja tuottaa, niin se huomioi tätä kun se perinteisesti on vain ehkä hoitanut sen opetustehtävän ja nähnyt että se on ainoastaan se tehtävä, mitä sille koululle vaikka kuuluu tai sille opettajalle kuuluu, niin se näkee sen nyt laajempana kokonaisuutena ja huomioi myös muitakin tekijöitä. Ja sillä mä pikkuisen meen sit sinne päätöksenteon*

*puolelle että sitten tavallaan niin myös niiden jotka jakaa resursseja ja mieltii, sen pitäis pystyä mieltimään jos näin kerran halutaan ajatella, mikä onkin siis ajattelutapana hyvä, että se mieltii sitä kokonaisuutta hiukan laajemmin kuin sitä ainoastaan mikä on ollut perinteisesti se heidän sektorinsa. Että just se kysymys vaikka koulun puolelta, että onko sen koulun tehtävä vain opettaa ja muut viranomaiset hoitavat sen kaiken muun mitä se kenties oppilas tarvii jos siellä tarvitaan jotain muuta tukea, perhe tarvii jotain muuta tukea jne. niin se kuuluu muille eikä sinne koululle. (R3/H16)*

Keskeisenä alueena poikkihallinnollisuuden edistämisessä nähtiin myös kunnan ja Sosterin välisen yhteistyön edistäminen siinä, miten palveluja ja toimintoja konkreettisesti hoidetaan ja järjestetään.

## **4.2 Terveys ja hyvinvointi osana päätöksentekoa**

Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien tehtävät ja toiminta haluttiin alusta asti kiinnittää osaksi kunnan luonnollista toimintaa. Nähtiin, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat tulee saada osaksi kuntastrategiaa, talous- ja toimintasuunnittelua, seurantaa ja arviointia. Seuraavassa tuodaan esille asioita ja keinoja, jotka tutkimukseen osallistuneiden mielestä ovat tärkeitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen saamiseksi osaksi kunnan perustehtävää, toimintaa, arviointia ja johtamista.

### **4.2.1 Päätöksentekokulttuuri**

**Lähtökohtana pidettiin päättäjien asenteita ja kiinnostusta hyvinvoinnista laajana käsitteenä.** Jos kuntalaisten hyvinvointia ei pidetä tärkeänä, eikä sillä koeta olevan merkitystä, niin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat koetaan aikaa vieviksi, kulueräksi, joka on irrallaan todellisesta elämästä. Päättäjiltä pitäisi tulla tarve ja vaatimus hyvinvointitietojen kokoamiseen ja selvitysten tekemiseen. Toisaalta tietoa suunnittelun ja toiminnan pohjaksi on paljon. Näitä eri suunnitelmia tulisi katsoa rinnakkain kokonaisvaltaisen kuvan

saamiseksi kuntalaisten hyvinvoinnista, palvelujen tarpeesta, palvelujärjestelmistä ja kunnan sekä kuntalaisten resursseista. Usein kuitenkin **aikaa on liian vähän** ja vaatimus asian esittämisestä lyhyesti, tiivistetysti ja nopeasti aiheuttavat viranhaltijoille ja selvitysten tekijöille epävarmuuden tunteen siitä, syntykö päättäjille ymmärrys asian kokonaisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Laajojen selvitysten tekemiseen väsyttään, jos niitä ei käsitellä, eikä niillä koeta olevan merkitystä.

*... joskus viranhaltijat...vähän niin kuin koetaan turhana, on laadittu selvitys, ja meillä olisi paljon kerrottavaa ja esitettävää, niin sitten on se kiire siinä päätöksenteossa ja esittelyssä. Vähän joudutaan ymmärtämään, että "sanos lyhyesti ja nopeasti". Että meillä on se pelko, että meneekö se sitten perille. Jos sieltä raapaisee asiat. Että on todella valmisteltu, ja sitä pitäisi saada sillä lailla, että se varmasti myös ymmärretään ja saadaan esitettyä, se on yksi sellainen asia. Että päättäjillä olisi aito kiinnostus ja myös varata siihen aikaa.(R2/H10)*

Perustiedon pitäisi olla päättäjien käytettävissä silloin kun seuraava suunnitteluprosessi käynnistyy, koska prosessin aikana jaetaan resurssit. Hyvänkin aineiston saattaminen päättäjien tietoisuuteen on haaste, koska heille jaetaan paljon erilaisia asiakirjoja ennen päätöksentekoa.

*...sitten vielä kun ajattelee että vaikka onnistuis tuottamaankin hyvää aineistoa niin sen sitten päättäjille, siihen tämmönen mekanismi, saadaan päättäjille tietoisuuteen ja mielellään vielä sinne mieleen vaikuttamaan sitten.. Se on kyllä päättäjälle turha, on turha semmoista 20-sivuista tehdä, koska päättäjät saa nykyään hirveän määrän paperia ... että se pitää osata tuoda esille... en minä usko, että päättäjät, jolla on se oma työ vielä siinä erikseen, se yrittää sen lisäksi vielä niin, pakosta joutuu jotenkin rationalisoidaan sitä, että saa sen aineiston käytyä ja yrittää siitä sen oleellisemman saada itelle poimittua (R4/H19)*

Kuntastrategian ja hallintokuntien **tavoitteiden tulisi olla realistisia, tavoitettavissa olevia ja kaikkien tulisi hyväksyä ne**. Jos tavoitteen ja sen asettamista ei ole mielletty, sitä ei ole sisäistetty, eikä sitä ei ole hyväksytty, sen seurannan koettiin jäävän ainakin lautakunnassa vähemmälle huomiolle. Tosiasiatiedon pohjalta kirjattu lähtökohtatilanne, sitä osoittavat tekijät, yhteisen tavoitteen asettaminen, työntulosten arvioiminen, seurannasta ja arvioinnista sopiminen tekevät näkyväksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.



*...mielletään se tavoite ja se on järjellinen, realistinen, tavoitettavissa oleva ja että kaikki sen hyväksyy...jos siihen päätettäessä kiinnitetäänkin niin sitten ehkä matkan varrella ei kuitenkaan, että tilinpäätöksessä sitten kyllä. Vaan tuota niin tarkoittaa sitä että niitä ei ole mielletty, se ei oo oikee tapa että joku vaan ylhäältä käsin tai sivusta käsin, esittelijä laatii tavoitteita, vaan ne täytyy kaikkien hyväksyä ja mieltää, sitä sillai pitäis päätöksentekokin kohdata... (R5/H24)*

Todettiin, että tavoitteeseen pääsemistä tukee tieto siitä, missä tämän asian kanssa mennään, millaisia odotettavissa olevia vaikutuksia tavoitteeseen pääsemisellä on ja kuinka tärkeää on saavuttaa asetettu tavoite. Motivaatioon pyrkiä saavuttamaan tavoite nähtiin vaikuttavan myös oman työpanoksen ja toiminnan vaikuttavuuden tärkeys niin lautakuntatyöskentelyssä kuin operatiivisessa työssä.

*...porukka pittää saaha niinku tavallaan motivoitumaan sen asian ympärille pitämään yhtä että tätä me tehhään...kuntalaisten parhaaksi eikä se että ei tämä minulle niin paljon kuulu....Se että tosiaan se jokaisen tekijän vaikuttavuus tulis siinä esille ja silloinhan se niinku motivaatio nousee ja tavallaan se, että henkilökunnankin sais skarpattua siihen, että jokainen on tärkeä omalla paikallaan. (R5/H22)*

**Kunnanjohtajan todettiin olevan avainasemassa** terveyden ja hyvinvoinnin asioiden valmistelussa ja tuomisessa päätöksentekoon. Hänen tai kunnanhallituksen jäsenen kuuluminen peruspalvelujen koordinaatiotyöryhmään koettiin mahdollistavan tiedon jakamisen molemmin puolin ja hyvinvointiasioiden hyvinkin nopean viemisen kunnanhallitukseen.

*...pyrityt siihen, että tämä terveyden edistäminen olisi meillä päätöksentekoa ja sikäli on katsottu että tässä terveyden edistämisen ikään kuin koordinaatioryhmässä olisi luottamushenkilöitä ja kunnanjohtaja jotka voisivat sitten nopeallakin aikavälillä viedä näitä asioita kunnanhallitukseen ja saada tällä tavalla päätöksentekoon tätä (R3/H12)*

Myös johtavien viranhaltijoiden roolin nähtiin olevan keskeisessä asemassa heidän valmistellessa asioita oman hallintokunnan luottamushenkilöiden päätettäväksi. Uuden valtuustokauden alussa viranhaltijoiden roolin koettiin korostuvan entisestään tiedon jakamisessa ja hyödyntämisessä. Näky siitä, miten terveyden edistäminen saadaan luonnolliseksi osaksi kunnan toimintaa, tulee

olla selkeä. Myös vastuu- ja työnjakokysymyksistä sekä raportoinnista tulee olla selkeästi sovittu.

*Tässähän on keskeisillä viranhaltijoilla aika isot vaatimukset. Luottamusmiesorganisaatio koko ajan vaihtuu, ja niille uusille pitäisi saada tämä myös tietoon ja käyttöön, että se olisi työkaluna siinä. (R2/H8)*

**Tiukkoina talousaikoina koetaan vaikeaksi rahan sijoittaminen ennaltaehkäisevään toimintaan.** Sen vaikutuksia ei osata arvioida, jolloin on vaikea nähdä sijoitetun rahan tuottoja ja niiden tuomia säästöjä. Kuitenkin pitäisi pystyä katsomaan yli budjettivuosien ja valtuustokausien ja tekemään ikään kuin investointisuunnitelmia. Päätöksenteon ajattelutapaa pitäisi saada muutettua etupainotteisemmaksi ja päättäjien olisi tiedostettava mitä se maksaa, jos joku ennaltaehkäisevä päätös jätetään tekemättä. Tähän asti päätöksenteon vaikutusten arviointi kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen ovat liittyneet terveydenhuollon tai sosiaalitoimen päätöksiin.

*tää poikkihallinnollinen ajattelu terveydenedistämisasiossa on niinku sillä lailla toivoisin että se tulis sinne päätöksentekoon niin, että se mielletäis että lähes kaikki päätökset mitä kunnassa tehdään niin tietyllä tavalla edistää sitä samaa asiaa ja niitä vaikutuksia pitäis pystyä ehkä paremmin siinä päätöksenteossa jo tuomaan esille että ehkä on tähän asti ne on sen perinteisen ajattelutavan mukaan jäänyt aikalta taustalle että on se sitten koulutoimea, tekniikkaa, vapaa-aikaa tai mitä tahansa niin sen kunnan tehtävänä on toimia, edistää asukkaiden hyvinvointia ja toimia asukkaiden parhaaksi niin siellä pitäisi nähdä myös ne vaikutukset mitkä on tähän hyvinvointiin ja terveyteen. Ne helposti on tähänastisessa semmosessa ajattelussa on jäänyt jotenkin takalalle ja niitä ei ole ainakaan päätöksen perusteluissa jos ne ei sit ole ollut suoraan jotain terveydenhuoltoon liittyviä päätöksiä tai ehkä sosiaalitoimeen mutta sitten kun on menty koulutoimeen tai just vaikka tekniseen tai vapaa-aikaan niin niitä ei tuoda siinä yhteydessä esille. (R3/H16)*

Yhtenä vaihtoehtona esitettiin **hyvinvointivaikutusten arvioinnin** tekemistä tiettyjen päätösten yhteydessä. Siitä tulisi olla selkeät toimintatavat ja välineet, joilla se tehtäisiin. Arvion tekeminen kuuluisi esittelijän tehtävään ja se kirjattaisiin päätöksen yhteyteen. Ennakoivan toiminnan merkitys pitäisi tuoda esille myös rahan kautta. Lisäksi todettiin, että hyvinvointivaikutusten arvioinnista pitäisi olla laki, kuten on ympäristövaikutusten arvioinnista.

*Tiukkana talousaikoina sen rahan sijoittaminen just sillä tavalla ennalta ehkäisevään toimintaan ja etupainotteisesti on hirveen vaikee, ku sitä rahaa on vähän, on vaikea nähdä se säästö siellä pitkän matkan päässä. Kun ajatellaan kuitenkin, päätöksenteossa hirveen pitkälle eletään tätä päivää ja tätä vuotta eletään hyvin pitkälle budjettivuosittain hyvin pitkälti, katotaan millainen on tän vuoden budjetti, ei mietitä vaalikausien yli tai vielä pidemmälle 10-15 v päähän. ei osata arvioida sitä vaikutusta, että tämmöstä vaikutusarviointia pitäis just sen takia tehdä että se tulis mietittyä. (R4/H17)*

Kunnan päätöksenteko- tai toimintakulttuuri voi estää lautakuntia löytämästä omaa merkittävää roolia. Lautakuntien pitäisi kuitenkin ottaa oma asiantuntijaroolinsa ja käydä monipuolista keskustelua päätöksentekoon tuoduista asioista.

*...heidän kertakaikkiaan pitäis ottaa se oma roolinsa, omassa kässissä, että me ollaan asiantuntijoita ja me tehhään näin...onko tämä nyt varsin näin että tuota semmosta keskustelua tietysti aina toivois, turhaan menee aikaa lautakunnassa mut ei se koskaan turhaa. (R5/H22)*

#### **4.2.2 Keinoja terveyden edistämisen tarkasteluun**

Tänä päivänä koetaan olevan paljon yhteistä suunnittelua ja palaverieita, jotka vievät paljon aikaa. Kuitenkin niissä koetaan syntyvän yhteistä ymmärrystä ja tekemistä sekä reviiriajattelun vähenemistä. Jos jokainen katsoo vain omia tavoitteita ja näkee asiat omasta näkökulmasta, niin valtuustossa niitä on vaikea koota yhteen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioiden mahdollistajina nähdään myös hyvinvointisuunnitelmat, luodut terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmät ja terveyden edistämisen myönteinen julkisuus.

*Jokainen katsoo sen oman ja oman tavoitteen. Että onko se sitten ajanpuutetta, vai semmoista...Että ei käydä eri tasoilla sitä keskustelua. Jokainen näkee ne omasta vinkkelistään... Se on aika vaikeaa, jos ajatellaan, jossain valtuustossa, siellä koota yhteen. Ne pitäisi saada päivittäiseen, normaaliin toimintaan enemmän...Nyt sanotaan, että liian paljon on kaikenlaista suunnittelua, palaveria, ja yhteistä. Siinä olisi se, että ne ymmärtäisi toinen toisensa tekemistä enemmän. (R2/H7)*

**Koulutuksien ja suunnittelukokousten** avulla koettiin saatavan terveyden ja hyvinvoinnin asiat ajatuksentasolla liikkeelle. Niissä tulisi käydä läpi kunnan kaikki suunnitelmat ja niiden nivoutuminen toisiinsa. Hyvinvointiasioiden kiinnittyminen strategiatyöhön, päätöksentekoon ja sen valmisteluun mahdollistetaan luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden yhteisellä koulutuksella. Toisaalta todettiin tarvittavan myös erillisiä koulutuksia lautakunnille. Koulutuksen kiinnittyminen osaksi muita kokouksia, kuten valtuustoseminaaria ja lautakunnan kokouksia mahdollistaisi terveyden edistämisen saamisen osaksi toimielinten toimintaa. Hyvinvointikertomus kokoavana asiakirjana koettiin keskeiseksi apuvälineeksi tarkasteltaessa kunnan hyvinvointiasioita.

*Olisiko tämä ihan tulevalle valtuustokaudelle, että se olisi jonkun suunnittelukokouksen aiheena. Että tällaiset ohjelmat käytäisiin alkuunsa. Silloin ne tulisivat käsiteltä. Jos ne jaetaan paperilla pöydälle, minä uskon, että osalta ne menevät pinkkaan tai roskikseen. Siihen ei syvennyttä. Mutta jos se olisi suunnittelukokouksen teemana tai niitä voisi olla useampikin ohjelma, että ne käytäisiin yhdessä ja siellä olisi sitten joku kertomassa, mitä tämä tarkoittaa ja avaamassa sen asian. Varmistettaisiin se perillemeno. (R2/H8)*

*Että sosiaali- ja terveyslautakunnan tehtävähän olisi seurata mitä kunnan hyvinvoinnissa tapahtuu ja mihin pitäisi huomiota kiinnittää. Siellä nyt ei ihan niin pieniä asioita käsitellä vaan vähän isompia linjauksia pitäisi tehdä. Minusta hyvinvointikertomus on äärettömän hyvä asia, ja toivon, että se on laajassa jakelussa tässä kunnassa luottamusmiehille ja virkamiehille. (R1/H3)*

**Systemaattisen hyvinvoinnin tarkastelun**, joka on kytketty määräajoin tapahtuvaan raportointiin, koettiin nostavan ennaltaehkäisevän työn merkityksen esille. Näin sen tarkastelu tulisi tehtyä säännöllisesti johtoryhmässä, kunnanhallituksessa ja -valtuustossa.

*Siinä pitäisi aina johtoryhmä, hallitus, valtuustotasolla...se ei tarvitse olla juhlallista, vaan että tähän hyvinvointinäkökulmasta joku lause laitettaisiin ja kirjoitettaisiin, miten tämä... Tämä kaippa minusta aika kovan asennemuutoksen, koska me ollaan tähän saakka aika paljon painotettu siihen, esimerkiksi terveyspuolella, että kun on akuuttitilanne päällä, sitä hoidetaan ja rahaa pistetään siihen vaikka kuinka. Mutta ennaltaehkäisy on pikkasen taustalla. Sen saa vaan systemaattisella hyvinvoinnin tarkastelulla. Kun se kytketään siihen vuosikolmannesraportointiin, niin se tulee tehdyksi. Muuten se ei tule. (R2/H9)*

Ennaltaehkäisy on sairaanhoitopiirin painopistealueena, mutta sen ei koettu konkretisoituneen kuntatasolle.

*En muista, miten se oli vastuutettu, mutta onko se tullut riittävästi esille ja onko täälläkään pystytty sitä sillä lailla...Että jotain konkreettista olisi oikein esitetty. Minulle tuli nyt mieleen, että ei me varmasti ainakaan tälle kuntatasolle asti saatu, sillä lailla semmoista, edes jotain konkreettista. (R2/H10)*

**Sairaanhoitopiirin ja kuntajohdon väliset, vuosittain toteutuvat neuvottelu koettiin hyväksi.** Ne painottuvat kuitenkin enemmän talouden ja toiminnan suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin, jolloin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat jäävät vähälle käsittelylle. Toisaalta sairaanhoitopiirin hallituksessakin terveyden edistämisen asioita käsitellään hyvin vähän.

*Sosterin hallituksessakin siitä on hyvin vähän näkynyt siellä. X joskus mainitsi, mutta päätöstenä niitä ei juurikaan ole...(R2/H8)*

Esille nousi **pelko sosiaali- ja terveydenhuollon asioiden lokeroitumisesta sairaanhoitopiiriin**, jolloin yhteys kuntaan ja sen johtoryhmään katkeaisi tai se olisi heikkoa. Todettiin, että sairaanhoitopiirin ja kunnan välisiin neuvotteluihin on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat saatava mukaan tavalla tai toisella. Samoin sairaanhoitopiirin ja muiden toimialojen suunnitelmia, resursseja ja tarpeita pitäisi pystyä yhdistämään. Kunta katsoo kokonaisuutta maksajan roolissa.

*Meidän pitää pystyä tavalla tai toisella nämä resurssit ja tarpeet yhdistää. Sitä pitää välttää, että nyt sote piiri rupeaisi suunnittelemaan irrallisena X kunnan hyvinvointia. Siinä on nämä kaikki muutkin toimialat ihan yhtä tärkeitä. Ja resurssien jaossa ne tavallaan kilpailee Sote-toimintojen kanssa. (R2/H9)*

#### **4.3 Kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet**

Hyvinvointi ja terveys pitävät sisällään monia asioita. Kokonaisuutta ja siihen vaikuttavia osa-alueita ei ole kuntalaisen eikä päättäjän helppo mieltää. Kuntalaisten vaikuttaminen nähtiin olevan sidoksissa viranhaltijoiden aktiiviseen

toimintaan. Kuntalaisten osallistuminen päätöksentekoon koettiin usein olevan jälkikäteistä. Voidaankin kysyä, kuinka kuntalaiset voivat osallistua keskusteluun hyvinvoinnin ja terveyden asioista, jos sitä keskustelua ei käydä päätöksentekotasolla eikä mahdollisesti käytyä keskustelua näy missään?

*Tuosta osallisuudesta ja vaikuttamismahdollisuudesta päätöksentekoon, on hallintolaissa pykälä. Mutta tästä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, kun sitä kokonaisuutta ei ole mielletty, mikä vaikuttaa hyvinvointi, mikä terveyttä edistää jne. Musta tuntuu että ei kuntalaiset osaa tavallaan osallistua siihen keskusteluun ja käytetään osallisuutta sitten kun kysellään jossain kaava-asioissa jne. ja sitten on yhdistyksiä ja toimikuntia ja valtuustoaloitteita tehään mutta että se niinkun no sehän riippuu tietysti siitä, että päätöksenteossa ei ole mietitty, että tähän vois antaa mahdollisuuden osallistua tähän keskusteluun, tähän hyvinvoinnin keskusteluun ja sitä ei käydä, tällä päätöksenteon tasolla, kuinka sitten niinkun kuntalaiset vois siihen osallistua. Kyllä mie näkisin niinku, kyllähän minä kuntalaisenakin elän tuolla yhdessä kunnassa niin kyl vaikeaa kuntalaisenakin että miten siihen nyt lähtis osallistumaan muuten mutta jotain valtuustoaloitteita, ku ei nää sitä oikeaa keskustelua että missä sitä käydään, miten edistetään sitä hyvinvointiyhteiskuntaa. (R5/H24)*

**Kaikki kuntalaiset eivät halua vaikuttaa ja osallistua päätöksentekoon vaikka käytössä olisi erilaisia kanavia.** Ne ihmiset, jotka ovat kiinnostuneita asioista osaavat etsiä tietoa. **Huoli nousi hiljaisista kuntalaisista.** Toisaalta jokainen kuitenkin vaikuttaa omassa asuin- ja elinympäristössä omaan yhteisönsä. Ja jokaisessa yhteisössä on niitä henkilöitä, joilla on yhteys päättäjiin. Heidän kautta asioiden koettiin tulevan esille ja kanavoituvan eteenpäin. Tämän kaltaisia tulisi olla esimerkiksi opettajien, jotka havainnoivat oppilaita ja kuulevat heitä laajemmin kuin vain oppimisen osalta.

*Minä niinku ajattelen sitä kansalaisen vaikuttamismahdollisuutta sillä tavalla, että kun miettii tämmöstä tavallista rivikansalaista, sehän toimii niinku omassa yhteisössään omalla kylällään omalla asuinalueellaan työyhteisössä, asuinyhteisössä, mikä sitten kenellekin on se ykköskuvio... Minusta se on tärkein kuvio kuitenkin, että miten se lähiyhteisö toimii ja miten ihmiset pystyy siinä omassa asuin- ja elinympäristössään vaikuttamaan asioihin. Ja sen takia on hirveen tärkeä jos olisi näitä kylätoimikuntia ja tämän tyyppisiä toimintoja ylläpitää että ihmiset pääsee siellä vaikuttamaan. Ja kun siellä joukossa on aina kuitenkin joku semmonen aktiivi jolla on kanavia päätöksentekosysteemiin, koska eihän kaikki ihmiset halua lähteä mihinkään poliittiseen päätöksentekoon, niin ne*

*on siellä indikaattoreita ihmisten seassa jotka imee sen tiedon ja toiveet ja näkemykset ja vie niitä eteenpäin... se pitää vaan hyväksyä tavallaan että joltain ihmiseltä kysytään vaikka miten mielipiteitä päätöksentekoon kunnalliseen päätöksentekoon niin se ei sano mitään tai sillä ei ole mitään mielipiteitä tai se ei halua sanoa sitä, se ei halua vaikuttaa mihinkään... Mutta ne jotka on aktiivisia vaikuttamaan niin tän systeemin pitää vaikuttaa sillee että ne pääsöo vaikuttamaan ja sanomaan mielipiteensä ja se tieto jatkaa eteenpäin kanavoituu sieltä, se on se perustärkeä kysymys. (R4/H17)*

**Kiinnostus asioihin pitää herätä jokaisessa itsessään.** Tieto ei kiinnosta, jos se ei ole itselle ajankohtaista. Toisaalta kuntalainen ei katso kovin pitkälle tulevaisuuteen. Hän peilaa asioita mieluummin menneisyyden ja kokemuksen kautta, jolloin hän ei osallistu päätöksentekoon niin kauan kuin asiat pelaavat hänen kannaltaan hyvin.

*Niin, kyllä se tosiaan on iäisyyskysymys tämä kuntalaisten osallistuminen ja vaikuttaminen. Nykykulttuurihan on se, että kuntalainen ei osallistu näihin hommiin niin kauan kuin asiat pelaa hyvin. Tai hän kokee, että hän saa ne, mitkä hänelle kunnasta kuuluu. Sitten kun joku rupeaa tökkimään, sitten puututaan. Puututaan ja kovasti... Sitten toinen: kuntalainenhan ei näissä asioissa katso kovinkaan pitkälle tulevaisuuteen. Hän peilaa mieluummin menneisyyden kautta (R2/H9)*

**Kyselyjä tehtäessä ja palautejärjestelmää kehitettäessä** tulee ottaa huomioon vastausten ja palautteiden käsittelyn vaatima resurssi. Ei ole järkevää kerätä palautetta ja saada vastauksia kysymyksiin, jos niitä ei voida koota, käsitellä ja palauttaa takaisin kuntalaisille esimerkiksi kuntalaisiltojen muodossa.

*Kyllähän se pitäis tänä päivänä jo tavallaan olla tämmöistä interaktiivista tämä netin käyttö mutta se on sitten vain tavallaan kunnissakin resurssikysymys että kuka kerkii sitä hoitamaan että se tavallaan jo vaatii vuorovaikutuksen hoitaminen ettei se taas jää merkityksettömäksi koska turha ihmisiltä on kysyä mitään jos sillä ei ole mitään merkitystä. Nehän pitää sitten saada koottua ne tiedot ja analysoitua ja vietyä päätöksentekoon ja antaa palautetta niille vastineen antajille että teidän mielipide on noteerattu ja se on viety esille näin ja näin. Se vaatii hirveen paljon, se tuntuu älyttömän helpolta mutta ei se sitä ole jos se tehdään loppuun asti kunnolla ettei anneta vain sellainen kuva että teidän mielipide on otettu huomioon ja kukaan ei edes lue. (R4/H17)*

Viranhaltijat ja työntekijät saavat palautetta ja kehittämideoita suoraan asiakkailtaan. Päättäjillä on mahdollisuus jalkautua päiväksi esimerkiksi päiväkotiin tai vanhainkotiin. Menemällä sinne, missä tapahtuu ja missä kuntalaiset ovat luonnollisesti koolla, siellä tavoitetaan myös niitä, jotka eivät useinkaan tule muihin järjestettyihin tilaisuuksiin. Samalla voidaan aktivoida kuntalaisia huolehtimaan omasta terveydestä ja hyvinvoinnista.

*se meni niitten luokse ja otti ne ongelmat hoiviinsa, että tavallaan siihen että ollaan niin lähellä että saadaan se tuntuma, jossa voidaan auttaa. Ja niinhän se tässä terveyden edistämisesäkin pitäisi olla että ollaan siellä missä tapahtuu jossa saadaan porukat luonnollisesti koolle, jotka ei normaalisti tule. (R2/H22)*

Kuntalaisten mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon ovat säilyneet ennallaan jo pitkään. Näistä mainittiin kuntalaisaloitteet, kuulemiset, vanhempainillat ja –vartit, tiedottaminen lehdissä ja internetissä, yleisön osastokirjoitukset, edustuksellinen demokratia, valtuutetut ja järjestöt sekä erilaiset neuvostot, kuten vanhusneuvosto. Myös hallintolaissa todettiin olevan pykälä kuntalaisten osallisuudesta ja vaikuttamismahdollisuudesta. Tiedottamisen todettiin olevan taitolaji.

## 5 YHTEENVETO JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien edustajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten uudenlainen terveyden edistämisen yhteistyörakenne on kunnassa vaikuttanut poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun, miten se on tukenut kunnallista päätöksentekoa hyvinvointiasioissa ja miten kuntalaisten osallistuminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa on toteutunut. Raporttiin on koottu tietoa valtion ja kuntien välisen ohjauksen vaikutuksista kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, terveyden edistämisen moninaisuudesta ja sen johtamisesta kunnassa sekä kuntalaisten osallistumisesta päätöksentekoon.



Opinnäytetyössä esitetyt tutkimustulokset painottuvat enemmän yhteistyörakenteen kehittämiskohteisiin, joihin tulevaisuudessa tulisi paneutua kuin yhteistyörakenteen toiminnan arviointiin. Arvioinnin vähäisyyttä selittää yhteistyörakenteen lyhyt historia ja toisaalta valtion vuosia jatkunut valtion heikko strategiaohjaus, jossa kuntien päätettäväksi on jäänyt muun muassa terveyden edistämisen organisoiminen. Raportissa kuvataan yhteistyörakenteen, poikkihallinnollisen yhteistyön ja terveyden edistämisen johtamisen kehittämiskohteita. Tutkimustulokset pohjautuvat kuuden (Enonkoski, Kerimäki, Parikkala, Punkaharju, Rantasalmi ja Savonranta) terveyden edistämisen koordinaatioyöryhmän haastatteluihin. Tulokset tukevat terveyden edistämisen johtamisrakenteiden perustamista sekä täydentävät teoriaosassa esitettyjä malleja.

Terveyden edistämisen kokonaisuuden hahmottamista vaikeuttaa terveyden edistämisen määrittelyn vaikeus ja se, ettei se sijoitu yhden tieteen- tai tutkimusalan alle. Lisäksi suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtuneet suuret muutokset ja valtion strategiaoihin kirjatut tavoitteet terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymisestä, syrjäytymisen ehkäisystä ja osallisuuden lisäämisestä eivät ole riittävässä määrin tukeneet kuntien terveyden ja hyvinvoinnin johtamista ja toimeenpanoa. Tämän tutkimuksen tulokset ja teoriaosassa esitetyt näkemykset korostavat selkeästi sitä, että terveyden edistämisen johtaminen tulee selkeästi vastuutettu, luottamushenkilöiden tulee olla hyväksynyt terveyden edistämiseen asetetut tavoitteet, jotka näkyvät kuntastrategiassa ja talous- ja toimintasuunnitelmissa. Lisäksi kunnassa tulee olla sovittu terveyden edistämisen seurannasta ja arvioinnista.

Taulukossa 3. on esitetty tutkimustehtävät, tutkimustuloksista nousseet pääteemat ja tutkimuskohteena olleen yhteistyörakenteen kehittämiskohteet. Tutkimustulosten tarkempi yhteenveto ja pohdinnat esitetään kappaleissa 5.1, 5.2 ja 5.3.

**TAULUKKO 3.** Tutkimustehtävät, pääteemat ja kehittämiskohteet

<b>Tutkimustehtävät ja pääteemat</b>	<b>Kehittämiskohteet</b>
<p><b>Tutkimustehtävä 1</b></p> <p>Peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmän toiminnan vaikutukset kunnan poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun</p> <p><b>Pääteema</b></p> <p>Työryhmien toiminta ja poikkihallinnollinen yhteistyö</p>	<p>Työryhmien toiminnan merkitys, asema ja rooli kunnan päätöksenteossa ja toiminnassa sekä kunnan ja Sosterin välisessä ohjaustoiminnassa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaikuttaminen lähipalveluiden suunnitteluun, toteutumisen seurantaan ja arviointiin</li> <li>- terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen osaksi kuntakierroksia ja kuntajohdon neuvotteluja sekä Sosterin päätöksentekoa</li> </ul> <p>Laajempien kokonaisuuksien määrittely terveys- ja hyvinvointiasioiden käsittelyyn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- selkeästi rajattu suunnitelma, jossa esitetty teemat/ asiasiallöt ja aikataulut niiden käsittelylle koordinaatiotyöryhmissä ja kunnissa</li> <li>- poikkihallinnollisen prosessin suunnittelu ja toteuttaminen</li> <li>- terveyden edistämisen konkretisointi</li> </ul>
<p><b>Tutkimustehtävä 2</b></p> <p>Peruspalveluiden koordinaatiotyöryhmän toiminnan tuki kunnan päätöksenteolle hyvinvointiasioissa</p> <p><b>Pääteema</b></p> <p>Terveys ja hyvinvointi osana päätöksentekoa</p>	<p>Ennakoarvioinnin käyttöönotto</p> <p>Terveyden edistämisen prosessin kuvaus kuntatalouden prosessin kuvaamisen rinnalla</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terveyden edistämisen näkyväksi tekeminen</li> </ul> <p>Päätäjien ja viranhaltijoiden sitoutuminen terveystä edistävään ajatteluun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nimetty vastuuhenkilö kuntajohdosta</li> <li>- hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen strategiseksi tavoitteeksi ja kriittiseksi menestystekijäksi</li> <li>- riittävän ajan varaaminen terveys- ja hyvinvointiasioiden läpikäymiseen (sis. koulutuksen)</li> </ul> <p>Operatiivisen tason terveyden edistämisen työryhmän/-työryhmien perustaminen hyödyntäen jo olemassa olevia ryhmiä</p>
<p><b>Tutkimustehtävä 3:</b></p> <p>Kuntalaisten osallisuuden toteutuminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa</p> <p><b>Pääteema:</b></p> <p>Kuntalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet</p>	<p>Osallistumismahdollisuuksien lisääminen osana kuntalaisten asuin- ja elinympäristöä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- päättäjien ja viranhaltijoiden aktiivinen yhteydenpito kuntalaisiin</li> <li>- palautejärjestelmän kehittäminen</li> <li>- ennakoarviointi</li> </ul> <p>Kuntalaisten omaehtoisen hyvinvoinnista huolehtimisen tukeminen</p>

## 5.1 Työryhmien toiminta ja poikkihallinnollinen yhteistyö

Kuntakohtaisten koordinaatio työryhmien työryhmien toimintaa ja poikkihallinnollista yhteistyötä on tässä raportissa peilattu terveyden edistämisen moninaisuuden, lainsäädännön ja eri toimijoiden koordinoinnin kautta. Terveyden edistämisen moninaisuudesta johtuen sitä on usein vaikea hahmottaa. Terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon tehtävä, vaan se kuuluu kaikille kunnan hallintokunnille. Siinä on kyse laajemmin terveys- ja yhteiskuntapolitiikan toimintasuunnasta ja arvovalinnasta (Rimpelä 2005, 4524; Perttilä 2006). Lainsäädännössä vastuu terveyden edistamisestä on annettu kunnille, mutta sen toimeenpanoa varten ei ole selkeästi osoitettu voimavaroja. Terveyden edistämisen kehittäminen on edelleen määräraikaisten hankkeiden varassa.

Poikkihallinnollisessa yhteistyössä toimijoiden yhteisen kielen ja käsitteiden löytäminen on vaikeaa myös silloin kun käytetty kieli ei ole yhteydessä arkielämän toimintaan. Usein tästä seuraa se, että yhteinen käsitys kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilasta, yhteisistä tavoitteista ja yhteen sovitetuista toimenpiteistä jäävät puuttumaan. (Rimpelä 2007, 12 – 14.) Koko kuntaa koskevan poikkihallinnollisen prosessin tai kehittämistyön käynnistämällä saadaan aikaan rakenteellisia muutoksia ja välineitä sekä hallintokuntien arkikäytäntöihin että päätöksentekoon (Perttilä, Uusitalo & Kautto 2007, 30 – 31; Liimatainen, Ryttyläinen, Ylönen & Minkkinen 2007, 37).

Tässä raportissa esitettyjen tulosten mukaan yhteistyörakenne ja terveyden edistäminen nähtiin olevan tärkeä osa kuntataloutta ja kuntalaisten hyvinvointia. Terveyden edistämisen koordinaatio työryhmien koko koettiin sopivaksi ja kokousten asialistojen valmisteluun oltiin tyytyväisiä. Toivottiin, että työryhmälle asioita valmistelee myös jatkossa ammattihenkilö, jolla on kokonaiskuva terveyden ja hyvinvoinnin edistamisestä ja kuntien yhteisistä haasteista. Kuntasopimukseen työryhmät voisivat valmistella siihen kuuluvat hyvinvointiasiat ja seurata niiden toteutumista. Sopimuksen juridinen sisältö ja toteutumisen seuranta kuuluisivat edelleen kunnanjohtajan ja kunnanhallituksen vastuulle.

Tutkimushetkellä kuntasopimuksen liitteessä on määritelty Sosterilta ostettavien terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen mittarit, joiden mukaisesti jäsenkunnille raportoidaan toiminnasta. Terveyden edistämisen osalta mittareita on kolme: terveystalouden tarve (sairastavuus, työkyvyttömyys, kuolleisuus), väestöryhmittäiset erot ja työpanos terveyden edistämiseen. Tämän lisäksi tietoa kuntalaisten terveydentilasta ja hyvinvoinnista on koottu kuntakohtaisiin hyvinvointikertomuksiin ja –suunnitelmiin. Haasteena on kootun tiedon saaminen osaksi kuntasuunnittelua, käytännön työn näkyväksi tekeminen ja eri toimintojen samanaikainen suuntaaminen kohti yhteisiä tavoitteita. Tähän voidaan pyrkiä käynnistämällä kunnissa vuoden mittainen eri hallintokuntien yhteinen prosessi, jossa käydään terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän pohjustamien teemojen kautta hyvinvointiasioita läpi. Tämä helpottaisi myös yhdessä valmisteltujen, erilaisia näkemyksiäkin sisältävien suunnitelmien kokonaisvaltaisemman käsittelyn kunnanvaltuustossa.

Kehittämiskohteena terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien toiminnassa nähtiin olevan sen roolin ja aseman selkeyttäminen suhteessa toiminnan ohjauksesta ja omistajaohjauksesta vastaaviin työryhmiin. Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien toivottiin paremmin voivan seurata ja vaikuttaa kunnan tahtotilan toteutumiseen lähipalveluiden järjestämisessä. Kehittämiskohteena on myös terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien toiminnan merkityksen ja aseman selkeyttäminen osana kunnan ja Sosterin päätöksentekoa ja talous- ja toimintasuunnitteluprosessia. Keskeisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien asioiden käsittelyyn toivottiin selkeää suunnitelmaa. Suunnitelma jäntevöittäisi työryhmien työskentelyä, toisi selkeyttä ja tukea hyvinvointiasioiden käsittelyyn kunnassa ja kunnan ja Sosterin välillä.

Mielestäni tämä tarkoittaa käytännössä terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmille valmisteltavien asioiden entistä tiiviimpää kiinnittymistä Sosterin omaan terveyden edistämisen suunnitteluun ja päätöksenteon valmisteluun ja terveyden edistämisen asioiden käsittelyä Sosterin sisällä aikaisemmin kuin tähän asti on tapahtunut. Laajempien asiakokonaisuuksien määrittely kuuluisi siten johtajaylilääkärille, jonka tehtäviin terveyden edistäminen on kiinnitetty sekä terveyden edistämisen yhdyshenkilötyöryhmälle. Suunnitelman tulee

sisältää ehdotus hyvinvointiasioiden käsittelyaikatauluksi, mutta lopullinen päättäminen siitä kuuluu mielestäni kunnalle. Muita tällä hetkellä toimivia käytänteitä ovat muun muassa keväällä toteutettavat kuntakierrokset, kuntajohdon kanssa käytävät neuvottelut ja kuntien sosiaalihoitajien työkokoukset. Mielestäni neuvotteluihin voitaisiin terveyden edistämisen asiat tuoda käsitteilyyn heti valtuustokauden alussa, jolloin päätettäisiin yhteisistä linjauksista ko. valtuustokauden ajaksi. Tämä toimisi pohjana myös kuntakohtaisten terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien sisältötyöskentelylle. Sosiaalihoitajien työkokouksissa voitaisiin tarvittaessa käsitellä sisällöllisiä asioita.

Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän kokoontuminen vähintään neljä kertaa vuodessa mahdollistaisi myös paremmin työryhmän näkemysten ja esitysten huomioon ottamisen osana kuntasuunnittelua ja päätöksentekoa. Työryhmän työskentelyn ja tehtävien toivottiin muutenkin kiinnittävän entistä tiiviimmin kunnassa tapahtuvaan toimintaan ja vaikuttavan konkreettisten asioiden kautta kuntalaisten hyvinvointiin. Jotta terveyden edistäminen näkyy käytännön työssä, se edellyttää sitoutumista terveyttä edistävään ajatteluun ja käytännön työn lähellä pysymistä. Nimittäin, mitä kauempana ollaan terveyden edistämisen käytännöistä, sen vähemmän terveyden edistäminen vaikuttaa toiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon toteavat Liimatainen, Ryttyläinen, Ylönen ja Minkkinen (2007, 37).

## **5.2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana kuntasuunnittelua**

Edellä kuvatut tulokset osoittavat, että päättäjien ja viranhaltijoiden sitoutuminen terveyttä edistävään ajatteluun ja terveyden edistämisen näkeminen laajempina kokonaisuutena on avainasemassa sen saamisessa osaksi kuntasuunnittelua. Kuten johtamisen onnistumisen edellytyksenä yleensä, niin myös terveyden ja hyvinvoinnin johtamisen edellytyksenä on luottamushenkilöhallinnon hyväksymä strateginen tavoite edistää terveyttä ja hyvinvointia, ottaa se osaksi talouden ja toiminnan suunnittelua, suunnata resursseja sen toteutta-

miseen, seurata ja arvioida tavoitteiden saavuttamista ja toimenpiteiden vaikutuksia (Perttilä & Uusitalo 2007, 98). Eri terveystoimintatavoitteiden ja vaikutusten ymmärtäminen ja saaminen poliittiseen keskusteluun ja päätöksentekoon edellyttää oikea-aikaista terveyteen vaikuttavien ongelmien tunnistamista, luotettavaa tietopohjaa kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnintilasta ja siihen vaikuttamisesta. Tässä tehtävässä terveyssektorin rooli tunnistaa terveysvaikutuksia ja tehdä ehdotuksia poliittiseen päätöksentekoon on tärkeä. (Ollila, Lahtinen, Melkas, Wisman, Ståhl & Leppo 2006).

Terveyssektorin tehtäviin terveyden edistämisen osalta on otettu kantaa uudessa terveydenhuoltolakiluonnoksessa. Siinä sairaanhoito- tai terveystieteiden tehtäväksi on määritelty - omissa hoitoprosesseissa terveyden edistämisen - lisäksi tukea kuntia alueellisessa suunnittelussa, koota terveysseurantatietoja, järjestä koulutusta ja levittää sairauksien ehkäisyä koskevia toimintamalleja ja -ohjelmia (Laki terveydenhuollosta 2008, 17 §, 47 §).

Luonnoksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi esiintyy myös vaatimus ennakoarvioinnin hyödyntämisestä osana päätöksentekoa. Arvioinnin vahvuutena on inhimillisten arvojen ja hyvinvoinnin arvostuksen saaminen näkyväksi osaksi päätöksentekoa, vaikka taloudellisuus ja kustannukset ovat oleellinen osa päätöksentekoa. Sillä voidaan etsiä keinoja haluttuun tulevaisuuteen pääsemiseksi ja sitä voidaan käyttää myös jälkikäteisarviointia tehtäessä. Ennakoarvioinnin avulla voidaan lisätä myös hallintokuntien välistä avoimuutta ja tiedonkulkua ennen päätöksentekoa. Laaja-alaista päätösten ennakoarviointia (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, IVA) on pilotoitu eräissä Suomen kunnissa. Näissä viranhaltijat ja luottamushenkilöt ovat olleet keskeisessä asemassa menetelmän käyttöönotossa ja sen systemaattisessa hyödyntämisessä. (Päiväkirja 2007, 128 – 136; Nelimarkka & Kauppinen 2007, 9 - 10.)

Tässä tutkimuksessa päättäjien ja viranhaltijoiden asenteita ja kiinnostusta hyvinvoinnista laajana käsitteenä – ei vain terveydenhuollon vastuulle kuuluvana tehtävänä – pidettiin lähtökohtana sille, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen saadaan osaksi kunnan talous- ja toimintasuunnittelua. Keskeinen rooli terveyden ja hyvinvoinnin saattamisessa päätöksentekoon, eri hallin-

tokuntien toimintasuunnitelmiin ja poikkihallinnollisen yhteistyön käynnistämisen ja sen ylläpitämisessä on kunnan johtoryhmällä. Terveyttä edistävän ajattelu sisäistäminen helpottaa myös sen huomioon ottamista operatiivisessa johtamisessa ja päätöksenteossa.

Kunnan johtoryhmä ei kuitenkaan voi ottaa terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän tehtäviä, koska terveyden edistäminen on paljon laajalaisempaa työtä. Tutkimustulos poikkeaa aikaisemmista esityksistä, joissa kunnan johtoryhmä toimisi terveyden edistämisen johtoryhmänä (Perttilä 2006a). Mielestäni voidaankin kysyä, mitkä ovat ison tai pienen kunnan johtoryhmän mahdollisuudet ja resurssit hoitaa laajaa terveyden edistämisen tehtävää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmänä? Sen sijaan tutkimustulos kunnanjohtajan keskeisestä roolista on yhteneväinen. Yhteys johtoryhmän ja koordinaatiotyöryhmän välillä on varmistettu kunnanjohtajan osallistuessa molempien työryhmien työskentelyyn. Koordinaatiotyöryhmissä keskeinen rooli on myös kunnan johtavilla luottamushenkilöillä. Näin ollen luodussa yhteistyörakenteessa, terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmässä toteutuu jo nyt muun muassa kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (KASTE) ja uuteen terveydenhuoltolakiluonnokseen kirjattu laaja-alainen yhteistyö nimenomaan johtamisen ja päätöksenteon tasolla.

Mielestäni vastuuta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen prosessin eteenpäin viemisestä ei voida määritellä kunnan johtoryhmälle, jolla on monia ”kasvoja” ja monia muita tehtäviä. Sitä ei voida myöskään antaa kunnan ulkopuolisille toimijoille (Ks. Perttilä 2006b). Vastuu terveyden edistämisestä tulee olla kunnalla. Sen toteuttamisen ja kehittämistyön tukena voi olla kunnan ulkopuolisia toimijoita. Kunnassa on kuitenkin syytä nimetä vastuuhenkilö, jonka puoleen voidaan kääntyä hyvinvointiasioiden valmistelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Kuntatalousprosessin – joka on kunnan yksi tärkeimmistä prosesseista – rinnalla tulisi kuvata myös terveyden edistämisen prosessi. Prosessin kuvaaminen helpottaisi terveyden edistämisestä vastaavaa henkilöä huolehtimaan sen toteuttamisesta, seurannasta, arvioinnista ja kehittämisestä yhdessä kunnan johtoryhmän ja muiden toimijoiden kanssa.

Terveysasioiden saaminen poliittiseen keskusteluun vaatii perustiedon, useimmiten tiivistetyssä muodossa, saattamista päättäjien käyttöön suunnitteluprosessin alkuvaiheessa, sillä prosessin aikana asetetaan tavoitteet ja jaetaan resurssit. Kesken prosessin tuotu, kokonaisuudesta erillinen suunnitelma jää helposti käsittelemättä. Tehtyjen laajojenkin selvitysten läpikäymiseen tulisi varata riittävästi aikaa, jolloin varmistettaisiin oleellisen tiedon käsittely ja eri tekijöiden vaikutukset ko. asiaan. Tämä tukisi osaltaan myös sitä, että yksittäiset päätökset olisivat samassa suunnassa tehtyjen linjausten kanssa ja yhteistyössä näkyisi sitoutuminen terveyttä edistävään ajatteluun (Liimatainen, Ryttyläinen, Ylönen & Minkkinen 2007, 37).

Hyvinvointikertomuksen todettiin hyvin kokoavan tietoa kaiken ikäisten kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta. Kunnassa tehtyjä eri suunnitelmia tulisi kuitenkin tarkastella rinnakkain kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi kuntalaisten hyvinvoinnista, palvelujen tarpeesta, palvelujärjestelmistä ja kunnan resursseista. Asetettujen tavoitteiden tulisi olla realistisia, tavoiteltavissa olevia ja kaikkien tulisi hyväksyä ne, muuten niiden toteuttaminen ja seuranta jäävät vähemmälle huomiolle. Lisäksi tulee kuvata selkeämmin lähtökohtatilanne, josta tavoitteet ja odotettavissa olevat vaikutukset on asetettu. Silloin kun eri hallintokuntien tavoitteille on löydettävissä yhteisiä hyötyjä, on terveystoimittisten tavoitteiden yhdistäminen muihin tavoitteisiin suhteellisen helppoa (Ollila, Lahtinen, Melkas, Wisman, Ståhl ja Leppo 2006). Mielestäni Sosterin ja sen jäsenkuntien välillä on jo lähdetty kehittämään valmisteilla olevaan uuteen terveydenhuoltolakiin sairaanhoitopiirille kirjattua tehtävää koota terveysseurantatietoja ja tukea kuntia niiden alueellisessa suunnittelussa.

Mielestäni eri käytännön toimijoiden poikkihallinnollisen terveyden edistämisen työryhmien perustamista ja tehtäviä tulee jatkossa pohtia. Samoin sitä, toimii-ko kunnassa ja seudulla jo poikkihallinnollisia työryhmiä, jotka voivat toimia terveyden edistämisen työryhminä. Uusien työryhmien perustamista tulee välttää nykyisessä tilanteessa, jossa resursseja on niukasti käytettävissä jopa peruspalveluiden ylläpitämiseksi. Toimintamallien perusrakenteet ovat hyvin pitkälle samoja. Ne toimivat yhtenäisen perusrakenteen pohjana antaen joustavan mahdollisuuden kunta- ja aluekohtaisiin sovelluksiin.



Esille nousi pelko sosiaali- ja terveydenhuollon asioiden lokeroitumisesta Sosteriin, jolloin yhteys kuntaan ja sen johtoryhmään katkeaisi tai olisi heikkoa. Mielestäni tätä voidaan osaltaan ehkäistä kuntakohtaisten terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien työskentelyllä. Sosterin ja kunnan välisiin neuvotteluihin toivottiin mukaan saatavan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavalla tai toisella. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen saaminen osaksi Sosterin ja kuntajohdon välisiä neuvotteluja vahvistaisi terveyden edistämisen merkitystä molempien organisaatioiden toiminnassa ja yhteistyössä, terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien toimintaa sekä yhtymähallituksessa työskentelevää kunnan edustajaa. Keinoja tai välineitä terveyden edistämisen saamiseksi osaksi kuntasuunnittelua ei juurikaan tullut esille.

### **5.3 Kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet**

Kuten päättäjien niin kuntalaistenkin osalta tutkimustuloksissa tuli esille se, että kiinnostus asioihin, osallistumiseen ja vaikuttamiseen pitää herätä jokaisessa itsessään. Kuntalainen ei osallistu päätöksentekoon niin kauan kuin asiat pelaavat hänen kannaltaan hyvin. Tulosta tukee näkemystä siitä, että osallistuminen liittyy aktiiviseen kansalaiseen, joka kykenee, haluaa ja saa vaikuttaa itselleen tärkeissä asioissa. Usein osallistuminen on satunnaista, joka kertoo siitä, että ihmiset vaikuttavat tärkeiksi kokemiinsa asioihin silloin, kun siihen on tarve ja tilaisuus (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Londén ja Peltonen 2008, 43, 189).

Kuntalaisten suoraa vaikuttamista kuitenkin tarvitaan demokraattisen äänestämisen täydentäjänä. Tästä on mainintoja myös lainsäädännössä. Kuntalaisten osallistuminen kunnalliseen päätöksentekoon vaihtelee merkittävällä tavalla kuntakoon, yksilöllisten ominaisuuksien, yhteiskunnallisen näkemyksen, oman henkilökohtaisen elämän ja kunnallisten palveluiden hoidon mukaan. (Mäki-Lohiluoma, Pekola-Sjöblom & Ståhlberg 2005, tiivistelmä.)

Osallistumisen ja osallisuuden välille on vaikea vetää rajaa. Osallisuudella tarkoitetaan yhteenkuuluvuuden tai osallisuuden tunnetta omassa yhteisössä

tai yhteiskunnassa työn, harrastuksen tai vaikuttamisen kautta. Se on kansalaisen mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen sekä päätöksentekoon. Mahdollisuuksia vaikuttaa asuinympäristöön, yhteiskuntaa koskeviin asioihin ja poliittiseen päätöksentekoon arvostetaan, mutta mahdollisuudet koetaan heikoksi. Poliittinen päätöksenteon koetaan olevan kaukana ja tavoittamattomissa. (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Londén & Peltosalmi 2008, 43, 189.)

Kuntalaiset odottavat päättäjiltä konkreettisia tapoja osoittaa, että he kuulevat kuntalaisia heille tärkeissä asioissa. Lisäksi päättäjiltä toivotaan avoimuutta, oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä ja luotettavuutta. Vireillä olevien ajankoh- taisten asioiden objektiivinen, konkreettinen ja ”kansantajuinen” esittäminen koetaan tärkeänä. Henkilökohtaisia yhteydenottoja päättäjiin ja virkamiehiin pidetään tehokkaimpina tapoina vaikuttaa asioihin. (Mts. 73 – 76, 86 – 88.) Pitkän aikavälin sitoutuminen terveyden edistämiseen edellyttää aidon palautteen saamista kuntalaisten terveydentilan parantumisesta tai huonontumisesta (Rimpelä 2007, 14).

Tässä tutkimuksessa kuntalaisten vaikuttaminen nähdään tapahtuvan hänen omassa asuin- ja elinympäristössään elämällä ja toimimalla yhteisönsä jäsenenä. Yhteisöissä todettiin olevan niitä jäseniä, jotka ovat vaikuttamassa tavalla tai toisella tai joilla on yhteyksiä päätöksentekojärjestelmään. Heidän kautta yhteisön jäsenet voivat kanavoida mielipiteitään ja esittää toiveita.

Palautteen kerääminen kuntalaisilta koettiin hyvänä asiana. Kyselyjen ja palautejärjestelmän haasteena on niiden käsittelyn vaatima resurssi, jota tänä päivänä on niukasti. Lisäksi kuntalaisten tulee saada kuulla yhteenveto vastauksista ja käydä niistä keskustelua. Silloin kun ei ole mahdollista tai tarkoituk- senmukaista järjestää kyselyjä, voidaan hyödyntää ennakoarviointia, jossa kuntalaisten ääni saadaan esille. Näin saataisiin myös inhimillisiä arvoja ja hyvinvoinnin arvostusta päätöksentekoon unohtamatta taloutta ja kustannuk- sia. Kyselyt eivät kuitenkaan korvaa kuntalaisten ja päättäjien kasvokkain ta- pahtuvia kohtaamisia (Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Londén & Peltosalmi 2008, 86 – 88).

Kuntalaisten osallistumisen mahdollisuudet päätöksentekoon demokratian suoman äänestysmahdollisuuden lisäksi todettiin pysyneen ennallaan. Vaikuttaminen on usein jälkikäteen tapahtuvaa. Huoli nousi hiljaisista kuntalaisista. Viranhaltijoiden aktiivisella toiminnalla katsottiin olevan suuri merkitys kuntalaisten osallistumisessa. Päätäjät voivat tavoittaa heidät menemällä sinne, missä ihmiset ovat, kuuntelemalla heitä ja ottamalla heidät mukaan keskusteluun. Keskustelu kansalaisten kanssa mahdollistuu viranhaltijoiden ja työntekijöiden osalta paremmin asiakassuhteiden kautta. Kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien kehittämällä ja aktivoimisella ottamaan osaa päätöksentekoon voidaan tietoisesti vaikuttaa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilaan ja välillisesti myös terveyserojen kaventamiseen. Päätöksentekoon ja kunnallispolitiikkaan osallistuminen tai osallistumattomuus kertoo myös kuntalaisten tyytyväisyydestä omaan henkilökohtaiseen elämään sekä kunnallisten palveluiden hoidon tasoon (Mäki-Lohiluoma ym. 2005, tiivistelmä).

Tässä tutkimuksessa ei tullut esille uusia konkreettisia esimerkkejä siitä, miten kuntalaisten osallistumismahdollisuuksia voitaisiin lisätä. Verkostoyhteistyön parhaat mahdollisuudet koettiin saavutettavan paikallisen ja seudullisen yhteistyön kautta. Maakunnan tason yhteistyön hyötyjä oli vaikea nähdä.

## 5.4 Luotettavuuden pohdintaa

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa pohditaan tutkimuksella tuotetun tiedon totuudenmukaisuutta seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Tulosten uskottavuudesta ja niiden todeksi osoittamisesta tutkija voi keskustella esimerkiksi samaa aihetta tutkivien kanssa. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan myös vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimuksen tuloksista eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 128.) Tämän tutkimuksen tulosten uskottavuus perustuu muun muassa tutkijan perehtyneisyyteen terveyden ja hyvinvoinnin johtamista koskeviin aikaisempiin tutkimuksiin, aiheeseen liittyvän kehittämistyön toteuttamiseen ja keskusteluihin muiden saman aiheen piirissä työskentelevien ja tutkimustyötä tekevien kanssa. Tulosten siirrettävyys muita hyvin-

voinnin ja terveyden edistämisen poikkihallinnollisia yhteistyörakenteita koskevaksi on mahdollista ottaen kuitenkin huomioon yhteistyörakenne, joka on valtakunnallisestikin uudenlainen kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä. Haastateltujen määrä (26) suhteessa kaikkien terveyden edistämisen koordinaatio-työryhmien jäsenmäärään (37) lisää tutkimustulosten siirrettävyyttä.

Tutkimustulosten siirrettävyyttä lisää esimerkiksi kannanottaminen aiempiin tutkimuksiin, vertailu toisten tutkimusten kanssa, kannanottaminen normatiivisiin ohjeisiin tai kirjoittamattomiin sääntöihin. Silloin kun tutkimustulokset asetetaan siihen sosiaaliseen ja kulttuuriseen kokonaisuuteen, josta tutkimus rajattiin, lisätään myös tutkimustulosten siirrettävyyttä. (Vilka 2007, 157 – 158.) Tämän tutkimuksen siirrettävyyttä on lisätty peilaamalla tutkimustuloksia aiemmin tehtyihin tuloksiin, niiden yhteneväisyyksiin ja eroavaisuuksiin sekä esimerkiksi valmisteilla olevaan lainsäädäntöön.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessin tarkasteluun. Se tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulua pääpiirteissään. Ongelmalliseksi vahvistettavuuden tekee se, että samaan aineiston perusteella kaksi tutkijaa ei välttämättä päädy samaan tulkintaan. Erilaiset tulkinnat eivät kuitenkaan välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa, vaan lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta, koska jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Vilka 2007, 159.) Tämän tutkimuksen tulosten vahvistettavuuteen on pyritty mahdollisimman tarkalla tutkimusprosessin kuvauksella ja suorilla lainauksilla aineistosta. Analyysiin käytetty aika on myös mahdollistanut tutkijan varmistamaan ja syventämään näkemystään saadusta tiedosta.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Lisäksi hänen on arvioitava, miten hän tutkijana vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Perusoletukset ja toteutettu kehittämistyö samassa ympäristössä kuin tutkimuksen toteuttaminen ovat saattaneet vaikuttaa tutkimusprosessin aikana syntyneisiin tulkintoihin. Luotettavuutta on pyritty lisäämään merkitse-

mällä muistiin aineistosta tai tutkimusprosessista esiin nousseita havaintoja ja ajatuksia sekä pitämällä tutkimuspäiväkirjaa.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös koko tutkimusprosessin eri vaiheissa lähtökohdista raportointiin. Tällöin arvioinnin kohteena ovat tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja merkityksen perusteleminen, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien nimeäminen sekä aineiston keräämiseen ja analyysiin liittyvät tekijät ja tulosten raportointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 130 – 133; Vilkkä 2007, 158 - 160.) Kiinnostus tutkimusaiheeseen syntyi jo Sosterin perustamisvaiheessa. Lopullinen päätös tutkimusaiheesta vahvistui siihen keskeisesti liittyvän kehittämistyön toteuttamisesta. Tutkimuksen kohteena oli kuvata sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien yhteistyörakenteen vaikutuksia poikkihallinnolliseen yhteistyöhön, kunnalliseen päätöksentekoon ja kuntalaisten osallistumismahdollisuuksiin sekä näiden kehittämiskohteita kuntajohdon näkökulmasta. Johtamisen näkökulman valintaan vaikutti kehittämistyön aikaiset havainnot vaikeudesta saada hyvinvointi ja terveys näkyväksi osaksi johtamista sekä yhteistyörakenteen hyödyntäminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Näin ollen oli tarkoituksenmukaista valita tutkimukseen henkilöitä, jotka olivat kiinnostuneita arvioimaan ja kehittämään poikkihallinnollista yhteistyötä. Kaupungin johdon näkemykset olisivat voineet täydentää nyt saatua tutkimustietoa.

Tutkimukseen osallistuneiden luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden pitkä kokemus kunnan johtamisesta antaa vankkaa pohjaa tuloksille ja kehittämistyölle. Heidän tuottamat arvokkaat näkemykset ovat tämän tutkimuksen punainen lanka. Aineisto on riittävä tutkimuksen tarkoitusta ajatellen. Sen suuri määrä asetti jossain määrin haasteita hallita aineiston analysointia. Vaarana oli luokitella asioita joko liian yksityiskohtaisesti tai väljästi. Analyysin valinnalla haluttiin kuitenkin saada esille mahdollisimman aitoa kuvausta ilmiöstä. Analyysiin varattu riittävän pitkä aika mahdollisti aineiston läpikäymisen useamman kerran. Aineiston keruu perustui ennakkoon valituille teemoille, jotka antoivat haastateltaville mahdollisuuden esittää omia näkökulmia.

## 5.5 Jatkotutkimusaiheita

Kunnissa on edelleen menossa kunta- ja palvelurakennemuutos, jossa on muodostumassa hyvinkin erilaisia yhteistoiminta-alueita. Valtakunnassa on käyty keskusteluja myös sairaanhoitopiirien yhdistämisistä laajemman väestöpohjan alueiksi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen rakennemuutoksissa jää helposti taka-alalle, vaikka se kuuluu kuntatalouden suurimman menoerän, sosiaali- ja terveydenhuollon, perustehtäviin ja on valtakunnan tason ohjeistuksissa nostettu keskeiseksi huomioon otettavaksi asiaksi. Tässä tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä poikkihallinnollista yhteistyötä kunnassa sekä kunnan ja terveydenhuollon välillä. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Päättäjien ja viranhaltijoiden asenne ja kiinnostus hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on ratkaisevassa asemassa siinä, miten se näkyy päätöksenteossa. Mielenkiintoista olisi selvittää, mitkä muut tekijät kuin henkilökohtainen kiinnostus, vaikuttavat asenteeseen tarkastella hyvinvointiasioita.
2. Terveyden edistämisen arvoperustaa yhteistyörakenteessa olisi mielenkiintoista jatkossa selvittää. Näkökulmana voisi olla organisaation arvojen näkyminen johtamisessa, suunnittelussa, toiminnassa ja arvioinnissa.
3. Terveyden edistämisen johtamismallien käytännön toteutukset vaihtelevat. Mielenkiintoista olisi selvittää terveyden edistämisen johtamismallien vaikutuksia päätöksentekoon ja toimintaan.
4. Terveyden edistämisen asiat tulisi ottaa käsittelyyn siellä, missä ne nousevat esille. Millaiselta näyttää substanssiosaamisen ja asiantuntijoiden yhteistyön näkökulmasta johtaminen, jonka osana on terveys ja hyvinvointi?
5. Terveyden edistämisen prosessin kuvaus osana kuntatalouden prosessia.

6. Miten voitaisiin kehittää kaikkein heikoimmassa asemassa olevien kuntalaisten osallistumismahdollisuuksia?

## LÄHTEET

Aaltola, J. ja Valli, R. (toim.). 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Eskola, J. ja Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. ja Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fogelhom, M. 2008. Vihanneksia lapsille ja köyhyys pois – tavoittelevatko terveysohjelmat liikoja? Suomen lääkärilehti 6/2008, 1519 – 1521.

Hallitusohjelma 1999. Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 15.4.1999. Viitattu 12.11.2009. <http://www.statsradet.fi/tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/hallitusohjelmat/vanhat/lipponenII/fi.jsp>

Hirsjärvi, S. ja Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko ja Sajavaara, Paula. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Häkkinen, E. 2007. Terveystutkimus ja sen johtaminen sairaalahoitoyksikön kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto: yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö. 2006. Kuntayhtymävaltuusto 9.10.2006.

Johnson, A. ja Baum, F. 2001. Health promotion hospitals: a typology of different organisational approaches to Health Promotion (s. 281 – 287). Health promotion International 16 (3).

Kansanterveyslaki (928/2005). Viitattu 16.8.2009. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Kuntalaki (365/1995). Viitattu 16.8.2009. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Kylmä, J. ja Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy.



Laki terveydenhuollosta 2008. Teoksessa Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltotöitä käsittelevä ammattilehti Sosiaalinen terveys ja terveyspalvelut 2008:28, 129 – 151.

Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto.

Liimatainen, L. 2006. Näyttöön perustuva hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luento 24.10.2006.

Liimatainen, L., Ryttyläinen, K., Ylönen ja Minkkinen 2007. Teoksessa Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. Perttilä, K. ja Uusitalo, M. 2007. Stakes raportteja 4/2007, 34 – 39.

McBride, A. 1994. Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses (s. 92 – 100). Journal of Advanced Nursing 20.

Mäki-Lohiluoma K-P., Pekola-Sjöblom M. ja Ståhlberg K. 2005. Kuntalaisten valta ja valinnat. Kunta Suomi 2004. Tutkimuksia nro 13. Viitattu 5.9.2009. [www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;348;29462;31507;43013;43061](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;348;29462;31507;43013;43061).

Nelimarkka, K. ja Kauppinen, T. 2007. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Stakes oppaita 68.

Ojuva, U. 2007. Hallinnot kunnossa – vyötäröt kaventuneet. Teoksessa Itä-Savon sairaanhoitopiirin henkilökuntalehti Syke 2/2007, 20 – 21.

Ojuva, U. ja Renfors, T. 2009. Kokemuksia terveyden edistämisen yhteistyörakenteesta Itä-Savossa. Kanerva-KASTE –hankkeen tiedote 2/2009. Viitattu 5.9.2009. <http://www.kanervakaste.fi/files/tied2.pdf>

Ollila E., Lahtinen E., Melkas, T., Wismar, M., Ståhl, T. ja Leppo, K. 2006. Towards a healthier future. Teoksessa Health of All Policies – Prospects and Potentials 2006. Edited by Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen E. and Leppo, K. Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, 269 – 279.

Pekurinen, M., Junnila, M., Idänpää-Heikkilä, U. ja Wahlbeck, K. 2006. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveystalujen järjestämisen malli. Stakes. Vaajakoski.

Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K., ja Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006.

Perttilä, K. 2006. Terveyden edistämisen johtaminen kunnassa ja alueellisesti. Toimintamallit ja käytännöt. Esitys 4.9.2006 Stakes.

Perttilä, K. 2006. Terveyden edistämisen rakenteet ja käytännöt – johtaminen ja työvälit. Terveys kannattaa – sanoista tekoihin –aluekierroksen taustamateriaali.

Perttilä, K. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen uudistuvissa rakenteissa. Terve Kunta –päivät 24.1.2007. Luentomateriaali. Stakes.

Perttilä, K. ja Uusitalo M. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa – rakenteet ja johtaminen kehittämisen haasteena. Teoksessa Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. K. Perttilä ja M. Uusitalo. Stakes raportteja 4/2007, 21 – 25.

Perttilä, K. ja Uusitalo, M. 2007. Pohdinta. Teoksessa Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. K. Perttilä ja M. Uusitalo. Stakes raportteja 4/2007, 96 – 100.

Perttilä, K. ja Uusitalo, M. 2007. Terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen kuntajohdon kuvaamana. Teoksessa Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. K. Perttilä ja M. Uusitalo. Stakes raportteja 4/2007, 66 – 78.

Perttilä, K, Uusitalo, M ja Kautto, S. 2007. TEJO kehittämishankkeena. Teoksessa Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. K. Perttilä ja M. Uusitalo. Stakes raportteja 4/2007, 26 – 33.

Perttilä, K. 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen – KASTE – tavoite ja yhteinen toimintamalli kaikille tasoille. ISO/ Etelä-Savon maakuntajaosto 19.3.2009. Savonlinna 19.3.2009, esitys.

Päivärinne, M. 2007. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, IVA. Teoksessa Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä Salon seudulla. Toim. Leino, I. ja Wiirilinna, U. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 57, 114 – 139.

Rahunen, E. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luentomateriaali 8.7.2007.

Rimpelä, M. 2005. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 1. Teoksessa Suomen lääkirlehti 44/2005, 4523 – 4526.

Rimpelä, M. 2007. Kansallisesta hyvinvointipolitiikasta kuntien hyvinvointistrategioihin. Teoksessa. Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. Perttilä, K. ja Uusitalo, M. 2007. Stakes raportteja 4/2007, 12 – 20.

Saaranen-Kauppinen, A. ja Puusniekka, A. 2006. Aineisto- ja teorialähtöisyys. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 18.8.2009.

[www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html).

Saaranen-Kauppinen, A. ja Puusniekka, A. 2006. Ryhmähaastattelu. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 18.8.2008.

[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_4.html).)

Savola, E. ja Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 3/2005. Helsinki.

Siltaniemi, A., Perälähti, A., Eronen, A., Londén, P. ja Peltosalmi, J. 2008. Hyvinvointi ja osallisuus Itä-Suomessa. Kansaliskyselyn tuloksia. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Viitattu 10.5.2009. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet).

Sosiaali- ja terveyden huollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE -ohjelma 2008-2011). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Viitattu 10.5.2009 [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net).

Talousarvio 2009. Itä-Savon sairaanhoitopiirin talousarvio 2009 ja taloussuunnitelma 2009-2011. Sosteri-perustietoa, Toiminta-ajatus ja arvomme. Viitattu 17.6.2009. [www.isshp.fi](http://www.isshp.fi).

Tejoko –hankkeen loppuraportti 2009. Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien terveyden edistämisen yhteistyörakenteiden ja johtamiskäytäntöjen kehittäminen –hanke 1.3.2007 – 31.1.2009. Toim. U. Ojuva. Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Viitattu 17.6.2009. <http://www.isshp.fi>.

Uusitalo, M. ja Perttilä, K. 2007. Terveyden edistäminen kunnissa. Teoksessa Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Toim. Perttilä, K. ja Uusitalo, M. 2007. Stakes raportteja 4/2007, 57 – 59.

Vilka, H. 2007 Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Proma Oy.

WHO, 1998. Health Promotion Glossary. Viitattu 21.8.2009.  
[www.wpro.who.int/hpr/docs/glossary.pdf](http://www.wpro.who.int/hpr/docs/glossary.pdf)

WHO, 1986. Ottawa, Canada. Viitattu 21.8.2009.  
[www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Wiili-Peltola, E. 1999. Terveyden edistäminen suomalaisissa sairaaloissa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos.

Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. ja Perttilä, K. 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakes/ Työpapereita 16/2008.

# LIITTEET

## LIITE 1. TUTKIMUSLUPA

Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ky.  
Keskussairaalan tie 6  
57120 Savonlinna  
puhelin (015) 581 3737

### Tutkimuslupa-anomus

Tutkimuksen nimi  
Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyöryhmittöiden kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiiriin jäsenkunnissa

#### Tutkimusongelmat

1. Millaisia vaikutuksia terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän toiminnalla on ollut kunnan poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun?
2. Miten terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän toiminta on tukenut kunnallista päätöksentekoa?
3. Miten kuntalaisten osallisuutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa voidaan lisätä?

Tutkimuksen kohde/kohderyhmät  
Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ja sen jäsenkuntien (8) välille perustettujen terveyden edistämisen kuntakohtaisten koordinaatiotyöryhmien kuntaedustajat (n=37).

Tutkimusmenetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa  
Ryhmähaastattelu (8), jossa menetelmänä käytetään teemahaastattelua.

Tutkimuksen suorittajat  
Ulla Ojuva

Puollan/en puolla

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Anomus käsitelty 16.11 2009

Rytyläinen Kati ja Linnala Leena

lupa myönnetty

Opinnäytetyön yhteistyöryhmä

lupa myönnetty seuraavin muutoksin

Hvaksen opinnäytetyön tekemisen

lupa evätty, perustelut

  
Heikki Pylkkänen

 HEIKKI PYLKKÄNEN  
LKT, johtajaylilääkäri  
Itä-Savon sairaanhoitopiiri  
5117774

johtajaylilääkäri

Anomus jätetään kahtena kappaleena

SKS n:o 122 10.01



## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

### Opinnäytetyön/ Tutkimuksen nimi

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyörakenteiden kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa

Tutkimuksen toteuttaja

Ulla Ojuva

### Tutkimukseen osallistujan nimi

---

### Yhteyshenkilö, jolta tutkimuksen osallistujat voivat tarvittaessa pyytää lisätietoja tutkimuksesta

Ulla Ojuva, puh. 044 417 3836

Tiiliniementie 9, 58300 Savonranta

Suostun osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen ja siinä tarvittavien tietojen keräämiseen. Suostumus on annettu vapaaehtoisesti. Minulle on ennen suostumustani annettu tutkimuksesta ja siihen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä informaatiota suostumuslomakkeen liitteenä olevalla informaatiokirjeellä, johon olen tutustunut. Annettu informaatio sisältää selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, sen hyödyistä ja haitoista sekä tutkimuksessa kerättävien henkilötietojen käsittelystä. Voin milloin tahansa peruuttaa tämän suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta tutkimuksen toteuttajalle.

---

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Tutkimukseen osallistuvalla annettu tutkimusta koskeva informaatiokirje, johon tutkimukseen osallistujalla on ennen suostumuksen antamista ollut mahdollisuus tutustua

## LIITE 3. TUTKIMUSINFORMAATIO

15.1.2009

Opinnäytetyön nimi

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyörakenteiden kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa.

Opinnäytetyö on osa tutkintoa, ylempi amk/sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja asiantuntijuus, jonka suoritan Jyväskylän ammattikorkeakoulussa.

### Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien edustajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten uudenlainen terveyden edistämisen organisoituminen on kunnassa vaikuttanut poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun ja miten terveyden edistämisen laaja koordinaatio tukee kunnallista päätöksentekoa.

Tavoitteena on kehittää kuntakohtaisten terveyden edistämistä koordinoivien työryhmien toimintaa siten, että tunnistetaan kehittämiskohteita luodussa yhteistyörakenteessa, poikkihallinnollisessa yhteistyössä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa.

Tutkimuksen **ensisijainen** tavoite on kehittää kuntakohtaisten terveyden edistämistä koordinoivien työryhmien toimintaa. Toissijaisesti tutkimus täydentää Sosterissa toteutettavaa arviointia uuden organisaation toimintavuosista, joka ei sisällä syvällisempää koordinaatiotyöryhmien toiminnan arviointia. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös osana Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien terveyden edistämisen yhteistyörakenteiden ja johtamiskäytäntöjen kehittämishankkeen (2007 – 2009) arviointia. Hankkeen tavoitteenahan oli käynnistää kuntakohtaiset terveyden edistämistä koordinoivien työryhmien toiminta.

### Tiedon keruun toteuttaminen

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kuntakohtaiset terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmien jäsenet. Kohderyhmää voidaan täydentää työryhmän työskentelyssä mukaan olleilla henkilöillä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Aineisto kerätään kussakin kunnassa ryhmähaastatteluna. Aineiston keruu on kertaluonteinen. Haastattelu kestää noin 1½ tuntia. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan ja videoidaan. Tutkimuksessa kerätty aineisto litteroidaan analyysia varten kirjalliseen muotoon. Aineiston kirjalliseen muotoon saattamisen apuna



käytetään ääni- ja videonauhoja, joista jälkimmäisen avulla voidaan tarkentaa epäselvissä tilanteissa oikean haastateltavan tunnistaminen. Haastateltavista käytetään koodeja aineistoa litteroidessa kirjalliseen muotoon. Näin varmistetaan tutkittavien anonymiteetti. Sekä ääninauhat että kuvattu aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

### **Opinnäytetyön ohjaajat**

Ryttyläinen Katri, ThT, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Liimatainen Leena, Tht, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

### **Lisätietoja antaa**

Ulla Ojuva, puh. 044 417 3836

Tiiliniementie 9, 58300 Savonranta

### **Haastatteluteemat ja -kysymykset**

1. Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän vaikutukset kunnan poikkihallinnolliseen hyvinvointisuunnitteluun.
  - i. odotukset työryhmien perustamisvaiheessa ja niiden täytyminen
  - ii. mitä ajateltiin saavutettavan työryhmän toiminnalla?
  - iii. millainen asema työryhmällä ajateltiin olevan?
2. Terveyden edistämisen koordinaatiotyöryhmän tuki kunnalliseen päätöksentekoon.
  - i. miten työryhmän toiminta on edistänyt terveyden ja hyvinvoinnin etenemistä kunnassa?
  - ii. millaisena näette kunnan johtoryhmän roolin?
  - iii. miten terveyden ja hyvinvoinnin tulisi näkyä kunnan johtamisessa ja päätöksenteossa?
  - iv. mitkä ovat pullonkauloja hyvinvointikertomuksen työstämisessä, hyvinvoinnin kiinnittämisessä kunnan talous- ja toimintasuunnitteluun, poikkihallinnollisessa yhteistyössä?

- v. mikä estää ja mahdollistaa poikkihallinnollisen yhteistyön tekemistä?
  - vi. millaista tukea tai apua tarvitaan hyvinvointisuunnitteluun ja poikkihallinnolliseen yhteistyöhön? Keneltä?
  - vii. millaista tukea tai apua tarvitaan hyvinvoinnin näkökulman huomioon ottamisessa päätöksenteossa? Keneltä?
3. Kuntalaisten osallisuus hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa
- i. tämän hetken osallistumismahdollisuudet päätöksentekoon
  - ii. miten osallistumismahdollisuuksia voitaisiin kehittää?
  - iii.** verkostoyhteistyön kehittäminen