



Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuut ja velvoitteet kunnassa

Päälöydökset

- Suurimmalla osalla tiedonkeruuseen osallistuneista kunnista on hyvinvointikertomus valmiina tai se valmistuu vuoden 2013 loppuun mennessä.
- Väestöryhmien välisten terveyserojen seuranta ja raportointi toteutuu heikosti.
- Monialainen yhteistyö toteutuu kuntaorganisaation sisällä toimialojen välillä työryhmien kokoonpanossa. Muiden toimijoiden edustus hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmissä on vähäistä.
- Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuu-alueiden määrittely on hajanaista.

Kirjoittajat:

Heli Hätönen
erityisasiantuntija, THL

Satu Helakorpi
tutkimuspäällikkö, THL

Timo Ståhl
kehittämispäällikkö, THL

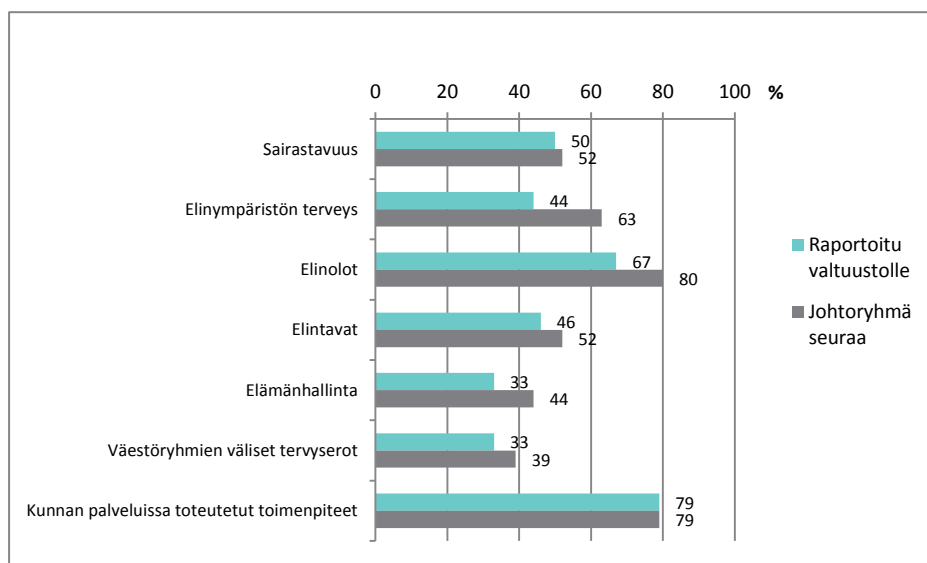
JOHDANTO

Suomessa on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteita, koordinaatiota ja työkaluja kehitetty pitkäjänteisesti 2000-luvulla. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki tarkentaa ja määrittää kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintaa (1326/2010, § 12). Kunnille on määritelty laissa seuranta- ja raportointivelvoite kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä niihin vaikuttaviin tekijöihin liittyen. Kunnan on nimettävä myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Lisäksi kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tässä kuvataan kuntajohtolle tehdyn tiedonkeruun tulosten perusteella, miten nämä asiat toteutuvat kunnissa.

TULOKSET

Kuntien johtoryhmissä seurattiin yleisimmin kuntalaisten elinoloja (80 %) kuten toimeentuloa, koulutusta ja työllisyyttä sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä (79 %). Yli puolesta vastanneista kunnista johtoryhmä seurasi elinympäristön terveellisyttä (63 %), kuntalaisten sairastavuutta (52 %) ja elintapoja (52 %). Harvimminkin seurattiin kuntalaisten elämän hallintaa (44 %) kuten tyytyväisyyttä elämään, koulumenestystä ja lähisuhdeväkivaltaa sekä väestöryhmien välisiä terveyseroja (39 %).

Valtuustolle on vuoden 2012 aikana raportoitu yleisimmin kunnan palveluissa toteutettavia toimenpiteitä (79 %) sekä kuntalaisten elinoloja (67 %). Noin puolesta vastanneista kunnista valtuustolle raportoitiin kuntalaisten sairastavuudesta (50 %), elintavoista (46 %) sekä elinympäristön terveellisyydestä (44 %). Vain noin kolmannes kunnista raportoi valtuustolle kuntalaisten elämän hallinnasta (33 %) sekä väestöryhmien välisistä terveyseroista (33 %). (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurannan ja raportoinnin sisältöalueet (%).

Näin tutkimus tehtiin

THL kerää tietoa kunnan johdolta selvittääkseen missä määrin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat esillä kunnan johdon toiminnassa.

Tavoitteena on seurata kuntien terveydenedistämistä ja sen muutoksia Suomessa.

Tiedonkeruulomake on jäsennetty kuntien terveyden ja hyvinvoinnin johtamisen eri alueista: sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi sekä osallisuus.

Tiedonkeruu toteutettiin sähköisellä lomakkeella keväällä 2013. Vastaaajilla oli mahdollisuus vastata myös postitse.

Vuonna 2013 tiedonkeruuseen vastasi 214 kuntaa (vastausaktiivisuus 67 %).

Kuntakohtaiset tulokset ovat saatavilla TEAviisari – verkkopalvelusta (www.thl.fi/teaviisari).

Hyvinvointikertomus oli tehty kolmanneksessa (33 %) ja se oli tekeillä vuoden 2013 aikana yli puolessa kunnissa (55 %). Noin kymmenes vastanneista kunnista ei ollut laatinut hyvinvointikertomusta (12 %). Sähköistä hyvinvointikertomustyökälyä oli käytetty noin puolessa tiedonkeruuseen osallistuneista kunnista (54 %). Viidennes kunnista (21 %) oli kokeillut sitä, mutta se ei ollut aktiivisessa käytössä. Neljäs vastanneista kunnista ei ole ottanut sähköistä hyvinvointikertomusta lainkaan käyttöön (25 %).

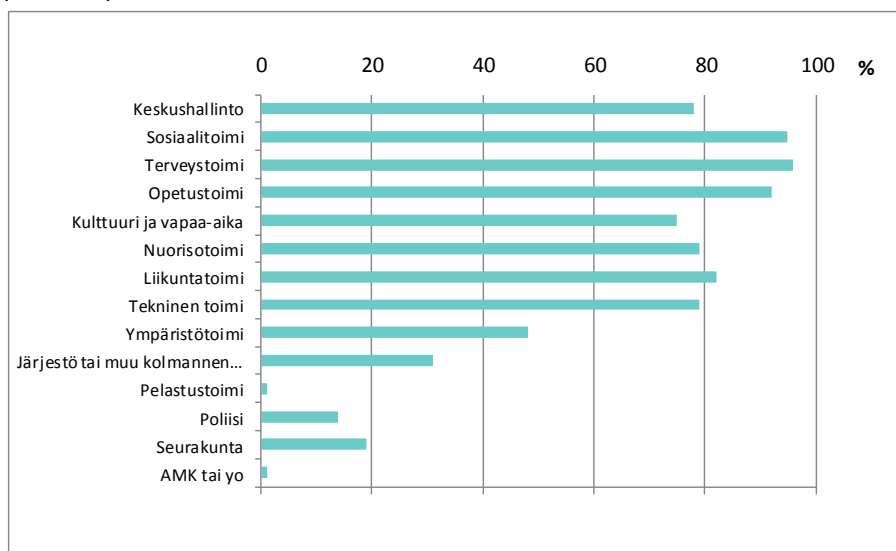
Vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannasta ja raportoinnista oli yleisimmin annettu hyvinvointiryhmälle (25 %) tai sosiaali- ja terveys-toimelle (25 %). Muita vastuutahoja olivat yhteistoiminta-alue tai sairaanhoitopiiri (15 %), kunnan keskushallinto (9 %), hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntija (8 %) tai joku muu taho (9 %). Noin joka kymmenes (9 %) kunta ei ollut määrittänyt vastuutahoa seurannalle ja raportoinnille.

Vastuu kunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä oli annettu noin puolessa kunnista (48 %) yksittäisen viranhaltijan vastuulle. Kolmannes kunnista (33 %) oli nimennyt vastuun usealle viranhaltijalle tai työryhmälle. Viidennes kunnista (19 %) ei ollut nimennyt lain edellyttämää vastuutahoa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä vastaavana johtoryhmänä toimi kunnan johtoryhmä tai laajennettu kunnan johtoryhmä yli puolessa kunnista (58 %). Muu eri hallinnonalojen ja yhteistyötahojen asiantuntijoista koostunut johtoryhmä hoiti tehtävää kolmanneksessa kunnista (35 %). Alle kymmenes (8 %) ilmoitti, ettei kunnassa ole terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmää.

Kunnan oman johtoryhmän lisäksi yli puolessa kunnista (63 %) oli nimettyä erillinen kunnan oma terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmä. Alueellinen työryhmä oli nimettyä noin kolmanneksessa kunnista (38 %).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien kokoonpanossa oli yleisimmin edustettuna kuntaorganisaation toimialat. Yliopiston tai ammattikorkeakoulujen sekä pelastustoimen edustajia oli työryhmissä harvoin. (n=150.) (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmien kokoonpano (%).

Tämän julkaisun viite:

Hätönen H, Helakorpi S, Ståhl T. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutuminen kunnassa. Tutkimuksesta tiiviisti 007, lokakuu 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-030-6 (verkko)
ISSN 2323-5179

www.thl.fi/teaviisari