

TERVEYDEN EDISTÄMISEN SISÄLTÖ JA MERKITYS
Palvelujen tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä

Haapala Heli
Kuopion yliopisto
Hoitotieteen laitos
Preventiivinen hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2008

KUOPION YLIOPISTO, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Hoitotiede: preventiivinen hoitotiede

HAAPALA HELI: TERVEYDEN EDISTÄMISEN SISÄLTÖ JA MERKITYS.
Palvelujen tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä

Opinnäytetutkielma, 85 sivua, 5 liitettä (6 sivua)

Ohjaajat: Professori, THT Anna-Maija Pietilä ja suunnittelija, TtM Ari Haaranen
Toukokuu 2008

Avainsanat: terveyden edistäminen, päätöksenteko, tilaaja-tuottajamalli

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuntien luottamushenkilöistä koostuvan peruspalveluja tilaavan tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisen sisällöstä ja merkityksestä. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka luottamushenkilöt ymmärtävät terveyden edistämisen käsitteen ja mitkä ovat heidän näkemyksensä terveyden edistämisen toiminnoista ja vastuista. Kiinnostuksen kohteena olivat myös luottamushenkilöiden kuvaukset terveyden edistämisen päätöksenteosta, johtamisesta sekä merkittävimmistä terveyden edistämisen haasteista. Tutkimus kuuluu preventiivisen hoitotieteen tutkimusalueeseen. Tutkimusaineisto kerättiin erään peruspalvelukeskuksen tilaajaorganisaation toimijoilta (n=11) maaliskuussa 2008. Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, joka toteutettiin kuutena ryhmähaastatteluna. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Haastateltavat arvostivat terveyttä ja terveyden ylläpitämistä omassa ja läheistensä elämässä korkealle. Tähän terveyttä arvostavaan näkemykseen rakentuu terveyden edistämiseen liittyvä päätöksenteko kunnissa. Tulevaisuuden näkökulmasta tärkeänä pidettiin uusien sukupolvien kasvattamista terveyttä korostavassa ympäristössä ja terveyttä tavoittelevassa yhteiskunnassa. Haastateltavat pitivät tärkeänä asiantuntijuuden ja osaamisen jakamista sekä paikallisen että alueellisen yhteistyön hyödyntämistä väestön terveyden edistämiseksi. Terveyden edistämisen toiminnallisesti ja taloudellisesti raskasta vastuuta tulee haastateltavien mukaan jakaa useammalle taholle. Haastattelussa nousi esiin huoli kuntien yhä synkentyvästä taloudellisesta tilanteesta, jota meneillään oleva palvelurakenneuudistus tai organisaatiomuutokset eivät tule korjaamaan. Haastateltavien mielestä on pikaisesti tehtävä jotain, jotta kansanterveyttä saataisiin parannettua ja kustannusten kasvua hillittyä. Terveyden ja terveyden suojelemisen haastateltavat kuvasivat kehityksen perustaksi yhteiskunnassa. Terveyttä edistävän näkökulman esille nostaminen päätöksenteossa koettiin velvollisuutena luottamustehtävässä. Haastateltavien mukaan terveyden edistämiseen tarvitaan tavoitteellista, yhteistyöllä toteutettua suunnittelua sekä osaavaa, yli hallinnonrajojen ulottuvaa johtajuutta. Haastateltavat haluavat terveyden edistämisen näkyväksi normaaleihin arjen toimintoihin. Tällä tavoin terveyden edistämisen vaikuttavuus saataisiin paremmin todennettua ja päätöksenteossa rohjettaiisiin kauaskantoisempiin ja investointeja vaativiin ratkaisuihin.

Tutkimustulos antoi ajankohtaista viitettä luottamushenkilöiden terveyden edistämisen sisällön ja merkityksen ymmärtämisestä. Tuloksia voidaan hyödyntää terveyttä edistävien palveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä. Jatkotutkimuksessa tulisi arvioida terveyden edistämisen johtajuutta hoitotieteen näkökulmasta ja terveyden edistämisen toiminnallisen ja taloudellisen vastuun jakamista.

UNIVERSITY OF KUOPIO, Faculty of Social Sciences, Department of Nursing
Science: Preventive Nursing Science

HAAPALA HELI: THE CONTENTS' AND MEANING OF HEALTH PROMOTION.
Views of Doers in a Service Order Organization of Health Promotion

Master's Thesis, 85 pages, 5 appendices (6 pages)

Advisors: Professor, PhD Anna-Maija Pietilä, Coordinator, MNSc, Ari Haaranen
May 2008

Keywords: health promotion, decision-making, model of service order and production

The aim of the study was both to describe how doers in a service order organization of health promotion consisting of municipal elected officials viewed the contents and meaning of health promotion and to find out how these persons holding positions of trust, or elected officials, understand the concept of health promotion and what their views are of the activities and responsibilities within health promotion. A particular interest was also shown both in these elected officials' descriptions of health promotion decision-making and leadership and in the most important challenges of health promotion. The study belongs to the research area of preventive nursing science. The material was gathered from the doers (N=11) of a basic service centre order organization in March 2008. The method used was a thematic interview in the form of six group interviews, and the method of qualitative content analysis was applied to the material.

The interviewees had high regard for health and the maintenance of health in their own lives and in those of their close relatives. It is this view appreciating health that health promotion decision-making in municipalities is based on. For the future it was considered important that new generations should be reared in an environment stressing the importance of health and in a society seeking health. The interviewees considered it important that proficiency and competence should be shared and that both local and regional co-operation should be utilized in promoting the health of the population. According to the interviewees, the responsibility for health promotion, heavy both functionally and financially, must be divided between several quarters. In the interviews, concern was expressed for the economic state of municipalities that is constantly growing gloomier and that will not be remedied by the on-going reform of service structures or by organizational changes. The interviewees thought that something must be done promptly in order to improve public health and to curb the increase of expenses. Health and its protection was regarded by the interviewees as the basis for development in society. In a position of trust, it was looked upon as a responsibility to stress a viewpoint promoting health in decision-making. As judged by the interviewees, health promotion requires goal-oriented planning carried out in co-operation and proficient leadership and management that overlaps bounds between different domains of administration. The interviewees want to make health promotion visible in normal daily activities. It is in this way that the effects of health promotion could be better verified and more far-reaching decisions calling for investments could be ventured in decision-making.

The result of the study provided up-to-date information on how elected officials understand the contents and meaning of health promotion. The results can be used in planning and organizing services that promote health. In the future, research should deal with appraisal of both health promotion leadership from the viewpoint of nursing science and the division of functional and economic responsibility for health promotion.

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusmenetelmät ja aikataulu

Kuvio 2. Luottamushenkilöiden näkemykset terveydestä

Kuvio 3. Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisestä

Kuvio 4. Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen toiminnasta

Kuvio 5. Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen toimijoista

Kuvio 6. Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen vastuusta

Kuvio 7. Kunta ja luottamushenkilöt terveyden edistäjinä

Kuvio 8. Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen päätöksenteosta

Kuvio 9. Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen haasteista

Kuvio 10. Luottamushenkilöiden kuvaama terveyden edistämisen sisältö ja merkitys

LIITTEET

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

Liite 2. Tutkimukseen suostumuslomake

Liite 3. Tutkimuksen taustatietolomake

Liite 4. Teemat luottamushenkilöiden haastatteluun

Liite 5. Analyysiesimerkki haastatteluaineistosta

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	7
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	11
2.1 Terveyden edistämisen moniulotteisuus	11
2.1.1 Terveyden edistäminen käsitteenä	11
2.1.2 Terveyden edistämisen rooli ja tehtävät	15
2.2 Terveyden edistäminen kunnissa	19
2.2.1 Terveyden edistäminen päätöksenteon, suunnittelun ja johtamisen näkökulmasta	19
2.2.2 Terveyden edistämisen ohjelmat toiminnan perustana	21
2.3 Terveyden edistäminen tilaaja-tuottajamallissa	27
2.3.1 Tilaaja-tuottajamallin rakenteista	27
2.3.2 Kokemuksia terveydenhuollon tilaaja-tuottajamallista	28
2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	30
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	33
4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	34
4.1 Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat	34
4.2 Tutkimusaineiston keruu	35
4.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	36
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	38
5.1 Terveyden edistämisen sisällöt	38
5.1.1 Terveys ja terveyden edistäminen	38
5.1.2 Terveyden edistämisen toiminnot ja toimijat	42
5.1.3 Terveyden edistämisen vastuu	46
5.2 Terveyden edistämisen merkitys	50
5.2.1 Terveyden edistämisen päätöksenteko	50
5.2.2 Terveyden edistämisen johtaminen	57
5.2.3 Terveyden edistämisen haasteet	59
5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista	63

6 POHDINTA	66
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	66
6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	73
6.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja aiheet jatkotutkimukselle.....	78
LÄHTEET.....	79
LIITTEET	

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on terveyden edistämisen kuvaaminen laaja-alaisena ilmiönä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kuntien poliittisista päättäjäistä koostuvan peruspalveluja tilaavan tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä eräässä peruspalvelukeskuksessa. Tässä tutkimuksessa tilaajaorganisaation toimijasta käytetään nimitystä luottamushenkilö. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka luottamushenkilöt ymmärtävät terveyden edistämisen käsitteen, ja mitkä ovat heidän näkemyksensä terveyden edistämisen toiminnoista ja vastuista. Kiinnostuksen kohteena on myös se, miten luottamushenkilöt kuvaavat terveyden edistämisen päätoksentekoa, johtamista sekä merkittävimpiä terveyden edistämisen haasteita.

Tutkimus kuuluu preventiiviseen hoitotieteen alaan. Terveyden edistämistä hahmottavan tutkimukseen löytyi selkeä tarve kuntien ja organisaatioiden palvelurakenteen muros- vaiheessa. Hoitotieteessä tästä näkökulmasta aikaisemmin tehty tutkimus on vähäistä (vrt. Perttilä 1999; Poikajärvi & Perttilä 2006; Koskinen-Ollonqvist 2007). Tutkijan mielenkiinto tutkittavaa ilmiötä kohtaan sekä terveyden edistämisen toimintojen järjestäminen nyt ja tulevaisuudessa, ovat toimineet haasteellisena ja motivoivina tekijöinä sekä perusteluina tämän tutkimuksen toteutukselle.

Tällä hetkellä terveyden edistäminen on suosittu puheenaihe poliitikkojen ja virkamiesten keskuudessa. Terveyden edistämisen vaikuttavuutta ja yhteiskunnalle koituvia säästöjä ei kuitenkaan ole niin helppo mitata, kuten esimerkiksi sydämen ohitusleikkausten vaikuttavuutta. Melkaksen (2005) mukaan kunnilla on edelleen perusvastuu väestön hyvinvoinnin edistämisestä. Hän viittaa lausunnossaan eduskunnalle annettuun hallituksen esitykseen kansanterveystilain muutoksesta, jossa tarkennettiin kuntien tehtäviä terveyden edistämässä. (Salo 2005.)

Terveyden edistäminen ei ole vain terveyden- ja sosiaalihuollon asia. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton organisoiman terveyden edistämisen aluekierroksen (2007) yhteydessä korostettiin sitä, että erityisesti kuntien poliittinen johto pitäisi saada vakuuttamaan terveyden edistämistyön tärkeydestä. Terveyden edistäminen koskettaa kaikkia kunnan toimialoja opetustoimesta kaupunkisuunnitteluun. Vertio (2006)

velvoittaisi kuntia olemaan aloitteentekijöinä ja kokoamaan yhteen kaikki terveyttä edistävät toimijat kuntien sisällä, myös järjestöjen osaaminen tulisi hyödyntää kuntalais-ten terveyden hyväksi. Terveyden edistäminen ei ole kuitenkaan innostanut kuntia. Kunnille on tehty ohjelmia ja suosituksia monien sairauksien ehkäisemisestä, mutta vain harvat kunnat noudattavat niitä. Luottamushenkilöt ovat käsitelleet niiden soveltamista harvemmassa kuin joka kymmenennessä kunnassa. Selvityksessä (STAKES 2006) mukana ollut Rimpelä totesi, että ehkäisevä terveydenhuolto mielletään kunnissa vain terveyskeskusten asiaksi. Terveyden suojeluun tarvitaan laajempaa otetta, ja siksi Rimpelä kaipaakin luottamushenkilöitä käsittelemään sitä.

Terveyttä edistäviä päätöksiä tarvitaan yhteiskunnan kaikilla sektoreilla ja tasoilla. On tärkeää, että päättäjät ja vaikuttajat tunnistavat ne tekijät, joilla terveyteen ja terveys-eroihin on mahdollista kansallisella ja paikallisella poliittisilla päätöksillä vaikuttaa, korosti Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ohjelmajohtaja Perho esitelmässään tammikuussa 2008 Terve Kunta-päivillä. Ennaltaehkäisyn on nähty tulevan pitemmällä aikavälillä ratkaisevasti halvemmaksi kuin sairauksien hoidon.

Politiikkaohjelma painottaa terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen omaksumista eri päätöksenteon tasoilla sekä terveyden edistämisen rakenteiden vahvistamista lainsäädännössä ja kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Terveyttä edistävän tiedon välittäminen ja osaamisen vahvistaminen nähdään Perttilän (2007) mielestä keskeisinä terveyden ja väestön hyvinvoinnin edistämisen keinoina. Samat teemat hän toteaa olevan tukipilareina myös kansainvälisessä terveyden edistämisen kehittämistyössä (vrt. WHO Bangkok Charter 2005).

Terveyden edistäminen on määritelty prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä (WHO 1986). Tämä prosessi voi sisältää hyvin erilaisia toimintoja ulottuen yksittäisten ihmisten terveyskäyttäytymisestä laajoihin yhteisötason ohjelmiin (Perttilä 1999.) Väestön terveyden edistäminen on keskeinen sosiaali- ja terveystieteellinen tavoite Suomessa. Valtioneuvoston hyväksymä Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) toimii kehyksenä yhteiskunnan eri politiikkalohkojen terveyttä edistävälle toiminnalle. Ohjelman mukaan kansanterveyteen vaikutetaan merkittävästi paitsi terveydenhuollon toimenpiteiden avulla myös elämäntapojen, elinympäristön, elinolo-

jen ja yhteisön terveyttä tukevien tekijöiden kautta. Kansanterveysohjelman toimenpide-
linjaukset jäsentyvät elämänkulun eri vaiheiden ja siirtymäkohtien mukaan. Terveyden
edistäminen nähdään osaksi yhteiskuntapolitiikkaa.

Laatusuositukset ovat eräs sosiaali- ja terveyspolitiikan informaatio-ohjauksen muoto.
Terveyden edistämisen laatusuositus (STM 2006) laadittiin paikallisen ja alueellisen po-
litiikan, päätöksenteon ja operatiivisen suunnittelun työvälineeksi. Suositukset koskevat
terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja
työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. Suosituksessa so-
velletaan terveyden edistämisen kehikkona Maailman terveysjärjestön (WHO) Ottawan
julkilausumassa (Ottawa Charter 1986) käytettyä terveyden edistämisen toimintalinjojen
luokittelua.

Kuntien toiminnassa suositus merkitsee terveyden edistämisen hyväksymistä kuntapoli-
tiikan toimintalinjaksi, jossa terveystieteelliset otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa
ja kaikilla toimialoilla. Terveyden edistämisen tavoitteet; väestön terveyden lisääminen,
sairauksien ehkäisy ja eri väestöryhmien terveyserojen kaventaminen, mielletään koko
kunnan tehtäväksi. Käytännössä se tarkoittaa sitoutumista, joka vahvistetaan kuntastra-
tegiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa, jossa mitattavissa olevat tavoitteet
hyväksytään. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä Maailman terveysjärjestön Euroopan
Aluetoimisto (WHO/EURO) arvioi vuonna 2002 Suomen terveyden edistämisen järjes-
telmän nykytilaa ja tulevaisuuden mahdollisuuksia. Arviointi osoitti, että Suomen terve-
yspoliittinen ajattelu ja suunnittelu ovat vahvalla pohjalla. Hallinnonalojen välistä yh-
teistyötä tulisi kuitenkin kehittää edelleen ja varmistaa henkilöresursseja suunnitteluun,
johtamiseen, käytännön terveyden edistämistyöhön ja käynnistää terveyden kannalta
merkityksellisiä hankkeita. Arvioinnissa kehoitettiin Suomea toteuttamaan järjestelmälli-
sesti Terveys 2015-ohjelmaa ja varmistamaan, että valtakunnallisen tason ratkaisut tu-
kevat ja helpottavat paikallista terveyden edistämistoimintaa.

Hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveyden-
tilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Ohjelma keskittyy ongelmien ennal-
taehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. ”Terveys on ihmisen elämän tärkeimpiä arvoja.

Se on myös Suomen menestyksen kilpailutekijä, sillä kansanterveys on tärkeä taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen kehityksen kulmakivi”, painotetaan hallituksen politiikkaohjelman tavoitteissa 5.12.2007.

Valtioneuvoston tiedotteen (5.12.2007) mukaan politiikkaohjelma pureutuu terveyden edistämisen rakenteiden vahvistamiseen kunta- ja palvelurakennemuutoksessa (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007), valtionhallinnossa ja työelämässä. Tavoitteena on kirjata valmistetavassa terveydenhuoltolaissa sekä kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeen (PARAS-hanke) jatkovalmistelussa selkeät terveyden edistämisen vastuut ja velvoitteet. Tiedotteen mukaan terveyden edistämisen yhteiskunnallinen ja taloudellinen merkitys pyritään tuomaan viestinnän ja koulutuksen keinoin tietoisuuteen. Tuloksellisimmat terveyden edistämisen hankkeet, uudet työkäytännöt ja toimintamallit tulee ohjelman mukaan tuottaa, levittää ja sopeuttaa osaksi käytännön toimintaa.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman keskeisenä päämääränä on viedä eteenpäin ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelua eli terveysnäkökohtien huomioon ottamista yhteiskunnan kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa. Terveyttä edistäviä päätöksiä tarvitaan yhteiskunnan kaikilla sektoreilla ja tasoilla. Toimivaa ja tehokasta perusterveydenhuoltoa pidetään terveyden edistämisen kivijalkana. Kansalaisjärjestöillä on kuitenkin tärkeä tehtävä vertaistuen antajina, yhteisöllisyyden vahvistajina ja uusien toimintamuotojen kehittäjinä. Politiikkaohjelmassa painotetaan yhteistyötä eri terveyttä edistävien toimijatahojen kesken. Terveyden edistäminen nähdään laaja-alaisena poikkihallinnollisena toimintana, jossa ovat mukana valtionhallinto, kunnat, järjestöt, elinkeinoelämä ja ihmiset itse. (Perho 2007.)

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Terveyden edistämisen moniulotteisuus

2.1.1 Terveyden edistäminen käsitteenä

Terveyden edistäminen on laaja ja monenlaista toimintaa sisältävä ala, jonka yksiselitteinen määrittely on vaikeaa. Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005) määrittelevät terveyden edistämisen arvoihin perustuvana tavoitteellisena ja välineellisenä toimintana ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi, jossa toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. Maailman terveysjärjestön (WHO 1948) mukaan terveys ei ole ainoastaan sairauksien tai toimintavajavuuden puuttumista vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. WHO:n Ottawan asiakirjassa (1986) terveys nähdään kaikkien oikeutena ja jokapäiväisen elämän voimavarana eikä vain elämän päämääränä. Vertio (2003) mukaan terveyden edistäminen taas ymmärretään ensisijaisesti terveyspolitiikan toimintalinjaksi, joka tulisi olla hallitseva yleisestä yhteiskuntapolitiikasta sairaanhoitoon. (Vertio 2003; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Ihmisten hyvinvointia ei voi tiivistää yhteen määritelmään tai mittariin. Hyvinvointi koostuu monista tekijöistä, joihin kuuluu sekä objektiivisesti mitattavia asioita että subjektiivisia arvostuksia ja tunteita. Objektiivisiksi hyvinvoinnin osatekijöiksi luetaan yleensä terveys, elinolot ja toimentulo. Subjektiiivisen hyvinvoinnin osatekijöiksi mainitaan Moision kumppaneineen tekemässä (2008) raportissa sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen ja onnellisuus. Hyvinvoinnin objektiivisten ja subjektiivisten osatekijöiden katsotaan yleensä vahvistavan toinen toisiaan. Hyvä terveys, korkea elintaso ja turvattu toimeentulo heijastuvat subjektiivisena hyvinvointina. Tietty perustarpeet tyydyttävä minimielintaso on tutkijoiden mukaan välttämätön ehto subjektiiviselle hyvinvoinnille. Moision ym. (2008) mukaan hyväkään terveys, korkea elintaso ja turvattu toimeentulo eivät välttämättä takaa subjektiivista hyvinvointia. Tähän samaan ilmiöön ovat myös Carlisle ja Hanlon (2008) perehtyneet selvittäessään ihmisten hyvinvoinnin ja kulutus-kulttuurin yhteyksiä ja seurauksia. Tutkimuksen mukaan ihminen voi elää onnellisena niukoissakin olosuhteissa ja taloudellisessa epävarmuudessa, mikäli hän saa elämänsi-

sältönsä muista kuin materiaalisista tekijöistä. (Carlisle & Hanlon 2008; Moisio, Karvonen, Simpura & Heikkilä 2008.)

Vuonna 2005 Bangkokissa esiteltiin terveyden edistämisen suunta, joka poikkesi radiokaaliudessaan huomattavasti Ottawan (1986) kokouksen päätöksistä, joissa terveyden edistämisen kenttänä nähtiin pääsääntöisesti perusterveydenhuolto. Terveyden edistäminen toimintoinen, lupauksineen ja sitoumuksineen kohdennettiin maailmanlaajuisesti koskemaan kaikkia. Bangkokin julistus ja terveyttä määrittävien tekijöiden (*determinants of health*) voimakas esille nostaminen keskustelutti silloin ja keskusteluttaa edelleenkin (vrt. Länsimies 2008; Mittelmark 2008) eri alan asiantuntijoita kaikkialla maailmassa niin eettisessä, poliittisessa, sosiaalisessa kuin taloudellisessa mielessä. Julistuksesta jäi pohdittavaksi haaste yhteiskunnalle siitä, millaista maailmaa ympärillemme olemmekaan rakentamassa (Tang, Beaglehole & O'Byrne 2005; Porter 2006; Länsimies 2008; Mittelmark 2008.)

Terveyden edistäminen käsitteenä on laaja-alainen. Terminologia on vaikeaselkoista ymmärtää ja usein vielä muilta tieteenaloilta lainattua. Yhteisen kielen ja sanaston käyttöön on pari vuosikymmentä sitten julkaistu WHO:n Health Promotion Glossary. Kokoelma julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1986 (Nutbeam 1986) lähinnä helpottamaan keskustelua ja viestintää Yhdistyneitten kansakuntien ja muiden terveyden edistämisen organisaatioiden ja toimijoiden kesken. Sanasto on käännetty seitsemälle eri kielelle ja sitä on tarkennettu ja päivitetty 12 vuoden välein, viimeksi vuonna 1998. Smith, Tang ja Nutbeam (2006) perustelevat artikkelissaan julkaisua sillä, että oman sanaston avulla pystytään terveyden edistämisen käsitteistö erottamaan muusta terveystieteistä ja että, sanastolle löytyy oma erityinen merkitys tai käyttötarkoitus juuri terveyden edistämisen alueella. Yhteinen sanasto on laadittu helpottamaan terveyden edistämisen ymmärrystä, viestintää ja yhteistyötä eri puolilla maailmaa. WHO jatkaa sanaston päivitystä säännöllisin väliajoin, jotta se palvelisi parhaiten kansainvälisiä käyttäjiä. (Smith, Tang & Nutbeam, 2006.)

Terveyden puolesta puhuminen (*advocacy for health*) on yksi keskeisimmistä terveyden edistämisen tavoitteista. Carlislen (2000) mukaan käsite on kuitenkin ristiriitaisesti ja monella tapaa määritelty ja käytetty. Perinteisesti hoitaja on ollut potilaan puolestapuhuja ja suojelija, mutta nykyään tulee puhua kaikkien tarvitsevien hyvinvoinnin puolesta.

Terveyden puolesta puhuminen on terveyden edistämisen käytännön toimintaa selkeästi kuitenkin edelleen. Vertion (2003) mukaan terveystieteen ammattilaisilla on päävastuu toimia terveyden puolestapuhujina kaikilla yhteiskunnan tahoilla. Laatimansa kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella Carlisle (2000) kehottaa puhumaan terveyden puolesta laajalti myös päättäjille niin kansallisella kuin kansainvälisilläkin tasoilla. Tällä tavoin terveyden edistämisen organisaatioiden roolia tuodaan enemmän esille ja terveyden edistämisen asemaa kohotetaan.

Viidennessä maailmanlaajuisessa terveystieteiden konferenssissa Meksikossa (2000) kerrottiin tehokkaan viestinnän kehittäneen kykyä terveyden lukutaitoon (*health literacy*). Ratzan (2001) kirjoittaa esseessään markkinoinnin, viestinnän, koulutuksen, neuvonnan ja sosiaalisen pääoman (*social capital*) myötävaikutuksesta terveyden lukutaidon kehittymiselle. Kickbusch (2001) on kuitenkin huolissaan terveyden ja ihmisten eriarvoisuudesta maailmassa ja vielä niin yleisestä lukutaidottomuudesta. Artikkelissaan hän mainitsee maailmassa olevan suuren määrän ihmisiä, joita nykyteknologia ei saavuta. Media, joka on nykyään myös terveyteen ja hyvinvointiin liittyvän tiedon tärkeimmistä viestintäkanavista, ei tavoita mm. kehitysmaiden kansalaisia. Yhä edelleen tarvitaan perinteistä terveyskasvatusta, josta Nutbeam (2000) kertoo terveyden lukutaidon itse asiassa saaneen alkunsa. Nutbeamin artikkelissa mainitaan kolme terveyden lukutaidon tasoa: peruslukutaito, vuorovaikutuksellinen terveyden lukutaito ja kriittinen terveyden lukutaito. Tehokas huomion kiinnittäminen terveystietoon mahdollistaa Nutbeamin mukaan ihmisen omavaraistumiselle (*empowerment*) eli kyvyille ja mahdollisuudelle toimia joustavasti ja mahdollisuudelle luoda myös itse uusia terveyttä edistäviä ratkaisumalleja. Terveyden lukutaitoa pitää myös Toofany (2007) mahdollisuutena itsensä hoitamiseen ja vastuun ottamiseen terveydestään. Kickbuschin (2001) mielestä terveyden lukutaito perusterveydenhuollon investointina ja terveyttä lisäävänä strategiana tarvitsee pitkäkestoisia sitoutumista, vahvaa yhteistyötä ja voimallista asioiden puheeksi ottamista maailmanlaajuisesti.

Yleisesti suomalaisten toimintakyky, terveydentila ja sosiaalinen hyvinvointi ovat parantuneet, mutta samalla tuloerot ja eri väestöryhmien väliset erot ovat yhä edelleen kasvaneet. Tämä tulee ilmi joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisemasta Sosiaali- ja terveystieteiden raportista (2006). Väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon ohella monien muiden päätöksin ja

toimenpitein. Monet sairaudet painottuvat huonommassa sosiaalisessa asemassa oleviin väestöryhmiin (vrt. Kickbusch 2001; Lehtelä 2006; Eronen ym. 2008; Moisio ym. 2008). Tämä on koko väestön terveyden kehityksen riski. Sosiaali- ja terveystieteen mukaan väestöryhmien väliset erot ovat nousseet esille myös Euroopan unionissa, Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) tuorein raportti osoittaa, että myös palvelujen saannissa esiintyy eriarvoisuutta. Tapaa vaikuttaa väestöryhmien väliin eroihin ei ole löydetty ja ongelma on maailmanlaajuinen. Terveyseroihin vaikuttamiseen tarvitaan siis edelleen ja lisääntyvästi monen sektorin laajaa yhteistoimintaa.

Kuntien ja järjestöjen terveyden edistämisen nykytilaa kartoittava ja tulevaisuuteen suuntaavaan terveysbarometrin (2007) mukaan terveyden edistämisen toimintasisällöt painottuvat kunnissa ja järjestöissä jonkin verran erilailla. Terveyden edistämisen toimintasisältöjen merkityksen arvioitiin kuitenkin tulevaisuudessa kasvavan; erityisesti sen tiettyjen osa-alueiden merkitys tulee kasvamaan. Kyselyssä kuntien terveysjohtajat nostivat voimakkaimmin esiin elintapoihin ja terveystietoisuuteen liittyviä asioita, kunnanjohtajat yhteisöllisiä tekijöitä ja järjestöjohtajat sosiaaliseen epätasa-arvoon vaikuttamista. Merkityksen kasvua on ennakoitu aiemmissakin kyselyissä. Terveyden edistämiseen haluttaisiin panostaa, mutta syystä tai toisesta se ei ole mahdollista. Tutkijoiden mukaan syy voi olla se, että runsaskaan keskustelu terveyden edistämisestä ei näy käytännön toimintana. Parviainen ja kumppanit (2007) toteavat terveyden edistämisen näkyvän juhlapuheissa, mutta käytännössä siihen ei osoiteta varoja tai se jää päätöksenteossa ja talouspoliittisessa keskustelussa sairaanhoitopalvelujen saatavuudesta ja voimavarojen riittämättömyydestä käytävän keskustelun varjoon. (Poikajärvi & Perttilä 2006; Parviainen, Laari, Malinen, Mikkonen & Saikkonen 2007.)

Vaikka terveyden edistäminen -käsitteessä määritellään terveyttä edistävän toiminnan kuuluvan myös jo sairastuneille, näkyy se laiminlyödyn terveyden edistämisen käytännön toiminnoissa (Buetow & Kersen 2001). Oikeus ja mahdollisuus terveyttä edistävään toimintaan kuuluvat edelleen kaikille väestöryhmille, vaikka terveyden edistämisen interventiot jo sairastuneilla saattavat olla erilaisia kuin terveillä henkilöillä. WHO kutsui koolle vuonna 1992 erityisen työryhmän pohtimaan kroonisesti sairaiden henkilöiden terveyden edistämistä. Tämä oli Buetown ja Kersen mukaan alkusysäys jo sairaiden henkilöiden terveyttä edistävän toiminnan käynnistymiselle.

Koskinen-Ollonqvist työryhmineen (2007) tarkasteli kuuden vuoden aikana tuotettuja väitöskirjoja, jotka valittujen kriteerien pohjalta sivusivat terveyden edistämistä. Raeburnin & Rootmanin (1997) ja Ruuskasen (2001) väitöskirjatutkimuksista ilmeni, että yhteisön terveyden edistämiseen tähtäävä prosessi on sitä vahvempi ja vaikuttavampi, mitä enemmän ihmisiä on osallisena ja mitä paremmin osallistujat edustavat kaikkia yhteisön sosiaaliryhmiä. Yleensä ne ihmiset, joille olisi eniten hyötyä terveyden edistämisestä, osallistuvat vähiten. Tämä johtuu usein vähäisestä henkisestä, taloudellisesta tai sosiaalisesta pääomasta. Yhteenkuuluvuuden tunne on tärkeä terveyttä edistävien tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Se on myös luottamuksen ja vuorovaikutuksen ohella sosiaalista pääomaa tuottava tekijä. Osallistuminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet sitouttavat ihmisiä, todetaan tutkimuksissa. Sitoutuminen puolestaan on välttämätöntä ihmisten omien voimavarojen rakentelussa. (Koskinen-Ollonqvist 2007; Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen & Tamminiemi 2007.)

2.1.2 Terveyden edistämisen rooli ja tehtävät

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveyden edistämisen laatusuositus (STM 2006) määrittää terveyden edistämisen olevan terveystieteiden huomioimista eri hallinnonalojen toiminnassa. Keskeisiä laatusuosituksen mukaisia perusmääritteitä terveyden edistämiseksi ovat hallinnonrajat ylittävä vastuu, toiminnan kattavat johtamisjärjestelmät, sovitut johtamiskäytännöt ja palvelujen organisointi sekä toimintakäytännöt.

Terveyden edistämisen barometrin (2007) tulokset antavat aiheetta optimismiin terveyden edistämiseksi, mutta osoittavat samalla myös monia merkittäviä haasteita. Myönteistä on, että sekä kunnissa että järjestöissä vallitsee edelleen myönteisyys terveyden edistämistä kohtaan. Haastetta tähän hyvään perusasetelmaan tuo se, että barometrin tulokset vahvistavat eri toimijoiden ymmärtävän terveyden edistämisen sisällöllisesti ja toiminnallisesti eri tavoin. Johdonmukaisesti etenevien päätöksenteko- ja käytännön toimintaprosessien sijasta terveyden edistäminen näyttää liian yksittäisinä ja jopa sattumanvaraisina toimintoina. (Parviainen ym. 2007.)

Perttilän (1999) väitöskirjatutkimuksessa noin kolmannes päättäjistä kuvasi terveyden edistämistä terveystieteiden tutkimuksena tai terveystieteiden palveluina. Perttilän tutkimuksessa kuntien

suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa terveyden edistämistä mainittiin terveydenhoidon suunnitelmien yhteydessä ja terveyden edistämiseen viitattiin useimmiten säästämiseen ja henkilöstön vähentämiseen liittyvissä keskusteluissa. 1990-luvun alun lama pakotti kuntien päättäjät ja asiantuntijat pohtimaan, miten eri hallinnonalat voisivat toimia parhaiten yhdessä niin, että kuntalaisten terveys säilyisi mahdollisimman hyvänä ja uhkaavat seikat havaittaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällöin lisääntyi kunnan viranhaltijoiden, kuntalaisten, kansalaisjärjestöjen, oppilaitosten, elinkeinoelämän ja muiden paikallisten toimijoiden yhteistyö. Kuntalaisten omavastuu- ja lähiyhteisöjen hyvinvointivastuu kasvoivat. Talouslaman jälkeinen kuntasuunnittelu perustui lähinnä selviytymisstrategioihin. Niukka talous johti silloin siihen, että henkilökuntaa vähennettiin juuri ehkäisevästä työstä. Laman seurauksena henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen ja ehkäisevän työn käytäntöjen uudistamisen tarve ovat olleet suuri haaste erityisesti koulutukselle. (Perttilä 1999.)

Tiukka taloudellinen tilanne ja henkilöstöressurssien riittämättömyys näkyi edelleen vuonna 2004 kunnanjohtajille ja luottamushenkilöille suunnatussa kyselyssä (Poikajärvi & Perttilä 2006). Samankaltaisia näkemyksiä olivat esittäneet terveyskeskusten ylilääkärit hieman aiemmin Rimpelän (2004) tutkimuksessa. Ylilääkärit nimesivät varsin yleiseksi esteeksi muiden asioiden kokemisen tärkeämmäksi kuin terveyden edistämisen. Pohjois-Amerikassa perhelääkäreihin kohdennetulla tutkimuksella kartoitti Hudon ja työryhmä (2004) ehkäisevän työn integroimista normaaliin lääkärin vastaanottotyöhön. Tämän tutkimuksen tulos osoitti, että ehkäisevään työhön ei lääkäreillä välttämättä riitä ylytyöllistettyinä aikaa eikä motivaatiota ja terveyden edistämisen hyötyä tai arvoa ei tunnusteta. (Hudon, Beaulieu & Roberge 2004.)

Casey (2007) havainnoi ja haastatteli Irlannissa akuuttiosaston sairaanhoitajia selvittääkseen hoitajien käsityksiä ja näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tutkimus osoitti akuuttiosastolla työskentelevien sairaanhoitajien tiedot terveyden edistämisestä rajalliseksi. Terveyden edistäminen miellettiin lähinnä kuntouttamisena ja yksittäiselle henkilölle kohdennettuna toimintana. Terveyden edistämisen kirjausta suoritettiin satunnaisesti, jos siihen oli aikaa. Tutkimustulos antaa haastetta hoitotyön terveyden edistämisen koulutukselle, johtamiselle sekä organisaatioille terveyden edistämisen kulttuurin luomiseen. (Casey 2007.)

Terveyttä edistävän kulttuurimuutoksen tulee lähteä organisaation sisältä, missä ovat myös toimijat, painottaa Heward ym. (2007) organisaatiomuutosta käsittelevässä tutkimuksessaan. Muutoksessa mukana toimiminen takaa organisaation tehokkuuden ja kannattavuuden jatkossa, kertovat tutkijat. Organisaatioiden ulkopuolisista muutosagenteista ei yleisesti pidetä. Tutkittu tieto tulee siirtää käytännön toimintaan niin, että se ymmärretään ja sisäistetään sekä niin, että siihen voidaan sitoutua, painottaa Amstrong ja työryhmä (2007) tutkimuksessaan. (Amstrong, Waters, Crockett & Keleher 2007; Heward, Hutchins & Keleher 2007.)

Aiemmin terveyden edistäminen on mielletty vahvasti pelkästään terveydenhoidon tehtäväksi. Terveysbarometri 2007 osoitti Parviaisen ja kumppaneiden (2007) mukaan sen, että terveyden edistämisen vastuutahojen määrittelyssä on meneillään jonkinlainen murrosvaihe. Vastuutahoa ei ole määritelty lainkaan tai vastuutahojen määrittely oli kirjavaa. Terveyden edistämisen vastuun- ja työnjakoon ei Uusitalo työryhmineen (2005) asiakirja-analyysissä myöskään löytänyt selkeää vastausta. Selvityksen mukaan vastuunjako määrittyy kunnassa kuntalain ja hallinto- ja johtosääntöjen perusteella. (Uusitalo, Perttilä & Kurenniemi 2005; Parviainen ym. 2007.)

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmä (2008) on korostanut terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä väestön terveydentilan parantamisessa. Tutkijoiden mielestä terveyden edistämisen politiikkaohjelma antaa jatkossa työn tehostamiseen erinomaiset mahdollisuudet. Kansanterveyslain uudistamisen vuonna 2006 sekä uuden, kehitteillä olevan terveydenhuoltolain, tutkijat näkevät mahdollistavan toimintatapojen muutoksen ja vahvistavan perusterveydenhuollon asemaa ja edistävän terveystalouden saatavuutta, kehittämistä ja tuottavuutta. Teknologian, rakenteiden ja hyvien käytäntöjen sekä uusien innovaatioiden käyttöönotto mahdollistuu uuden lain ohjaamana.

Kansalais- ja vapaaehtoisjärjestöjen tehtävä paikallisina terveyden edistäjinä on kautta aikojen ollut tärkeä. Suomalaisessa Simonsen-Rehnin ja työryhmän (2006) tutkimuksessa selvitettiin vapaaehtoisjärjestöjen osuutta terveyden edistämisen toimintaan neljässä Suomen kunnassa. Vapaaehtoistyötä tekevät kokivat työllään olevan positiivinen vaikutuksen terveyteen ja hyvinvointiin kunnissa. Yleisesti Skandinaviassa vapaaehtoistyön osuus on kuitenkin edelleen vaatimatonta, vaikka se edustaakin matalan kynnyksen pal-

velua tarjoavaa sektoria. Kyselyssä löytyi tekijöitä, jotka voidaan mieltää terveyden edistämiseen. Pätevyys ja sitoutuminen terveyden edistämisen arvoihin raportoitiin lasten ja nuorten kasvun tukemisena sekä elämänlaadun kohentamisena tai työttömyyden negatiivisten tunteiden lieventämisenä aikuisväestössä. Tutkimustulos osoitti, että kunnissa tulisi hyödyntää ja antaa mahdollisuus vapaaehtoisjärjestöjen mukaan tulemiselle terveyden edistämisen työhön. (Simonsen-Rehn, Ovetveit, Laamanen, Suominen, Sundell & Brommels 2006.)

Terveyden edistämisen keinot ovat rajalliset, ja tulevaisuudessa terveyden edistämisen periaatteet ja taustat tulevat saamaan uutta sisältöä. Uhkien, riskien ja vastuiden keskinäiset yhteydet tulevat monimutkaistumaan ja niiden selvittäminen sekä määrittely yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta on aiempaa tärkeämpää ja haasteellisempää. Tämä vaatii yksilöiden lisäksi myös yhteiskunnan panostusta ja uudenlaista ajattelua terveyden edistämisestä. Terveyden edistämisen periaatteiden mukaan kaikilla tulee olla paitsi vastuu myös mahdollisuus itsenäisyyteen ja omavoimaisuuteen. Laverack ja Labonte (2000) sekä Laverack ja Wallerstein (2001) toivovat terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelussa huomioitavaksi yhteisön omavoimaistamisen (community empowerment), joka on tärkeä päämäärä yhteisöjen toiminnassa terveyden hyväksi. (Laverack & Labonte 2000; Laverack & Wallerstein 2001; Koskinen-Ollonqvist ym, 2007.)

2.2 Terveyden edistäminen kunnissa

2.2.1 Terveyden edistäminen päätöksenteon, suunnittelun ja johtamisen näkökulmasta

Perttilän väitöskirjatutkimuksessa (1999) terveyden edistämisen taustalla oleva tietoperusta osoittautui hajanaiseksi, eivätkä päättäjät tunnistaneet mielestään riittävästi päätösten terveydellisiä merkityksiä. Tutkimuksen mukaan päättäjillä tulisi olla käytettävissään kuntalaisten hyvinvointia ja siihen vaikuttamista kuvaavia selontekoja ja mahdollisuus hyödyntää kokemuksista oppimista sekä näyttöön perustuvaa terveyden edistämisen arviointia. Kuntien taloudellisen tilan ja toimintastrategioiden välistä yhteyttä tutkivan Vallivaaran (2007) tutkimustulokset kuntien sosiaali- ja terveystaloudesta olivat yllättäviä. Yleinen oletus on, että kun kunnilla menee huonosti, leikataan silloin herkästi sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Tutkimuksen mukaan tämä oletus ei kuitenkaan ole johdonmukainen eikä näyttäisi kokonaan pitävän paikkaansa. Kuntien reagointi omaan taloudelliseen tilaansa tapahtuu viiveellä. Kunnat eivät, tutkimuksen mukaan, vähennä tai lisää nopeasti ja systemaattisesti sosiaali- ja terveydenhuollon menojaan talouden huonontuessa tai parantuessa. (Perttilä 1999; Vallivaara 2008.)

Kunnanjohtajille ja luottamushenkilöille suunnatussa kyselyssä vuonna 2004 (STAKES 2006) näkyi sama ilmiö kuin Perttilän (1999) lähes kymmenen vuotta aiemmin toteutetussa tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan puutteena on, että kunnissa ei yleensä seurata väestön terveyden ja hyvinvoinnin kehitystä tai siitä ei raportoida päätöksentekijöille. Terveystaloudesta tulisi tutkijoiden mukaan ottaa huomioon kaikessa päätöksenteossa eri politiikkalohkoilla sekä alue- että paikallisella tasolla. Luottamushenkilöt käyttävät kunnassa ylintä päätösvaltaa mm. resursseja ohjaamalla. Valtuutettujen yhtenä tehtävänä olisi varmistaa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edellytykset. Poikajärven ja Perttilän (2006) tutkimuksessa pääteltiin, että valtuutetut tekevät päätöksensä esittelystä, johon harvemmin sisältyy vaihtoehtoja ja terveystaloudesta ennakoarviointia. Olen- naista olisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden hyväksyminen kuntapolitiikan painoalueeksi kunnan yleisjohdossa ja kunkin hallinnonalan omissa suunnitelmissa ja toiminnassa.

TEJO tutkimus- ja kehittämishankkeen asiakirja-analyysissä (2005) selvitettiin, millaisia terveyden edistämisen asioita käsitellään pilottikuntien päätösassiakirjoissa eri päätöksenteon tasoilla. Terveyden edistämisen yleisiä ja sektorikohtaisia strategioita löytyi aineistosta runsaasti. Luottamushenkilökäsittelyssä yksittäiset asiat korostuivat kokonaisuuksia vahvemmin. Hyvinvoinnin parantamisen keskeisinä keinoina esitettiin palvelujen tehostamista ja monialaista, verkostomaista yhteistyötä (vrt. Kansallinen terveys-hanke 2008 ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007). Asiakirjoista oli kuitenkin vaikea löytää seurannan ja arvioinnin instrumentteja, mittareita ja merkintöjä siitä, miten tavoitteisiin on päästy. Selvitys osoittaa kuitenkin sen, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on noussut kuntien päätöksentekoon selvästi valmiimpana ja sisällöllisesti laajempina muutamien viime vuosien aikana. Terveyden edistämisen vastuu kuuluu sekä luottamuselimille että viranhaltijoille. Kunnanvaltuustot ja -hallitukset linjaavat hyvinvointitavoitteet, ja lautakuntien ja toimialojen johtavat viranhaltijat ja työntekijät huolehtivat siitä, että linjaukset näkyvät toiminnoissa. (Uusitalo ym. 2005.)

Ruotsalaistutkimus 2000-luvun alusta osoitti, että paikallisissa päätösassiakirjoissa esiintyi mainintoja kansalaisten terveyteen liittyvistä seikoista, ilman että mainintoja oli suoranaisesti kohdennettu terveyden edistämiseksi. Kuntien asiakirjoista löytyi pääasiallisesti mainintoja liittyen ympäristöasioihin, sosiaalihuoltoon, hyvinvointiin tai työttömyyden hoitoon. Tutkijoiden mukaan asiakirjoissa on hyödyllistä tietoa organisaation painopistealueista tai mahdollisuuksista, joita voidaan jatkossa esitellä päätöksentekijöille terveyden edistämisen näkökulmasta. (Andersson, Bjärås, Tillgren & Östenson 2003.)

Poikajärven ja Perttilän tutkimuksen (2006) mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen on vielä määrittelemätöntä, eivätkä käytännöt tai johtamisen mallit ole valmiita tai selkeitä (vrt. TEJO 2005). Terveyden edistäminen lähtee ihmisten hyvinvoinnista, ja sen vahvistaminen ylittää monen hallinnonalan vastualueen ja edellyttää eri tulosalueiden päätösten yhteensovittamista. Poikkihallinnollisten terveyden edistämisen asioiden johtaminen ei tutkijoiden mukaan onnistu, koska tulosjohtamisen mallit perustuvat tulosityksiköihin, jotka rakentuvat perinteiselle sektorijattelulle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen koetaan edelleen useimmiten yksilötasoisena terveydenhuollon vastuualueelle kuuluvana toimintana. Terveyden edistäminen ei näyttäydä kuntajohdon strategisena painoalueena. Tutkijoiden mukaan tämän tutkimuskyselyn

matalasta vastausprosentista voinee päätellä sen, että kunnan ylin johto ei mieltänyt tutkimuskyselyä omasta näkökulmastaan tarpeelliseksi. (Uusitalo ym. 2005; Poikajärvi & Perttilä 2006.)

Myös Terveysbarometrin (2007) tulokset vahvistavat näkemystä, jonka mukaan terveyden edistäminen tarvitsee nykyistä selkeämmin määriteltyä johtajuutta sekä pysyvät rakenteet paikallisen ja aluetason toiminnalle. Tarpeellista on myös suunnata huomiota entistä enemmän terveyttä määrittäviin tekijöihin eli niihin yksilötason sekä sosiaalisiin, rakenteellisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, joiden kautta vaikutetaan yksilöiden ja yhteisöjen terveyteen. Nämä eri väestöryhmien arjen olosuhteet muodostuvat monien eri toimijoiden yhteisvaikutuksesta. Terveyden edistämiseen eli terveyttä tukevien mahdollisuuksien vahvistamiseen, luomiseen ja lisäämiseen tarvitaan yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Tällä tavoin saadaan ihminen yhä enemmän ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Parviainen ym. 2007.)

Suomen uuden hallituksen ohjelmaan sisältyvä terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007) antaa hyvät mahdollisuudet monien barometrin esille nostamien haasteiden ratkaisemiselle. Politiikkaohjelma haastaa ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelun mukaisesti toimijat yhteiskunnan eri aloilta ja tasoilta mukaan laaja-alaiseen yhteistyöhön.

2.2.2 Terveyden edistämisen ohjelmat toiminnan perustana

Suomalainen yhteiskunta on perinteisesti toiminut terveystalouden rahoittajana ja tuottajana. Terveystalouden järjestämisvastuu on ollut kunnilla. Viime aikoina kuitenkin terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusvaikeudet ovat vauhdittaneet keskustelua palveluiden tuottamistavasta ja rahoituksesta. Meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos on nostanut tuottamis- ja rahoittamistapaan liittyvät asiat keskeiseksi keskustelun aiheeksi. Terveydenhuollon kustannukset ja kysyntä ovat tutkimuksien mukaan kasvaneet tavalla, johon odotettavissa oleva talouskasvu ei pysty vastaamaan. Jos muu-
tosta ei tapahdu, nykyisellä rahoitus- ja tuotantorakenteella on terveydenhuollolla edessään väistämätön kriisi. Kuntapäätäjät kuuntelevat aiempaa paremmin sosiaali- ja terveysjohtajia, ilmenee vuonna 2008 julkaistussa Sosiaalibarometrissa. Sosiaali- ja terveysjohtajat ovat olleet mukana kunta- ja palvelurakennemuutoksen valmistelussa, asuk-

kaat eivät sen sijaan ole päässeet vaikuttamaan edes luottamushenkilöiden välityksellä, ilmenee raportista. Raha ja elinkeinopolitiikka näyttävät toimivan määräävinä tekijöinä suunnittelussa. (Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2008.)

Kuntien sosiaalitoimissa, terveyskeskuksissa, työvoimatoimistoissa ja Kansaneläkelaitoksen toimistoissa on käynnissä voimakas muutos, jonka taustalla ovat sekä kunta- ja palvelurakennemuutos että valtiollisten toimijoiden organisaatiomuutokset ja tuottavuusohjelma. Sosiaalibarometri 2008 mukaan toimijoista neljäsosa kokee muutoksen suhteellisen hallitsemattomaksi ja arviot muutoksen vaikutuksista palveluihin ovat ristiriitaisia. Saman kunnan sisällä nähdään sekä myönteisiä mahdollisuuksia että suuria riskejä palvelujen käyttäjien näkökulmasta. Sosiaalibarometri osoittaa, että monessa kunnassa vallitsee epätietoisuus siitä, miten palvelut käytännössä tulevaisuudessa tuotetaan ja turvataan. Tulokset osoittavat, että johtajuus ei ole hallittua. Palvelujen alibudjetoinnista näyttää tulleen myös pysyvä toimintatapa osalle kunnista. (Eronen ym. 2008.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeessa (PARAS-hanke) on tavoitteena turvata saumaton yhteys perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon välillä. Osassa Sosiaalibarometrissa tutkituista kunnista arvioitiin, että yhteys ja yhteistyö sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon välillä heikkenee ja uudistuksessa kunnan eri sektoreiden yhteinen hyvinvointivastuu sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytykset uhkaavat heikentyä. Tutkimuksen mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden synnyttäminen ja koordinaatiiovastuiden määrittäminen nousevat jatkossa entistä suuremmaksi haasteeksi. (Eronen ym. 2008.)

Yhteistyön merkitys tulee olemaan entistä tärkeämpää kansalaisten hyvinvointia parannaessa. Yli sektorirajojen ulottuva ja eri hallintoalojen edustama tavoitteellinen kehittämis- ja suunnittelutyö on välttämätöntä, jotta pystyttäisiin huomioimaan kansalaisten moninaiset tarpeet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Maller (2005) ja työryhmä nostivat tutkimuksessaan esille luonnon ja elinympäristön merkityksen erityisesti mielenterveyden näkökulmasta. Tutkijat pitivät tärkeänä paikallista ja alueellista yhteistyötä ympäristöasioista, sosiaali- ja terveystalouksista ja kaupunkisuunnittelusta vastaavien kesken suunniteltaessa strategioita ihmisten hyvinvointiin. (Maller, Townsend, Pryor, Brown & Leger 2005.)

Parhaimmillaan terveyttä edistävä yhteistyö merkitsee yhteistoimintaa paikallisten ja alueellisten päättäjien, koulutuksen ja eri hallinnonalojen ja ammattilaisten kesken, kerrotaan Luukkaisen (2006) artikkelissa. Tutkimuksessa terveyden edistävän tiedon hankintaa ja dokumentointia tehtiin yhteisvoimin hallinnon, terveydenhuollon koulutuksen, terveydenhuollon asiantuntijoiden, paikallisten asukkaiden ja Stakesin kesken. Päätöksiin ja tuloksiin pääseminen hankkeessa velvoitti osallistujia yli hallinnonalojen ulottuvaan yhteistyöhön ja kumppanuuteen. (Luukkainen 2006.)

Kansanterveys mielletään yleisesti tärkeäksi asiaksi, mutta kuitenkin se pysyttelee matalalla tasolla poliittisen päätöksenteon tärkeysjärjestyksessä. ”Terveys kaikissa poliitikoissa” -politiikkaohjelma haastaa suuntaamaan terveystaloutta ja sen vastuuta yhä laajemmille tahoille ja tasoille yli hallinnollisten ja sektorirajojen (vrt. Perho 2007). ”Terveys kaikissa poliitikoissa” -ajattelu sai alkunsa noin 20 vuotta sitten WHO:n Australian Adeleidessa terveyden edistämisen toisessa kansainvälisessä konferenssissa ja on siitä asti ollut esillä ja ohjaamassa yli hallintorajojen ulottuvaa terveyteen liittyvää politiikkaa niin kansainvälisesti, kansallisesti kuin paikallisestikin. (Kickbusch 2008.) Mannheimerin ja työryhmän (2007) mukaan terveyden suojeleminen herättää poliittisissa päättäjissä niin sosiaalisia kuin taloudellisiakin intressejä, koska terveyden edistämisen liittyy kaikkeen terveyteen, ravintoteollisuudesta ympäristön suojeluun. Poliitikoilla ja asiantuntijoilla on merkittävä vaikutus terveystalouden muotoutumiselle. Tutkimustulos osoitti, että kansalliset ongelmat nähtiin eri tavalla riippuen siitä, mistä kontekstista ongelmia määriteltiin ja minkälaista mielenkiintoa asioihin osoitettiin. Muutos hyvinvointiajatteluun vie aikaa. Tarvitaan lisää näyttöön perustuvaa asiantuntijoiden tuottamaa tietoa, jotta poliittiset päättäjät saataisiin uskomaan ja sitoutumaan terveyttä edistävään tavoitteisiin. (Mannheimer, Lehto & Östlin 2007; Kickbusch 2008.)

Sosiaalibarometri 2008 osoittaa ehkäisevän työotteen toteutuvan sosiaali- ja terveystoimissa tällä hetkellä paremmin kuin kolme vuotta sitten ja sen arvioidaan edelleen vahvistuvan. Tutkimuksen mukaan sosiaalitoimen erityisenä haasteena terveyden edistämässä on vastuun ottaminen sosiaalisten vaikutusten arvioinnista, yhteisöllisestä työstä ja kunnan luottamushenkilöstön sitouttaminen terveyden edistämiseen. Barometrin mukaan terveystalouden erityishaasteena taas on yhteistyön ja vastuun luominen eri hallinnonalojen ja muiden toimijoiden kesken. (Eronen ym. 2008.)

Näyttöä terveyden edistämisen vaikuttavuudesta on olemassa ja tutkittua kansallista ja kansainvälistä tietoa on löydettävissä. Esimerkiksi Spencerin ja työryhmän (2007) tutkimuksessa kehitettiin terveyden edistämisen mallia. Pyrkimyksenä tutkimuksessa oli löytää systemaattisesti terveyttä edistäviä ja ennalta ehkäiseviä toimintoja ihmisen kailta elämänalueilta, huomioiden terveyttä määrittävät tekijät: fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Tutkimus osoitti, että malli täytti paikkansa täydentävänä teoreettisena työkaluna opetuksessa ja päätöksissä niin ennalta ehkäisevässä työssä, lääketieteessä kuin ympäristöasioissakin. Gommin ja työryhmän (2006) mukaan pienessä australialaisessa kaupungissa asukkaat olivat sen sijaan huolissaan läpi kaupungin kulkevan raskaan liikenteen haitoista ympäröivälle luonnolle ja ihmisten terveydelle. Hyvin valmistellun ja näyttävän mediakampanjoinnin avulla paikallinen väestö ja kuntasuunnittelu saatiin huomaamaan ympäristön suojelun merkitys ja sen vaikutukset koko terveyttä edistävään politiikkaan. (Gomm, Lincoln, Pikora & Giles-Gorti, 2006; Spencer, Broesskamp-Stone, Ruckstuhl, Ackermann, Spoerri & Cloetta 2007.)

”Health Promotion School” Skotlannissa on hyvä esimerkki kauaskantoisesta terveyden edistämisen mallista, jolla pyritään kasvatuksen ja ohjauksen kautta vaikuttamaan valintoihin. Inchleyn ja työryhmän (2006) tutkimuksessa varhaisessa vaiheessa aloitetulla puuttumisella voidaan saada muutosta parempaan niin elämäntavoissa kuin käyttäytymisessäkin. Samoin todettiin myös Moyn ym. (2006) malesialaisessa selvityksessä, jossa intensiivisellä yksilö- tai ryhmäohjauksella ja ohjatulla fyysisillä aktiviteeteillä saatiin tutkittavien veren kolesteroliarvoja alenemaan. (Inchley, Muldoon & Currie 2006; Moy, Sallam & Wong 2006.)

Väestön huolestuttava ylipainoisuus tai yhä useamman riski sairastua diabetekseen tai sepelvaltimotautiin (vrt. Länsimies 2008) ovat suuria uhkia. Tarvitaan uusia toimintamalleja, joilla tavoitettaisiin suurempi joukko väestöä kerrallaan ohjauksen piiriin. Vielä meneillään olevan Päijät-Hämeen seudulla alkaneen terveyden edistämishankkeen (HYVE-hanke) yhtenä päätavoitteena on saada elintaparyhmäohjaus käytännön toiminnaksi koko Päijät-Hämeen alueelle diabetesriskiin kuuluvien henkilöiden ohjauksessa. Jatkossa toimintamallia on tarkoitus kokeilla myös pitkäaikaistyöttömien elämäntaluttamisen tukemiseen. Alussa elintaparyhmäohjaus tarvitsee organisaatioilta resursointia koulutukseen ja ohjaajiin, mutta tulee varmasti toimimaan jatkossa haasteellisena ja taloudellisesti mielekkäänä terveyden edistämisen toimintana.

Sosioekonomiset terveyserot ovat säilyneet Suomessa suurina viime vuosikymmenien ajan. Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa (2007) sosioekonomisten terveyserojen muutoksista vuosina 1980–2005 ilmenee, että kuolleisuuden, sairastavuuden ja toimintakyvyn sosioekonomisten erojen kaventamiseksi olisi mm. tuettava terveellisten elintapojen omaksumista. Lapsiin ja nuoriin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä monet elintavat omaksutaan jo varhaisessa vaiheessa ja ne vaikuttavat terveyteen ja käyttäytymiseen koko elämän ajan (vrt. Länsimies 2008). Raportin mukaan olisi tärkeä kehittää keinoja, joilla huonommassa taloudellisessa ja sosiaalisessa asemassa olevat saataisiin palvelujen piiriin. Huonompiosaisten tarpeet tulisi huomioida muutenkin paremmin terveydenhuollossa. Monikulttuurisuuden lisääntyminen luo myös suunnittelulle oman haasteensa. Kehittämällä kaikkia väestön terveyteen vaikuttavia toimia ja rakenteita niin, että terveys paranee eniten niissä väestöryhmissä, joissa terveysongelmat ovat yleisempiä, kohentuu koko väestön keskimääräinen terveys, todetaan raportissa.

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto (STKL) pitää tärkeänä normiohjauksen vahvistamista heikompien väestöryhmien suojaksi. Kysehän on ihmisryhmistä, jotka eivät pysty pitämään huolta omista oikeuksistaan. Sosiaalibarometrin 2008 tulokset kertovat, että ilman nykyistä tiukemmin velvoittavaa lainsäädäntöä ei pystytä riittävästi turvaamaan mielenterveyskuntoutujien, päihdeongelmaisten, vanhusten tai vammaisten avopalveluita. Tutkimuksen mukaan niukkoja resursseja jaettaessa näiden ihmisryhmien palvelut jäävät useinkin toissijaiseksi ja resurssit suunnataan muualle. (Eronen ym. 2008.)

Koskinen-Ollonqvist ja kumppanit (2007) mainitsevat, että terveyden edistämisellä on tärkeä yhteiskunnallinen tehtävä, jonka ydin- ja käytännön tavoitteina ovat muutoksen aikaansaaminen ihmisten käyttäytymisessä ja elämänoloissa. Vaatimuksena on, että terveyden edistämisen tulisi olla vaikuttavaa. Vaikuttavuus tai sen puute nähdään määrittävän terveyden edistämisen arvon. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arvioinnissa panostetaan vain sellaisiin tavoitteisiin, joiden tuloksellisuus on sidoksissa intervention edellytyksiin. Koskinen-Ollonqvistin ym. (2007) mukaan terveyden edistämisen arviointi tulisi nähdä laajemmin työnkehittämisen kulttuurina pelkän mittaamisen sijaan. Kiiskisen ja työryhmän (2008) tutkimusraportissa osoitettiin, että monet terveyden edistämisen toimet ovat erittäin kustannusvaikuttavia ja säästöä saadaan näkyväksi myös pitkällä aikavälillä. Kiiskisen ja työryhmän (2008) tutkimuksessa korostui yhteistyön merkitys kansallisella ja paikallisilla tasoilla. Tutkimuksen mukaan, kunkin aihealueen

asiantuntijoiden hyödyntäminen varmistaa päättäjien sitoutumisen ja osallistumisen. (Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2007; Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008.)

Euroopan unionin alueella terveyden edistämisen vaikuttavuutta tulisi arvioida työmenetelmiä arvioimalla sekä terveyttä määrittelevien tekijöiden mukaan, salutogeenisista (vrt. Eriksson 2008) että patogeenisista lähtökohdasta. Bauerin ja muiden tutkijoiden (2006) mukaan tarvittaisiin systemaattista terveyden indikaattoreiden kehittämistä vaikuttavuuden arviointiin vahvistamaan terveyden edistämisen toiminnan näkyvyyttä tulevaisuudessa. (Bauer, Davies & Pelikan 2006.)

Tutkimusten mukaan työmenetelmiä pitäisi arvioida tulevaisuudessa enemmän kuin nykyään. Tällä hetkellä arvioidaan pääasiallisesti vain eri menetelmin hankittuja mittaustuloksia. Eri toimintaprosessien ja -käytäntöjen yhdenmukaistaminen ja erilaisten työ- ja toimintakulttuurien yhteensovittaminen yhteistyön lisääntyessä, niin paikallisesti kuin alueellisestikin, nähdään tulevaisuudessa myös johtamisen haasteena (Eronen ym. 2008). Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän (2007) raportissa mainitaan, että kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita rahoitettu merkittävästi, mutta hankkeiden vaikutukset ja tulosten hyödyntäminen ovat jääneet vähiin. Uusien terveyden edistämisen hankkeiden laajentaminen ja juurruttaminen käytännön interventioksi nähdään tärkeäksi.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman näkyvyyttä ja tavoitteiden tunnettavuutta tulisi lisätä kunnissa, ilmenee Poikajärven ja Perttilän (2006) tutkimuksesta. Suunnitelmien ja toimenpiteiden vaikutusten arviointi (SVA/TVA) on kunnissa vähäistä. Tutkimuksen mukaan terveystoimelta odotetaan suurempaa panosta ja aktiivisempaa otetta terveysvaikutusten arvioinnissa ja aloitteiden tekemisessä kunnan muille sektoreille. Luottamushenkilöt toivovat päätöksien tueksi enemmän tietoa päätösesitysten terveys- ja sosiaalisista vaikutuksista. Terveyden edistämisen taloudellisen vaikuttavuuden näkyväksi tekeminen on tutkimuksen mukaan yksi tärkeimmistä terveyden edistämisen painopistealueista. Terveyden edistämisen rakenteista, johtajuudesta, yhteistyöstä, seurannasta ja arvioinnista on päätettävä kunnassa yhteisesti. On myös päätettävä siitä, miten terveydenhuollon asiantuntijuutta voidaan parhaiten hyödyntää. (Uusitalo ym. 2005; Poikajärvi & Perttilä 2006.)

aikaisempaa paremmin rakentamalla nämä tilaamispäätösten sisään. Palveluntuottajien suoriutumista voidaan myös parantaa antamalla tilaajien käyttöön sopivia työvälineitä, esimerkiksi taloudellisia kannustimia tai seurannassa käytettäviä työkaluja. Näin voidaan seurata palveluiden tuottajien mahdollisuuksia ja tehokkuutta. Tilaamisen ja tuottamisen funktioiden erottamisen toisistaan on nähty myös vähentävän julkisten organisaatioiden hallinnollista jäykkyyttä. Toimeenpaneavaa johtamista voidaan näin hajauttaa käytännön toiminnallisille tasoille. Tilaajan ja tuottajan erottamisella voidaan synnyttää myös kilpailua ja kyseenalaistaa julkisen ja yksityisen palvelujen tarjoamia palveluita. Näin voidaan myös markkinamekanismin avulla lisätä tehokkuutta. (Kokko 2005; Lillrank & Haukkaa-Haara 2006; Asikainen ym. 2006.)

2.3.2 Kokemuksia terveydenhuollon tilaaja-tuottajamallista

Kokemukset tilaaja-tuottajamallista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin etuihin on Järvelinin ja Pekurisen (2005) mukaan hiipunut ja tulokset ovat näyttäneet jääneen ohimeneviksi. Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Nykyään korostetaan aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimusperusteisia järjestelyjä palvelujen tilaajien ja tuottajien kesken. Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjaamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan.

Suomalaisessa terveydenhuollossa terveyspalveluiden pääasiallinen järjestämisvastuu on kunnilla. Tällöin terveyspalveluiden keskeinen toimeksiantaja ja usein myös tilaaja on kunta. Kunnan toimiessa järjestämisvastuullisena, keskeiseksi tehtäväksi nousee kuntalaisten kokonaisvaltainen palvelusuunnittelu, jossa kytketään toisiinsa terveydenhuollon toiminnalle asetetut kansalliset ja alueelliset tavoitteet, palveluiden rahoitus sekä palveluiden tilaaminen ja tuottaminen. Näin ollen tilaaja- ja tuottajamalli ei ole irrallinen osa kokonaisuudesta, vaan sen käyttöönotossa kunnan järjestämisvastuullisuus korostuu. (Lillrank & Haukkaa-Haara 2006).

Suomessa terveydenhuollon ohjauksen ja tehostamisen keinoja, joihin tilaaja-tuottajamallilla pyritään, on viety eri rintamalla eteenpäin nykyisillä organisaatio- ja ohjausmuodoilla. Tärkein kehitysvaihe on ollut sopimusohjauksen kehittäminen eri tavoilla. Suomalaisessa järjestelmässä ei ole niin vahvasti tavoiteltu kilpailua verrattuna kansainvälisiin tilaaja-tuottajamalleihin. (Järvelin & Pekurinen 2005.)

Kokon (2005) mukaan tilaaminen näyttäytyy välineenä, jonka avulla useita terveystiikan tärkeitä periaatteita voidaan tuoda palvelujärjestelmään. Tilaamista voivat ohjata tilaajien omat intressit tai omat suosikkilähtökohdat, joita he haluavat tavoitella tai edistää. Tilaamisen ja tuottamisen eriyttäminen siinä merkityksessä, jossa tilaamisesta puhutaan keinona parantaa terveystalouden suoriutumista, edellyttää sekä tilaajalta että tuottajalta muutoutumista tilaamisen ja tuottamisen prosesseissa tarvittavalla tavalla. Näiden kahden tahon välille tarvitaan aikaisempaa ohjauskäytäntöä mutkikkaampaa sopimusmenettelyä. Yhteiskunnallisen tahdon pitää kanavoitua terveystalouteen juuri tilaamisen kautta.

Tilaaja-tuottajamallissa ei Konttisen (2005) mielestä ole kyse temppejen hallinnasta tai sopimisen taidosta vaan pitkäjänteisestä, monimutkaisesta ja vastuullisesta erilaisten prosessien hallinnasta. Koska terveystalouden järjestämisvastuu näyttää säilyvän julkisella sektorilla edelleen, ei Konttisen mielestä voi kyllin korostaa julkisen sektorin yhteiskunnallista hyvinvointivastuuta ja sitä vaikuttavuutta, jota hyvin toteutettu tilaaja-tuottajamalli saattaisi tukea. Terveystalouden tilaajan on kuitenkin varustauduttava monipuolisella asiantuntemuksella. Tutkimusten mukaan on ongelmaksi noussut tilaajan osaamisen puute. Tästä on esimerkkejä mm. Ruotsista. Tutkimusten mukaan sopimusjärjestelmät edustavat terveydenhuollon kehittynyttä ohjausta verrattuna aikaisempaan budjettiohjaukseen tai passiiviseen kulujen korvaamiseen. Sopimusjärjestelmillä voidaan ohjata toiminnan kohdetta toivottuihin terveystalouteen. Niillä esimerkiksi voidaan kannustaa avohoitopainotteisiin terveydenhuollon ratkaisuihin. Sopimukseen voidaan sisällyttää erilaisia laatu- tai saatavuuskriteerejä. Hyvinä sopimuksina pidetään sopimuksia, joihin on sisällytetty oikeissa suhteissa erilaisia elementtejä, jotka toisaalta kannustavat, toisaalta pitävät toiminnan laajuuden ja kustannukset hallinnassa. Toistaiseksi ei kuitenkaan ole löytynyt ratkaisuja, joilla terveydenhuollon kustannusten kasvua olisi voitu kovin ratkaisevasti ainakaan pitkällä aikavälillä hallita. (Konttinen 2005; Kokko 2005; Pikkala 2005.)

Kuntien siirtyessä palvelujen tuottajasta niiden järjestäjän ja tilaajan rooliin tulee määrittää omistajuus, konserni ja yhteistyöstrategiat. Näiden strategioiden ja niihin liittyvän osaamisen kehittäminen on hyvin pitkäjänteistä työtä. Omistajuusstrategia perustuu kolmeen pääomaan: materiaaliseen pääomaan, osaamispääomaan sekä moraaliseen pääomaan. Liukko ja Luukkonen (2002) mainitsevat moraalisen pääoman kuntien tärkeimmäksi pääomaksi. Moraalinen pääoma muodostuu eettisistä periaatteista. Periaatteet konkretisoituvat mm. väestön terveyden ja hyvinvoinnin määrittävinä arvoina ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden erilaisten viitekehysten määrittämien arvojen kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveystieteelliset periaatteet ja tavoitteet perustuvat näihin arvoihin. Moraalinen pääoma konkretisoituu poliittisena ja virkamiesjohtajuutena.

2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Väestön terveyden edistäminen on keskeinen kansallinen tavoite. Hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelman päätavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa toteutetaan poikkihallinnollisella työllä, vahvistamalla ministeriöiden vastuunottoa, tuloshakuisesti verkottamalla, toteuttamalla laajoja hankkeita sekä implentoimalla systemaattisesti hyviä käytäntöjä. Terveyden edistämisen punaisena lankana kulkee ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelun vahvistaminen edelleen. Samat terveyden edistämisen teemat näkyvät myös kansainvälisessä terveyden edistämisen kehittämistyössä.

Terveyden edistämisen käsitteistö on laaja ja monimutkainen. Terveyden puolesta puhuminen (*advocacy for health*), terveyttä määrittävät tekijät (*determinants of health*) tai terveyden lukutaito (*health literacy*) ymmärretään kuitenkin sisällöltään samanlaisena maailmanlaajuisesti. Terveyden puolesta puhuminen on yksi keskeisin terveyden edistämisen tavoite ja sitä tulisi laajentaa yksilötasolta yhä enemmän myös eri hallinnon alojen edustajille ja päättäjille. Terveys on kansalaisten tavoitteissa, mutta terveys ei kuitenkaan jakaannu tasaisesti. Ihmisten eriarvoisuus ja väestöryhmien väliset erot ovat edelleen kasvaneet. Tämä tarkoittaa sitä, että silloin myös terveyden lukutaito on häiriintynyt tai vaikeutunut, ja sosioekonomiset erot ovat uhka koko väestön hyvinvoinnille.

Kunnallisessa päätöksenteossa ja taloudellisissa ratkaisuisa ”korjaavan työn” resursointi ohittaa edelleenkin ehkäisevän työn resursoinnin, vaikka yleisesti myönteisyys terveyden edistämistä kohtaan on lisääntynyt. Poliittiset intressit eivät välttämättä kohdistu ennalta ehkäisevään työhön, eikä terveyden edistämisen prosessia tai vaikuttavuutta ole vielä hahmotettu tai sisäistetty. Terveyden edistämisen arvoa ei ymmärretä, eikä se siten ole päätöksen tekijöiden tai alan ammattihenkilöidenkään tärkeysjärjestyksessä ensimmäisillä sijoilla. Poliitikoilla ja asiantuntijoilla on kuitenkin merkittävä vaikutus terveyspolitiikan muotoutumiselle. Mielenkiinnon herättämisellä, ja näyttöön perustuvan tiedon esille nostamisen avulla sekä alan asiantuntijoiden lausunnoilla, toivotaan olevan vaikutusta poliittisiin ja terveyttä edistäviin päätöksiin.

Päätäjät tarvitsevat selkeästi enemmän erilaista tietoa päätöksensä tueksi. Päätöksiä tehdään huomattavan paljon ilman, että on selvitelty niiden terveydellisiä merkityksiä ja pitemmän aikavälin seurauksia. Kunnista puuttuu terveyden ja hyvinvoinnin seuranta kokoava järjestelmä ja toimintakulttuuri, tai ainakaan koottuja tietoja ei ole tarpeeksi hyvin siirretty asioista päättävälle elimille. Asioiden esittelijöille jää suuri vastuu siitä, miten asiat valmistellaan tai esitellään lautakunnissa, jotta terveyttä edistäviin tavoitteisiin päästäisiin. Terveyden edistäminen tulisi näkyä kuntastrategioissa ja toivomus on, että se olisi myös näkyvillä eri hallinnonalojen omissa toimintasuunnitelmissa. Tällä tavalla terveyden edistämisen vastuuta jaettaisiin eri toimijoiden kesken.

Kansalais- ja vapaaehtoisjärjestöjen järjestämä toiminta terveyden edistämiseksi tulee tulevaisuudessa olemaan entistä merkittävämpi. Ennakointi työntekijäpulasta, syrjäytymisestä tai lisääntyvistä mielenterveys- tai päihdeongelmista nostavat kansalais- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnan arvoa. Yhteistyöllä yli sektorirajojen sekä työnjaolla voidaan ohjata oikeat henkilöt oikeaan paikkaan ja tällä tavoin varmistaa jo olemassa olevat vähäiset resurssit järkevään käyttöön. Terveyden edistämisen toiminnansuunnittelussa niin alueellisella kuin paikallisellakin tahoilla tulisi huomioida järjestöjen vahvuus ja osaaminen.

Terveyden edistämiseksi kaivataan selkeää johtajuutta ja strategioita. Tarvitaan toimijoita, jotka vastaavat terveyden edistämisen suunnittelusta ja kehittämisestä, niin paikallisesti kuin alueellisestikin, yhteistyössä ja osana muuta kansalaisia palvelevaa toimintaa. Tällä tavoin terveyden edistämisen rakenteet ja toiminnat selkeytyvät, ja toiminta on

enemmän tavoitteellista, suunniteltua ja väestön tarpeista lähtevää. Näillä toimilla terveyttä edistävien toimintojen päällekkäisyys vähenee ja toiminnot tavoittavat yhä suurempia väestöryhmiä.

Sosiaali- ja terveystalvaeluiden uusista järjestelyistä huolimatta on kunnilla edelleen palveluiden järjestämisvastuu ja valtion rahoitus kohdistuu siten edelleen kuntiin. Kunnan toimiessa järjestämisvastuullisena, keskeiseksi tehtäväksi nousee kuntalaisten kokonaisvaltainen palvelusuunnittelu, jossa kytketään toisiinsa terveydenhuollon toiminnalle asetetut kansalliset ja alueelliset tavoitteet, palveluiden rahoitus ja palveluiden tilaaminen ja tuottaminen. Tilaamista voivat ohjata tilaajien omat intressit tai omat suosikkilähtökohdat, joita he haluavat tavoitella tai edistää. Tämä voidaan nähdä mahdollisuutena terveyttä edistävien toimintojen lisääntyvässä resursoinnissa.

Tämän hetkisillä kuntapäätöksillä on merkitystä pitkälle tulevaisuuteen. Avointa keskustelua, kumppanuutta ja vuorovaikutusta yli puolue- tai hallintorajojen jopa alueellisesti tarvitaan ennalta ehkäisevän toiminnan merkityksen ymmärtämiseksi ja toimintojen järjestämiseksi. Terveystalvael edistämisen näkökulmasta eri hallinnonalojen tavoitteellinen yhteistyö, ja toiminnan suunnittelu sekä toimintamallien uudistaminen tulee olemaan välttämätöntä, jotta terveyden edistämisen vaikuttavuus saataisiin näkyväksi ja terveyttä edistävä toiminta uskottavaksi. Päätöksenteossa arvokeskustelu terveydestä tulee varmasti tulevaisuudessa nousemaan näkyvämmiin resurssikeskustelun rinnalle.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuntien luottamushenkilöistä koostuvan ti-laajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä eräässä peruspalvelu-keskuksessa.

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata:

1. Terveyden edistämisen sisältöä

Miten terveys ja terveyden edistäminen ymmärretään?

Mitä on terveyttä edistävä toiminta?

Kuka/ketkä ovat vastuussa terveyden edistämisestä?

2. Terveyden edistämisen merkitystä

Mitä on terveyden edistämisen päätöksenteko?

Mitä on terveyden edistämisen johtaminen?

Mitkä ovat terveyden edistämisen haasteet?

Luottamushenkilöillä on merkittävä rooli terveyden edistämistä koskevassa päätöksenteossa. Tästä näkökulmasta tehty tutkimus on kuitenkin vähäistä. Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada uutta tietoa ja ymmärrystä luottamushenkilöiden terveyden edistämisen näkemyksistä. Hoitotieteellisen tietoperustan ja käytännön terveyden edistämistyön kehittämiseksi on tärkeää tuottaa tietoa myös päätöksenteon näkökulmasta. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää terveyden edistämisen palvelujen kehittämisessä ja järjestämisessä

4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

4.1 Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat

Tässä tutkimuksessa haastateltiin erään peruspalvelukeskuksen sosiaali- ja terveystalve-
luja tilaavan organisaation toimijoita. Tutkimus toteutettiin kokonaisuudessaan syksyn
2007 ja kevään 2008 aikana. Tutkimuksen eteneminen ja käytetty menetelmä on esitetty
kuviossa 1.



KUVIO 1: Tutkimusmenetelmät ja aikataulu

Liikelaitosmuotoinen peruspalvelukeskus toimii tilaaja-tuottajamallin mukaisesti eli palvelujen tilaaja- ja tuottajataho on erotettu toisistaan. Sosiaali- ja terveystalve-
lujen tilaajina toimivat peruspalvelukeskukseen kuuluvat viisi kuntaa ja peruspalvelujen tuotta-
jana toimii näiden viiden kunnan muodostama yhteinen sosiaali- ja terveystalve-
luja tuottava liikelaitos.

Tilaajaorganisaatio on viiden kunnan poliittisista päättäjistä muodostunut perusturvalau-
takunta, johon kuuluu kolme kunnanvaltuutettua jokaisesta peruspalvelukeskuksen jä-
senkunnasta sekä peruspalvelukeskuksen isäntäkunnan sosiaali- ja terveystalve-
lujohtaja. Haastatteluun osallistui tilaajaorganisaation 16 (N=16) toimijoista 11 (n=11) toimijaa. Haas-
tattelut tehtiin toimijoiden omilla paikkakunnilla ryhmissä. Haastatteluja järjestettiin yh-

teensä kuusi. Tutkimuksessa mukana olleet olivat iältään 48–66 vuotta. Tutkimukseen osallistui kuusi naista ja viisi miestä. Heidän koulutuksensa oli ammatillisesta perustutkinnosta ylempään korkeakoulututkintoon. Kuntien luottamustehtävissä tutkimuksessa mukana olleista oli kymmenen ja he olivat toimineet kuntien poliittisessa päätöksenteossa 3,5–24 vuoteen.

4.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen otantamenetelmä perustui tarkoituksenmukaisuusperiaatteeseen. Koska laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan, on tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään (vrt. Nieminen 1998; Kylmä 2007). Tässä tutkimuksessa, kuten laadullisessa tutkimuksessa yleensäkin, on tieto aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta se on hankittu (Kylmä 2007). Laadullinen tutkimus ei ole tilastollisesti yleistettävissä, vaan laadullisen tutkimuksen yhteydessä puhutaankin mieluummin teoreettisesta yleistämisestä (Koskinen ym. 2005). Tässä tutkimuksessa toteutui se, mitä pidetään haastattelun onnistumisen kannalta suositeltavana ja tutkimuseettisesti perusteltuna, eli tiedonantajat pääsivät tutustumaan aihealueeseen etukäteen tutkimukseen liittyvän tiedotteen muodossa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2004).

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin joulukuussa 2007 ja tilaajaorganisaation sosiaali- ja terveysjohtaja myönsi tutkimukselle luvan tammikuussa 2008. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen postitettiin tilaajaorganisaation toimijoille tiedote tutkimuksesta (liite 1), suostumuslomake (liite 2) sekä taustatietolomake (liite 3). Suostumus- ja taustatietolomakkeet palautettiin tutkijalle haastattelutilanteessa. Tiedotteen mukana oli myös alustava esitys haastattelujen ajankohdista eri paikkakunnilla. Sähköpostin kautta toimijoille viestitettiin etukäteen saapuvasta kirjeestä. Viestiin oli lisätty myös tutkijan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä tai tarkennuksia varten. Viralliset haastatteluajankohdat sovittiin myöhemmin sähköpostilla tai puhelimitse.

Aineiston keruumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua. Haastattelun etuna on sen joustavuus sekä se, että haastattelulla halutusta asiasta saadaan mahdollisimman paljon tietoa. Menetelmä antaa mahdollisuuden kerätä tietoa kiinnostuksen kohteena olevasta aiheesta: ei pelkästään siitä, mitä on tapahtunut tai mitä mieltä ollaan, vaan myös siitä, miten ja miksi, sekä minkälaisia aiheita koskevia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita tai odotuksia haastatteluun osallistujilla on. Ryhmähaastattelua käytetään ainoana menetelmänä haluttaessa oppia haastateltavien tutkimusaihetta koskevista mielipiteistä ja näkökannoista (Krueger & Casey 2000; Morgan 2001; Madriz 2003; Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007.)

Ryhmähaastattelu toteutettiin teemoittain. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja teemoihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Tämä varmistaa sen, että tutkija saa kaiken tarvittavan tiedon. Metodologisesti teemahaastattelussa korostuu ihmisten tulkinnat asioista ja niille annetut merkitykset, jotka syntyvät vuorovaikutuksessa. (Morse & Field 1998; Hirsijärvi & Hurme 2001.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2004.) Tämän ryhmähaastattelun teemat käsittelivät terveyden edistämisen sisältöä ja terveyden edistämisen merkitystä (liite 4). Aineistonkeruu tapahtui maaliskuussa 2008. Haastattelut kestivät 50–70 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää analysointia varten. Haastatteluista pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, mihin kirjoitettiin kuvauksia haastattelun kulusta.

4.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja analyysi ovat usein päällekkäisiä vaiheita. Tästä on se hyöty, että tutkija voi tarkentaa käyttämiään kysymyksiä seuraavassa haastattelussa (vrt. Pope ym. 2000). Tutkimusaineiston keruun jälkeen haastattelunauhaukset kuunneltiin ensin kokonaan ja sen jälkeen haastattelunauhoitukset kirjoitettiin mahdollisimman lyhyellä viiveellä haastattelusta tietokoneella sanasta sanaan tekstiksi. Nauhoituksista kertyi tekstiä 95 A4-liuskaa, rivivälillä 1,5 ja fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Aineiston käsittelyssä pyrittiin säilyttämään mahdollisimman pitkälle se, mitä oli sanottu.

Pyrkimyksenä oli todellisuuden mahdollisimman tarkka säilyttäminen (vrt. Kylmä 2007). Kokonaisuuden hahmottamiseksi luettiin kirjoitettu aineisto useampaan kertaan läpi. Haastattelujen sisällöt analysoitiin ja vastauksista poimittiin ne ilmiöt, mistä juuri tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tarkoitus ja aineisto ohjasivat analyysin yksityiskohtaista kulkua (vrt. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998.)

Saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä kerätyn aineiston avulla (vrt. Leino-Kilpi 1998; Hsieh & Shannon 2005.) Tieteen ja tutkimuksen tehtävänä on jäsentää olemassa olevaa todellisuutta paremmin ymmärrettävään ja hallittavaan muotoon. Sisällön analyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät voivat kuitenkin tarkentua myös aineiston keruun tai analyysin aikana. (Kohlbacher 2006.)

Sisällön analyysi on perustyöväline kaikessa laadullisessa aineiston analyysissä. Siinä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Janhonen & Nikkonen 2003.) Aineisto pelkistettiin teemahaastattelussa käytettyjen kysymysten avulla. Analyysiyksiköksi valittiin alkuperäisilmaus, lause tai lausekokonaisuus, joka oli sisällöltään riittävän kattava. Lauseet ja lausekokonaisuudet listattiin. Seuraavaksi ryhmiteltiin listasta pelkistettyjä ilmauksia sekä etsittiin niiden yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin ja yhdistetyille ilmauksille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Sen jälkeen abstrahoitettiin eli yhdisteltiin muodostettuja kategorioita yhdistävän kuvauksen löytämiseksi. Kategoriat ja käsitteet raportoitiin tutkimustuloksissa tutkimustehtävittäin. Liitteessä 5 on esimerkki aineiston analyysistä.

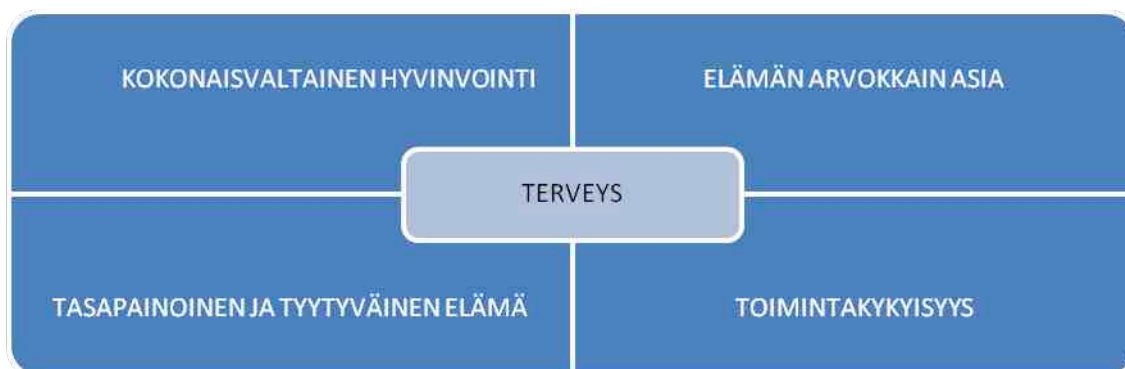
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Terveyden edistämisen sisällöt

Tutkimuksessa luottamushenkilöitä pyydettiin määrittelemään terveys- ja terveyden edistämisen käsitteet. Näin haluttiin saada tietoa, miten luottamushenkilöt ymmärtävät terveyden edistämisen. Tutkimuksessa luottamushenkilöitä pyydettiin myös kuvailemaan terveyden edistämisen toimintoja ja näkemyksiään terveyden edistämisen toiminnoista ja siitä, kenen kuuluu vastata terveyden edistämisestä. Näillä kysymyksillä haluttiin saada tietoa luottamushenkilöiden ajatuksista ja olettamuksista terveyden edistämisen toiminnoista ja vastuista. Seuraavaksi esitetään näihin terveyden edistämisen sisältöjä kuvaaviin kysymyksiin saatuja vastauksia.

5.1.1 Terveys ja terveyden edistäminen

Luottamushenkilöt kuvailivat terveyttä hyvin laaja-alaisesti. Kuvauksissa tuli esille useita erilaisia terveyden ulottuvuuksia. Yleisesti terveys nähtiin myönteisenä käsitteenä, joka on enemmän kuin sairauden poissaoloa. Tutkimusaineiston perusteella terveydelle luokiteltiin neljä erilaista ulottuvuutta: terveys on kokonaisvaltaista hyvinvointia, terveys on elämän arvokkain asia, terveys on tasapainoista ja tyytyväistä elämää ja terveys on toimintakykyisyyttä (Kuvio 2).



KUVIO 2: Luottamushenkilöiden näkemykset terveydestä

Terveyttä määriteltiin kokonaisvaltaisena hyvinvointina. Se ilmenee fyysisenä, psyykkisenä sekä sosiaalisena hyvinvointina, missä ympäristö, lähiyhteisö, kaikinpuolinen turvallisuus sekä myönteinen elämän asenne korostuivat. Ihminen määriteltiin osiensa summaksi ja terveys on osien välistä tasapainoa. ”Kyllä mä nään sen ihmisen hyvinvointina ... kokonaisuutena. Siihen kuuluu klassisesti tämä fyysinen ... sitten henkinen hyvinvointi ja yhä enenemässä määrin tämä sosiaalinen ... tällaista yksilökeskeisyyttä korostavassa yhteiskunnassa yhteisöllisyys ja sosiaalisuus korostuu myös tässä hyvinvoinnissa.”

Terveys nähtiin ihmisen koko elämän arvokkaimpana asiana. Terveys on tärkeää ja sitä tavoitellaan. Yksilöillä vastuun ottaminen toiminnoistaan ja terveytensä vaalimisesta on näkemyksien mukaan kaikkein merkityksellisintä terveyden saavuttamisessa ja säilyttämisessä. Terveys ei ole itsestään selvyys, vaan sitä tulee vaalia. Myönteisyys terveyttä kohtaa ja terveyden arvottaminen lähtee lapsuudesta eli ihmisen kasvuympäristöllä on tärkeä merkitys kunkin yksilön terveystieteen muotoutumiselle ja ymmärtämiselle. ”Ihmisen tärkeimpiä asioita on terveys ja sen terveyden ylläpitäminen ja säilyttäminen. Tietenkin se on vapaaehtoista ... eli sellaista jonkinlaista omaa vastuunottoa omasta terveydestä.”

Terveys sisältää toimintakykyisyyden eri-ikäisenä. ”Terveys on koostunut toimintakyvystä, että missä kunnossa ja eri-ikäisen ihmisen toimintakyky on erilainen ja sitten voidaan sitä toimintakykyä tietyn toiminnoin pitää iänkin karttuessa parempana...”. Terveys nähtiin siten ihmisen voimavarana. Terveenä ihminen voi pohdiskella elämänsä pitemmälle ja tehdä suunnitelmia tulevaisuuteen. Tällä tavoin elämästä tulee toiveikkaampaa, mielekkäämpää ja tarkoituksenmukaisempaa. Terveys nähtiin perustana sekä yksilön että koko yhteiskunnan toiminnalle ja hyvinvoinnille.

Tasapainoisuus elämässä ja tyytyväisyys elämään ja elinolosuhteisiin määriteltiin myös terveytenä. Sairautta ei nähty terveyden vastakohtana, vaan terveys on sairauden hallitsemista ja sairauden kanssa voi selviytyä ja elää hyvää elämää. ”...terveys on varmasti sitä, että pystyy sen ikäisenä kun kukin on, niin suoriutumaan päivittäisistä tehtävistään... siis kaikenlaisista ns. elämään liittyvästä kokonaisuudesta... mielen ja kehon terveyttä ... positiivinen asia... sairauden hallitsemista eikä sairauden vastakohta-

kaan.” Näkemyksien mukaan normaali arkikin on tasapainoista, jos ihminen on tyytyväinen itseensä ja elämäänsä.

Terveyden edistämisen luottamushenkilöt määrittivät usealla eri tavalla. Terveyden edistäminen kuvailtiin ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisenä ja parantamisena erilaisin keinoin. Terveyden edistämiseen vaikuttavat yksilö itse, ympäröivä yhteisö sekä yhteiskunta. Tutkimusaineiston luokittelussa terveyden edistämiseksi määriteltiin neljä kategoriaa seuraavasti: terveyden edistäminen on terveellisiä elämäntapoja, terveyden edistäminen on oman elämän hallintaa, terveyden edistäminen on hyvinvoinnin ylläpitämistä ja parantamista sekä terveyden edistäminen on yksilön ja yhteisön voimavaraistumista (Kuvio 3).



KUVIO 3: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisestä

Terkeitä elämäntapoja noudattamalla ja elämällä ns. ihmisiksi edistetään terveyttä. Terveellinen ruokavalio, riittävä liikunta, työn ja kotilojen yhteensovittaminen sekä kohdun ymmärtäminen toiminnoissa ja valinnoissa, määriteltiin terveyden edistämiseksi. Ympäristöstä ja luonnonvaroista huolehtiminen sekä kaupan ja kilpailun hallitseminen vaikuttavat myös ihmisten hyvinvointiin ja terveyden suojeluun. ”*Terveet elämäntavat, hyvä mieli, terve ympäristö tai kaikki muut tällaiset asiat.*”

Hyvinvoinnista vastuun ottaminen sekä parempien elämäntapojen omaksuminen korostuivat vastauksissa. Yksilön oman vastuun ottaminen omasta terveydestään kuvaa ihmisellä elämänhallintaa. Elämänhallintaa kuvailtiin myös oikeiden valintojen tekemisenä hyvinvoinnin suhteen. Terveyden edistämistä kuvailtiin kokonaisvaltaisena elämänasen-

teena tai elämäntapana – elämistä tasapainoisena, stressittömänä ja tyytyväisenä normaalissa arjessa. ”Eikä siinä ole sellaisia suuria riskinottoja ja jokapäiväisessä elämässä... jos ihmissuhteet on kunnossa niin sekin vaikuttaa terveyteen...”

Terveyden edistämisen ymmärtäminen yksilön omaksi vastuuksi korostui tutkimustuloksissa. Terveyden edistäminen on vastuun ottamista hyvinvoinnista ja sen ylläpitämisestä. Terveyden edistäminen tarkoittaa asenteiden muutosta ja elämän tärkeysjärjestysten arvottamista edelleen. Terveysnäkökohtien esille nostamisella sekä yhteistyön lisäämisellä sosiaali- ja terveydenhuollon, teollisuuden ja kaupan välillä uskotaan olevan vaikutusta ihmisten valintoihin ja päätöksiin oman hyvinvointinsa hyväksi. Terveyden edistämisen ja terveyden ylläpitämisen sisältöjen ymmärtämiseen tarvitaan niin kuntien, valtion kuin koko globaalin maailman panostusta. ”Tupakka, alkoholi ja liika syöminen, niin näitten ehkäisy... ja kurissa pitäminen. Kohtuus kaikkeen... Asennemuutos parempien elämäntapojen oppimiseen.”

Terveyden edistämistä kuvailtiin yksilön ja yhteisön voimavaraistumisena. Terveys koetaan voimavaraksi, jonka turvin voi suunnitella elämänsä eteenpäin. Voimavaraajattelussa näkyy myös sosiaalisen hyvinvoinnin merkitys ihmisen terveydelle. Vähemmällä ja heikommilla voimavaroilla olevan yksilön toivottiin yhteiskunnan tai läheisten tuen turvin selviytyvän itsekseen; ottavan vastuuta hyvinvoinnistaan ja vähitellen voimavaraistuvan. Yhteiskunnan tulee tarjota erilaisia vaihtoehtoja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveyden edistämisen toimintojen ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden avulla niin yksilöt kuin yhteisötkin voivat löytää omat vahvuutensa hyvinvoinnin ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Terveyttä edistävällä toiminnalla on myönteisiä taloudellisia vaikutuksia yhteiskuntamme kehityksessä. Menetetyt terveyden korjaaminen tai terveyden takaisin saaminen on vaikeaa ja vähemmän tuloksekasta sekä kalliimpaa kuin terveyden suojelemiseksi tehty työ. ”...mitä niillä palveluilla tehdään, että edistetään ihmisten terveyttä, mutta yhtäläillä mä ajattelen sitä, että vähintään yhtä tärkeä asia on se, että miten se ihminen itse sitten toimii ja elää ylläpitääkseen sitä terveyttään ja se on ainakin niitä kumpaakin”.

5.1.2 Terveyden edistämisen toiminnot ja toimijat

Toimintana terveyden edistäminen luokiteltiin seuraaviin kategorioihin: terveyden edistäminen on terveysneuvontaa, terveyttä edistäviä kampanjoita, itsestä ja läheisistä huolehtimista sekä asuin- ja elinympäristön suojelua (Kuvio 4).



KUVIO 4: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen toiminnasta

Terveyttä edistävä toiminta mielletään pääsääntöisesti terveyskasvatuksen ja -valistuksen muodoiksi, terveysneuvonnaksi. Tutkitun tiedon jakaminen ja terveyteen liittyvien asioiden toistaminen säännöllisin väliajoin koetaan tärkeäksi. Terveyttä edistävä tieto tulee saada korostetummin näkyviin koulujen opetussuunnitelmissa ja tiedon esille nostamiseen tarvitaan terveyden edistämisen asiantuntijuutta yhä enemmän. Terveyttä edistävään toimintaa ja kasvatukseen kaivataan uudenlaista, enemmän väestön tarpeista lähtevää, mielekästä ja mielikuvituksellisempaa otetta. Terveyttä edistävään toimintaan mukaan meneminen tulisi olla sitouttavaa, halpaa sekä väestölle helposti saatavissa olevaa. ”Pitäis saada se terveyden edistäminen niin kuin kansan kielelle ja sel-laseen muotoon, että se ei ole aina pakko taikka paha taikka ... totta kai sitten, jos lää-käri sanoo, homma on niin, että tästä kuolema seuraa, jos et tee näin. Niin en tiedä aut-taisko se ihmisiin enemmän? ...vaaditaan se ammatillinen näkökulma, että ihminen hy-väksyis sen neuvon, että mikä on joissain vaiheissa pystytty niin kuin toteen näyttämään. Tutkittu tieto. Mihinkäs muuhunkaan sitä voidaan nojata, kuin siihen faktaan ja tutki-mukseen uskoa.”.

Terveyden edistämisen tulokset tai toiminnan vaikuttavuus eivät näy heti, mikä nähdään ongelmana erityisesti terveyttä edistävässä päätöksenteossa. Terveyttä edistävään toi-mintaan investoiminen nähdään kuitenkin mahdollisuutena talouden tasapainottamiseen

kunnissa ja koko yhteiskunnassa. ”...nään terveyden edistämisen semmoisena niin kuin pitkänä – pitkänä juoksuna... pitkällä juoksulla saavutetaan paljon, jopa rahallista säästöäkin.”

Tiedon välityksen merkitys tämän hetken suomalaisessakin yhteiskunnassa on merkittävä. Lehdistö, televisio tai Internet nähdään mahdollisuutena laajan tiedon välittämiseen ja terveyden puolesta kampanjointiin. ”... niin sanottu alulle paneva taho, ei terveydenhuollon ammattilaisten vaan se voi olla joku ”Tarvajärvi ”tai mikä tahansa, joka saisi uudelleen sellaisen palon koko kansakuntaan lähteä tosiaan ylös, ulos ja lenkille.”

Tutkimuksessa nousi esille yksilön omien toimintojen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin. Päävastuu terveyden edistämisestä nähtiin olevan jokaisella yksilöllä itsellään sekä sen kautta vanhemmilla ja perheillä on vastuu jälkeläisistään ja tulevista sukupolvista. Neuvola-, päivähoito- ja koulujärjestelmä koettiin tärkeiksi ja arvostetuiksi lasten hyvinvoinnin taustatekijöiksi ja niiden toiminta nähtiin korkeatasoisena terveyttä edistäväenä toimintana. Johtopäätökseksi tuli, että terveyden edistäminen tulee mieltää laajemmaksi kuin vain sosiaali- ja terveydenhuollon asiaksi. Kuntien muutkin hallintokunnat tulee saada mukaan terveyden edistämisen ajatteluun ja toimintakulttuuriin luomiseen.

”Se ei pelkästään missään tapauksessa ole sosiaali- ja terveystyötä, vaan se on hyvin monimuotoinen asia. Ainakin kunnan palveluista se on montaa muutakin, se on sivistystä, kulttuuria, se on teknisen toimen asia, liikunnan, kaiken sen ja yleensä sen kuntarakenteen ja koko sen infran asia ... yhteiskunnassa muidenkin alojen asia, että kuinka hyvin mahdollista se on, että ihmiset ovat terveitä... siihen liittyy kaikki kauppa- ja teollisuus, ihan siis kaikki. ”

Kaikki toiminnot teollisuudessa, maanviljelyksessä tai yksilön omissa valinnoissa tulee tähdätä puhtaan luonnon ja saasteettoman ilman säilyttämiseen. Terveellinen ravinto saadaan puhtaasta maaperästä ja ilmastonmuutokseen voi jokainen ihminen omilla toiminoillaan vaikuttaa. Maaseudulla asuminen väljästi ja rauhassa sekä puhtaat metsä- ja järvimaisemat kuvailtiin voimavaroiksi, joista ei helpolla luovuttaisi. Terveyden edistäminen on siis myös niin asuin- kuin elinolosuhteiden suojelua. ”*Lisäuhkapointtina mm. tähän ravintoon liittyvät asiat... väestön lisääntymisestä ja se että viljelykelpoiset maa-alan vähenemiset ja muut tekijät saattaa aiheuttaa esim. elintarviketuotannon rakenteissa kaikenlaisia sellaisia kummajaisia... epäterve pesii siellä, missä kilpailua ta-*

pahtuu.” tai ” nykyruoka on liian raffinoitu, vehnäjäuhot puhdistettu, leseet puuttuu. ei ole kokojyviä. ... ns. sallitut lisäaineet kuormittaa ihmisen elimistöä ja ei tasan tiedetä sitä, että mikä on niiden ympäristö, ruuan säilytysaineitten, ympäristömyrkköjen ja kaikkien saasteiden yhteisvaikutus... siis mahdollisimman puhdasta ruokaa. Puhdas luonto ja puhdas ruoka ja terveys.”

Terveyden edistämisen toimijoiksi määriteltiin useita tahoja ja toimijoista luotiin monenlaisia näkemyksiä. Tutkimuksessa terveyden edistämisen toimijat luokiteltiin seuraaviin kategorioihin: terveyden edistämisen toimijoina ovat yksilö itse, sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat, kolmannen sektorin toimijat sekä toimijat tiedotusvälineiden kautta (Kuvio 5).



KUVIO 5: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen toimijoista

Terveyden edistämisen merkityksen ymmärtäminen väestön keskuudessa on valtava haaste. Terveyttä edistävänä toimijana on yksilö itse pääroolissa. Omien valintojen ja toimintojen kautta mahdollistuu hyvinvoinnin säilyttäminen, lisääminen tai menettäminen. ”*Se tietysti lähtee ihmisestä itsestään kaiken kaikkiaan, jos ei ihmisellä itsellään ole sitä halua eikä tahtoa, niin väkisin hän sitä ei kukaan voi, ei se kannettu vesi kaivos- sa pysy.”*

Luottamushenkilöt olivat selkeästi sitä mieltä, että terveyden edistämisen toiminnan järjestäminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollolle ja siellä löytyvät myös terveyden edistämisen toimijat. Perusterveydenhuoltoa pidetään terveyttä edistävän toiminnan kivijalkana. Huonosti hoidetun perusterveydenhuollon nähtiin lisäävän erikoissairaanhoidon jo

nyt valtaviksi nousseita kustannuksia, mitkä voivat sekoittaa pienten kuntien talouden täysin. Terveydenhuollon järjestelmän tulisi myös ohjata terveyttä edistävää toimintaa ja toimia valistuksen asiantuntijana sekä avun ja ohjeiden antajana. Yhteiskunnan tulee huolehtia vähemmällä voimavaroilla varustetun ihmisen tai perheiden terveyttä edistävään toimintaan mukaan saamisesta. ”...yhteiskunnan vastuu juuri näiden, jotka eivät muutenkaan oikein osaa ottaa elämästään otetta ja sitten tavat, miten tuota ikään kuin kaikkien niiden yhteiskunnan aputoimintojen kautta voisi tukea sitä ihmistä niin, että se jossain vaiheessa oppis ottamaan itsestään vastuuta...”

Kansalaisjärjestöjen, urheiluseurojen ja yleensä kolmannen sektorin järjestämä toiminta on nähty perinteisesti vahvana ennalta ehkäisevässä työssä. Aikaisempina vuosikymmeninä kolmannen sektorin toiminnot koettiin vieläkin merkittävimiksi ja tehokkaammiksi kuin nykyään. Tällä hetkellä näitä toimijoita jopa velvoitettaisiin enemmän antamaan työpanostaan terveyttä edistävään toimintaan. Kansalaisjärjestöt, yhdistykset, urheiluseurat tai yksityinen palvelujen järjestäjä nähdään kunnissa yhteistyökumppaneina, joiden kanssa uskotaan pystyttävän tulevaisuudessa yhä enemmän myös jakamaan ja täydentämään terveyden edistämisen henkilöstöresursseja ja tasaamaan ennalta ehkäisevästä työstä koituvia kustannuksia. Toimijoiden kesken mahdollistuu myös alueellinen ja yli kuntarajojen ulottuva yhteistyö, mitä pidetään järkevänä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa velvoitettaisiin myös tekemään tiiviimpää yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa, jotta saataisiin väestöä innostumaan enemmän itsensä hoitamiseen ja kaikki mahdolliset voimavarat käyttöön. ”Terveyden ja sosiaalipuolen rooli voisi olla yhteisesti keskusteltuna näitten 3. sektorin toimijoiden kanssa, yhdistysten ja urheiluseurojen ja tällaisten ... volyyymi suurenisi ja saisi isommat porukat ... niin juuri tähän ennalta ehkäisyyn saada voimia ja tehokkaammin käyttöön.”

Julkisella taholla ei ole valtuuksia ohjailla tai puuttua järjestöjen tai yhdistysten toimintoihin. Kolmannen sektorin tarjoama toiminta ja tapahtumat ovat kuitenkin väestölle tärkeitä, erityisesti sosiaalisessa ja kasvatuksellisessa mielessä. Tarjottuun toimintaan mukaan tuleminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja omiin valintoihin, mikä voidaan kokea merkityksellisenä terveyttä edistävän kulttuurin ja asennemuutosten aikaansaamisessa.

Tiedotusvälineet ovat tänä päivänä tärkeässä roolissa myös terveyttä edistävinä toimijoina sekä tiedon välittäjinä. Tietoa tuotetaan runsaasti ja monentasoisena. Ihmiselle saattaa olla vaikeuksia löytää tietotulvan keskeltä oikeaa ja asiallista tietoa. Median tuoma informaatio voi olla myös riski ihmisten hyvinvoinnille. Uhkakuvat, äärimmäisyyksiin meneminen, väärin mallien ihannoiminen tai puutteellinen ja vääristelevä tieto, voivat johtaa kohtalokkaiisiin seurauksiin ja ihmisten pahoinvointiin hyvinvoinnin sijasta. ”...mun mielestä helposti johdateltavissa oleville henkilöille sellaisia vääriä valintoja mm. erilaiset epäterveelliset dieetit, jotka mukavasti terveyden nimissä markkinoidaan... tämmöset ääri-ihanteet ylilaihuus tai jopa sit se, että kehoa muokataan ja tietysti ääri-ilmiö on nää kauneusleikkaukset...”

5.1.3 Terveyden edistämisen vastuu

Terveyden edistämisen vastuuta luottamushenkilöt määrittivät laajasti, monitahoisena ja -tasoisena. Luottamushenkilöiden mukaan terveyden edistämisen haastavaa ja taloudellisesti raskasta vastuuta tuleekin kantaa monilla eri tahoilla ja jakaa monille eri tahoille. Terveyden edistämisen vastuu luokiteltiin kategorioihin seuraavasti: yksilön oma vastuu, vastuu läheisistä ja lähiyhteisöstä, kuntien vastuu ja valtion vastuu (Kuvio 6).



KUVIO 6: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen vastuusta

Tiedossa on, että yleensä ne ihmiset, jotka ottavat vastuun itsestään ja tekemisistään, myös sitoutuvat siihen. Nämä henkilöt kantavat vastuuta myös läheistensä hyvinvoinnista. Tavoitteena tulisi olla se, että myös vähemmillä voimavaroilla varustellut yksilöt tai perheet yhteiskunnan järjestämän ensiavun jälkeen ottaisivat vastuun itsestään ja hyvinvoinnistaan. ”...yksi mihin ja miten paljon tässä Peruspalvelukeskuksessa on ja sosi-aali- ja terveystieteissä on kiinnitetty huomiota on tää omavastuun ottaminen eli se, että

korostettais sitä, että jokainen on kuitenkin loppupelissä itse vastuussa ja pitäis niin kuin eväitä löytää sille yksilölle ja yhteisölle vastata itse siitä”. Työnantajien taloudellinen panostus ja velvollisuus terveyttä edistävään toimintaan nähtiin mahdollisuutena. Kansalaiset voisivat myös jatkossa itse ottaa enemmän taloudellista vastuuta saamistaan palveluista. Näin ei kaikkea toimintaa tai palveluita tarvitsisi rahoittaa julkisin varoin. Luottamushenkilöiden mielestä pieni omavastuu voisi toimia jopa jonkinlaisena kannustimena hyvinvoinnin säilyttämiseksi tai parantamiseksi. Tutkimuksessa nousi esille myös kysymys siitä, että onko moraalisesti oikein hoitaa yhteiskunnan varoin henkilöä, joka ei ota vastuuta tavoistaan ja toiminnoistaan tai ei sitoudu lupauksiinsa tai muutokseen. ”Kyllä se niin kuin kaikissa hoidoissa, jos yhteiskunta tarjoaa jotain terveydenhuollon hoitopalveluita ja ihminen ei omatoimisesti lähde siihen mukaan, niin kyllä ne sais ohjata sinne vähän reunimmaiselle vastaanotolle, että otetaan vastaan, jos keritään.”

Yksilön oman vastuun ottamisen lisäksi myös päättäjien vastuuseen luottamustehtävässään sekä viranhaltijoiden ja työntekijöiden vastuuseen sekä sitoutumiseen ja sitouttamiseen työhönsä ja terveyttä edistävään toimintaan pitää kiinnittää enemmän huomiota. Sosiaali- ja terveysalalla ei vielä täysin sisäistetä terveyden edistämisen vaikuttavuutta tai taloudellisia näkökohtia. *”...oikeesti vastuunottamista, enää ei semmoinen ns. ”muodollinen peesailu” riitä eli ne jotka valitaan mihin tahansa tehtäviin, tietysti työntekijätkin, niin se vastuu onkin sellainen kokonaisvaltaisempi, siis oikeastaan kaikkien yhteinen vastuu. Sitoutuminen ja sitouttaminen.”*

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu kuuluu luottamushenkilöiden mielestä perusterveydenhuollolle ja julkishallinnolle ja sitä kautta taloudellinen vastuu jää kunnille. *”Kuntaorganisaatioihin on tietysti luotava ne edellytykset ja annettava niitä mahdollisuuksia ... se ilmapiiri, että kuntalaisilla on helpot, halvat, hyvin saatavissa olevat mahdollisuudet hoitaa itseään terveesti ja harjoittaa terveitä elämäntapoja.”*. Kuntien valtuustot luovat taloudellisen raamin kaikkeen kuntien toimintaan. Terveyden edistämisen vastuu kunnissa mielletään edelleen suuressa määrin perusterveydenhuollon tehtäväksi ja järjestämäksi, ja toimintaa tulee tarjota kuntalaisille tasavertaisesti. Kunnissa ennalta ehkäisevään työhön osoitetut määrärahat ovat valitettavan usein pois joltain muulta kunnan hallinnonalueelta. Omaan terveyden edistämiseen määrärahaa ei löydy kuntien talousarvioista.

Luottamushenkilöiden keskuudessa nousi esille kysymys, että mitkä ovat kuntien kustannukset, kun ennalta ehkäisevä toiminta ei ole kunnossa tai toimitaankin ihan väärillä toimintamalleilla? Tämän vuoksi terveyden edistäminen tulisi luottamushenkilöiden mukaan saada enemmän näkyville pitemmän tähtäyksen kuntasuunnittelussa ja huomioidtavaksi paremmin kuntien kaikkien hallinnonalojen tavoite- ja toimintaohjelmissa. Luottamushenkilöiden mielestä pitää nähdä tulevaisuuteen ja uskoa ennalta ehkäisevään työhön ja kohdentaa siten jatkossa yhä niukentuvat voimavarat oikein. *Kuntataloudessa hyvin pitkälle ajatellaan vuosi kerrallaan hyvin lyhyellä tähtäimellä ja tässä pitäis päästä sellaiseen pitkän tähtäimen ajatteluun ... tuloksia ei vaan nää, että nyt kun investoidaan niin ne tulokset nähdään myöhemmin ... kunnalla on erittäin tärkeä, että on tällainen linjan veto siinä että, mihin me satsataan. Kerta kaikkiaan!”*

Terveyden edistäminen kunnissa on kaikkien hallinnonalojen asia. ”...siitä vastaavat kaikki tai siitä vastaa koko kunta tai jotain tällaista, mutta siinä mä sitten heittäydyn vähän skeptikoksi, että vastaako siitä silloin sitten kukaan? Tapahtuuko siinä sitten mitään, jos se on näin laajaa?”. Kunnissa tulisi tehdä huomattavan paljon enemmän yhteistyötä eri hallinnonalojen kesken terveyden edistämiseen liittyvässä suunnittelussa ja päätöksenteossa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei näy kuntastrategioissa erillisinä tai kuntien yhteisinä linjauksina, vaan siitä saattaa olla maininta muutamalla yksittäisellä lauseella esimerkiksi ympäristönsuojelun tai nuoris- ja liikuntatoimen asiakirjoissa. Yhteistyötä hallinnonalojen kesken tehdään tällä hetkellä jonkin verran, muttei sitä koeta kovinkaan viralliseksi tai tavoitteelliseksi. Yhteistoimintaa on sosiaali- ja terveystoimen ja sivistys- ja teknisen toimen välillä sekä terveyden edistämisen näkökulmasta vahvimmin liikuntatoimen kanssa. Yhteistyö toteutuu tällä hetkellä lähinnä virkamiestasolla ja eräänlaisena työnjaollisena toimenpiteenä tai moniammatillisena yhteistyönä.

Kunnissa koetaan, että yhteistyölle ei ole olemassa selkeitä rakenteita tai työvälineitä. Tiukka talous on johtanut kilpailuun eri hallinnonalojen välille, mikä vaikeuttaa yhteistyön kehittymistä edelleen. ”... jos sä haluat satsata terveyden edistämiseen, hyvinvointiin saman talousarviovuoden aikana niin, että sä löydät katteen sille jostakin muualta, Nythän on niin, että jos me halutaan paukkuja laittaa 50.000 € koululaisten terveyden edistämiseen, niin meidän pitää ottaa se jostain pois, että se on erittäin vaikeaa. Siitä tulee kina ... se voisi olla niin, että se 50.000 € on sitten uutta rahaa, jota kenenkään ei

tarvi löytää mistään toisesta pussista, se on ylimääräistä. Sellaista ei nyt ainakaan tällä hetkellä ole.”

Yhteistyön heikentyminen on myös valitettavasti näkyvissä Peruspalvelukeskuksen sisällä. Tulosalueiden välille on noussut raja-aitoja, joita ei aikaisemmin ole ollut näin räikeästi näkyvillä. Samat vaikeudet on nähty myös joissain kunnissa kunnan ja Peruspalvelukeskuksen kesken. Yhteistyö kunnan muiden hallinnonalojen ja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ei enää olekaan niin joustavaa ja mutkatonta kuin aikaisemmin on ollut. Syyksi tähän mainittiin heikentynyt tiedon kulku ja organisaation uusi ja kokematon hallinto.

Valtio ohjeistaa, luo sääntöjä ja lakeja, ja kunnat toteuttavat sekä rahoittavat toiminnan. Kunnista puuttuvat terveyden edistämisen pitkántähtäimen tavoite- ja toimintaohjelmat ja valtakunnallisia terveyden edistämisen linjauksia ei ole esitelty tai käsitelty luottamuselimissä. Veronkorotuksilla ei jatkossa pystytä enää tuottamaan lisää palveluita. Apua kuntien taloudelliseen ahdinkoon toivotaan selkeästi myös valtiolta. Kuntien vahva rooli toimia terveyden edistämisen sekä muidenkin kunnan perustoimintojen rahoittajina korostui tutkimustuloksissa. Valtion normiohjaus koettiin tällä hetkellä vähäiseksi. Sen tilalle on tullut informaatio-ohjaus ja erilaiset politiikka- ja terveystoimittiset ohjelmat, joihin kuntien tulee sisäisellä toiminnallaan, rahoituksellaan ja poliittisen päätöksenteon avulla vastata. Luottamushenkilöiden mielestä valtio on vetäytynyt vastuusta siirtämällä vastuun kuntiin. Tämän vuoksi valtiolta odotetaan myös rahoitusta velvollisuuksien lisäksi. Erityisesti tätä toivetta esitettiin erikoissairaanhoidon huimiin kustannuksiin, ei niinkään perusterveydenhuoltoon. ”*Ainakin valtion on hyvin vetäytynyt kaikesta, sysänny vastuuta kuntapuolelle. Sehän on itsestään selvä juttu, ehkä se semmonen tutkimus ja tää puoli on valtion hallussa. Konkreettinen asia on jäänyt kunnille sekä taloudellinen vastuu... Se on niin kuin sellaista palokuntatyötä tämä kunnan tehtävä. Ei se ole kehittämistä. Kunhan nyt saadaan hoidettua ne asiat ja pakolliset vastuut.”*

5.2 Terveyden edistämisen merkitys

Tutkimuksessa luottamushenkilöitä pyydettiin kuvailemaan omaa ja kuntien roolia terveyden edistämisen päätöksenteossa ja kuntien terveyttä edistävään päätöksentekoon liittyviä seikkoja. Näin haluttiin saada tietoa, mitä sisältyy terveyden edistämisen päätöksentekoon. Luottamushenkilöitä pyydettiin kuvailemaan myös terveyden edistämisen suunnittelua ja johtamista. Näillä kysymyksillä haluttiin selvittää luottamushenkilöiden näkemyksiä terveyden edistämisen johtamisesta. Lisäksi luottamushenkilöitä pyydettiin pohtimaan terveyden edistämisen haasteita. Tutkimuksessa luottamushenkilöt kuvailevat terveyden edistämisen haasteita tulevaisuuden näkökulmasta. Seuraavaksi esitetään näihin terveyden edistämisen merkityksiä kuvaileviin kysymyksiin saatuja vastauksia.

5.2.1 Terveyden edistämisen päätöksenteko

Luottamushenkilöt arvottavat terveyden edistämisen henkilökohtaisessa elämässään korkealle ja kuvaavat terveyttä edistävien päätösten tekemisen velvollisuudeksi kuntalaisia kohtaan. Luottamushenkilöt näkevät terveyden edistämisen myös mahdollisuutena väestön hyvinvoinnin säilyttämiseksi tai parantamiseksi. Kuntien taloudellinen tilanne on kuitenkin hankala. Varat eivät tunnu riittävän kaikkeen siihen, mitä todellisuudessa haluttaisiin. Terveyden edistämisen taloudellista ja toiminnallista vastuuta ollaan valmiita jakamaan laajemmin. Kunnan ja luottamushenkilöiden roolit terveyden edistämisen päätöksenteossa luokiteltiin seuraaviin kategorioihin: kunnan ja luottamushenkilöiden rooleja kuvaillaan terveyden edistämisen arvonnostajina, tiedon hankkijoina ja tiedon eteenpäin viejinä, terveyden edistämisen tavoitteisiin sitouttajina sekä terveyttä edistävään toimintaan osallistujina ja toiminnan resursoijina (Kuvio 7).



KUVIO 7: Kunta ja luottamushenkilöt terveyden edistäjinä

Suurin osa kunnista kamppailee jokseenkin vaikeassa taloudellisessa tilanteessa. ”... on tullu velvollisuuksia, mutta ei oo tullu ollenkaan sitten sitä rahoitusta niitten mukana, joka sitten on saanu sen kunnan siihen tilaan missä se sitten on, sen taloudellisen tilanteen.” Niukkojen varojen jakaminen ja kohdentaminen kunnan sisällä tuo ristiriitoja eri hallintokuntien välille. Kuntapäätäjillä voi olla hyvinkin erilaisia elämäntilanteita, lähtökohtia tai intressejä, jotka ohjailevat heidän niin henkilökohtaista kuin poliittisesta katsontakannastaan johtuvaa päätöksentekoa. Ennalta ehkäisevää työtä arvotetaan ja ymmärretään luottamushenkilöiden keskuudessa eri tavoin.

Henkilökohtaisella tasolla terveyden edistäminen koettiin luottamushenkilöiden keskuudessa hyvin tärkeäksi asiaksi. Terveyden edistämiseen sitoutuminen ja panostaminen nähtiin investointina tulevaisuuteen. ”Terveyden kautta meillä on hyvinvoivat kansalaiset ja palveluja käytetään vähemmän”. Terveys arvotetaan haastateltavien keskuudessa korkealle tasolle ja terveyden edistämisen arvoa halutaan nostaa yhä enemmän esille myös päätöksenteossa. Luottamushenkilöiden mukaan kunnissa on ollut pyrkimys terveyden edistämisen näkökulman huomioon ottamiseen päätöksenteossa jo pidemmän aikaa. ”Meidän kunnassahan jo hyvin pitkään pyritty kaikissa asioissa tähän ns. ennakkoivaan työskentelyyn ja se on itse asiassa aika mielekästä, se on taloudellisesti mielekästä, se on toiminnallisesti mielekästä, se palkitsee jokaista meitä ns. kuntalaista, mutta se myös palkitsee tietenkin Peruspalvelukeskuksen isäntääkin ja mahdollisesti siihen työhönkin osallistuvia henkilöitä.” Terveysten edistämisen linjausten näkyvämpää esille tuomista myös Peruspalvelukeskuksen toiminnan suunnittelussa pidettiin tärkeänä.

Kustannusten kasvaminen huolestuttaa luottamushenkilöitä, vaikka suhtautuminen terveyttä edistävään toimintaan yleisesti onkin myönteinen. Sairauksien hoitaminen, eri-

koishoitojen kehittäminen, vanhusväestön lisääntyminen, sosioekonomisten erojen kasvaminen sekä erikoissairaanhoidon yhä edelleen kasvavat kustannukset tuntuvat kaatavan kuntien talouden. Tämän myötä uudet terveyttä edistävät toimintamallit, toiminnan linjaukset tai rohkeilta tuntuvat tai rahoitusta vaativat hankkeet saatetaan kyseenalaistaa tai hylätään helposti kokeilematta ja näin uusien työmenetelmien luominen käytännön terveyttä edistäväksi toiminnaksi estyy. ”.. kerta kaikkiaan meitin resurssit ei riitä ja pitkässä juoksussa ei pystytä tällä vauhdilla menemään ja pystyykö koko yhteiskunta? ... tilinpäätöksessä 12 % oli X kunnassakin tämä nousu. Sehän tahtoo sanoa sitä, että sellaista nousua, ellei 10-20 vuoden aikana tehdä mitään, kaikki rahat menee tähän ihmisten terveyden hoitoon. Siis uusia systeemiä ja uusia haasteita uusia järjestelmiä, uusia käytäntöjä, kaikki on kohta niin kuin kyseenalaistettava. Siis siinä voi hyvässä lykässä mennä ”lapsikin lapsiveden mukana”, kun ruvetaan toimimaan.”

Kunnissa oli luottamushenkilöiden mielestä jo jonkin verran sitouduttu päätöksenteossa terveyden edistämiseen ja tehtykin paljon sellaista, josta näkyy terveyttä edistävä suuntaus. Asumis- ja elinoloihin sekä harrastusmahdollisuuksiin on panostettu paljon. Luonnon läheisyys, puhdas ilmanlaatu, fyysinen ja psyykkinen turvallisuus ja koskemattomuus sekä hyvät ja monipuoliset liikuntamahdollisuudet koettiin terveyttä edistäviksi seikoiksi. Kaupungin läheisyys ja sen monipuolinen tarjonta mahdollistaa terveyttä edistäviin kulttuuri- ja liikuntaelämyksiin. Suunnittelua ja yhteistyötä koko alueen parhaaksi on olemassa. Terveyspalvelut kunnissa koettiin toimiviksi, joskin mm. väestön ikärakenteen johdosta kalliiksi. Huoli lapsiperheiden vähentymisestä ja koulutetun väestön poismuutosta huolestutti jonkin verran. Kuntien pieneen kokoon nähden, niissä on kuitenkin yllättävän paljon tarjottavaa terveyden edistämisen näkökulmasta. Nämä mahdollisuudet voidaankin luottamushenkilöiden mielestä nähdä kuntien vahvuutena sekä imagon kohottajina ja niistä oltiin ylpeitä. ”Vävyypoika, mikä on X:lta ja tuli talvi-aikaan ja kartoitti ja katto netistä, että näin pieneen kuntaan hänen mielestään hämmästyttävän paljon on mahdollisuuksia. ... on tehty rohkeita ratkaisuja jo silloin 70 luvun alussa, kun on päätetty, että tämänkin kokoiseen kuntaan uimahalli laitetaan. Ei seikään ilmaista ole. Meillä on monia vahvuuksia.”

Päätöksien tueksi kaivataan edelleen todellista, oikeaa ja vertailukelpoista asiantuntijoiden selvittämää ja antamaa tietoa. Päätöksiä tehdään moniportaisesti, monilla eri tahoil-

la ja päätöksen tekijöissäkkin on monitasoisia henkilöitä. Tämän vuoksi toivotaan, että päätökseen tulevat asiat on hyvin valmisteltu etukäteen, perustuvat faktatietoon ja ovat kansankielellä ymmärrettävissä. ”... *tiedon määrä ei ole se, vaan se oikean tiedon saaminen ... välillä tuntuu että alkaa olla aikamoinen analyytikko ... tosiasia on kyllä se, että valtavasti on tietoa, mutta oleellisintahan ei ole se tiedon määrä vaan se oikeellisuus ja se että siis osataan tehdä sen pohjalta oikeita johtopäätöksiä ja just niitä ratkaisuja ja päätöksiä.*”

Luottamushenkilöt kuvailivat, että heidän velvollisuutensa on viedä tietoa ja asioita kunnissa eteenpäin. Heidän tulee pyrkiä tekemään terveyttä edistäviä päätöksiä, jotta väestön hyvinvointi lisääntyisi. Tueksi päätöksiinsä he kaipaavat selkeitä mittareita toimintojen vaikuttavuudesta, lukuja ja tilastoja kustannusvaikuttavuudesta tai arviointia tavoitteisiin pääsemisestä. Päätöksen teon tueksi kaivataan siis selkeää ja todellisuuteen perustuvaa asiantuntijatietoa. Toiveena luottamushenkilöillä on, että edelleen kehitettäisiin erilaisia mittareita, joita voitaisiin käyttää ja hyödyntää talousarviosuunnittelussa, palvelusopimuksien rakentamisessa tai palvelujen tilaamisessa.

Peruspalvelukeskus sai luottamushenkilöiltä jonkin verran kriittistä palautetta. Luottamushenkilöt, kuntien edustajina peruspalvelukeskuksen tilaajaorganisaatiossa, kokevat olevansa jollain lailla ulkopuolella varojen sijoittelusta uudessa organisaatiossa. Kuntien maksusuudet vaikuttavat epäselviltä ja päättäjillä on herännyt kysymys, saavatko kunnat niitä palveluita, mistä ne todellisuudessa maksavat. Luottamushenkilöt ovat kokeneet olevansa jo tapahtuneiden toteajia, mm. lisälaskuja maksaessaan. Kuntapäättäjien mukaan uusien organisaatioiden johtaminen ja hallitseminen vaatii vahvaa ja monipuolista asioiden osaamista, jota ei välttämättä valtakunnassa vielä ole. Peruspalvelukeskuksen ja kuntien kesken on kuitenkin menossa vielä ns. ”etsikkoaika”, siksipä parempaan huomiseen ja tulevaisuuden avoimempaan ja osallistavampaan yhteistyöhön uskotaankin kunnissa vahvasti. ”... *täähän on ollut oikeastaan semmoista pilottivaihetta ja on yhä edelleen eli me ehkä vähän poikkeuksellisesti työskennellään, eli me saamme oikeastaan myöskin tuolta tuottajaorganisaatiolta aika paljon tietoa ja oikeesti me vaadimme sitä.*”

Kunnissa pääasiallinen päätöksenteko pitäisi säilyttää lähellä kuntalaisia, siellä missä toimintakin on. Rakennemuutoksista huolimatta luottamushenkilöt haluavat olla vah-

vasti mukana ja osallistua terveyttä edistävään päätöksentekoon. Terveyttä edistäviin päätöksiin toivotaan valtion vastaavan taloudellisesti kuitenkin enemmän. Luottamushenkilöt kuvailevat, että jos vastuu päätöksistä on liian kaukana tai ylhäällä, se ei välttämättä kohdennu oikein. Heidän mielestään kunnissa hoidetaan myös päätöksentekoon liittyvät seikat yksilöidymmin ja enemmän kuntalaisten tarpeista lähtien. ”Tulee mieleen jotakin tällaisia suuria isoja hankkeita, mitä ajattelisi että valtio vetää, niin on vaikea kuvitella, että niistä tulisi oikein konkreettista hyötyä. ... näkisin sen, että se täytyy täällä ihmistä lähellä olevalla tasolla olla. ... on niin kuin tosi, tosi tylsää, vaikka siitä ennalta ehkäisevyydestä aina puhutaan ja terveyden edistämisestä, niin valtiovalta ei ole ottanut niin kuin minkään näköisiä askeleita esim. kuntien tukemisessa siinä asiassa.”

Terveyttä edistävää päätöksentekoa kuvailtiin seuraavanlaisina kategorioina: terveyttä edistävä päätöksenteko on resursointia, yhteistyötä, suunnittelua sekä luottamusta (Kuvio 8).



KUVIO 8: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen päätöksenteosta

Luottamushenkilöiden oli vaikeata nimetä poikkihallinnollista päätöksentekoa kunnissa tai yleensäkin päätöksentekoa, jossa terveyden edistämisen näkökohdat olisi huomioitu. Mainintoja tuli seulontatutkimusten laajentamisesta käsittämään useampia ikäryhmiä tai kokonaan uusien seulontojen aloittamisesta kaikissa peruspalvelukeskuksen kunnissa. Huume- ja päihdetyön strategiassa ennalta ehkäisevän työ esille nostaminen ja liikuntaneuvojan toimen perustaminen sekä liikuntareseptien jakaminen pilottikunnan terveysasemalta miellettiin haastateltavien joukossa puhtaasti terveyttä edistäviksi poikkihallinnollisiksi terveyttä edistäviksi päätöksiksi ja toiminnoiksi.

Terveyden edistäminen ei ole päätöksenteossa painopistealueissa ensisijalla. Epäiltiin, että enemmänkin se näkyy puheissa kuin käytännössä. Luottamushenkilöiden mukaan politiikkaa käydään kunnissa liiaksi eurojen ehdoilla eikä poliittisia linjauksia yli hallinnonrajojen ole tehty. Kuntien resurssit vaikuttavat vähäisiltä ja luottamushenkilöiden energia tai kiinnostuskaan ei tahdo riittää kaikkeen. Kunnissa joudutaan tekemään kustannussyistä sellaisiakin päätöksiä, joilla tiedetään olevan huonoja seurauksia terveyden edistämisen näkökulmasta, kuten esimerkiksi koulujen luokkakokojen suurentaminen. Yhteistyö pitäisi kuitenkin saada toimimaan ja eri tahot ymmärtämään, että jokaisen työ on tärkeätä väestön hyvinvoinnin kannalta. Yhteisiin neuvottelupöytiin toivotaan kuntien virkamiehiä eri hallinnon- ja tulosalueilta, yhdessä suunnittelemaan ja pohtimaan kuntien tulevaisuutta ja päätöksenteon painopistealueita.” *Jos joku hallinto, niin kuin tökkää... niin kyllä sitten myös meitin virkamieskoneistossakin, että ne ei kyllä kauheen halusti otakaan tämän päivän viranhaltijat vastaan ohjeita toiselta tulosalueelta. Tämä asia pitäis kyllä pistää nyt järjestykseen ja tehdä yhteistyötä. Siitähän tulee niin hassua, että kenenkä työ on sitten se tärkein? Siinä tulee sitten taas se vastakkain asettelu.”*

Yhteistyötä päätöksien tueksi eri toimijoiden välillä tehdään. Päätösten valmisteluun on monien eri kanavien kautta saatavilla tietoa. Peruspalvelukeskuksen tilaajaorganisaatiossa päätökset perustuvat pääosiltaan tilaajalautakunnan esittelijän valmisteluun. Tilaajalautakunnassa päätöksen teossa huomioidaan myös tulosalueen asiantuntijoiden lausuntoja ja palvelun tuottajan näkemyksiä. Päätäjät luottavat yleisesti samaansa tietoon ja asioiden valmisteluun. Kunnissa tai organisaatiossa löytyy myös kanavia ja henkilöitä, joihin otetaan yhteyttä tai joita konsultoidaan tarvittaessa. Pitkää kokemusta ja tutuksi todettua asiantuntijuutta hyödynnetään kuntapäätöksissä. ”*Kyllä me saadaan tietoa, jos me tarvitaan, on meillä semmoset kanavat ja henkilöt tiedossa. Voidaan pyytää myös koska hyvänsä asiantuntija paikalle.”*

Kuntien luottamushenkilöt kertovat hakevansa yleisesti tietoa ja tukea päätöksiinsä valtakunnallisista julkaisuista, lehdistöstä, tutkimuksista, projekteista, kirjallisuudesta, Internetistä tai kuntien viranhaltijoilta. Maakunnallinen vertailu sekä yhteistyö naapurikuntien ja lähikaupungin päätöksentekijöiden kesken voivat myös auttaa päätöksen valmistelijaa tai tekijää. Ajan hermolla pysyminen, aktiivinen tiedonhankinta, aito mielenkiinto asioihin sekä keskinäinen vuorovaikutus ovat välttämättömiä tämän päivän politiikassa mukana oleville, kuvailevat luottamushenkilöt. ”... tietoa euroista, rahasta,

numeroista, luvuista tällaisesta. Sitten se on vuoropuhelua ja keskustelua Peruspalvelukeskuksen kanssa ja tulosaluejohtajien kanssa ja Peruspalvelukeskuksen johtajan kanssa ... se on vuoropuhelua kunnan johdon kanssa ...ihan omasta työhistoriasta (on kuitenkin töitä tehty 25 vuotta), niin kyllä sitä täytyy jotain sieltäkin löytyä... Kyllä se tulee niin kuin kaikesta sieltä ja yhä enemmän se kyllä tulee maakunnallisesta vertaamisesta.”

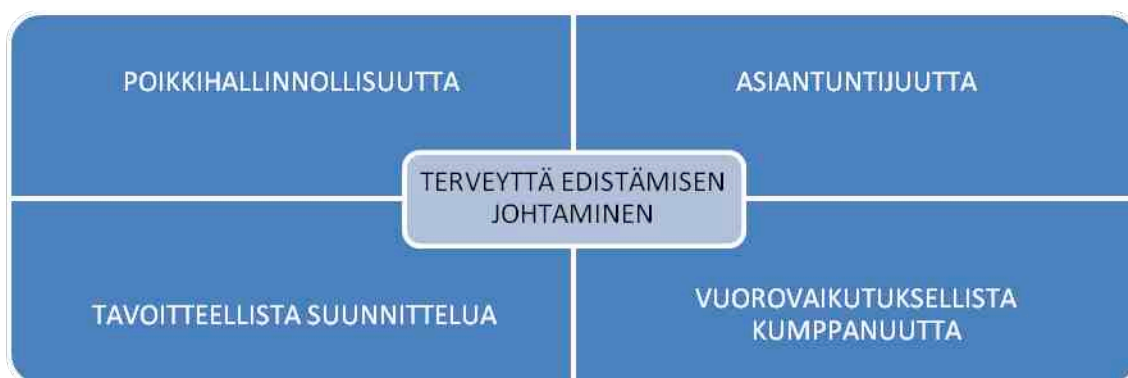
Kuntalaiset ovat jonkin verran yhteydessä suoraan luottamushenkilöihin. Väestön toivottiin pitävän yhteyttä ja näin vaikuttavan omalta osaltaan päätöksentekoon. Vähäisten yhteydenottojen perusteella asiat kunnissa ovat ilmeisesti kuitenkin suhteellisen hyvin, päättelivät luottamushenkilöt. Kuntalaisten asioita pyritään viemään eteenpäin, aina ministeriöön saakka, jos se koetaan tarpeelliseksi. Kysymyksiin tai mieliä vaivaaviin asioihin luottamushenkilöt, oman kertomuksensa mukaan, hakevat perusteltuja vastauksia ja näin pyrkivät kääntämään hankalankin asian myönteiseksi.

Tahto terveyden edistämiseen ei kuitenkaan välttämättä riitä luottamushenkilöiden keskuudessa, koska terveyden edistämisen tulokset eivät näy heti ja kuntien resurssit ovat niukat. Terveyden edistäminen vaatii taloudellista ja henkilöstöresursseihin panostamista ja vaikeitakin ratkaisuja. Eli jostain, kun otetaan, niin tällä hetkellä se on pois jostain muusta. Päätäjiltä vaaditaan siis uskoa ja luottamusta siihen, että tehdyt toimenpiteet tai taloudelliset sijoitukset terveyden edistämiseksi ovat oikeita.

Luottamushenkilöt kuvailevat, että heillä on mahdollisuuksia luottamustoimessaan siirtää kuntien toiminnan painopistettä terveyttä edistävämpään suuntaan. Terveyden edistäminen pitäisi kuitenkin saada kaunopuheista käytännön toiminnoiksi, jotta ymmärrettäisiin mihin oikeasti ollaan investoimassa.

5.2.2 Terveyden edistämisen johtaminen

Terveyden edistämisen suunnittelua sekä johtamista kuvailtiin kunnissa epämääräiseksi tai niitä ei hahmotettu. Terveyden edistämisen johtaminen luokiteltiin luottamushenkilöiden toiveissa seuraaviin kategorioihin: terveyden edistämisen johtaminen tulisi olla tavoitteellista suunnittelua, poikkihallinnollisuutta, asiantuntijuutta sekä vuorovaikutuksellista kumppanuutta eri toimijoiden kesken (Kuvio 9).



KUVIO 9: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen johtamisesta

Kansallisia terveyden edistämisen tavoite- ja toimintaohjelmia, terveyden edistämisen suosituksia, terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa tai terveydenhuoltoon liittyviä lakimuutoksia ei ole käsitelty yhdenkään tutkimuksessa mukana olleen luottamushenkilön kunnanvaltuustossa tai tilaajaorganisaatiossa. Ohjelmien sisältöä ei tunneta ja niihin on tutustuttu hiukan tai ei ollenkaan. Keskusteluissa nousi esille se, että ohjelmista tai suosituksista on ollut mainintaa tai viittauksia joissain kunnan tai peruspalvelukeskusten yhteisissä seminaareissa, ei muuten.

Tavoite- ja toimintaohjelmia pidetään kaunistelevina ja ympäröivinä ja niitä on luottamushenkilöiden mukaan ihan liian paljon. Kansallisia ohjelmia ei koeta itselleen läheiseksi eikä niiden lukemiseen riitä aikaa tai mielenkiintoakaan. ”Mutta kun niitäkin on niin tuhottomasti ja kun ne ei ole itelle niin kauheen läheisiä, niin niihin ei tule perehdyttyä. Se tieto, mitä tänä päivänä luottamushenkilöillä pitäis tästä terveydenhuollosta tietää ja saada, niin se, se vaatii jo kauheeta mielenkiintoa ... kuitenkin pitäis koettaa positiivisesti joka asiaa ajatella ... mutta tosiaan aidosti, että tällaista kaikkea tarvi-

taan?... kuitenkin se ennaltaehkäisy on kyllä edelleenkin kaikista halvin. Loppujen lopuksi.”

Siitä, kuinka tavoite- ja toimintaohjelmat tai laatusuositukset näkyvät päätöksenteossa, ei ollut luottamushenkilöillä käsitystä. Kuntien suunnitelmiin on kuitenkin jonkin verran kirjattu terveyttä edistäviä tavoitteita ja niihin on joissain kunnissa viitattu kunnanhallituksen kokouksissa, kunnanjohtajan ajankohtaiskatsauksessa tai tilinpäätöskertomuksen yhteydessä. *”Ihan sillä tavalla vain, että kunta tarjoaa asukkailleen terveellisen ja laadukkaan ja tämmöisen luonnonläheisien elinympäristön. Siinä maininnalla on kuntastrategiassa niin kuin yhdellä lauseella kirjattu”*. Eräs luottamushenkilöistä mainitsi, että seuraavan, uuden valtuuskauden alussa, tärkeimmät valtiovallan laatimat ohjelmat ja suositukset tulisi esitellä kuntien päättäjille, jotta ymmärrettäisiin, mitkä ovat tämän hetken tärkeimmät kansalliset ja jopa kansainväliset linjaukset terveystaloudessa.

Luottamushenkilöiden oli hankala määritellä terveyden edistämisen johtamista, koska sitä ei heidän mielestään kunnista löydy tai sitä ei hahmoteta. Terveyden edistämisen johtaminen mielletään edelleen terveydenhuollon tehtäväksi ja hallinnoimaksi. *”... kyllä se siellä Peruspalvelukeskuksessa jossakin on. Sinne se vastuu kunnista siirrettiin.”*

Tulevaisuudessa terveyden edistämisen johtaminen tulisi luottamushenkilöiden mukaan kuitenkin määritellä selvemmin, ohjata ja sitoa käytännön terveyttä edistävään työhön ja suunnitella poikkihallinnolliseksi. Terveyden edistämistä kuvailtiin poikkihallinnollisena ja poikkitieteellisenä toimintana, joka tulisi ottaa huomioon kaikessa kunnan päätöksenteossa. Terveyden edistäminen on mahdollista yli hallintorajojen, jopa alueellisena toimintana, kuvailevat luottamushenkilöt. Samalla tavalla voitaisiin järjestää myös terveyden edistämisen johtaminen. Terveyden edistämistä voidaan johtaa suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti sekä koordinoida johdonmukaisesti eri hallintokuntien välillä, jopa yli kuntarajojen. Kunnissa tai alueella voisi olla yksi avainhenkilö, jonka käsissä olisi terveyden edistämisen kaikinpuolinen ohjaaminen ja terveyden edistämisen erilaisien käytäntöjen arkitoimintaan soveltaminen. Päätöksentekoon terveyden edistämisen johtaja velvoitettaisiin tuomaan tuorein tieto terveyden edistämisestä sekä oma asiantuntemuksensa. Terveyden edistämisen johtaminen vaatii jatkuvaa vuoropuhelua ja avointa yhteistyötä kaikkien terveyttä edistävien toimijoiden kesken.

Tutkimuksessa nousi esille myös mielenkiintoinen näkemys terveyden edistämisen itsensä johtamisesta. Itsensä johtaminen kuvailtiin avaintekijänä, kun puhutaan vastuun ottamisesta omasta hyvinvoinnista ja terveydestä. Innostuminen elämäntapamuutoksiin tulee lähteä jokaisesta henkilöstä itsestään. Ihminen joutuu tekemään valintoja elämäänsä ja tällä tavoin johtaa itseään valintojensa mukaan.

5.2.3 Terveyden edistämisen haasteet

Luottamushenkilöt kuvailivat terveyden edistämisen haasteita useasta eri terveyden edistämisen näkökulmasta. Luottamushenkilöiden kuvauksista nousi esille seuraavat kategoriat: kansanterveys terveyden edistämisen haasteena, kustannukset terveyden edistämisen haasteena, asenteet ja motivaatio terveyden edistämisen haasteena sekä tiedon sisäistäminen terveyden edistämisen haasteena (Kuvio 8).



KUVIO 8: Luottamushenkilöiden näkemykset terveyden edistämisen haasteista

Luottamushenkilöt pitivät terveyden edistämistä tärkeänä asiana ja heidän mielestään terveyden edistämisen arvoa tulisi saada nostettua kunnallisessa päätöksenteossa. Terveyden edistäminen nähdään ainoana tapana saada tulevaisuudessa kustannukset jonkinlaiseen tasapainoon ja kansanterveyttä kuntoon. Kuntien talousvaikeuksista huolimatta siihen pitäisi luottamushenkilöiden mielestä löytää resursseja. ”... sitten jos alkaa oikein aidosti rahaa liikkumaan, niin kyllä kai se on ensimmäisenä, mikä sitten vedetään pois. Siinä ruvetaan kuitenkin sitten säästämään. Joka on niin kuin pötköä säästämistä. Se on vähän niin kuin, jos et autoakaan huolla, vaan vähän hutaset sen ja kattot päällisin puolin, niin jossain vaiheessa se alkaa sitten tulemaan täydellä palkeilla takaisin päin. Siinä mielessä sen merkitystä ei olla ymmärretty.”

Tärkeää olisi löytää myös niitä keinoja, joilla ihmiset saataisiin ymmärtämään terveyden merkitys, motivoitumaan itsensä hoitamiseen ja muuttamaan asenteitaan terveyden edistämistä. Terveys on toimeentulon perusta niin henkilökohtaisessa kuin yhteiskunnallisessakin merkityksessä. Silloin, kun ihminen ymmärtää oman hyvinvointinsa ja itsensä hoitamisen omalla kohdallaan välttämättömäksi, niin silloin hän ymmärtää koko ennalta ehkäisevän työn sisällön ja merkityksen, kuvaili eräs luottamushenkilöistä terveyden edistämistä.. ”Kyllä se yksi tärkein ja vaikein asia on tämä oman itsensä voittaminen, siellä olis jo paljon ratkaisuja. Asenteiden muuttaminen, sitä ei pakolla saa, vaikka kuinka yritetään. Tää on se alue, että siihen on vapaus jokaisella. Kyllä pitää tuntea, että se on oikeeta toimintaa.”

Luottamushenkilöt ilmoittivat suurimmaksi huolekseen lasten ja nuorten tulevaisuuden. Lihavuuden lisääntyminen, päihdyttävien aineiden käyttö, tupakointi, huonot ruokailutottumukset, liikkumattomuus, holtiton elämä ja kansansairaudet ovat suuria uhkia tulevaisuudessa. Ihmisten välinpitämättömyys omasta elämästään tai läheistensä hyvinvoinnista, perheitten lisääntynyt pahoinvointi ja mielenterveyden ongelmat sekä ihmisten lisääntynyt eriarvoisuus keskustelutti luottamushenkilöitä myös. Ilmastomuutos, saasteet ja globalisaatio uhkineen (väestön lisääntyminen, viljelymaiden puute, elintarviketeollisuuden ratkaisut, epäterve kilpailu jne.) koettiin terveyttä vaarantavina tekijöinä, samoin kuin kiristyneet työelämän vaatimukset ja taloudellinen kilpajuoksu. ”... en mä osaa sanoa, että mitä siellä sitten kaiken kaikkiaan on edessä, että kyllähän, jos nyt sitten rupee oikein miettimään näitä, niin kyllähän siinä tulee vähän neuvoton olo, että miten tästä sitten oikein selvitään, ihan oikeasti!”

Luottamushenkilöt ilmaisivat, että ihmiset ovat tulossa yhä vaativammiksi erilaisissa tarpeissaan. Palvelujen on toimittava joustavasti ja palvelujen laatu on oltava hyvää. Jotta onnistumme vastaamaan tulevaisuuden tarpeeseen, tarvitaan huomattavaa resursointia niin henkilöstöön kuin talouteenkin. Siksi tulevat sukupolvet tulisi luottamushenkilöiden mukaan pitää toimintakykyisinä ja itsestään vastuuta ottavina tulevaisuuden työntekijöinä sekä tulevina äiteinä ja isinä.

Tulevaisuudessa ei kunnissa ole enää varaa hoitaa lisääntyvää sairastavuutta, totesivat luottamushenkilöt. Valtiovallan on syytä muuttaa toimintamalleja ja tultava apuun, jotta kunnat selviävät taloudellisesta tilanteestaan. Yhä enemmän ja edelleen kunnissa joudu-

taan luopumaan erinäisistä palveluista, jotka eivät perustu lainsäädäntöön eli useimmiten juuri ehkäisevästä työstä. Ehkäisevän terveydenhuollon merkityksen on siis noustava yhä useampien tietoisuuteen ja ymmärrykseen. ” ... kyllä nyt vaan yhteiskunnan täytyy tämä terveys hoitaa ja sittenhän se tarkoittaa, että kuntien täytyy se hoitaa ja valtiolta ei ole niin kuin näissä talkoissa mukana, mutta kyllä se täytyy siihen ajattelutapaan kerta kaikkiaan tulla siellä puolelta mukaan ... terveyden edistäminen täytyy vaan yhteiskunnallisesti nostaa merkittävämpään asemaan, koska kerta kaikkiaan me ei pystytä pelkästään sairauksia hoitamaan. ”

Luottamushenkilöiden mielestä kuntien talousvaikeudet tulisi nyt kuitenkin sivuttaa ja satsata rohkeasti terveyttä edistäviin päätöksiin. Pienin askelin, avainalueista aloittaen ja toiminnan tuloksia seuraten, toivotaan päästävän terveyttä edistävässä toiminnoissa eteenpäin. Tavoitteena on vaikuttavampien terveyden edistämisen toimintamallien löytäminen ja toimintojen edelleen kehittäminen ja muokkaaminen. ” ...se mikä tässä koko yhteiskunnassa sieltä 70 luvulta saakka on mennyt päin mäntyä, on se, että koko terveyden puoli on perustunut siihen akuuttihoitoon, eikä ookaan ollenkaan ajateltu sitä ennalta ehkäisevää hoitoa. Se on vähän niin kuin tuolla koulumaailmassa, äidinkielen opettaminen, että jos äidinkielen opettaja se hommansa hoitaa, niin muutkin menee siinä vähän niin kuin helpommalla. Kun tätä järjestelmää on nyt X vuotta seurannut ja tätä kunnallispoliittista uraa takana. Niin tässä on tätä pöhköilyä nähty jo ihan tarpeeksi!”

Terveyttä edistävään päätöksentekoon toivotaan koulutusta ja tiedottamista, ja luottamushenkilöiltä aikaa ja motivaatio yhä enemmän perehtyä asioihin. Nykyinen kustannuskehitys huomioiden terveyden edistämisen valtakunnallinen ohjeistaminen pitäisi olla esillä näkyvämmiin kunnallisissa päätöksenteossa. Keskustelua terveyden edistämisestä tulee käydä laajalla tasolla. Luottamushenkilöt edellyttävät terveyden edistämisen toimijoilta asiantuntijuutta ja sitoutuvuutta työhönsä. Työntekijöiden toivotaan ymmärtävän ehkäisevän työn merkittävyys ja tärkeys niin toiminnallisessa kuin taloudellisessakin mielessä. ”Pelisäännöt pitäis siellä sitten luoda eli etsiä ne tärkeimmät avainalueet sitten panostaa niihin ensimmäisenä ja sitten ne keinot ja sitten ohjeistaa se homma ja sitten tietysti kattoo se mitä maksaa ja tämmöset.. Kyllä Peruspalvelukeskuksessa sitä asiantuntemusta on.”

Luottamushenkilöiden mielestä lähipalvelut tulee säilyttää kunnissa. Se lisää luotettavuutta kuntien peruspalveluihin sekä kuntien toimivuuteen. Lähipalvelujen säilyttämisen uskotaan vaikuttavan kuntalaisten käsityksiin myös palvelujen laadusta. ”... yksi mikä näkökulma mun mielestä on hirveän tärkeä on tämä ns. tulevaisuusnäkökulma ja ne ratkaisut, mitä tällä hetkellä tehdään, niin ne suoraan vaikuttaa tähän tulevaisuuteen ... sen takia mm. mä olen tästä ns. kunta- ja palvelurakennemuutoksesta äärimmäisen huolissani, että tuota ne pyrkimykset näiden yksiköiden suurentamiseen ... suurentamisen osalta (itse asiassa tulevaisuustutkijoiden tutkimuksen vastaisesti) niin kuin korostaa aivan väärä asioita ... nimenomaan tämän rahatalouden kannalta...”

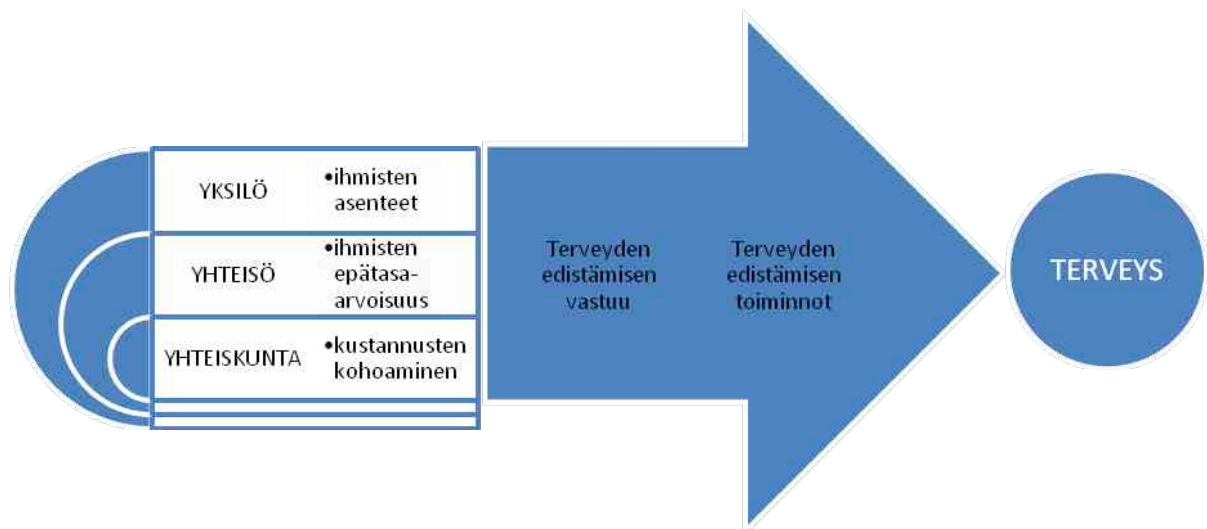
Yhteistyötä muiden terveyttä edistävien toimijoiden kesken tulisi elvyttää entisestään. Avointa ja mutkatonta yhteistyötä painotetaan niin Peruspalvelukeskuksen sisällä kuin palveluja tilaavien kuntienkin ja Peruspalvelukeskuksen välillä. Terveystiedon edistämisen näkökulma toivotaan huomiotavan jokaisella Peruspalvelukeskuksen tulosalueella. Terveystiedon edistäminen halutaan näkyville ja kantavaksi voimaksi Peruspalvelukeskuksen strategioihin ja toiminnalliseen suunnitteluun. Luottamushenkilöiden mielestä asiantuntemusta ja osaamista terveyden edistämiseen Peruspalvelukeskuksesta kyllä löytyy ja hyviä käytännön toimintamallejakin on jo valmiina. Terveystiedon edistämisen osaamista tulisi kuitenkin jakaa kaikkiin Peruspalvelukeskuksen kuntiin tasapuolisesti, eri kuntien erityistarpeet ensin selvittäen.

Terveystiedon edistäminen haluttaisiin juhlapuheista kuntien arjen käytäntöihin. Terveystiedon edistämisen hankkeet tulisi hyödyntää ja jalkauttaa jokapäiväiseen työhön. Valmiita, toimivia terveyttä edistäviä käytänteitä jatkamalla ja uusien terveyden edistämisen tutkimus hyödyntäen, terveyden edistäminen saadaan luottamushenkilöiden mukaan näkyväksi. Luottamushenkilöt kehottavat kokeilemaan rohkeita, uusia ja kekseliäitäkin toimintamalleja terveyden edistämiseen, sillä useinkaan näistä ei kunnille kuitenkaan koitu mitään huimia lisäkustannuksia. Peruspalvelukeskuksen työntekijöiltä, järjestöiltä tai kolmannelta sektorilta odotetaan yhteistyötä, innostusta, mielikuvitusta ja yhteistä taitoa terveyden edistämiseen. ”... että se on arjessa, niin hyvin hoidetaan kuin vain pystytään hoitamaan, että se oikeasti muuttaa arjen käytäntöä, että se ei ole vaan juhlavia puheita tai numeroita tai tavoitteita, vaan sen täytyy olla arkista ja mitä ne nyt sitten ikinä kukakin keksiikään, että mitä olisi uusia tapoja toimia ja antaa ihmisille vinkkejä

kuinka he voivat toimia ja tämmöiset, mitä X kaupunki teki tai mitä tahansa se voi olla. Ihan sellaisia uusia ideoita.”

5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Luottamushenkilöiden kuvaus terveyden edistämisen sisällöstä ja merkityksestä on esitetty kuviossa 10. Terveyden ylläpitämistä ja terveyden parantamista tavoitellaan erilaisin terveyden edistämisen toiminnoin. Terveyden edistämisestä ovat vastuussa yksilö itse, yhteisöt ja yhteiskunta. Suurimpina haasteina terveyden edistämiseksi nähdään ihmisten asenteet, kasvavat sosioekonomiset erot ihmisten välillä sekä kustannusten kohoaminen.



Kuvio 10. Luottamushenkilöiden kuvaama terveyden edistämisen sisältö ja merkitys

Terveyttä kuvailtiin laaja-alaisena, kokonaisvaltaisena hyvinvointina, jossa ihminen määriteltiin osiansa summaksi ja missä terveys on osien välistä tasapainoa. Terveys on myös elämän tärkein ja tavoitelluin asia; perusta niin yksilön kuin koko yhteiskunnan toiminnalle ja hyvinvoinnille. Kasvu-ympäristöllä nähtiin olevan tärkeä merkitys terveyskäsitteen muotoutumiselle ja terveyden edistämisen ymmärtämiselle. Ihminen voi elää tasapainoista ja tyytyväistä elämää sairastuneenakin.

Terveyden edistäminen määriteltiin terveinä elämäntapoina, missä tulee huomioida ympäristöolosuhteet ja perhe- sekä työelämä ja niiden yhteensovittaminen ja tasapainottaminen. Terveyden edistäminen kuvailtiin myös elämänhallinnaksi. Elämänhallinta määriteltiin oikeiden, terveyttä edistävien valintojen tekemisenä sekä vastuun ottamisena omasta ja läheisten hyvinvoinnista. Terveys nähtiin myös yksilön ja koko yhteiskunnan voimavarana, jonka turvin voidaan elämää suunnitella eteenpäin.

Toimintana terveyden edistäminen kuvailtiin terveysneuvonnaksi, erilaisiksi terveyskampanjoiksi, huolenpidoksi lähimmäisistä sekä ympäristönsuojeluksi. Terveyden edistämisen toimijaksi ja hyvinvoinnista päävastuunkantajaksi määriteltiin jokainen yksilö itse. Sosiaali- ja terveydenhuollon, kolmannen sektorin sekä tiedotusvälineiden kautta toimivat tahot koettiin tärkeiksi ennalta ehkäisevässä työssä. Terveyttä edistävillä toiminnoilla nähtiin olevan selkeä kansantaloudellinen merkitys. Terveyden edistämisen toimintojen tehostamisella, toimintojen ja tavoitteiden kohdentamisella sekä työnjaolla arvioitiin saatavan myös terveyden edistämisen vaikuttavuutta näkyvämmäksi.

Luottamushenkilöiden mukaan terveyden edistämisen toiminnallisesti monimuotoista ja taloudellisesti raskasta vastuuta kunnissa tulee jakaa useammalle eri taholle. Valtiolta kaivattiin rahoitusta yhä lisääntyvien velvollisuuksien mukanaan tuomien kustannusten kattamiseen. Yksilöllä kuvailtiin olevan merkittävä vastuu myös läheistensä terveyden edistämisestä ja hyvinvoinnista. Terveyden edistämiseen tulee sitoutua voimakkaammin niin toimija- kuin rahoittajatahoillakin. Perehtymällä asioihin ja päätöksen tekoon sekä ottamalla yhä enemmän ja monipuolisemmin selvää asioista, saadaan luottamushenkilöiden mukaan paremmin tietoisuuteen terveyden edistämisen toiminnan kautta mahdollistuvat kustannussäästöt. Eri hallinnonalojen yhteistyö ja vuoropuhelu on välttämätöntä kuntien terveyttä edistävässä suunnittelussa, toiminnassa ja yhä niukentuvia resursseja jaettaessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa luottamushenkilöt pitivät perinteisesti tärkeimpänä terveyden edistämisen toimintojen toteuttajana ja terveyden edistämisen kulttuurin rakentajina kunnissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kuvailtiin olevan myös terveyden edistämiseen parhain asiantuntijuus.

Kunnan tai omaa rooliaan päätöksenteossa luottamushenkilöt kuvasivat mahdollisuutena terveyden edistämisen arvon kohentamisessa tai terveyden edistämiseen sitouttamisessa. Henkilökohtaisessa elämässä terveys ja terveyden säilyttäminen koettiin hyvin

tärkeäksi asiaksi ja terveyden ylläpitäminen kuvailtiin investointina tulevaisuuteen. Terveyttä edistävät päätökset koettiin velvollisuudeksi luottamustehtävässä. Terveyden edistämisen päätöksenteossa tiiviisti mukana oleminen on palvelujen rakennemuutoksessa hyvin tärkeää. Luottamushenkilöiden mukaan kuntien talousvaikeudet luovat paineita ja ristiriitoja kuntien sisällä. Tiedon lisäämisen ja avoimemman yhteistyön uskotaan tuovan helpotusta väestön terveyttä edistävissä päätöksenteossa.

Terveyttä edistävä päätöksenteko kunnissa on näkymätöntä tai epäselvää. Samalla tavalla hahmottomatonta on myös terveyden edistämisen johtaminen. Kuntastrategioista puuttuvat yleisesti terveyden edistämisen tavoitteelliset suunnitelmat. Luottamushenkilöiden mukaan terveyttä edistäviin päätöksiin ei ole tehty varauksia talousarvioissa ja terveyden edistäminen ei ole kaikkien luottamushenkilöiden painopistealueissakaan ensimmäisillä sijoilla. Päätöksentekoon ja suunnitteluun kaivataan lisääntyvästi eri hallinnonalojen ja viranhaltioden yhteistyötä ja luottamusta siihen, että tehdyt toimenpiteet tai taloudelliset sijoitukset terveyden edistämiseksi ovat oikeita. Kansallisia terveyden edistämisen suunnitelmia, ohjeistuksia tai lainmuutoksia ei ole käsitelty kunnissa tai organisaatiossa ja niiden sisältöjä tai merkityksiä ei tunnettu. Yli hallinnon- ja sektorirajojen ulottuva tulevaisuuden yhteistyö visioitiin mahdollisuutena väestön terveyden edistämiseksi ja terveyden edistämisen johtamiselle. Terveyden edistämisen johtajalta luottamushenkilöt odottavat vahvaa terveyden edistämisen osaamista ja tulevaisuuden näkökulmaa.

Terveyden edistäminen kuvailtiin ainoana keinona saada tulevaisuudessa yhä lisääntyvät kustannukset hallintaan ja kansanterveyttä kohennettua. Luottamushenkilöiden mukaan tarvitaan voimakasta asenteiden muuttamista ja motivaatiota terveyden suojeluun. Terveyden arvon ymmärtämisen myötä, ymmärretään luottamushenkilöiden kuvailemana, myös terveyden säilyttämisen ja ylläpitämisen yhteiskunnallinen merkitys. Terveyden edistäminen halutaan juhlallisista puheista ja projekteista arjen työkäytäntöihin, ja yhteiseksi linjaukseksi kunta- ja organisaatiostrategioihin.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Terveyden edistämisen sisällöt

Luottamushenkilöt kuvasivat terveyttä laajasti ja nimesivät terveydelle useita merkityksiä. Luottamushenkilöiden subjektiivinen näkemys terveydestä ja terveyden edistämisestä on hyvin paljon samanlainen kuin aiemmissa terveyden kokemusta kuvaavissa tutkimuksissa. Terveyttä ja terveyden ylläpitämistä luottamushenkilöt arvottivat omassa henkilökohtaisessa elämässään hyvin korkealle. Terveyden suojelulla nähtiin olevan myös laaja yhteiskunnallinen merkitys. Toimintakykyisenä säilyminen sekä eläminen tasapainoisena ja tyytyväisenä arjessa kuvaavat luottamushenkilöiden käsityksiä terveydestä. Tähän terveyden sisällön ymmärtämystä kuvaavaan tai terveyttä arvottavaan näkemykseen voidaan perustaa myös terveyden edistämiseen liittyvää päätöksentekoa kunnissa. Terveyden lukutaitoa pitävät mm. Toofany (2007) ja Kickbusch (2001) mahdollisuutena itsensä hoitamiseen ja vastuun ottamiseen terveydestä. Terveys ja terveyden edistämisen käsitteiden määrittelyn avulla luottamushenkilöt voivat tiedostaa myös kuntalaisten käsityksiä terveydestä tai terveyden ylläpitämiseen liittyvistä tavoitteista ja toimia terveyden edistämisen päätöksissään niiden hyväksi. Terveyden puolesta puhuminen on aiemman tutkimuksen (mm. Carlisle 2000; Vertio 2003) mukaan yksi keskeisin terveyden edistämisen tavoite ja sitä tulisi laajentaa yksilötasolta yhä enemmän myös eri hallinnonalojen edustajille ja päättäjille.

Luottamushenkilöt kuvasivat terveyden edistämistä ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisenä ja parantamisena erilaisin keinoin. Terveyden edistämiseen vaikuttavat heidän mielestään yksilö itse, ympäröivä yhteisö sekä yhteiskunta. Luottamushenkilöiden kuvauksista voidaan päätellä, että terveyden edistäminen on hyvin laaja, monimutkainen ja vaikea käsite määritellä. Terveyden edistämistä kuvailtiin terveiden elämäntapojen noudattamisena, missä ravintotottumukset, liikkuminen, perhe, työ ja ihmissuhteet ovat tasapainossa ja hallinnassa. Terveyden edistämistä on aikaisemmassakin tutkimuksessa kuvailtu myös voimavarana (mm. Nutbeam 2000), minkä myötä yksilö voi vahvistua, ottaa vastuuta itsensä ja läheistensä hyvinvoinnista

sekä näin paremmin hallita elämäänsä. Sosioekonomiset erot, ihmisten eriarvoisuus ja ihmisten asenteet terveyttä tai terveyden edistämistä kohtaan nähtiin luottamushenkilöiden keskuudessa todellisina haasteina. Samoihin johtopäätöksiin ovat tulleet mm. Kickbush (2001), Erosen ym. (2008) sekä Moisio ym. (2008) tutkimuksissaan. Luottamushenkilöiden mukaan hyvinvointi ja hyvinvoinnin edistäminen lähtee ihmisestä itsestään, eikä toisen puolesta voi toimia. Luottamushenkilöt kuvailevat terveyden edistämisen sisäistämisen auttavan ymmärtämään terveyden laajaa ulottuvuutta ja terveyden vaalimisen kautta saatuja hyötyjä sekä mahdollisuuksia myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta (vrt. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007).

Terveyden edistämisen toimintaa luottamushenkilöt kuvailivat perinteisesti terveysneuvontana, terveyden edistämiskampanjoina tai yhteisinä terveysnäkökohdat esille nostavina tilaisuuksina tai tapahtumina. Terveyskasvatuksella ja tiedon jakamisella eri tahojen ja toimijoiden kautta kuvattiin olevan suuri merkitys terveellisten valintojen omaksumiseen ja toteuttamiseen. Incleyn ja työryhmän (2006) tutkimus on osoittanut samanlaisen tuloksen. Luottamushenkilöiden näkemyksistä nousi esiin, että terveyden edistämisen perusta ja myönteisyys terveyden edistämistä kohtaan tulee lapsuudesta. Yksilöt ovat vapaita tekemään valintoja elämässään. Valintoja ja päätöksiä tehdään siis myös terveyden ylläpitämisen tai parantamisen suhteen. Luottamushenkilöiden mielestä onkin tärkeää kasvattaa lapset terveyden edistämistä korostavassa ympäristössä ja kaikinpuolista terveyttä tavoittelevassa yhteiskunnassa.

Luottamushenkilöt kuvasivat, että terveyttä edistävän toiminnan järjestäminen kuuluu pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollolle ja sieltä löytyvät myös terveyden edistämisen toimijat ja parhain asiantuntijuus. Ihminen itse nähtiin päävastuullisena terveyden edistämisen toimijana. Muut toimijatahot, kuten kolmas sektori, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tai tiedotusvälineet, tarjoavat luottamushenkilöiden mukaan erilaisia keinoja, menetelmiä, ohjausta tai neuvontaa väestön terveyden edistämiseksi. Kolmas sektori on luottamushenkilöiden arviossa yksi tärkeimmistä terveyttä edistävän toiminnan tahoista, koska sen tarjoamat mahdollisuudet antavat yksilölle valinnanvapauden mielekkäältä tuntuvaan toimintaan. Samansuuntaisiin tuloksiin on päässyt mm. Parviainen ym. (2007) kuntien ja järjestöjen terveyden edistämisen työnjakoa ja merkitystä kartoittavassa tutkimuksessaan. Luottamushenkilöt kuvasivat kolmannen sektorin roolin tärkeänä sosiaalisessa ja kasvatuksellisessa mielessä. Kolmannelle sektorille pi-

täisi luottamushenkilöiden mukaan siirtää enemmänkin terveyttä edistävän toiminnan järjestämisen vastuuta. Yhteiskunnallisesti tärkeänä luottamushenkilöt pitivät kustannusten ja osaamisen jakamista sekä yhteistyön hyödyntämistä väestön terveyden edistämiseksi.

Terveyden edistämisen vastuuta kuvailtiin monitahoisena ja -tasoisena. Terveyden edistämisen laajaa ja taloudellisesti raskasta vastuuta tulee luottamushenkilöiden mukaan kantaa monilla eri tahoilla ja jakaa monille eri tahoille. Vastuun ottaminen itsensä lisäksi myös läheisten hyvinvoinnista, nousi tuloksista vahvasti esille. Taloudellisen vastuun ottaminen omasta terveydestä, kuvailtiin jopa kannustavan terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen vastuun laajentaminen yksilötasolta yhä laajemmille toimijatasoille, kuvastui luottamushenkilöiden vastauksista. Luottamushenkilöt pitivät tärkeänä, että valtuutetut toimiessaan kuntalaisten edustajina ja kuntalaisten valitsemina luottamustehtävissään, myös ottaisivat laajempaa vastuuta mm. terveyden edistämisestä ja sitoutuisivat luottamustehtäväänsä paremmin ja näkyvämmiin. Tiedon hankinnan kasvava merkitys ja taloushallinnon ymmärtäminen koettiin haasteina luottamushenkilöiden keskuudessa. Luottamushenkilöt antoivat huomautuksen myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön puutteista täysin ymmärtää terveyden edistämisen sisältöä tai merkitystä.

Kunta on luottamushenkilöiden kuvaamana tärkein terveyden edistämisestä vastaava taho niin toimintojen järjestäjänä kuin rahoittajanaakin. Päävastuu terveyden edistämisestä kunnissa nähdään olevan perusterveydenhuollolla edelleen ja yhteistyö yli hallinnonrajojen on vähäistä. Tämä sama tulos nousi esille Perälän (1999) sekä Poikajärven ja Perttilän (2006) tutkimuksissa. Terveyden edistämisen laatusuosituksen (STM 2006) tai hallituksen ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ohjelman (2007) mukaan vastuuta pitäisi jakaa eri hallinnonaloille ja toiminnan tulisi muotoutua poikkihallinnolliseksi yhteistyöksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomuutokset luovat paineita ja epäluuloja kunnalliseen päätöksentekoon. Uusien terveydenhuollotoimintamallien sisäistäminen, palvelujen tilaajan rooli tai mahdollisuudet sekä yhteistyömenetelmät ovat vielä selkiyttämättömät, ja saattavat luoda hämmennystä päätöksentekoon ja päätöksentekijöille.

Luottamushenkilöt olivat selkeästi huolissaan kuntien taloudellisesta tilanteesta. Kuntien varat eivät riitä sairauden hoitamiseen, vaan jotain on luottamushenkilöiden mielestä

tehtävä kansanterveyden parantamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi. Tällä hetkellä ei kuntien talousarvioissa ole varausta väestön terveyden edistämiseksi, vaan terveyttä edistävään toimintaan tai rakenteisiin siirretään tarvittaessa varat muilta kunnan hallinnonaloilta. Tämä vaatii luottamushenkilöiden kuvailemana vuoropuhelua toimijoiden kesken, hyviä perusteluja ja kompromissien tekemistä. Tavoitteellinen terveyden edistämisen suunnittelu puuttuu kunnista ja luottamushenkilöt kuvaavat kuntien tilannetta lähinnä kuntien selviytymistaisteluksi. Yhteistyö yli hallinnonrajojen on luottamushenkilöiden mielestä välttämätöntä, jotta terveyden edistäminen saataisiin päättäjien tietoisuuteen ja terveyden edistämisen kansataloudellinen merkitys ymmärrettäisiin. Poikkihallinnollista yhteistyötä painotetaan myös Perhon (2007) lausunnoissa. Luottamushenkilöt kaipaavat raja-aitojen purkamista kuntien ja Peruspalvelukeskuksen väliltä sekä Peruspalvelukeskuksen sisällä. Terveyden edistäminen, palvelun tuottamisen keskeisenä linjauksena, toivotaan nousevan myös Peruspalvelukeskuksen strategioihin.

Luottamushenkilöiden henkilökohtainen, positiivinen asenne terveyden edistämistä kohtaan sekä terveyden arvottaminen korkealle, tuntuu vaikuttavan heidän käsityksiinsä terveyden edistämisen vastuun laajentamisesta ja jakamisesta. Luottamushenkilöt kaipaavat valtiolta taloudellista tukea väestön terveyden edistämiseen ja kustannusten tasa-painottamiseen. Valtionhallinnon informaatio-ohjaus luo kuntiin paineita toiminnan järjestämiselle ja rahoittamiselle. Luottamushenkilöiden mukaan kunnat hoitavat tällä hetkellä pääsääntöisesti lakiin perustuvat palvelut. Sairaanhoidon yhä edelleen kasvavat kustannukset vaikuttavat merkittävästi kuntien tilinpäätöksiin. Tähän ongelmaan luottamushenkilöt toivoivat yleisesti valtiolta apua.

Terveyden edistämisen sisältöjen hahmottaminen auttaa päätöksentekijöitä heidän ratkaisuihinsa terveyttä koskeviin kysymyksiin. Terveyden arvottaminen poliittisessa päätöksenteossa tulee kunnissa nousemaan taloudellisen keskustelun rinnalle. Luottamushenkilöillä terveyden edistämisen sisältöjen ymmärtäminen vahvistaa näkemystä terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja rohkaisee heitä tulevaisuuden terveyttä edistävien ratkaisuihin.

Terveyden edistämisen merkitys

Luottamushenkilöt kuvasivat rooliaan terveyden edistämässä terveyttä edistävän tiedon hankkijoina, tiedon eteenpäin viejinä ja terveyden edistämiseen sitouttajina. Luottamushenkilöt kokivat velvollisuudekseen viedä terveyden edistämisen näkökulmaa eteenpäin luottamustehtävässään. Tutkimuksen mukaan heillä on myös vahva tahto olla mukana ja osallisena päätöksenteossa, mikä koskettaa terveyden edistämisen toimintoja ja resursointia. Terveyden edistämisen päätöksentekoon vaikuttavat luottamushenkilöiden henkilökohtainen elämäntilanne tai kiinnostus ja sitoutuminen asiaan. Tämän havainto tehtiin myös Poikajärvi & Perttilän (2006) tutkimuksessa. Terveyden edistämisen näkökohtien näkyvämpään esille nostamiseen kunnallispolitiikassa, voivat luottamushenkilöt itse vaikuttaa enemmän. Mannheimerin (2007) tutkimustulokset osoittavat saman. Terveyttä edistävien päätösten merkitysten selkiytyminen ja terveyden arvon ymmärtäminen, voivat ohjata tulevaisuuden päätöksentekoa yhä enemmän ennalta ehkäisevän toiminnan suuntaan.

Terveyden edistämisen toiminnot tulisi luottamushenkilöiden mukaan saada näkyvimiksi ja normaaliin arkityöhön linkitetyiksi. Terveyden edistämisen mallien siirtämistä ohjelmista ja suosituksista käytäntöön, ei luottamushenkilöiden mielestä ole kovin paljon havaittavissa. Terveyden edistämishankkeiden hyötyjä ei ole näkyvissä tai hankkeet eivät ole jääneet, sopineet tai muotoutuneet käytännön toimintamalleiksi. Yksi hallituksen politiikkaohjelman (2007) päätavoitteista on laajojen terveyden edistämishankkeiden eteenpäin vieminen ja juurruttaminen käytännön toiminnoiksi. Luottamushenkilöiden keskuudessa hankkeiden hyötyyn ei kuitenkaan uskota, varsinkin jos ne ohjataan jostain kaukaa. Kuntapäätäjät haluavat olla selvemmin mukana terveyden edistämisen suunnittelussa ja rahoittajina hallitsemassa terveyden edistämisen päätöksentekoa.

Luottamushenkilöt kuvailivat terveyttä edistävää päätöksentekoa kunnissa. Kuvauksien perusteella kunnista löytyi paljon asioita, jotka voidaan mieltää terveyden kannalta merkityksellisiksi ratkaisuuksi. Sosiaali- ja terveystalvcluja kuvailtiin toimiviksi ja laadullisiksi. Asuin- ja elinympäristö koettiin turvalliseksi ja palveluiltaan tehokkaaksi sekä puhtaan luonnon läheisyys voimavaraksi, josta ei helposti luovuttaisi. Kunnissa tehdään kuitenkin näitä yksittäisiä, terveyttä edistäviä päätöksiä varsinaisesti ymmärtämättä nii-

den terveyttä edistäviä vaikutuksia. Tämä todettiin myös Anderssonin ja työryhmän (2003) tutkimusraportissa. Kuntasuunnitelmista puuttuu yleisesti poikkihallinnollinen ja tavoitteellinen terveyttä edistävä linjaus.

Tiedonhankinta päätöksenteossa koettiin luottamushenkilöiden mielestä suhteellisen helpoksi, mutta työlääksi. Keskustelua käydään luottamushenkilöiden näkemyksien mukaan vilkkaasti kuntien tai organisaation sisällä ja malleja sekä esimerkkejä haetaan naapurikunnista tai seudullisesta päätöksenteosta. Tutkimustuloksista tulee vaikutelma, että luottamushenkilöt ovat sitoutuneita tehtäväänsä ja haluavat selvittää asioita perusteellisesti ennen päätösten tekemistä. Puoluekannalla ei tuntunut olevan merkittävää vaikutusta päätöksentekoon, enemmänkin oma subjektiivinen kokemus ja näkemys asiasta vaikuttavat.

Kuntien sisällä suurena haasteena luottamushenkilöt pitivät eri hallinnonalojen yhteistyötä, jota pidetään edellytyksenä terveyden edistämisen suunnittelulle ja kehittämiselle sekä ja resursoinnille. Terveyden edistämisen laatusuosituksista (2006), Poikajärven ja Perttilän (2006) tutkimuksesta sekä Perhon (2007) lausunnoista on löydettävissä samansuuntaiset terveyden edistämiseen kohdistuvat haasteet. Terveyden edistämisen ei ole todettu olevan aikaisemmassakaan tutkimuksessa kuntapäätäjien tärkeysjärjestyksessä ensimmäisellä sijalla (mm. Rimpelä 2004; Hudon ym. 2004; Heward ym. 2007; Eronen ym. 2008). Luottamushenkilöiden mukaan kunnallisessa päätöksenteossa määrävänä tekijänä on raha, ja sen riittävyys sekä lakisääteisten palvelujen järjestäminen. Tämä seikka johtaa luottamushenkilöiden mielestä ristiriitoihin ja pettymyksiin kuntien sisällä.

Kuntalaiset tuntuvat luottavan valitsemiinsa henkilöihin kuntien valtuustoissa tai luottamuselimissä ja heidän tekemiinsä päätöksiin. Yhteydenotot luottamushenkilöihin ovat vähäisiä, mikä kertonee väestön tyytyväisyydestä kunnan järjestämiin palveluihin. Sosiaalibarometri 2008 (Eronen ym. 2008) kuitenkin osoittaa, että tavallisen kuntalaisen ääni ei kuulu päätöksenteossa. Tämä ilmiö todettiin kunta- ja palvelurakennemuutostukseen liittyvässä suunnittelu- ja kehittämistyössä.

Luottamushenkilöiltä vaaditaan uskoa ja luottamusta terveyden edistämiseen. Luottamushenkilöiden näkemyksen mukaan erilaisten mittareiden ja tilastollisten menetelmien

ja niiden seuraamisen avulla terveyden edistämisen vaikuttavuutta voitaisiin todentaa ja saada näkyvämmäksi. Luottamushenkilöt kaipaavat enemmän tutkittua ja asiantuntijuu-teen perustuvaa tietoa terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja velvoittavat erityisesti terveydenhuoltoa ohjaamaan terveyden edistämisen toimintaa ja hallinnoimista. Tämä sama tulos on osoitettu myös Perttilän (1999), Poikajärvi & Perttilän (2006) tai Koskinen-Ollonqvist ym. (2007) tutkimuksista.

Terveyden edistämisen johtaminen oli luottamushenkilöille hahmottomaton tai epäselvä. Samansuuntainen arvio löytyy myös Uusitalo ym. (2005), Poikajärvi & Perttilä (2006) ja Parviainen ym. (2007) tutkimuksista. Tässä tutkimusraportissa terveyden edistämisen johtaminen kirjattiin sellaisena kuin se luottamushenkilöiden kuvauksissa visioitiin. Terveyden edistämisen kansallisia ohjeistuksia ja suunnitelmia tai terveyden edistämisen valtakunnallisia poliittisia ohjelmia tai lakimuutoksia ei ole luottamushenkilöiden mukaan käsitelty kunnissa tai organisaatioissa. Luottamushenkilöt kokivat terveyden edistämisen ohjelmat ylimalkaiseksi ja kaunisteleviksi ja ohjelmia on heidän mielestään liian paljon. Ohjelmiin oli perehdytty silloin, jos ne nähtiin työn kannalta tärkeiksi tai niihin tutustumiseen liittyy luottamushenkilöiden henkilökohtaista mielenkiintoa. Ohjelmien sanoma on luottamushenkilöiden mielestä kaukana käytännön terveyden edistämisen toiminnoista. Luottamushenkilöiden mielenkiinto sekä aika eivät tunnu riittävän selontekojen lukemiseen.

Luottamushenkilöiden keskuudessa terveyden edistämisen johtajuus visioitiin yli hallinnonalojen ulottuvana suunnitteluna, kehittämisenä ja toimintona. Terveyden edistäminen tulisi tämän määrittelyn mukaan huomioida kaikissa poliittisissa ratkaisuisissa. Terveyden edistämisen johtajalta luottamushenkilöt odottavat vahvaa terveyden edistämisen osaamista, yhteistyötaitoja sekä suunnitelmallista, tasapuolista ja tulevaisuuteen tähtäävää näkemystä. Luottamushenkilöiden kuvaukset osoittautuivat samansuuntaisiksi kuin valtakunnalliset tavoitteet terveyden edistämisen johtamisesta (Perho 2007.)

Luottamushenkilöiden kuvauksissa terveyden edistäminen nähdään ainoana mahdollisuutena hillitä terveydenhuollon kustannuksia ja parantaa kansanterveyttä. Kuntien heikosta taloudellisesta tilanteesta huolimatta terveyden edistämiseen tulisi luottamushenkilöiden mielestä löytyä varoja. Päävastuun hyvinvoinnista luottamushenkilöt näkevät olevan jokaisella yksilöllä itsellään. Luottamushenkilöiden mielestä tarvitaan vahvaa

asenteiden muuttamista, ryhdistäytymistä elämäntavoissa ja terveyden edistämisen arvon nostamista, jotta asetettuihin tavoitteisiin päästäisiin. Luottamushenkilöt kuvailevat terveyden olevan perusta ja mahdollisuus kaikkeen kehitykseen.

Huoli lapsista, nuorista ja heidän tulevaisuudestaan nousi luottamushenkilöiden kuvauksissa vahvasti esille. Syrjäytyminen, päihde- ja mielenterveysongelmat sekä koko ajan lisääntyvä pahoinvointi täytyy luottamushenkilöiden näkemyksien mukaan nähdä ja huomioida myös päätöksenteossa. Toinen toistaan seuraavat ongelmat kasautuvat ja pian huomataan, että ne eivät ole enää kenenkään hallittavissa. Luottamushenkilöiden mielestä ihmisten elämään tulisi löytää jonkinlainen tasapaino kaiken kiireen sekä omien että ympäristön asettamien paineiden alla. Terveyden edistämisen toimintamallit tulee kehittää tästä ajasta, mikä on luottamushenkilöiden mielestä suuri haaste ennalta ehkäisevän toiminnan, koulutukselle, suunnittelijoille, kehittäjille sekä toimijoille itselleen. Uusien työmenetelmien kehittäminen ja hyödyntäminen nähtiin tarpeelliseksi myös Koskinen-Ollonqvist ym. (2007) sekä Kiiskisen ym. (2008) tutkimuksissa.

Terveyden edistämisen merkityksen ymmärtämiseen kaivataan tietoa ja koulutusta. Luottamushenkilöiltä vaaditaan enemmän aikaa perehtyä asioihin sekä selkeää mielenkiintoa terveyden edistämiseen. Luottamushenkilöiden mielestä päättäjien, kuten myös terveyden edistämisen asiantuntijoiden, sitoutuminen terveyden edistämiseen on välttämätöntä, jotta yhteistoimin saataisiin terveydenhuollon kustannusten nousua hallittua ja kansan terveyttä paremmaksi terveydenhuoltojärjestelmän tai kuntarakenteen muodoista riippumatta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja menetelmälliset valinnat kietoutuvat toinen toisiinsa. Tutkittaessa ihmistä tietoisena ja toimivana subjektina, eikä yksinomaan biologisena olentona tutkimuksen eettiset kysymykset ovat tärkeitä. Tutkijan ratkaisut, aiheen ja tietolähteiden valinta, tutkimuksen toteutus ja tulosten esittäminen ovat eettisiä valintoja (Vehviläinen-Julkunen 1998; Hirsijärvi ym. 2005; Kylmä 2007.) Tutkimuksen tekijä on itse vastuussa tutkimukseen liittyvistä eettisistä valinnoistaan. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa kos-

keviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkijoilla on velvollisuus informoida tutkimushenkilöitä heidän oikeuksistaan, tavoitteena parantaa kaikilla tasoilla ihmisarvoa. Eettisyys koskee jokaista tutkimuksen osaluuetta. (Vehviläinen–Julkunen 1998; Kylmä 2007.)

Ennen tutkimushaastatteluja tutkittavilta pyydettiin tietoon perustuva suostumus kirjallisesti tutkimukseen osallistumisesta. Tietoon perustuva suostumus on kaikkien ihmisiin kohdistuvien tieteellisten tutkimusten edellytys ja se koskettaa kaikkia tutkimuksen tekijöitä. Länsimies-Antikaisen (2008) mukaan tietoon perustuva suostumus on prosessi, missä tutkimushenkilö ja tutkija toimivat luottamuksellisessa suhteessa yhteisesti sovitun tavoitteen saavuttamiseksi. Kylmän (2007) mukaan tietoon perustuva suostumus voidaan jakaa kahteen osaan: informaatioon ja luvan antamiseen.

Tässäkin tutkimuksessa tutkimukseen suostuminen edellytti, että luottamushenkilöt olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen vastuuhenkilöistä ja oikeuksistaan tutkimuksen aikana. Tutkijan tulee kohdella tutkimukseen osallistuvia tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti eikä tutkimus saa aiheuttaa harmia ja vahinkoa tai hyötyä tutkittavalle. Tutkijan tulee välttää kaikenlaista petosta tutkijanroolissaan. Tietoon perustuva suostumus rohkaisee tutkijaa vastuuseen siitä, kuinka tieto tutkimuksesta on annettu. Tietoon perustuva suostumus myös edistää tutkimushenkilöiden rationaalista päätöksentekoa ja itsemääräämisoikeutta. (mm. Vehviläinen-Julkunen 1998; Burns & Grove 2001; Orb ym. 2001; Hirsijärvi ym. 2005; Kylmä 2007; Länsimies-Antikainen 2008.) Tässä tutkimuksessa korostettiin, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja tutkittavien anonymiteetti säilytetään. Tutkittaville annettiin mahdollisuus kysyä tutkimuksen liittyvistä asioista sekä vetäytyä pois tutkimuksesta halutessaan.

Aineiston analysoinnissa ja tutkimuksen raportoinnissa tutkijalla on eettisenä velvollisuutena suojella tutkittavia. Henkilötiedot on peitettävä kaikesta tutkimusmateriaalista, jotta tutkimukseen osallistujia ei tunneta. (Burns & Grove 2001; Orb ym. 2001; Kylmä 2007.) Tämä on tärkeää varsinkin laadullisessa tutkimuksessa, missä otoskoot ovat pienempiä. Edellisen vuoksi tässä tutkimusraportissa ei käytetä haastateltavien suorissa lainauksissa minkäänlaisia tunnistetietoja. Raportoinnissa on pyritty kertomaan tutkimuksen kulku ja tulokset avoimesti koko tutkimusprosessin ajalta oikeudenmukaisesti, mikä on tutkimuksen tekijän eettinen velvoite (vrt. Kylmä 2007; Orb 2001). Tutkimus-

haastattelut suoritettiin rauhallisessa ja suljetussa tilassa, jossa ei ollut muita henkilöitä paikalla kuin tutkija ja tutkimukseen osallistujat. Tutkimusaineistoa on käsitellyt vain tutkija, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (mm. Kylmä 2007; Leino-Kilpi 2003). Haastattelunauhojen tekstimuotoon saamisen jälkeen haastattelunauhoitteet mitätöitiin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on esitetty monenlaisia kriteerejä. Tutkijat ovat sitä mieltä, että laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee käyttää eri kriteereitä kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Beck 1993.) Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulee käyttää kriteereitä, jotka noudattavat tutkimuksen lähestymistapaa, sen tieteenfilosofisia lähtökohtia ja sille annettuja tavoitteita. (Leininger 1994.) Arvioinnin tulee Niemisen (1998) mukaan kohdistua tutkimusaineiston keruuseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Tutkimusta pitää arvioida kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Tämänkin tutkimuksen luotettavuutta lisää mm. se, että tutkija tietää mitä hän on tutkimassa ja miksi. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tutkijan sitoutuneisuus tutkimaansa ilmiöön. Tutkimuksen tekemiseen käytettävissä oleva aika, aineiston keruumenetelmän hallitseminen, kokoaminen ja analyysi vaikuttavat myös tutkimuksen luotettavuuteen. (vrt. Nieminen 1998; Tuomi & Sarajärvi 2004.) Tämä tutkimus toteutettiin nopealla aikataululla, joka vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Tämän tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on käytetty Beckin laadullisen luotettavuuden arviointikriteereitä. Beckin (1993) esittämiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerejä ovat uskottavuus (*credibility*), sopivuus (*fittingness*) ja tarkastettavuus (*auditability*). Uskottavuuteen vaikuttaa se, kuinka elävästi ja tarkasti tutkittava ilmiö on tutkimuksessa kuvattu. Tutkimuksen lukioiden ja tutkittavien olisi tunnistettava omia kokemuksia tutkijan kuvaamasta ilmiöstä. Tutkittavien mielestä tutkimuksessa saatujen tulosten tulee olla totuudenmukaisia. Keskeisintä uskottavuudessa on, kuinka tutkija on pystynyt vastaamaan tutkimuksen kysymyksiin. Hyvä perehtyneisyys tutkittavaan ilmiöön ja aiempiin ilmiöitä kuvaaviin tutkimuksiin antaa uskottavuutta tutkimukselle. Sopivuudella tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin muodostetut luokitukset sopivat tutkittavaan ilmiöön eli kuinka edustava aineisto on ja kuinka yhdenmukainen se on todellisuuden kanssa. Tarkastettavuudella tarkoitetaan lukijoiden ja muiden tutkijoiden kykyä seurata tutkimuksen kulkua. (Beck 1993.)

Tässä tutkimuksessa haluttiin saada tietoa ja ymmärrystä siitä, miten luottamushenkilöt käsittävät terveyden edistämisen sisällön ja merkityksen. Kohdejoukoksi valittiin peruspalveluja tilaavan tilaajaorganisaation luottamushenkilöt. Kohdejoukko rajattiin tilaajaorganisaation luottamushenkilöihin, koska he ovat peruspalvelukeskuksen tilaajakuntien edustajia peruspalvelujen tilaajina, ja heillä on merkittävä rooli myös terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa.

Tutkimukseen kutsuttiin kaikki 16 tilaajaorganisaation jäsentä. Tutkimukseen osallistui 11 luottamushenkilöä. Kaksi luottamushenkilöistä ei ilmoittanut syytä poissaoloonsa ja kolmella heistä oli työ- tai joku muu este. Tähän tutkimukseen kohdejoukko oli sopiva ja kohderyhmän koko riittävä. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistujista oli vahva ja suhteellisen pitkä kokemus luottamushenkilöinä tai työntekijänä julkisella sektorilla ja sen myötä näkemystä terveyden edistämisen toiminnoista, vastuista, päätöksenteosta ja haasteista. Tutkimustehtäviin vastaaminen toteutui pääosin luottamushenkilöiden subjektiivisina kuvailuina ilmiöstä. Tutkimukseen osallistujilta saatiin kirjallisen tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja he suhtautuivat tutkimukseen myönteisesti ja mielenkiinnolla.

Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa käytettiin haastattelua, ja haastatteluista pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, mihin kirjattiin kuvaukset haastattelun kulusta. Näin haastattelun luotettavuus lisääntyi (ks. Nieminen 1998.). Haastatteluissa keskusteltiin vilkkaasti ja tunnelma oli vapautunut ja luottamuksellinen. Useimmiten ihmiset ovat haastattelutilanteessa halukkaita kertomaan kokemuksistaan ja näkemyksistään, jos he kokevat ympäristön ja haastattelijan turvallisena ja luotettavana (vrt. Kylmä 2007). Tutkimuksen teemat olivat suhteellisen väljät. Apukysymyksien ja tärkeiden asioiden listaaaminen auttoi kuitenkin jäsentämään haastattelutilannetta ja pitämään sen asian suunnassa.

Tutkimukseen osallistujia ei haastattelujen nauhoittaminen häirinnyt. Haastattelut suoritettiin häiriöttä suljetuissa tiloissa ja tekniikka toimi moitteettomasti. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli tutkijalle ennalta tuntemattomia ja kaikki haastateltavat olivat tutkijan työyhteisön ulkopuolelta. Tutkijalla on terveydenhoitajan koulutus ja työkokemusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulosalueelta, joka varmasti vaikuttaa näkemyksiin tutkittavasta ilmiöstä. Haastatteluissa tutkija pyrki olemaan tietoinen omis-

ta kokemuksistaan, tarpeistaan tai odotuksistaan, koska ne voivat vaikuttaa haastattelun kulkuun. Haastattelutilanteista tutkija pyrki tekemään mahdollisimman avoimen ja miellyttävän tutkimukseen osallistujille.

Tutkimuksen uskottavuutta Kylmän (2007) mukaan vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuksen osallistujan näkökulman ymmärtäminen varsinkin laadullisessa tutkimuksessa vaatii aikaa. Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki lyhyen aikataulun vuoksi lisäämään tutkimuksen uskottavuutta pitämällä tutkimuspäiväkirjaa, mihin oli kuvattu omia kokemuksia ja pohdintoja. Tavoitteena oli hyödyntää näitä kuvauksia tutkimuksen tekemisessä.

Laaja tutkimusaineisto, sen hallitseminen ja tutkimuksen lyhyt aikataulu vaikeuttivat tutkimusanalyysin tekemistä, mikä johti siihen, että analyysistä ei tullut tarpeeksi perusteellinen ja analyysi jäi hieman pinnalliseksi. Tutkimusaineistoa jätettiin raportin ulkopuolelle, koska haastattelun teemat olivat suhteellisen väljät ja haastatteluissa tuli esille aineistoa teema-alueita laajemmin.

Tutkimuksessa mukana olleet toivat esille käsityksiä terveyden edistämisen sisällöistä ja merkityksestä omasta näkökulmastaan laajasti, värikkäästi ja uskottavasti. Tutkimusaineistosta löytyi vastauksia asetettuihin tutkimustehtäviin. Tutkimusaihetta tutkija pitää hyvin ajankohtaisena ja tärkeänä sekä preventiivisen hoitotieteen alaan sopivana. Terveyden edistämisen ilmiön kuvaamista pidettiin tärkeänä myös tutkimukseen osallistujien keskuudessa. Tutkija on innostunut tutkimastaan ilmiöstä ja tutkija on perehtynyt aiheeseen laajasti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös aiemman tutkimuksen monipuolinen ja hoitotieteen kannalta merkittävä tarkastelu.

Tämän tutkimuksen raportoinnissa on pyritty mahdollisimman kattavaan ja selkeään kuvaukseen. Raportissa on tuotu esille aineistonkeruumenetelmä, ryhmähaastattelun teemat ja raporttiin on kirjattu suoria alkuperäisiä lainauksia haastatteluista. Tutkimuksessa on tiedostettu tutkimuseettisten ratkaisujen seuraukset.

6.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja aiheet jatkotutkimukselle

Laadullisessa tutkimuksessa saatuja tutkimustuloksia ei voida yleistää, kuten edellä onkin jo todettu. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää niin käytännössä, koulutuksessa kuin jatkotutkimuksessakin. Terveyden edistäminen on mielenkiintoinen ja vahvasti pinnalla oleva alue tämän hetken suomalaisessa poliittisessa keskustelussa. Palvelurakenneuudistus, toimintojen uudelleen järjestäminen ja toimintojen rahoitus, vaikuttivat tämän tutkimuksen tekemiseen. Terveyden edistämisen käsitysten selvittäminen peruspalvelujen tilaajan näkökulmasta johti tutkimusaiheen valintaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuntien luottamushenkilöiden käsityksiä terveyden edistämisestä; terveyden edistämisen sisällöstä ja merkityksestä. Tutkimuksessa saatiin tärkeää tietoa terveyden edistämisestä ilmiönä. Tutkimuksesta saatu tieto hyödyttää terveyden edistämisen käytäntöä ja hoitotieteen tutkimusta.

Vaikka tutkimusaineisto kerättiin maakunnallisesti rajatulta alueelta, saatiin tutkimuksessa ajankohtaista tietoa kuntien terveyttä edistävästä päätöksenteosta ja luottamushenkilöiden terveyden edistämisen käsityksistä. Luottamushenkilöiden mielenkiinto tutkimusta kohtaan oli avoimen myönteistä. Tulevaisuuden yhä tiivistävämpi yhteistyö palvelujen tilaajan ja palvelujen tuottajan välillä tarvitsee monitieteistä ja tulevaisuuteen suuntaavaa näkökulmaa asioiden tarkastelussa. Terveyden edistäminen ja terveystieteiden huomioon ottaminen tulee olla kaikkien tavoitteissa.

Jatkotutkimusaiheet:

1. Terveyden edistämisen johtajuuden määrittäminen:
 - ✓ Terveyden edistämisen johtaminen hoitotieteen koulutuksessa
 - ✓ Poikkiallinen terveyden edistämisen johtaminen
2. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arviointi:
 - ✓ Varhaisen puuttumisen vaikuttavuuden arviointi terveystieteen tutkimukseen
3. Toiminnan ja vastuiden jakaminen terveyden edistämisessä:
 - ✓ Kolmannen sektorin rooli terveyden edistämisessä

LÄHTEET

Asikainen, J., Halinen, I., Pauni, M. 2006. Päijät-Hämeen läntisen perusturvapiirin perustaminen. Konsultin loppuraportti 13.6.2006. Efeco Oy.

Amstrong, R., Waters, E., Crockett, B., Keleher, H. 2007. The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promotion International*, 22(3), 254–260. Oxford University Press.

Andersson, C., Bjärås, G., Tillgren, P., Östenson, C-G. 2003. Health promotion activities in annual reports of local governments. *European Journal of Public Health*, 13(3), 235–239.

Bauer, G., Davies, J., Pelikan, J. 2006. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153–159.

Beck, C.T. 1993. Qualitative Research: The Evaluation of Its Credibility, Fittingness and Auditability. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 263–266.

Buetow, S.A., Kerse, N.M. 2001. Does reported health promotion activity neglect people with ill-health?. *Health Promotion International*, 16(1), 73-78. Oxford University Press. Great Britain.

Burns, N & Grove, S. 2001. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. 4 rd edition. W.B. Sanders Company. USA.

Casey, D. 2007. Nurse's perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1 039–1 049.

Carlisle, S. & Hanlon, P. 2007. Well-being and consumer culture: a different kind of public health problem?. *Health Promotion International* 22(3), 261–268. Oxford University Press. Great Britain.

Carlisle, S. 2000. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International*, 15(4), 369–376. Oxford University Press. Great Britain.

Eriksson, M. 2008. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*. 23(1), 100–103. Oxford University Press. Great Britain.

Eronen, A., Londen, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A., Särkelä, R. 2008. Sosiaalibarometri 2008. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Gomm, M., Lincoln, P., Pikora, T., Giles-Gorti, B. 2006. Planning and implementing a community-based public health advocacy campaign: transport case study from Australia. *Health Promotion International*, 21(4), 284–292. Oxford University Press.

Heward, S, Hutchins, C., Keleher, H. 2007. Organizational change – key to capacity building and effective health promotion. *Health Promotion International*, 22(2), 170–178. Oxford University Press.

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.

Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. 2005. Content analysis for Social Sciences and Humanities. Addison- Wesley Publishing Company, Reading Massachusetts.

Hudon, E., Beaulieu, M-D., Roberge, D. 2004. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Obstacles perceived by a group of family physicians. *Family Practice*, 21, 11–17. Oxford University Press. Great Britain.

Inchley, J., Muldoon, J., Currie, C. 2006. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International*, 22(1), 65–71. Oxford University Press.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Järvelin, J. & Pekurinen, M. 2005. Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottajamallista. Teoksessa Konttinen, M. (toim.) 2005. Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stake-sin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10/2005. Stakes. Helsinki.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Kevään 2007 toiminta. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:51. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kautto, M. (toim.). 2006. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Kickbusch, I. 2001. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289–297. Oxford University Press. Great Britain.

Kickbusch, I. 2008. Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International*, 23(1), 1-4. Oxford University Press. Great Britain.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveydenedistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki.

Kohlbacher, F. 2006. The use of qualitative content analysis in case study research. Internetissä. *Qualitative Social research* 7819. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-06/06-1-21-e.htm>. Luettu 13.5.2008.

- Kokko, S. 2005. Tilaaminen terveystalouden välineenä. Teoksessa Konttinen, M. (toim.) 2005. Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10/2005. Stakes. Helsinki.
- Konttinen, M. (toim.). 2005. Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10/2005. Stakes. Helsinki.
- Koskinen, L. & Jokinen, P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä - haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13(6), 301–309.
- Koskinen, I., Alasuutari, P., Peltonen, T. 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Vastapaino. Jyväskylä.
- Koskinen -Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P., Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näytettyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämiskeskuksen julkaisuja 2/2007. Helsinki.
- Koskinen -Ollonqvist, P., Pelto -Huikko, A., Rouvinen - Wilenius, P. (toim.). 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen julkaisuja -sarja 4/2005. Helsinki.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–12.
- Leininger, M. 1994. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Teoksessa Morse, J. (edit.) 1994. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publication, 95–115. USA.
- Leino-Kilpi, H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva.
- Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Juva.
- Laverack, G. & Labonte, R. 2000. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255–262. Oxford University Press. Great Britain.
- Laverack, G & Wallerstein, N. 2001. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179–185.
- Lehtelä, K-M. 2006. Teoksessa Kautto, M. (toim.) 2006. *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Stakes. Helsinki.
- Lillrank, P & Haukkapää-Haara, P. 2006. Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli. Kauppa- ja teollisuusministeriö. Rahoitetut tutkimukset 1/2006. Kauppa- ja teollisuusministeriö. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Liukko, M & Luukkonen, A-M. (toim.). 2002. Kuntien uusi rooli terveystalvelujen järjestäjinä ja hankkijoina. Perusterveydenhuollon toimivuushankkeen julkaisu nro 2. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Luukkainen, S. 2006. Developing the health promotion knowledge of municipalities in South- Savo County in Finland. *Journal of Nursing Management*, 14, 490–493.

Länsimies-Antikainen, H. 2008. Ihmisten tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopio.

Länsimies, E. 2008. Omat terveystalvinnat ja etiikka. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopio.

Madriz, E. 2003. Focus Groups in Feminist Research. Teoksessa Denzin, N.K. & Lincoln, Y. S. (edit.) 2003. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage Publications, Thousands Oaks. 2.painos, 363–388.

Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P., Leger, L. 2005. Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International*, 21(1), 45–54.

Mannheimer, L., Lehto, J., Östlin, P. 2007. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden – open, half-open or half-shut?. *Health Promotion International*, 22(4), 307–315. Oxford University Press. Great Britain.

Mittelmark, M. 2008. Setting an ethical agenda for health promotion. *Health Promotion international*, 21(1), 78–85.

Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J., Heikkilä, M. (toim.). 2008. *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. STAKES. Helsinki.

Morgan, D.L. 2001. Focus Group Interviewing. Teoksessa Gubrium J.F. & Holstein J.A. (toim.) 2001. *Handbook of Interview Research. Context and Method*. Sage Publications, Thousands Oaks, 141–159.

Morse, J.M. & Field, P.A. 1998. *Nursing Research. The application of qualitative approaches*. Second edition. Stanley Thornes Publishers Ltd. Cheltenham. U.K.

Moy, F., Sallam, A.A., Wong, M. 2006. The results of worksite health promotion program in Kuala Lumpur, Malaysia. *Health Promotion International*, 21(4), 301–310.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva.

Nutbeam, D. 2000. Health literacy as public health goal: a change for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. Oxford University Press. Great Britain.

Okko, P., Björkroth, T., Koponen, A., Lehtonen, A., Pelkonen, E. 2007. Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Kunnallisan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu – sarjan julkaisu nro 2. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Orb, A., Eisenhauer, L., Wynaden, D. 2001. Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96.

Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. Ottawa 1986.
www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Parviainen, H., Laari, L., Malinen, L., Mikkonen, N., Saikkonen, P. 2007. Terveyden edistämisen barometri 2007. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki.

Perho, M. 2007. ”Jaamme terveyden ilosanomaa”. *EST Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lehti*, 2/2007.

Perho, M. 2008. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma – rakenteet keskiössä. Terve Kunta -päivät 22–23.1.2008. Työpapereita 1/2008. Ritamo, M. (toim.) 2008. STAKES. Helsinki.

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. STAKES tutkimuksia 103. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Perttilä, K. 2007. Terveyden edistäminen tarvitsee rakenteita – Parasta painottaen. *EST Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lehti*, 2/2007.

Perttilä, K. 2008. Käytäntöjen ja ratkaisumallien yleisesittely ja keskusteluun johdattelu. Terve Kunta -päivät 22.–23.1.2008. Työpapereita 1/2008. Ritamo, M. (toim.) 2008. STAKES. Helsinki.

Perttilä, K., Orre, S., Koskinen, S., Rimpelä, M. 2004. Kuntien hyvinvointikertomus. Hankkeen loppuraportti. Aiheita 7/2004. STAKES. Helsinki.

Pikkala, S. 2005. Kunta päättäjän perspektiivistä. Tutkimus kuntien luottamushenkilöistä ja viranhaltijoista 1995–2003. KuntaSuomi 2004 tutkimuksia nro 54. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Poikajärvi, K. & Perttilä, K. 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Työpapereita 4/2006. STAKES. Helsinki.

Pope, C., Ziebland, S., Mays, N. 2000. Analysing qualitative data. *British medical journal* 320, 114–116.

Porter, C. 2006. Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, 22(1), 72–79. Oxford University Press.

Ratzan, S.C. 2001. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207–214. Oxford University Press. Great Britain.

Rimpelä, M. 2006. Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä – nykytila ja haasteita. IX Terve Kunta -päivät 25.–26.1.2006. Työpapereita 1/2006. Ritamo, M. (toim.) 2006. STAKES. Helsinki.

Salo, M. 2005. Aluekierros alkaa ensi vuonna. Nyt kunnat terveyttä edistämään! Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti Socius, 4/2005.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki. Edita Prima Oy.

Simonsen -Rehn, N., Ovretveit, J., Laamanen, R., Suominen, S., Sundell, J., Brommels, M. 2006. Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health Promotion International*, 21(4), 274–282. Oxford University Press.

Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T., Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE -itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* 6/2007, 293–325.

Smith, B J., Tang, K C., Nutbeam, D. 2006. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345. Oxford University Press.

Sosiaali- ja terveystietomus 2006. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Spencer, B, Broesskamp -Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., Cloetta, B. 2007. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for outcome Classification in Health promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 23(1), 86–97.

Tang, K-C., Beaglehole, R., O’Byrne, D. 2005. Policy for health promotion and partnership - addressing the determinants of health. December 2005, 83(12). WHO. www.who.int/bulletin

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:19. Helsinki.

Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23. Helsinki.

Terveys kannattaa – sanoista tekoihin. Terveyden edistämisen aluekierros 2006. Arviointiraportti. 2007. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2007. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki.

Toofany, S. 2007. Learning the language of health. *Nursing Management*. October 2007, 14(6). 10–14

Uusitalo, M., Perttilä, K., Kurenniemi, M. 2005. Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kuntien asiakirjoissa. Asiakirja-analyysi TEJO -pilottikunnissa. Työpapereita 8/2005. STAKES. Helsinki.

Vallivaara, A. 2008. Kunnan taloudellisen tilan ja toimintastrategioiden välinen yhteys vuosina 1997–2003. Teoksessa Klavus, J. (toim.) 2008. Terveystaloustiede 2008. Stake-sin työpapereita 4/2008. STAKES. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pannonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Vertio, H. 2006. Terveyden edistäminen ja kuntarakenneuudistus. IX Terve Kunta -päivät 25.–26.1.2006. Työpapereita 1/2006. Ritamo, M. (toim.) 2006. STAKES. Helsinki.

MUUT

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (169/2007).
www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070169

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – vahvuus uusiin palvelurakenteisiin. Muistio 11.5.2007.
www.stm.fi

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma kannustaa sanoista tekoihin. Tiedote 5.12.2007.
www.valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma Vanhasen II hallituksen ohjelmassa 19.4.2007.
www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys

HYVE -hanke. 28.2.2008
www.phsotey.fi/valtiti

Hyvä palvelujen tilaajaorganisaation edustaja!

18.02.2008

Olen Heli Haapala Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen terveystieteiden maisteriopiskelija. Pyydän Teitä osallistumaan pro gradu- tutkielmana toteutettavaan tutkimukseeni: ”Terveyden edistäminen kunnissa. Palvelujen tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä”. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla terveyden edistämisen perusterveydenhuollon palveluja tilaavan organisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Olen kiinnostunut kuntien terveyden edistämisen rakenteista, toimintakäytänteistä, resursoinnista sekä strategisten linjausten huomioinnista sekä tukemisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ennalta ehkäisevän toiminnan suunnittelussa ja toteuttamisessa, yhteistyön kehittämisessä sekä toiminnan ja osaamisen arvioinnissa.

Toivon, että tutkimuksestani on hyötyä Teille terveyden edistämisen palvelujen tilaajana sekä peruspalvelukeskukselle terveyden edistämisen palvelujen tuottajana. Koska Te olette peruspalvelukeskuksen kuntien valtuuttamia luottamushenkilöitä ja kuntalaisten etua ajattelevia edustajia, toivon Teidän osallistuvan tähän tutkimukseen. Tutkimukseen on saatu lupa palvelujen tilaajaorganisaation sosiaali- ja terveystoimintajohtajalta. Tutkimuksen ohjaajina toimivat professori, THT Anna-Maija Pietilä sekä suunnittelija, TtM Ari Haaranen Kuopion yliopistolta.

Suoritan tutkimukseni ryhmähaastattelulla. Haastattelen kunkin kunnan kolmea luottamushenkilöä ryhmässä. Haastattelukysymykset esitetään myös palvelujen tilaajaorganisaation sosiaali- ja terveystoimintajohtajalle (yhteensä 16 henkilöä). Nauhoitan aineiston sen käsittelyä varten. Tutkimuksen aineiston käsittelen luottamuksellisesti ja tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei voi tulla missään vaiheessa esiin. Tutkimusaineiston analysoin sisällönanalyysillä. Pysin tekemään haastattelut Teille sopivassa paikassa ja sovin käytännön järjestelyistä kanssanne. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Teillä on oikeus peruuttaa suostumus tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tällöin tietonne hävitetään välittömästi. Tutkimukseen osallistuvien suostumuslomake, taustamuuttujalomake ja haastattelunauhat hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päättyessä.

Haastattelun teemoina ovat peruspalvelukeskuksen kuntien poliittisten päättäjien käsitykset terveyden edistämisestä ilmiönä, terveyden edistämisen painopistealueet ja toiminnan resursointi sekä valtakunnallisten linjausten ja tavoitteiden näkyminen ja toteutuminen kuntien poliittisessa päätöksenteossa.

Mikäli haluatte osallistua tutkimukseen, pyydän Teitä ilmoittamaan asiasta allekirjoittaneelle. Tarvittaessa vastaan mielelläni myös kysymyksiin ja anna lisätietoja. Voitte ottaa minuun yhteyttä soittamalla tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin

Heli Haapala
TtM -opiskelija

(Yhteystiedot poistettu)

SUOSTUMUS

18.02.2008

“Terveyden edistäminen kunnissa. Palvelujen tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä” - tutkimus

Olen saanut suullista ja kirjallista tietoa TtM – opiskelija Heli Haapalan tutkimuksesta, joka käsittelee terveyden edistämistä ilmiönä terveyden edistämisen palvelujen tilaajan näkökulmasta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkijalle.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa suostumus milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä ilman, että peruuttaminen vaikuttaa asemaani tai saamiini palveluihin nyt tai vastaisuudessa. Ymmärrän myös, että haastattelu nauhoitetaan ja haastattelussa antamiani tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Suostumus on voimassa toistaiseksi.

Paikka ja aika: _____

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

nimi: _____

_____ Heli Haapala

syntymäaika: _____

osoite: _____

TAUSTAMUUTTUJALOMAKE

1. IKÄ

1. alle 30 v.
2. 31- 40 v.
3. 41 - 50 v.
4. 51 - 60 v.
5. yli 60 v.

2. SUKUPUOLI

1. nainen
2. mies

3. KUNNANVALTUUTETTU

1. kyllä _____ vuotta
2. ei

4. KOULUTUS _____

TUTKIMUSHAASTATTELUN TEEMAT

Terveyden edistämisen sisältö

1. Terveyden edistämisen käsite
 - ✓ terveyden ja terveyden edistämisen määrittäminen
2. Terveyden edistämisen toiminta
 - ✓ terveyden edistämisen toiminta ja toimijat
3. Terveyden edistämisen vastuu
 - ✓ terveyden edistämisen toiminnallinen ja taloudellinen vastuu
 - ✓ terveyden edistäminen eri hallinnonaloilla
 - ✓ kolmannen sektorin rooli terveyden edistämisessä
 - ✓ ”terveellinen kotikunta”

Terveyden edistämisen merkitys

1. Terveyden edistäminen päätöksenteon näkökulmasta
 - ✓ kunnat ja luottamushenkilöt terveyden edistäjinä
 - ✓ terveyden edistämisen päätöksenteko: päätöksenteon valmistelu, yhteistyö, terveyttä edistävät päätökset
2. Terveyden edistäminen johtamisen näkökulmasta
 - ✓ terveyden edistämisen suositukset ohjeistukset ja lakimuutokset: käsittely, tunteminen ja toteutuminen
 - ✓ terveyden edistämisen painoarvo henkilökohtaisessa elämässä ja päätöksenteossa
 - ✓ terveyden edistämisen johtaminen: näkyvyys ja tulevaisuus
3. Terveyden edistämisen haasteet
 - ✓ terveyden edistämisen kehittämishaasteita
 - ✓ toiveet Peruspalvelukeskukselle terveyden edistämisestä

ANALYYSIESIMERKKI HAASTATTELUAINEISTOSTA**1. Aineiston pelkistäminen**

Haastattelujen alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
”Kerrotaan, mitä tulee, jos näin edetään.”	Faktatiedon esittäminen
”...lähtee itsestä, mutta tarvitaan ammatillinen näkemys”	Asiantuntijanäkökulman esille nostaminen
”että ihminen hyväksyis sen neuvon, mikä on jossain vaiheessa pystytty toteen näyttämään.”	Näyttöön perustuva tieto
”Hoksataan mennä sellaisen oikean henkilön luo, kuten esimerkiksi fysioterapiaan”	Ammattihenkilön löytäminen
”...eli ikään kuin ennakoidaan tuleva tilanne” tai ”Kukaan ei voi puolesta tehdä, vaan...”	Motivaation löytäminen
”...sitten yhdessä henkilön kanssa toimitaan”	Tuen antaminen
”Ihmisten ite pitää koettaa ruveta vastaamaan terveydestään”	Vastuun ottaminen
”Se liittyy ergonomisiin työtapoihin, ettei tarte välttämättä mennä lenkille, se on risusavottaa, tapaturmien välttämistä.”	Oikeita työtapoja Hyötyliikuntaa
”ennen oli oppiaineena ravitseminen, niin meillä oli terveysterveystieteiden oppikoulussa”	Terveellinen ruokavalio

2. Aineiston ryhmittely

Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely	Alakategoria	Kategoria
Faktojen esille nostaminen Asiantuntijanäkemys Tutkittu tieto	Tiedon jakaminen	Terveyskasvatus
Asiantuntijan löytäminen Motivoituminen edistämään terveyttä Tukeminen Vastuun ottaminen	Ohjauksen antaminen	
Hyötyliikuntaa Terveellisiä elintarvikkeita Tapaturmien ehkäisy Oikeita työtapoja	Keinojen keksiminen	

3. Aineiston abstrahointi

Kategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Valistus Terveyskasvatus Terveystieto	Terveysneuvonta	Terveystien edistämisen toiminta
Terveyshankkeet Valtakunnalliset ohjelmat Tiedotusvälineet Tapahtumat		
Perhe/lähiyhteisö Sosiaali- ja terveyspalvelut Neuvolat Päivähoito Koulut Kolmas sektori	Huolenpito lähimmaisistä	
Päästöjen ja suojeleaineiden vähentäminen Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen turva Väestön kasvun hillitseminen	Asuin- ja elinympäristön suojeleminen	