

Niina Pekkanen

# **VAIKUTUSTEN ENNAKKOARVIOINTI JA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN KUNNISSA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Huhtikuu 2020

# TIIVISTELMÄ

Niina Pekkanen: Vaikutusten ennakoarviointi ja sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen kunnissa  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Kansanterveystiede  
Huhtikuu 2020

---

Päätösten vaikutusten ennakoarviointi kuuluu kuntien lakisääteiseen terveyden edistämistyöhön. Vaikutusten ennakoarviointi on menetelmä kuntien päätöksenteon tueksi: sen tavoitteena on selkeyttää päätöksentekoa, auttaa hahmottamaan päätösten vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä nostaa esille erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin toteutus on vaihdellut kunnissa. Taustalla voivat olla kuntien erilaiset tavat järjestää sosiaali- ja terveystalveluita. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisvastuun siirtyminen tulevaisuudessa maakunnille voi entisestään haastaa kuntien terveyden edistämistä ja vaikutusten ennakoarviointia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteyttä päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen kunnissa. Lisäksi selvitettiin eri taustatekijöiden yhteyttä vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumiseen. Tutkimuksessa käytettiin aineistona Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2019 toteuttamaa tiedonkeruuta kunnan johdolle väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Tiedonkeruuseen vastasi 93 prosenttia (n=273) kaikista Manner-Suomen kunnista. Aineiston kuvailussa on käytetty frekvenssejä sekä keskilukuja. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan ja taustamuuttujien yhteyttä vaikutusten ennakoarviointiin selvitettiin ensin ristiintaulukoinnin, khiin neliö -testin sekä Fisherin testin avulla ja sitten edelleen logistisella regressioanalyysillä.

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa oli yhteydessä päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen kunnissa. Itsenäisesti terveystalvelut järjestävät kunnat ja vastuukunnat olivat aktiivisempia vaikutusten ennakoarvioinnissa kuin kuntayhtymän jäsenkunnat ja järjestämisvastuun siirtäneet kunnat. Itsenäisesti palvelut järjestävät kunnat ja vastuukunnat olivat vastuun siirtäneitä kuntia todennäköisemmin käyttäneet ennakoarviointimenetelmää lautakuntapäätösten valmistelussa ainakin joillakin toimialoilla. Itsenäisesti palvelut järjestävät kunnat olivat myös todennäköisemmin tehneet päätöksen ennakoarviointimenetelmän käytöstä vastuun siirtäneisiin kuntiin verrattuna. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys vaikutusten ennakoarviointiin katosi, kun logistiseen regressiomalliin lisättiin kunnan koko, kuntaryhmitys, huoltosuhde tai suhteellinen velkaantuneisuus. Tästä voidaan päätellä, että sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa ei yksistään selitä kuntien välistä vaihtelua vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisessa. Taustatekijöistä erityisesti kunnan koko ja kuntaryhmitys olivat yhteydessä vaikutusten ennakoarviointiin. Suuret kunnat olivat pieniä kuntia todennäköisemmin esimerkiksi tehneet päätöksen vaikutusten ennakoarvioinnin käyttämisestä ja vastaavasti kaupunkimaiset kunnat käyttivät maaseutumaisia kuntia todennäköisemmin ennakoarviointimenetelmää suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa ainakin joillakin toimialoilla.

Tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisvastuun siirtäminen yhteistoiminta-alueelle luo haasteita päätösten vaikutusten ennakoarviointiin kunnissa. Päätöksenteon ja sosiaali- ja terveystalveluiden asiantuntijuuden siirtyminen kunnasta voi heikentää päätöksentekoaikojen kykyä tunnistaa ja käsitellä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä vaikutuksia. Kunnan väestömääräinen koko ja kaupungistumisaste heijastuvat myös mahdollisuuksiin toteuttaa vaikutusten ennakoarviointia. Suurissa ja kaupunkimaisissa kunnissa suuremmat henkilöstöresurssit edistävät asioiden laajempaa ja monipuolisempaa valmistelua sekä käsittelyä. Tulosten esiin nostamat haasteet kunnissa tulisi huomioida suunniteltaessa alueellista uudistusta ja sosiaali- ja terveystalveluiden siirtämistä maakuntatasolle.

Avainsanat: vaikutusten ennakoarviointi, ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, terveystalveluiden arviointi, sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen, päätöksenteko, kunta

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

# ABSTRACT

Niina Pekkanen: Ex ante assessment and organization of social and health services in municipalities

Master's Thesis

Tampere University

Public Health

April 2020

---

The ex ante assessment of decisions is part of the municipalities' statutory health promotion. Ex ante assessment is a method to support municipal decision-making: it aims to clarify decision-making, help to understand the impacts of decisions on the health and well-being of residents, and raise various solution options. The implementation of the ex-ante assessment of decisions has varied in municipalities. This may be due to the different ways in which municipalities organize social and health services. In the future, the transfer of responsibility for the organization of social and health services to the regions may further challenge the health promotion and the ex ante assessment in municipalities.

The purpose of this study was to examine the association between the way social and health services are organized and the implementation of ex ante assessment in municipalities. In addition, the connection of various background factors to the implementation of the ex ante assessment was studied. The data used in this study was the data collection for municipal management on the promotion of the health and well-being of the population and it was carried out by the National Institute for Health and Welfare in 2019. 93 per cent (n=273) of all municipalities in mainland Finland responded to data collection. The data was described with frequencies and averages. Associations between different variables were examined using cross-tabulation, Chi-square test, Fisher's test and further by logistic regression analysis.

The way social and health services are organized was associated to implementation of ex ante assessment in municipalities. Municipalities that organize health services independently were more active in the ex ante assessment than municipalities that organize services in co-operation with other municipalities or has transferred the responsibility for organizing. Municipalities that organize social and health services independently were more likely to have used the method of ex ante assessment in preparing board decisions in at least some administrative sectors than municipalities that had transferred responsibility for organizing services. Municipalities that organized services independently were also more likely to decide to use the ex ante assessment method than municipalities that had transferred responsibility for organizing services. Considering the effects of background factors in the logistic regression model the association between the way social and health services are organized and the ex ante assessment disappeared. It can be concluded that the way social and health services are organized alone does not explain the variation in the implementation of the ex ante assessments in municipalities. Among the background factors, the size of municipality and grouping of municipalities particularly were related to the ex ante assessment. For example, large municipalities were more likely than small municipalities to decide to use the ex ante assessment. Similarly, urban municipalities were more likely than rural municipalities to have used the ex ante assessment method in the preparation of plans and programs in at least some administrative sectors.

Based on the results of this study, it seems that the transfer of responsibility for organizing social and health services to the co-operation area creates challenges for the ex ante assessment of decisions in municipalities. The transfer of decision-making and social and health expertise from the municipality may weaken the ability of decision-making organs to identify and manage the impacts related to the well-being and health of residents. The size of the municipality and the degree of urbanization are also reflected in the possibilities for carrying out the ex ante assessment. In large and urban municipalities, greater human resources contribute to a broader and more diverse preparation and concerning of matters. These challenges in municipalities should be considered when planning regional reform and the transfer of social and health services to the regional level.

Keywords: ex ante assessment, human impact assessment, health impact assessment, organization of social and health services, decision-making, municipality

The originality of this publication has been verified using Turnitin OriginalityCheck program.

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
<b>2 PÄÄTÖSTEN VAIKUTUSTEN ENNAKKOARVIOINTI</b> .....	2
2.1 Vaikutusten ennakkoarvioinnin perusta .....	2
2.2 Vaikutusten ennakkoarviointi kansallisella tasolla.....	3
2.3 Vaikutusten ennakkoarviointi paikallishallinnon tasolla.....	4
2.4 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi kunnissa .....	5
2.5 Terveysvaikutusten arviointi .....	7
2.5.1 Terveysvaikutusten arviointi (TVA) käsitteenä.....	8
2.5.2 Terveysvaikutusten arviointi paikallisella tasolla.....	11
<b>3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN</b> .....	16
3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen nykytila .....	16
3.2 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavat .....	16
3.3 Kunnan päätöksenteko erilaisissa organisaatioissa .....	19
3.4 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ja päätösten vaikutusten ennakkoarviointi .....	20
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS</b> .....	22
<b>5 AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	23
5.1 Aineisto.....	23
5.2 Muuttujat.....	23
5.3 Tilastolliset menetelmät.....	25
<b>6 TULOKSET</b> .....	28
6.1 Kuntien taustatekijät .....	28
6.2 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ja päätösten vaikutusten ennakkoarviointi kunnissa .....	29
6.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan yhteys päätösten vaikutusten ennakkoarviointiin .....	30
6.4 Taustatekijöiden yhteys päätösten vaikutusten ennakkoarviointiin .....	32
<b>7 POHDINTA</b> .....	40
7.1 Tulosten tarkastelu.....	40
7.2 Tutkimuksen eettisyys .....	43
7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	43
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	45
<b>LÄHTEET</b> .....	47

# 1 JOHDANTO

Päätösten vaikutusten ennakoarviointi on yksi osa kuntien toteuttamaa lakisääteistä terveyden edistämistyötä (Kuntalaki 410/2015, 1§; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 11§, 12§). Parhaimmillaan vaikutusten ennakoarviointi selkeyttää kunnissa asioiden valmistelua ja päätöksentekoa. Sen tarkoitus on lisätä päätöksentekotilanteiden läpinäkyvyyttä, auttaa hahmottamaan päätösten myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia sekä löytämään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. (Nelimarkka & Kauppinen, 2007.) Vaikutusten ennakoarviointia voidaan käyttää kunnissa esimerkiksi lautakunta- ja valtuustopäätösten valmistelussa. (Sundqvist & Oulasvirta, 2011.)

Suomessa kunta on perinteisesti vastannut asukkaidensa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään on viime vuosikymmenten aikana kuitenkin kohdistunut runsaasti uudistuspaaineita. Sote-uudistus jäi Sipilän hallituskaudella (29.5.2015–6.6.2019) toteutumatta, mutta nykyinen Marinin hallitus (10.12.2019–) jatkaa uudistuslinjaa ja on kirjannut tavoitteen sosiaali- ja terveystalveluiden rakenneuudistuksesta hallitusohjelmaan. Uudistuksen pyrkimyksenä on siirtää vastuu sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä kuntia suuremmille hallintoalueille eli maakunnille. (Valtioneuvosto.) Uudistuksesta huolimatta kunnilla säilyy vastuu kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä.

Kunnat toteuttavat terveyden edistämisen tehtävää hyvin erilaisista lähtökohdista ja kuntien terveyden edistämiseen tähtäävissä käytännöissä on eroja. Päätösten vaikutusten ennakoarviointi on ollut kunnissa melko harvinaista ja kuntakohtaiset erot sen toteuttamisessa ovat huomattavia (Ståhl ym. 2017). Näyttää siltä, että itsenäisesti sosiaali- ja terveystalveluita järjestävät kunnat ovat aktiivisempia myös vaikutusten ennakoarvioinnissa (Heiliö, Saaristo & Ståhl, 2013). Herääkin kysymys, muuttuuko kuntien tekemä työ kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja järjestämisvastuu tulevaisuudessa muuttuvat.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuntien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteyttä päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumiseen kunnissa. Tutkimuksessa käytetään aineistona Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2019 toteuttamaa tiedonkeruuta kuntien johdolle väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Tutkimuksella saadaan tietoa vaikutusten ennakoarviontiin liittyvistä tekijöistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen yhteyksistä kuntien terveyden edistämiseen.

## 2 PÄÄTÖSTEN VAIKUTUSTEN ENNAKKOARVIOINTI

### 2.1 Vaikutusten ennakoarvioinnin perusta

Vaikutusten ennakoarvointiin (EVA) on erilaisia lähestymistapoja, kuten talous, terveys tai ympäristö. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnilla (IVA) tarkoitetaan päätöksen, ohjelman, suunnitelman tai projektin ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen kohdistuvien vaikutusten arvioimista ennalta. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on yläkäsite, joka pitää sisällään muun muassa terveysvaikutusten arvioinnin, lapsivaikutusten arvioinnin ja sukupuolivaikutusten arvioinnin. (Nelimarkka & Kauppinen, 2007.) IVA-termillä pyrittiin luomaan kokonaiskuva kaikista ihmisiin kohdistuvista vaikutuksista ja välttämään rajanvetoa esimerkiksi sosiaalisten ja terveysvaikutusten välillä (Nelimarkka & Kauppinen, 2007; STM, 1999).

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi ja sen alalajit pohjautuvat ympäristövaikutusten arviointiin (YVA) (Kauppinen, Nelimarkka & Ståhl, 2009). Sysäyksen ympäristövaikutusten arviointiin antoi ympäristötietoisuuden lisääntyminen. Ympäristövaikutusten arviointi otettiin ensimmäisenä käyttöön Yhdysvalloissa, jossa vuonna 1970 tuli voimaan NEPA-laki (National Environment Policy Act). NEPA-laki edellytti muun muassa ekologisten, taloudellisten, sosiaalisten ja terveydellisten vaikutusten arviointia valtion hankkeiden yhteydessä. (Haverinen, 2000; YVAKO.) Yhdysvalloista YVA-menettely levisi muualle maailmaan ja Euroopan unionissa ensimmäinen ympäristövaikutusten arviointia koskeva direktiivi annettiin vuonna 1985 (YVAKO).

Myös Suomessa lainsäädäntö velvoittaa tekemään ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia ympäristöön liittyvän suunnittelun yhteydessä (Nelimarkka & Kauppinen, 2007). Terveysvaikutusten ja sosiaalisten vaikutusten arviointia edellytetään tiettyjen suunnitelmien, ohjelmien ja hankkeiden valmistelussa sekä maankäyttöä koskevassa suunnittelussa (Nelimarkka & Kauppinen, 2007). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnista säädetään maankäyttö- ja rakennuslaissa (5.2.1999/132), laissa viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista (200/2005) sekä laissa ympäristövaikutusten arviointimenettelystä (252/2017).

Maankäyttö- ja rakennuslain (5.2.1999/132) 9 §:n mukaan *Kaavaa laadittaessa on tarpeellisessa määrin selvitettävä suunnitelman ja tarkasteltavien vaihtoehtojen toteuttamisen ympäristövaikutukset, mukaan lukien yhdyskuntataloudelliset, sosiaaliset, kulttuuriset ja muut*

*vaikutukset*. Laissa viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista (200/2005, 2§) sekä laissa ympäristövaikutusten arviointimenettelystä (252/20017, 2§) ympäristövaikutuksella tarkoitetaan suunnitelmien ja ohjelmien vaikutusta *ihmisten terveyteen, elinoloihin ja viihtyvyyteen*. Ennakoarvioinnista huolehtii valtion tai kunnan viranomainen, joka vastaa suunnitelmasta tai hankkeesta (Laki viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista 200/2005, 6§; Maankäyttö- ja rakennuslaki 5.2.1999/132, 9§). Lain ympäristövaikutusten arviointimenettelystä (252/2017, 16§, 19§, 38§) mukaan hankkeesta vastaava yritys, yhteisö tai julkisyhteisö vastaa arviointimenettelyn järjestämisestä ja rahoittamisesta.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia suositellaan useissa kansallisissa ja kansainvälisissä sopimuksissa (Nelimarkka & Kauppinen, 2007). Vaikutusten ennakoarviointi on nostettu esiin kansallisissa ohjelmissa, kuten Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa (STM, 2007) ja strategioissa, kuten Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2020 (STM, 2010). Kansainvälisellä tasolla sekä Euroopan unioni että WHO suosittelevat vaikutusten ennakoarvioinnin käyttöä. EU:n direktiivissä (Directive 2014/52/EU) säädetään ympäristövaikutusten arvioinnista tiettyjen julkisten ja yksityisten projektien yhteydessä. Direktiivin (2014/52/EU) kolmannen artiklan mukaan ympäristövaikutusten arvioinnin tulee sisältää myös arvio projektin vaikutuksista väestöön ja ihmisten terveyteen. Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen oli tavoitteena jo 20 vuoden takaisessa WHO:n Health 21 -ohjelmassa Euroopan alueelle (WHO, 1999a). WHO on koonnut runsaasti tietoa, esimerkkejä ja oppaita terveysvaikutusten arvioinnista (health impact assessment) verkkosivuilleen (WHO).

Vaikutusten arviointi oli alussa lähinnä ulkoista eli julkisen sektorin päättäjät tilasivat arvioinnin akateemisilta tutkijoilta. Arvioinnilla pyrittiin selvittämään tavoitteiden saavuttamista ja panosten vaikutuksia, ja sitä tehtiin yleensä korkean tason poliittisten päätösten yhteydessä. Sittemmin arviointi on muuttunut moniulotteisemmaksi ja siitä on tullut neuvottelevaa sekä osallistavaa. Arviointia eivät tee enää vain tutkijat tai viranomaiset, vaan myös asiakkaita pyritään ottamaan osallisiksi arviointiin. (Vedung, 2003.)

## **2.2 Vaikutusten ennakoarviointi kansallisella tasolla**

Hallituksen esityksen laatimisohjoiden mukaan hallituksen esitysten yhteydessä täytyy arvioida säädösehdotusten olennaiset vaikutukset. Vaikutusarvioinnista laaditaan selostus hallituksen esitykseen. (OM, 2004.) Joulukuussa 2015 valtioneuvoston kansliaan perustettiin lainsäädännön

arviointineuvosto, joka antaa lausuntoja hallituksen esityksistä ja niiden vaikutusarvioinneista. Arviointineuvoston tavoitteena on lisätä hallituksen esitysten vaikutusarviointien laatua. (Valtioneuvoston kanslia, 2019.)

Ehdotettujen säännösten arviointia koskevat tarkemmat ohjeet löytyvät Säädösehdotusten vaikutusten arviointiohjeesta (OM, 2007). Vaikutusten arviointiin sisältyvät säädösehdotusten taloudelliset vaikutukset, vaikutukset viranomaisten toimintaan, ympäristövaikutukset sekä muut yhteiskunnalliset vaikutukset. Ohjeissa on kuvattu, mitä vaikutuksilla tarkoitetaan, miten niitä voidaan arvioida ja millaisia menetelmiä tai tietolähteitä arvioinnissa voidaan käyttää. (OM, 2007.) Vaikutusten arvioinnilla saadaan tietoa lainsäädännön erilaisten toteuttamisvaihtoehtojen vaikutuksista. Vaikutusten arvioinnin tuottamaa tietoa käytetään päätöksenteon tukena. Vaikutusten arviointi parantaa lainsäädännön laatua ja lisää päätöksenteon avoimuutta. Arvioinnissa on käytävä läpi sekä tavoiteltavat myönteiset vaikutukset että mahdolliset kielteiset vaikutukset. Vaikutukset voivat olla välillisiä tai välittömiä. (OM, 2007.)

Säädösehdotusten vaikutusten arviointiohjeessa (OM, 2007) sosiaaliset vaikutukset, terveysvaikutukset ja muut ihmisiin kohdistuvat vaikutukset sisältyvät kohtaan *muut yhteiskunnalliset vaikutukset*. Säädösehdotusten osalta ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnista on myöhemmin tehty vielä oma ohjeistuksensa: Säädösvaikutusten arviointi ihmisiin kohdistuvien vaikutusten näkökulmasta. Säädösehdotusten arvioinnissa tulisi lähteä liikkeelle siitä, että kaikki säädökset vaikuttavat jollakin tapaa ihmisiin. Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset ovat usein välillisiä, jolloin laajempi, ilmiölähtöinen näkökulma auttaa tunnistamaan monipuolisesti eri vaikutukset. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on perusteltua niin perus- ja ihmisoikeuksien kannalta kuin taloudellisesta näkökulmasta. Mahdollisten haittojen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy on usein kannattavampaa kuin niiden hoitaminen jälkikäteen. (STM, 2016.)

### **2.3 Vaikutusten ennakoarviointi paikallishallinnon tasolla**

Kunnassa tehdään mittavia päätöksiä, jotka vaikuttavat kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tällaisia ovat esimerkiksi yhdyskuntasuunnittelua ja erilaisia palveluita koskevat päätökset. (THL, 2019a; Kuntaliitto, 2018). Velvoite vaikutusten ennakoarviointiin kunnissa on kirjattu Terveystieteiden laissa (30.12.2010/1326, 11§): *Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.*



Kuntaliitto on antanut vaikutusten ennakoarvioinnista suosituksen, jonka mukaan kuntien tulisi päätöksenteossa ottaa huomioon ihmisiin kohdistuvat vaikutukset eli kuntalaisvaikutukset, ympäristövaikutukset, taloudelliset vaikutukset sekä organisaatio- ja henkilöstövaikutukset. Kuntien pitäisi arvioida ennalta päätösesityksiä ja päätösten kuntalaisiin kohdistuvia vaikutuksia. Jokaisen kunnan olisi hyvä määritellä sellaiset asiat, joita koskevat päätösesitykset edellyttävät vaikutusten ennakoarviointia. (Kuntaliitto, 2011; Sundqvist & Oulasvirta, 2011.)

Kunnassa päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin pitäisi olla osa talouden ja toiminnan suunnittelua sekä toteutuksen arviointia. Vaikutusten ennakoarviointi on yksi kuntien hyvinvointijohtamisen osa-alue. Vaikutusten ennakoarviot liitetään tarkastuslautakunnan arviointikertomukseen, jossa arvioidaan kunnan taloudellisten ja toiminnallisten tavoitteiden toteutumista. (Kuntaliitto, 2018.) Ennakoarviointimenetelmän käytön tueksi on kehitetty sähköinen työkalu sähköisen hyvinvointikertomuksen yhteyteen ([www.hyvinvointikertomus.fi](http://www.hyvinvointikertomus.fi)).

Vaikutusten ennakoarviointiprosessi voidaan jakaa kuuteen vaiheeseen, jotka ovat (1) päätös ennakoarvioinnista, (2) vaikutusten tunnistaminen, (3) päätösvaihtoehtojen muodostaminen, (4) vaihtoehtojen vertailu, (5) päätösesityksen laadinta ja (6) päätöksen seuranta. Kunta tekee linjauksen siitä, millaiset päätökset edellyttävät vaikutusten ennakoarviointia. Vaikutusten tunnistamista voi pohtia neljästä näkökulmasta: päätöksen kuntalaisvaikutukset, ympäristövaikutukset, organisaatio- ja henkilöstövaikutukset sekä taloudelliset vaikutukset. Päätösvaihtoehtojen muodostamisessa tulisi olla realistinen eli ehdotusten pitäisi olla toteuttamiskelpoisia. Eri vaihtoehtojen vertailu voi tapahtua tavoitteiden tai vaikutusten pohjalta. Vertailun mahdollistamiseksi eri vaihtoehdot tulisi olla mitattavassa muodossa (esim. rahamäärinä tai indikaattoriarvoina) tai vaihtoehtoisesti sanallisesti kuvattuna. Vaihtoehtojen esittelijä ehdottaa ratkaisuvaihtoehtoista parhaana pitämäänsä. Lopuksi päätetään vielä päätösehdotuksen toteutumisen seurannasta ja arvioinnista. (Sundqvist & Oulasvirta, 2011.)

## **2.4 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi kunnissa**

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on käyttökelpoinen menetelmä kaikessa kunnan päätöksenteossa. Se auttaa päättäjiä arvioimaan laajemmin päätöksensä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Vaikutusten ennakoarvioinnin myötä päätöksentekoprosessi selkiytyy ja uudelleen käsiteltävien asioiden määrä vähenee. Se myös lisää eri toimialojen välistä yhteistyötä

ja päätökseen sitoutumista. Samalla asioista keskustelu helpottuu ja ymmärrys erilaisia näkökulmia kohtaan kasvaa. (Nelimarkka & Kauppinen, 2007.)

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointia on kehitetty kunnissa jo 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Kehittäminen lähti liikkeelle YVA-lain toimeenpanon tueksi tehdyistä projekteista, joihin sisältyi muun muassa kaupunkikeskustojen ja liikennejärjestelmien kehittämistä. IVA-hankkeessa vuosina 2003–2007 kehitettiin päätösten ennakoarviointiprosessia varten malleja, joita testattiin Terve Kunta -verkoston kunnissa. Ennakoarviointimallit eivät kuitenkaan levinneet laajempaan käyttöön, sillä mallit olivat liian työläitä toteuttaa kuntien nopeatempoisen päätöksenteon yhteydessä. Tämän seurauksena siirryttiin kehittämään ns. nopeaa ennakoarviointimallia. Nopea ennakoarviointimalli kehitettiin osana Stakesin (nyk. THL) Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -hanketta. (Kauppinen ym. 2009a.)

Nopea ennakoarviointi tapahtuu nopealla aikataululla ja siinä arvioidaan keskeisimmät vaikutukset mahdollista tarkistuslistaa apuna käyttäen. Nopeassa ennakoarvioinnissa voidaan hyödyntää pelkästään jo olemassa olevia tietoja ja kokemusta (ns. kirjoituspöytäarvio). TEJO -hankkeessa kehitetty nopea ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi sisältää kolme vaihetta: (1) vaihtoehtojen kuvaaminen, (2) vaikutusten tunnistaminen ja (3) vaihtoehtojen vertailu. Nopea ennakoarviointimalli on kehitetty käytettäväksi kuntien lautakuntatyöskentelyssä. Arviointiin voi osallistua päättäjiä, asiantuntijoita sekä vaikutusten kohteina olevia henkilöitä. Nopealla ennakoarvioinnilla on pyritty tarjoamaan vaihtoehto arviointiin kunnan hektisessä päätöksentekoympäristössä, jossa pidempikestoisiin ja enemmän resursseja vaativiin ennakoarviointeihin ei välttämättä ole mahdollisuuksia. Ajatuksena on, että nopea ennakoarviointi auttaa tunnistamaan tilanteet, jotka vaativat syvällisempää vaikutusten arviointia. (Kauppinen, Nelimarkka & Helinko, 2007.)

Nopea ennakoarviointimalli ei ole tarjonnut oikotietä kuntien päätöksenteossa tapahtuvaan vaikutusten ennakoarviointiin, sillä myös sen käytössä on ollut haasteita. Ennakoarviointimenetelmän käyttöön vaikuttavia tekijöitä ovat arviointiin liittyvä ammatillinen osaaminen sekä kunnan työkuulttuuri ja organisaatorakenteet. Kunnissa työote ei ole riittävän tulevaisuuteen orientoitunut ja eri vaihtoehtojen sekä vaikutusten kuvaaminen voi olla haastavaa. Työkuulttuurin kunnassa pitäisi muuttua läpinäkyvyyttä ja moniarvoisuutta kannattavaksi. Vaikutusten ennakoarviointiin on liitetty päätöksen esittelijän vastuun väheneminen ja vastaavasti

luottamushenkilöiden päätösvastuun kasvaminen, mitä ei kunnissa pidetä välttämättä toivottuna seurauksena. Ennakoarviointimenetelmän käyttö lisää keskustelua päätöksen kohteena olevasta asiasta, kun perinteisesti päätöksenteko kunnissa on edennyt siten, että esittelijä tuo melko valmiin ratkaisun luottamushenkilöiden päätettäväksi. Organisaatorakenteiden pitäisi tukea ennakoarvioinnin käyttöä eli kunnassa tulisi olla päätös ja yhteinen linjaus ennakoarviointimenetelmästä, sen käyttötilanteista sekä rajoituksista. (Kauppinen, 2011; Kauppinen ym. 2009b.)

Nopean ennakoarviointimallin käyttökelpoisuutta on tarkasteltu lautakuntapäätösten yhteydessä Salon ja Kauniaisten kunnissa. Tarkasteltavia osa-alueita olivat vaikutusten kuvaaminen, vaihtoehtojen tarkastelu, tiedon eettinen käyttö, osallisuus ja tasa-arvo. Eri tahojen osallistuminen arviointiin sekä arviointitaulukon käyttö (tiedon eettinen käyttö) toteutuivat hyvin. Haasteita sen sijaan oli erityisesti vaikutusten kuvaamisessa ja vaihtoehtojen tarkastelussa. Vaikutusten tunnistaminen ja kuvaaminen sekä erilaisten vaihtoehtojen löytäminen pohjautuivat useammin hiljaiseen ja kokemusperäiseen tietoon kuin aihepiiristä olemassa olevaan tietoon. (Kauppinen, Nelimarkka & Ståhl, 2010.)

Vaikutusten ennakoarvioinnista ei ole tähän mennessä tullut kunnissa systemaattista käytäntöä (Hakamäki ym. 2019; Ståhl ym. 2017) ja sen kehittäminen on jatkunut viime vuosina eri tahojen yhteistyönä. Kuntaliitto on yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa toteuttanut Ennakoarviointikäytäntöjen uudistaminen ja toimeenpano- projektin ajalla 1.3.2018–31.3.2019. Tavoitteena oli lisätä ennakoarviointia kunnissa muun muassa tuottamalla koulutusmateriaalia ja päivittämällä sähköinen EVA-työkalu. Projektin ohessa julkaistiin opas ennakoarvioinnista (Evataan yhdessä! Vaikutusten ennakoarvioinnilla kestäviä päätöksiä- opas). (Kuntaliitto, 2018.)

## **2.5 Terveysvaikutusten arviointi**

Kansainvälistä kirjallisuutta terveysvaikutusten arvioinnista (health impact assessment) paikallisella tasolla ja päätöksenteossa etsittiin eri tietokannoista: PubMed, CINAHL (Ebsco), Science Direct (Elsevier), ProQuest Central ja Medline (Ovid). Haut tehtiin yhdistelemällä seuraavia hakusanoja: *health impact assessment, local government, local/regional level, decision-making*. Tässä tutkimuksessa ei erikseen etsitty tietoa sosiaalisten vaikutusten arvioinnista (social impact assessment, SIA), koska sen ei ajatella käytännössä eroavan terveysvaikutusten arvioinnista

(Kemmm, 2006). Sosiaalisten vaikutusten arviointi ei ole samalla tavalla vakiintunut termi kuin terveysvaikutusten arviointi, eikä se hakukoneissa tuota yhtä hyvin tuloksia. Seuraavaksi avataan termiä terveysvaikutusten arviointi (health impact assessment), jonka jälkeen esitellään tutkimuksiin perustuen terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä ja kokemuksia eri maissa paikallisella tasolla.

### **2.5.1 Terveysvaikutusten arviointi (TVA) käsitteenä**

Terveysvaikutusten arvioinnilla (TVA) tarkoitetaan terveyteen kohdistuvien vaikutusten arvioimista ennalta poliittisten päätösten, ohjelmien ja projektien yhteydessä (Kemmm & Parry, 2004). Vaikutusten arvioinnissa pyritään tunnistamaan poliittisten toimien välittömiä sekä välillisiä vaikutuksia ihmisten terveyteen. Tavoitteena on selvittää mahdollisten terveysvaikutusten laajuus sekä vakavuus. (Kemmm, 2006.) Terveysvaikutusten arvioinnin tarkoituksena on lisätä tietoisuutta fyysisen, sosiaalisen ja taloudellisen ympäristön yhteyksistä ihmisten terveyteen. Lisäksi pyrkimyksenä on vaikutusten kohteena olevien osallistaminen ja tiedon lisääminen poliittisesta päätöksenteosta. (Kemmm & Parry, 2004.)

Terveysvaikutusten arvioinnilla on kolme keskeistä tavoitetta. TVA:n tavoitteena on ensinnäkin selvittää erilaisten poliittisten toimien seuraukset ja löytää terveyden kannalta paras vaihtoehto. Toiseksi terveysvaikutusten arvioinnin avulla pyritään antamaan suosituksia siitä, miten poliittisessa päätöksenteossa voidaan maksimoida myönteiset vaikutukset ja miten vastaavasti pystytään minimoimaan haitalliset vaikutukset. Kolmanneksi TVA:lla tavoitellaan laajemmin poliittisen ympäristön muovaamista ja tulevaisuuden politiikkaan vaikuttamista. (Kemmm, 2006.)

Terveysvaikutusten arvioinnin prosessi on perinteisesti jaettu viiteen vaiheeseen: (1) screening, (2) scoping, (3) risk assessment, (4) decision-making, (5) implementation and monitoring (Kemmm, 2006). Ensimmäisessä vaiheessa ”seulotaan” ehdotuksia tai esityksiä ja apuna voidaan käyttää tiettyjä kriteereitä. Tarkoituksena on sulkea pois ehdotukset, jotka eivät vaadi terveysvaikutusten arviointia, sekä vastaavasti tunnistaa ne, joissa tarkempi arviointi olisi tarkoituksenmukaista. Toisessa vaiheessa rajataan arvioinnin kohde ja määritellään muun muassa seuraavat: arvioinnin tavoitteet, vaikutuksen kohteet, sidosryhmät, käytettävät tietolähteet ja menetelmät sekä tarvittavat resurssit. Kolmannessa vaiheessa pyritään tunnistamaan ehdotukseen liittyvät mahdolliset kielteiset sekä myönteiset terveysvaikutukset. Vaikutusten tunnistamiseen on erilaisia menetelmiä ja valintaan vaikuttavat pitkälti arviointiin käytettävissä oleva aika ja resurssit. Neljännessä vaiheessa valmistellaan raportti ja arviointiin pohjautuvat suositukset päätöksentekijöille. Arvioinnin

”tulosten” esittely tulisi suunnitella ennen kaikkea kohdeyleisön perusteella ja pohtia, miten saada päättäjät hyväksymään esitetyt suositukset ja hyödyntämään niitä omassa työssään. Viimeisessä vaiheessa arvioidaan toteutettua terveystvaikutusten arviointia. TVA:n arviointiin on eri näkökulmia: siinä voidaan painottaa esimerkiksi prosessin arviointia tai tulosten arviointia. (Mindell, Joffe & Ison, 2004.)

Terveystven kohdistuvien vaikutusten ennakkoinnin tulisi perustua riittävään näyttöön. (Kemmm, 2006; Kemmm & Parry, 2004). Lähtökohtaisesti TVA:n merkityksellisyys on riippuvainen siitä, millaista kvalitatiivista ja kvantitatiivista tietoa vaikutuksista on saatavilla (Petticrew, Macintyre & Thomson, 2004). Tieteellistä näyttöä eri tekijöiden välisistä kausaalisuhteista saadaan esimerkiksi epidemiologisista tutkimuksista. Terveystven liittyvät tekijät ovat kuitenkin usein monialaisia ja selkeiden syy-yhteyksien osoittaminen tai vaikutuksen mittaaminen ei läheskään aina ole mahdollista. (Kemmm & Parry, 2004.) Usein aika ja resurssit rajoittavat uuden tiedon keräämistä ja olemassa oleva tieto, kuten kirjallisuuskatsaukset, ovatkin yksi tärkeä tiedonlähde terveystvaikutusten arvioinnissa (Petticrew ym. 2004). Olennaista TVA:n toteuttamisessa on valita lähestymistapa ja tiedonhankintatapa kysymyksen asettelun perusteella ja käyttää tarvittaessa erilaisia tiedon lähteitä (Kemmm & Parry, 2004; Petticrew ym. 2004).

Terveystvaikutusten arvioinnin käyttöä rajoittaviksi tekijöiksi on tunnistettu resurssien puute, osaamattomuus ja haluttomuus. Myös kiire ja kokemus siitä, ettei terveystven liittyvistä asioista ole riittävästi tietoa, voivat haitata terveystvaikutusten arviointia. Vastaavasti käyttöä edistäviksi tekijöiksi on nostettu kouluttaminen ja TVA:n saattaminen kiinteäksi osaksi politiikkaprosessia sekä päätöksentekoa. (Kemmm, 2006.) Lisäksi terveystvaikutusten arvioinnin tulisi olla prosessina selkeästi jäsenneily (Kemmm & Parry, 2004). Terveystvaikutusten arviointiin yleisesti liitetyt haasteet ja käyttöä edistävät tekijät ovat samansuuntaisia kuin aiemmin esitetyt ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa havaitut ongelmakohtat ja niiden ratkaisut Suomen kontekstissa (Kauppinen, 2011).

Terveystvaikutusten arviointi pohjautuu vaikutusten arviointiin (impact assessment, IA) ja erityisesti ympäristövaikutusten arviointiin (environmental impact assessment, EIA), mihin viitattiin jo aiemmin (Kemmm & Parry, 2004). Terveystvaikutusten arviointi sisältyy periaatteessa ympäristövaikutusten arviointiin (environmental impact assessment, EIA), mutta käytännössä terveystvaikutusten arviointia harvoin tehdään osana ympäristövaikutusten arviointia (Kemmm, 2006). TVA:n taustalla on myös politiikkaan kohdistuvan arvioinnin lisääntyminen. Terveystvaikutusten

tarkastelu poliittisessa kontekstissa oli ensin melko kapea-alaista ja terveydellisten seurausten arviointi liittyi lähinnä suoraan terveyteen kohdistuviin toimiin ja terveystalouteen. Ymmärrys terveyteen vaikuttavista tekijöistä kuitenkin kasvoi ja samalla lisääntyi tarve nostaa terveys osaksi kaikkien politiikan osa-alueiden arviointia. (Kemm & Parry, 2004.)

Terveysvaikutusten arviointi on keskeinen osa Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies, HiAP) -lähestymistapaa (Kemm, 2006), jonka juuret ulottuvat vuoden 1978 Alma Atan julistukseen (Baum, Ollila & Peña, 2013). Alma Atan julistuksessa nostettiin terveys tärkeimmäksi arvoksi, ja terveyden saavuttamisen edellytykseksi linjattiin politiikan eri sektoreiden toiminta ja yhteistyö (WHO, 1978). Ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämisen konferenssissa vuonna 1986 hyväksytty asiakirja (Ottawa Charter for Health Promotion) oli seuraava merkittävä terveyden edistämisen askel. Asiakirjan yksi sitoumus koski terveyden ja oikeudenmukaisuuden huomioon ottamista kaikilla politiikan sektoreilla. Tästä käytettiin käsitettä Healthy Public Policy. (WHO, 1986.) EU:n Amsterdamin sopimuksessa (artikla 152) painotettiin terveyden suojelun varmistamista poliittisessa toiminnassa (EU, 1997). Ensimmäinen varsinainen terveysvaikutusten arviointia koskeva ohjeistus oli vuonna 1999 julkaistu Gothenburg consensus paper, jonka tarkoituksena oli luoda yhtenäinen käsitys TVA:n periaatteista, arvoista ja toteuttamisesta (WHO, 1999b).

Terveys kaikissa politiikoissa tuli käsitteenä tunnetuksi Suomen EU:n puheenjohtajakaudella vuonna 2006 (Baum, Ollila & Peña, 2013). HiAP- lähestymistapa painottaa systemaattista terveyden huomioon ottamista kaikessa poliittisessa päätöksenteossa, yhteisvaikutusten etsimistä sekä haitallisten terveysvaikutusten välttämistä. Tavoitteena on edistää väestön terveyttä ja terveyteen liittyvää oikeudenmukaisuutta. (WHO, 2013.) Terveysvaikutusten arviointi on yleisimmin tiedetty keino toimeenpanna HiAP -lähestymistapaa. Useissa maissa onkin hyödynnetty terveysvaikutusten arviointia ja Euroopassa sen käyttöä on kehitetty myös European Healthy Cities Network -yhteistyön kautta. (Guglielmin ym. 2018; Blau ym. 2006.)

Terveysvaikutusten arviointi -menetelmää käytetään eri tasoilla, kuten kansainvälinen, kansallinen ja paikallinen taso, sekä eri yhteyksissä, kuten poliittisten päätösten, projektien tai ohjelmien yhteydessä (Kemm & Parry, 2004). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan paikallisella tasolla ja päätöksenteon yhteydessä tapahtuvaa terveysvaikutusten arviointia.

## 2.5.2 Terveysvaikutusten arviointi paikallisella tasolla

Terveysvaikutusten arvioinnin toteuttaminen on ollut kansainvälisesti tarkasteltuna yleisempää paikallisella tasolla kuin kansallisella tasolla. Paikallisella tasolla TVA voi olla prosessina yksinkertaisempi, eivätkä arvioinnin kohteet välttämättä ole yhtä moniulotteisia ja laajoja kuin kansallisen tason poliittiset päätökset ja ohjelmat. (Davenport, Mathers & Parry, 2006.) Paikallisella tasolla tehtävän työn merkitys on suuri, sillä nimenomaan paikallishallinnon organisaatioilla on mahdollisuus vaikuttaa väestön terveyteen liittyviin tekijöihin, kuten työllisyyteen ja asuinympäristöön. Haasteena paikallisen tason terveysvaikutusten arvioinnissa on, että paikalliset viranomaiset eivät välttämättä tiedosta tekemänsä työn yhteyksiä väestön terveyteen. Terveys voidaan nähdä hyvin kapea-alaisena, eivätkä päättäjät välttämättä tunnista mahdollisuuksiaan vaikuttaa paikallisten asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen. (Milner, 2004.)

Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen ja saattaminen osaksi paikallistason poliittista päätöksentekoa alkoi Ruotsissa 1990-luvun puolivälissä ja sitä on jatkettu aktiivisesti 2000-luvulla (Knutsson & Linell, 2010; Berensson, 2004). Vuonna 1998 julkaistiin TVA- työkalu, jonka sisältöön kuuluivat terveyteen vaikuttavat tekijät, päätösehdotuksen vaikutukset eri väestöryhmiin, lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutukset sekä vaihtoehdot päätökselle. Tärkeäksi koettiin TVA -työkalun käyttö mahdollisimman varhaisessa vaiheessa päätöksentekoprosessia, jolloin pystytään todennäköisemmin vaikuttamaan lopputulokseen. (Berensson, 2004.) TVA -työkalua testattiin Ruotsin lounaisella terveydenhuoltoalueella (South West Health Care District), jossa tavoiteltiin eriarvoisuuden vähentämistä ja väestön terveyden aseman vahvistamista poliittisella agendalla. TVA -työkalua sovellettiin 67 tapaukseen, joista 53:n todettiin vaativan terveysvaikutusten arviointia. Toteutettujen arviointien taso vaihteli ja arviointiin liitettiin virkamiesten ja poliittisten päättäjien taholta erilaisia kokemuksia. Terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä edistävinä tekijöinä pidettiin muun muassa poliittista sitoutuneisuutta ja yhteistä linjaa poliittisista päämääristä. Tutkimuksessa saatujen kokemusten perusteella olennaista on sovittaa TVA paikalliseen tasoon, jossa sitä on tarkoitus käyttää. (Finer ym. 2005.)

2010-luvulla terveysvaikutusten arviointi on edelleen käytössä osassa Ruotsin kuntia ja alueita, mutta arvioinnista ei ole tullut laajalle levinnyttä systemaattista käytäntöä. Terveysvaikutusten arvioinnin toteutuminen paikallisella tasolla on vaihdellut sijainnin mukaan: käyttö on ollut yleisempää Keski- ja Etelä-Ruotsissa. TVA:n toimeenpanoon ovat mahdollisesti vaikuttaneet globaalit poliittiset suuntaukset, kuten uusliberalismi ja uusi julkisjohtaminen sekä toisaalta

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion mallin heikentyminen muun muassa kasvavien terveyserojen seurauksena. Terveysvaikutusten arvioinnin muodostumista systemaattiseksi käytännöksi ovat luultavasti hidastaneet myös organisatoriset ja rakenteelliset muutokset, kuten poliittisten päättäjien vaihtuvuus. Lisäksi haasteita on tuonut se, että kansallinen terveysvaikutusten arvioinnista vastaava taho vaihtui 2000-luvun alussa. (Berensson & Tillgren, 2017.)

Kanada oli yksi ensimmäisistä maista, joissa alkoi terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen. TVA:a kehitettiin Kanadassa osana ympäristövaikutusten arviointia sekä HPP-strategiaa (Healthy Public Policy). Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen ja käyttö on ollut erityisen aktiivista Quebecin provinssissa, jossa TVA oli ensin käytössä kiinteänä osana ympäristövaikutusten arviointia ja myöhemmin 2000-luvun alkupuolelta lähtien myös itsenäisenä arviointimenetelmänä. (Banken, 2004.) Esimerkiksi Monteregien alueella Quebecissa on käytössä viisivaiheinen terveysvaikutusten arviointi kuntien päätöksenteossa. TVA:n toteuttamisesta vastaavat kansanterveyden ammattilaiset yhdessä kunnan toimijoiden kanssa. (Nour ym. 2016.)

Quebecin Sorel-Tracyn kunnassa selvitettiin TVA:n vaikutuksia päätöksentekoon sekä toteutettujen toimien yhteyttä terveydellisiin seurauksiin. Vaikutuksia arvioitiin kolmessa eri elvyttämishankkeessa, jotka koskivat tieinfrastruktuuria, kaupungin viheralueita sekä kohtuuhintaisten asuntojen saatavuutta. Terveysvaikutusten arvioinnin avulla pystyttiin edistämään terveyden kannalta suotuisia vaihtoehtoja paikallisella tasolla. TVA:lla todettiin olevan vaikutusta päätöksentekoon ja mahdollisesti myös tulevaisuudessa tehtäviin päätöksiin. Päättäjät hyväksyivät erityisesti tieinfrastruktuuriin ja viheralueisiin liittyviä ehdotuksia, minkä seurauksena esimerkiksi parannettiin jalankulkuväyliä ja istutettiin puita. Terveysvaikutusten arvioinnin käyttöön liittyvät haasteet päätöksenteossa koskivat eriarvoisuuteen liittyvien tekijöiden tunnistamista. Huomattiin, että päättäjien voi olla vaikea tunnistaa eriarvoistavia tekijöitä tai niihin ei osata puuttua. Kohtuuhintaisten asuntojen saatavuuden tärkeys ei kenties siksi välittynyt päättäjille. (Buregeya, Loignon & Brousselle, 2020.)

Tanskan kunnissa terveysvaikutusten arvioinnin toimeenpano on lisääntynyt 2000-luvulla. Vuonna 2007 toteutetun rakenteellisen uudistuksen myötä kunnat ovat vastanneet terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä, mikä on vauhdittanut TVA:n käyttöönottoa. Terveysvaikutusten arvioinnista ei kuitenkaan ole tullut Tanskan kunnissa systemaattisesti käytössä olevaa menetelmää. TVA:n toimeenpanoa heikentäviksi tekijöiksi tunnistettiin seuraavia: valtion taloudelliset kannustimet tietyille terveyden edistämisen projekteille, hallinnonalojen välisen yhteistyön puuttuminen,



poliitikkojen sitoutumattomuus, yhteisymmärryksen ja yhteisen tahtotilan puuttuminen sekä terveysvaikutusten arviointia koskevan koulutuksen uupuminen. Lisäksi rajoittavina tekijöinä pidettiin kunnan työympäristön muodollisuutta sekä jäykkiä sääntöjä ja menettelytapoja. Vastaavasti TVA:n toimeenpanoa edistäviksi tekijöiksi nimettiin kansainväliseen ohjelmaan tai yhteistyöhön kuuluminen (esim. Healthy Cities Network), arviointia tukevat organisaatorakenteet sekä avoin kommunikaatio. Muutokset kunnan sisäisessä työympäristössä ja -kulttuurissa nostettiin keskeisimmäksi tekijäksi, johon vaikuttamalla olisi mahdollista parantaa terveysvaikutusten arvioinnin käytön edellytyksiä. (Kræmer, Nikolajsen & Gulis, 2014.)

2000-luvulle tultaessa terveysvaikutusten arvioinnin käyttö lisääntyi myös Yhdysvalloissa. TVA:a on käytetty erilaisissa yhteyksissä, kuten maankäytön suunnittelussa, viher- ja asuinalueiden kunnostamisessa sekä maatiloja koskevassa politiikassa. (Dannenberg ym. 2008.) Bourcier ja kollegat (2015) kävivät läpi 23 terveysvaikutusten arviointia 16 osavaltiosta. He listasivat onnistuneeseen terveysvaikutusten arvioinnin käyttöön vaikuttaneita tekijöitä sekä arviointiin liittyviä haasteita. Alkuvaiheessa on olennaista valita huolellisesti TVA:n kohteet ja oikea lähestymistapa. Tärkeää on saada sidosryhmät ja päätöksentekijät sitoutumaan terveysvaikutusten arviointi -prosessiin. Arvioinnin perusteella annettujen suositusten tulisi olla realistisia ja selkeitä sekä kohdennettu oikealle yleisölle. Haasteita TVA:n toteuttamiselle asettivat aika ja käytettävissä olevat resurssit, jotka usein oli aliarvioitu. Eri tahojen sitouttaminen arviointiin oli myös osoittautunut odotettua haastavammaksi. Lisäksi arviointia varten tarvittavien paikallistason tietojen saatavuus ei aina ollut riittävää. (Bourcier ym. 2015.)

Iso-Britanniassa on myös selvitetty terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä paikallisella tasolla ja tunnistettu arviointia edistäviä sekä rajoittavia tekijöitä. TVA:n toteuttamiseen paikallisella tasolla kaivattiin selkeää strategista johtamista ylemmältä tasolta, kuten alueen hallintoviraston kansanterveysryhmältä. Tällöin TVA:n kehittämisen ja toteuttamisen suuntaviivat tulevat vastuorganisaatiolta eikä arviointi ole liikaa riippuvainen yksittäisistä henkilöistä. (Ahmad ym. 2008.) Terveysvaikutusten arviointi -prosessi pitäisi myös integroida osaksi olemassa olevia organisaatorakenteita. Vaikutusten arviointeja luultavasti toteutetaan jo osana paikallistason työtä, jolloin olisi käytännöllistä sekä resursseja säästävää saada TVA osaksi jo olemassa olevia arviointikäytäntöjä. (Ahmad ym. 2008; Milner, 2004.) Terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä edistäväksi tekijäksi nimettiin yhteistyö eri organisaatiokulttuurien välillä. Yhteistyön helpottamiseksi ja ymmärryksen lisäämiseksi voisi olla hyvä keskustella terveyden määritelmästä ja

siihen liittyvistä tekijöistä. (Ahmad ym. 2008.) TVA:n laajempi käyttö paikallisella tasolla edellyttäisi muutoksia asenteissa ja päättäjien terveystietoisuuden kasvua (Milner, 2004).

Terveysvaikutusten arviointi lähti Irlannissa sekä Pohjois-Irlannissa käyntiin 2000-luvulla ja menetelmää on käytetty erityisesti paikallisella tasolla. Paikallishallinnolla todettiin olevan tärkeä rooli TVA:n toimeenpanossa. Olennainen terveysvaikutusten arvioinnin käyttöön vaikuttava tekijä oli eri toimijoiden välinen yhteistyö. Päättäjien sitoutuneisuus ja ymmärryksen lisääntyminen prosessista voivat edistää merkittävästi TVA:n käyttöä. Haasteena taas voi olla poliittisten toimintaohjelmien epäyhdenmukaisuus ja yhteisen poliittisen tahtotilan puuttuminen. (O'Mullane & Quinlivan, 2012.) Terveysvaikutusten arviointi -prosessi voi parhaimmillaan johtaa osallistujien tietojen ja taitojen lisääntymiseen: ymmärrys terveyteen vaikuttavista tekijöistä, tiedonlähteistä sekä näkökulmista voi kasvaa ja edesauttaa arvioinnin toteuttamista. Vastaavasti erilaiset näkemykset TVA:n käyttötarkoituksista ja mahdollisuuksista voivat tehdä käytöstä haastavaa. (Pursell & Kearns, 2012.)

Unkarin Pécsin kaupunki on ollut mukana WHO:n Healthy Cities Network -toiminnassa ja sen myötä kaupungissa on pyritty toimeenpanemaan myös terveysvaikutusten arviointia. Tarkoituksena oli saada TVA osaksi paikallista suunnittelua ja päätöksentekoa. Suunnittelusta ja teoriaan perehtymisestä huolimatta terveysvaikutusten arvioinnin toimeenpano osoittautui hankalaksi. Menetelmän esittelyyn ei ehkä panostettu riittävästi ja se oli liian monimutkainen käytännön työhön. Terveystietojen liittyvistä tekijöistä ei ollut vahvaa tietämystä, mikä loi epävarmuutta arviointityöhön. Lisäksi TVA:n käyttöönottoon ei ollut tarpeeksi motivaatiota, mikä voi johtua laillisten velvoitteiden puuttumisesta. Päätöksentekijät eivät myöskään olleet riittävän sitoutuneita menetelmän käyttämiseen. (de Blasio, Girán & Nagy, 2012.)

Slovakian Trnavassa TVA -työkalu otettiin käyttöön vuonna 2004. Trnavan kaupunki oli myös mukana WHO:n Healthy Cities Network -toiminnassa. Trnavassa terveysvaikutusten arvioinnin käyttöönottoa hankaloitti kapea näkökulma väestön terveyteen: ajateltiin, että yksistään terveydenhuollon sektori voi vaikuttaa väestön terveyteen ja sen edistämiseen. Ongelmia toivat myös yhteistyön puute eri sektoreiden välillä sekä paikallishallinnon ja paikallisten toimijoiden välillä. TVA:n käyttöön kaivattiin selkeämpää velvoitetta lainsäädännön puolelta. Väestön terveystietojen saatavuus ja käytettävyys oli myös yksi haaste: virkamiehillä ei ollut käsitystä mitä ja miten tietoa väestön terveydestä on saatavissa. Lisäksi terveysvaikutusten arviointia ei ollut harjoiteltu, minkä koettiin vaikeuttavan menetelmän toimeenpanoa. TVA:n käyttöä edistävinä

tekijöinä pidettiin ennen kaikkea poliittisten päättäjien sitoutuneisuutta ja yhteistyötä eri toimijoiden välillä sekä kansainväliseen yhteistyöhön kuulumista. (Mannheimer ym. 2007.)

Terveysvaikutusten arvioinnin toimeenpanoa paikallisella tasolla on tehty useissa maissa ja sen seurauksena on myös tunnistettu erilaisia menetelmän käyttöä rajoittavia sekä edistäviä tekijöitä. Keskeisiksi terveysvaikutusten arvioinnin käyttöön vaikuttaviksi tekijöiksi näyttäisivät nousevan yhteistyö eri toimijoiden välillä, poliittinen sitoutuneisuus, arviointia tukevat organisaatorakenteet sekä koulutus TVA -menetelmästä ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä.

### **3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN**

#### **3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen nykytila**

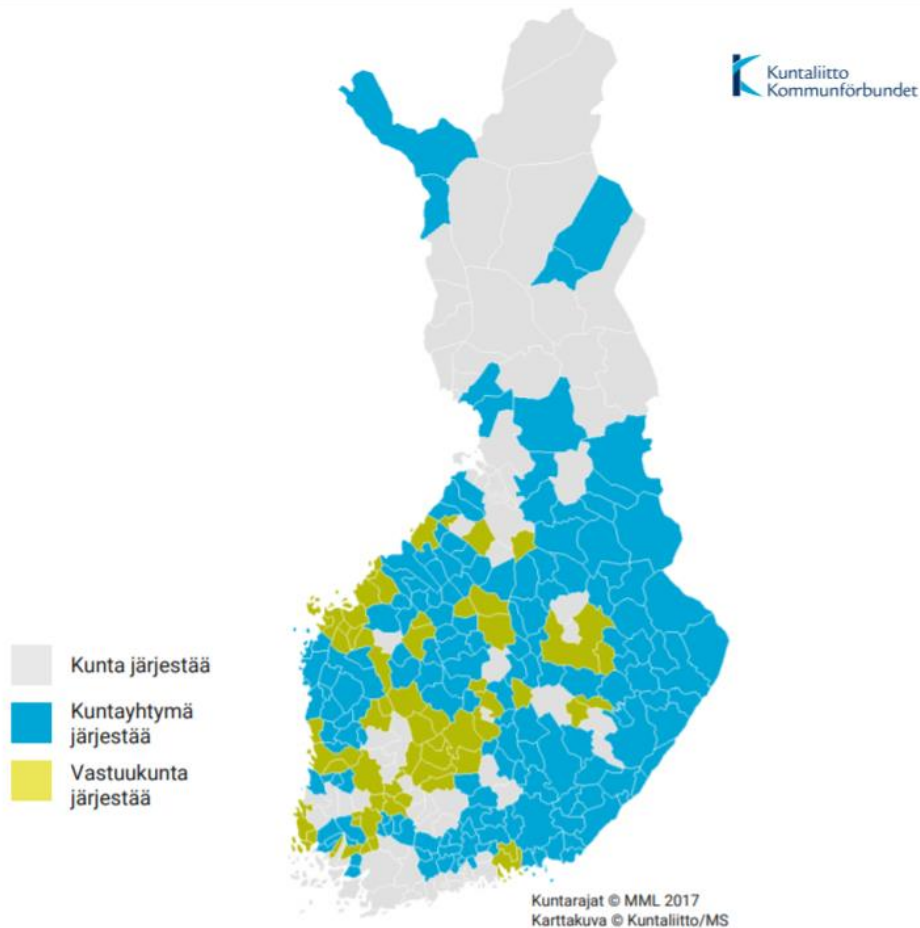
Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon perusta on julkisella sektorilla. Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 14§; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 4§). Terveydenhuolto jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestäminen tapahtuu sairaanhoitopiirien kautta: jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin, joka vastaa erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisesta. Sairaanhoitopiirejä on yhteensä 20 ja jokainen niistä kuuluu yhteen viidestä erityisvastuualueesta (erva-alue). Erityisvastuualueiden sisällä vaativa hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin ja jokaiselta erva-alueelta löytyy lääkärikoulutusta antava yliopisto. (Kuntaliitto, 2019a; Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062, 9§.) Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut kunta voi järjestää itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa (Kuntaliitto, 2017a; Kuntalaki, 410/2015, 8§). Perusterveydenhuollon palvelut, kuten lääkärin vastaanotto, on perinteisesti tuotettu kuntien terveystaloksissa (STM).

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään on Suomessa kohdistunut paljon uudistuspainetta ja useampia sote -reformia on yritetty viime vuosikymmenen aikana toteuttaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamisen tarpeellisuudesta vallitsee yhteinen tahtotila, mutta uudistuksen toimeenpano on osoittautunut haasteelliseksi. Edellisen kerran sote -uudistus kariutui, koska sen lainsäädäntö oli ristiriidassa Suomen perustuslain kanssa. (Keskimäki ym. 2019). Viime vuosien aikana uudistuksen keskiössä on ollut sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun siirtäminen kuntia suuremmille itsehallinnollisille alueilla eli maakunnille. Myös tällä hetkellä vireillä olevan sote -uudistuksen päämäärä on siirtää vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä maakunnille. Tällä tavoitellaan paitsi toiminnan tehostamista, niin myös palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden parantamista. (Sote -uudistus.)

#### **3.2 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavat**

Manner-Suomen 295 kunnasta 74 kuntaa järjesti sosiaali- ja terveyspalvelut itse vuonna 2019. Yhteistoiminnassa eli yhteistoiminta-alueiden kautta sosiaali- ja terveyspalvelut järjesti vastaavasti 221 kuntaa. Yhteistoiminta-alueella tarkoitetaan kuntayhtymää tai vastuukuntamallia. Väestö jakautuu siten, että noin 48 prosenttia asuu itsenäisesti palvelut järjestävissä kunnissa ja noin 52

prosenttia yhteistoiminta-alueilla. Kuntayhtymiä on yhteensä 33, ja niissä on 160 jäsenkuntaa. Vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita on 26, ja jäsenkuntia niissä on 61 (Kuvio 1). (Kuntaliitto, 2019b; Kuntaliitto 2019c.)



Kuvio 1. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestäminen Suomen kunnissa vuonna 2019 (Kuntaliitto, 2019c).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä on maakuntien välillä eroja. Muutamassa maakunnassa on vain yksi organisaatio, joka vastaa terveyspalveluiden järjestämisestä. Vastaavasti joissakin maakunnissa terveyspalveluiden järjestäjiä on yli 20. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ei noudata aina maakuntien rajoja, ja osa palveluita järjestävistä organisaatioista toimii useamman maakunnan alueella. (THL, 2019b.)

Yhteistoiminta-alueiden muodostamiseen on vaikuttanut keskeisesti vuonna 2006 käynnistetty Kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS-hanke) ja sen myötä vuonna 2007 voimaan tullut Laki

kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007). Uudistuksen keskeinen tavoite oli muuttaa palvelurakennetta siten, että palveluiden järjestäminen tapahtuu suuremmilla väestöpohjilla: *Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaali- ja terveyspalveluiden tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta* (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007, 5§). Kuntien oli mahdollista saavuttaa riittävä väestöpohja joko kuntaliitoksilla tai perustamalla yhteistoiminta-alueita. Hallinnollisen rakenteen täytyi olla yhteistoiminta-alueella joko kuntayhtymä tai vastuukuntamalli. (Heinämäki, 2011.)

Kunnat voivat perussopimuksella perustaa kuntayhtymän eli kuntien yhteenliittymän. Kuntayhtymä on itsenäinen oikeushenkilö ja yksi julkisoikeudellisen yhteistoiminnan muoto. (Kuntaliitto, 2017b; Kuntalaki 410/2015, 55§.) Perussopimuksessa määritellään muun muassa jäsenkunnat, kuntayhtymän tehtävät, järjestämisvastuun siirtyminen, päätösvaltaa käyttävä toimielin, kuntayhtymän taloutta koskevat asiat sekä kuntayhtymän purkamisehdot. (Kuntalaki 410/2015, 56§.) Järjestämisvastuu siirtyy aina kuntayhtymälle lakisääteisessä yhteistoiminnassa (Kuntaliitto, 2017b). Päätösvaltaa käyttävä toimielin on kuntayhtymässä yhtymävaltuusto tai yhtymäkokous. Toimielimen kokoonpanon on noudatettava jäsenkuntien valtuustoissa edustettujen ryhmien saamaa ääniosuutta kuntavaaleissa. (Kuntalaki 410/2015, 58§.) Sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden järjestäminen on yksi lähtökohta kuntayhtymän perustamiselle. Kuntayhtymä voi vastata perusterveydenhuollon lisäksi myös sosiaalipalveluiden järjestämisestä osittain tai kokonaan. (Kuntaliitto, 2017b.)

Vastuukuntamallissa ns. isäntäkunta vastaa oman kuntansa lisäksi yhden tai useamman kunnan tehtävien hoitamisesta, kuten sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden järjestämisestä. Järjestämisvastuun siirtäneet kunnat ovat voineet siirtää vastuun perusterveydenhuollon sekä sosiaalipalveluiden järjestämisen tai vain toisen osalta. (Kuntaliitto, 2019b.) Vastuukuntamallissa tehtävien hoito muiden kuntien puolesta edellyttää, että kunnilla on yhteinen toimielin. Kun kyseessä on lakisääteinen yhteistoiminta, jokaisella kunnalla tulee olla edustaja yhteisessä toimielimessä. (Kuntalaki 410/2015, 51§.) Yhteiset toimielimet ovat useimmiten lautakuntia (Kuntaliitto, 2017c). Yhteisestä toimielimestä on tehtävä sopimus, johon on kirjattu toimielimen tehtävät ja järjestämisvastuun siirtyminen, toimielimen kokoonpano, kustannusten jakautuminen sekä sopimuksen voimassaolo (Kuntalaki 410/2015, 52§). Kuntayhtymä ei voi olla yhteistä toimielintä koskevassa sopimuksessa eli kunta ei voi olla osapuolena samanaikaisesti kuntayhtymässä sekä vastuukuntamallissa (Kuntaliitto, 2017c).

### 3.3 Kunnan päätöksenteko erilaisissa organisaatioissa

Kunnassa on oltava kunnanvaltuusto, kunnanhallitus ja tarkastuslautakunta. Kunnanvaltuusto voi lisäksi asettaa kunnanhallituksen alaisia lautakuntia sekä johtokuntia esimerkiksi liikelaitoksen hoitamista varten. (Kuntalaki 410/2015, 30§.) Kuntien johtamiseen on erilaisia hallintorakenteita eli organisaatioita ja kunnan johtamisjärjestelmästä päättää kunnanvaltuusto. Perinteisessä mallissa kunnanvaltuustolla on ylin päätösvalta ja se tekee kunnan strategiset linjaukset (kuntastrategia). Kunnanhallitus vastaa valtuustopäätösten valmistelusta ja toimeenpanosta. Kunnanhallituksen alaisuudessa toimii lautakuntia, jotka vastaavat oman hallinnonalansa päätöksenteosta sekä kunnanhallituksessa tai -valtuustossa tehtävien päätösten valmistelusta ja toimeenpanosta. Perinteisesti lautakunnat on jaettu hallinnonaloittain, kuten sosiaali- ja terveyslautakunta. Elämänkaarimallissa lautakunnat on organisoitu elämänkaaren vaiheiden mukaan vastaamaan tietyn väestöryhmän palveluista, kuten lasten, nuorten ja lapsiperheiden asioista vastaava lautakunta. (Kuntaliitto, 2019d.)

Valtuusto-kunnanhallitusmalli on perinteisen mallin yksinkertaistettu versio. Tässä mallissa kunnanhallitus hoitaa lain asettamissa rajoissa myös lautakuntien tehtävät. Valtuusto-kunnanhallitusmallia käytetään silloin, kun merkittävä osa kunnan tehtävistä, esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelut sekä opetus- ja kulttuuritehtävät, on hoidettu yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Valiokuntamallissa puolestaan on lautakuntien sijaan valtuutetuista koostuvia valiokuntia. Tällöin luottamushenkilöiden asema kunnan päätöksenteossa korostuu. Puheenjohtajamallissa kunnanhallitus koostuu lautakuntien puheenjohtajista. Nämä henkilöt ovat yleensä myös valtuutettuja eli tämäkin malli painottaa luottamushenkilöiden roolia päätöksenteossa. (Kuntaliitto, 2017b.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistapa liittyy keskeisesti kuntien päätöksentekoon (Niiranen ym. 2013; Heinämäki, 2011). Yhteistoiminnassa on erilaisia ratkaisuja hallinnon ja päätöksenteon organisointiin. Päätöksenteon tasojen määrä riippuu kuntien tekemistä sopimuksista yhteistoimintaan liittyen. Kunnassa voi säilyä sosiaali- ja terveys-, perusturva- tai muu vastaava lautakunta tai sitten se lakkautetaan yhteistoimintaan siirtymisen myötä. Kuntayhtymässä on yhtymävaltuusto tai yhteislautakunta, ja yhteislautakunnan puuttuessa kunnassa voi säilyä oma sosiaali- ja terveyslautakunta, se voidaan muuttaa toimikunnaksi tai lakkauttaa. Vastuukuntamallissa on yleensä käytössä jäsenkuntien edustajista koostuva yhteislautakunta. Kaiken kaikkiaan kuntien hallintorakenteet ja päätöksentekojärjestelmät ovat muuttuneet hyvin

monimuotoisiksi kunta- ja palvelurakenteessa tapahtuneiden muutosten myötä. (Niiranen ym. 2013.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä vastuun siirtyminen yhteistoiminta-alueelle, voi luoda haasteita hyvinvointia ja terveyttä koskevien asioiden käsittelyyn ja päätöksentekoon kunnassa (Niiranen ym. 2013; Heinämäki, 2011). Ongelmina voivat olla tiedon siirtyminen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjätaholta kuntiin (Niiranen ym. 2013), yleisesti hyvinvointi- ja terveysteemoihin liittyvän keskustelun väheneminen (Heinämäki ym. 2011) sekä sosiaali- ja terveysalan asiantuntemuksen siirtyminen kuntia ylemmille tasoille (Kauppinen, 2011). Sosiaali- ja terveysalan asiantuntemus kunnissa heikentyy, kun alan henkilöstö siirtyy yhteistoiminta-alueille. Yhteislautakuntien myötä myös sosiaali- ja terveystoimeen perehtyneiden luottamushenkilöiden määrä vähenee. (Heinämäki, 2011.) Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijuuden on todettu vähentyneen myös kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) työryhmissä viime vuosien aikana (Hakamäki ym. 2019).

### **3.4 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ja päätösten vaikutusten ennakoarviointi**

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavoissa tapahtuvat muutokset heijastuvat kunnan hallintorakenteiden ja päätöksenteon ohella vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen. Kunnan heikentynyt rooli päätöksenteossa ja sote-asiantuntemuksen väheneminen yhteistoimintaan siirtymisen myötä voivat vaikeuttaa päätösten vaikutusten ennakoarviointia. Päätöksenteosta voi puuttua tulevan ennakoarviointi eikä hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä vaikutuksia välttämättä osata tunnistaa. Jos vielä kunnan taloudellinen tilanne on haastava, mahdollisten tulevaisuudessa ilmenevien vaikutusten arviointi heikkenee entisestään ja vähät resurssit suunnataan korjaaviin toimenpiteisiin. (Kauppinen, 2011.)

Vaikutusten ennakoarvioinnista sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä tehtyä tutkimusta on vain vähän. Terveyden edistämisen toteutumista suhteessa kuntien tapaan järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut on selvitetty lyhyesti TEAvisarin kuntajohdon tiedonkeruun aineiston perusteella vuonna 2013. THL:n selvityksessä tarkasteltiin kuntien terveyden edistämisen elementtejä ja yhtenä tarkastelun kohteena oli päätösten vaikutusten ennakoarviointi. Kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien päätösten ennakoarvioinnin toteutumisessa oli kuntien välillä eroja. Lautakuntapäätösten valmistelussa (ainakin joillakin toimialoilla) ennakoarviointimenetelmää käytti itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävistä kunnista 48



prosenttia ja kuntayhtymän jäsenkunnista 30 prosenttia. Vastaavat luvut olivat vastuukunnilla 52 prosenttia ja järjestämisvastuun siirtäneillä kunnilla 36 prosenttia. (Heiliö ym. 2013.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumista Suomen kunnissa. Aihetta tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta: tarkoituksena on selvittää sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan yhteyttä vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen. Lisäksi selvitetään erilaisten taustatekijöiden yhteyttä vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumiseen. Tarkasteltavia taustatekijöitä ovat kunnan koko, kuntaryhmitys, huoltosuhde sekä suhteellinen velkaantuneisuus. Taustamuuttujien oletetaan aikaisemman tiedon perusteella olevan yhteydessä vaikutusten ennakoarviointikäytäntöihin (TEAvisari, 2019; Kauppinen, 2011; Kauppinen, 2009b; Järviö, 2005).

Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat:

1. Onko kunnan tapa järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut yhteydessä
  - a) kunnan päätökseen vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisesta?
  - b) kirjallisen toimintaohjeen laatimiseen kunnassa koskien vaikutusten ennakoarviointia?
  - c) ennakoarviointimenetelmän käyttöön päätöksenteossa?
2. Ovatko taustatekijät yhteydessä vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumiseen?

Tavoitteena on tuottaa tietoa vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käyttöön liittyvistä tekijöistä sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan yhteyksistä kuntien terveyden edistämiseen.

## **5 AINEISTO JA MENETELMÄT**

### **5.1 Aineisto**

Tutkimuksessa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aineistoa: Tiedonkeruu kunnan johdolle väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä 2019. Kuntien johdolle suunnattu tiedonkeruu on yksi osa TEAviisaria varten tehtäviä tiedonkeruita (TEAviisari, 2019). TEAviisari on kaikille avoin verkkopalvelu, johon kootaan tietoja kuntien terveydenedistämisaktiivisuudesta. Palvelu toimii terveyden edistämisen työkaluna kunnille, kouluille sekä alueellisille toimijoille. Tietoja kootaan eri toimialueilta, joista yksi on kuntajohto. Tiedonkeruussa kuntien johdolle pyritään selvittämään terveydenedistämistä kunnan keskushallinnon näkökulmasta. (TEAviisari, 2018.)

Kuntajohdon tiedonkeruu toteutetaan parittomina vuosina. Vuoden 2019 tiedonkeruu toteutettiin 3.4–30.8 välisenä aikana. Tiedonkeruulomake lähetettiin sähköisesti kaikille Manner-Suomen kunnanjohtajille eli 295 kuntaan. Tiedonkeruun vastausprosentti oli 93 (n=273), mikä kattaa 97,4 prosenttia koko maan asukasluvusta. Eniten vastauksia jäi puuttumaan alle 20 000 asukkaan kunnista, kun taas suurimmista kunnista tiedonkeruuseen vastasivat kaikki. Vastauksia saatiin eniten Itä-Suomen kunnista (96 %) ja vähiten Lapin kunnista (89 %). Tiedonkeruuseen vastaaja oli kunnissa useimmiten (64 %) kunnanjohtaja yhdessä johtoryhmän kanssa. 28 prosentissa kunnista lomakkeen täytti hyvinvointikoordinaattori. Kunnista 72 prosenttia oli käsitellyt lomaketta johtoryhmässä.

Vuoden 2019 tiedonkeruulomake sisälsi 39 tietosisältöä. Lomakkeella kerättävät tiedot oli jaettu TEA-viitekehyksen (TEAviisari, 2018) mukaan viiteen eri ulottuvuuteen, jotka olivat sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja arviointi, voimavarat sekä osallisuus. Tässä tutkimuksessa tarkastellut päätösten vaikutusten ennakoarviointia kuvaavat muuttujat sisältyivät johtamisen ulottuvuuteen, jonka kysymyksillä pyrittiin selvittämään terveyden edistämisen organisointia, vastuun määrittelyä ja toimeenpanoa.

### **5.2 Muuttujat**

Tiedonkeruulomakkeessa päätösten vaikutusten ennakoarviointia selvitettiin kolmella eri kysymyksellä. Lomakkeella kerättiin tietoa siitä, onko kunnissa tehty päätös ennakoarvioinnin

(EVA) käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” tai ”Ei”. Tietoa kerättiin myös siitä, onko kunnissa kirjallinen toimintaohje vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisesta, johon vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” tai ”Ei”. Lisäksi selvitettiin, käytetäänkö kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarvointimenetelmää suunnitelmallisesti seuraavissa toiminnoissa: (1) suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa, (2) lautakuntapäätösten valmistelussa, (3) valtuustopäätösten tai kunnanhallituksen päätösten valmistelussa sekä (4) kuntastrategian valmistelussa. Vastausvaihtoehdot näissä kohdissa olivat ”Ei käytetä”, ”Joillakin toimialoilla” ja ”Kaikessa kunnan toiminnassa”. Päätösten vaikutusten ennakoarvioinnilla on tarkoitettu tässä laajasti kaikkia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä vaikutuksia. Lomakkeessa on esimerkkeinä lueteltu sukupuoli-vaikutukset, lapsivaikutukset, sosiaaliset vaikutukset, eri väestöryhmiin kohdistuvat vaikutukset ja vaikutukset alueellisiin eroihin.

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä oli tehty aineistoon muuttuja, jossa oli neljä luokkaa: itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävä kunta, kuntayhtymän jäsenkunta, vastuukunta ja järjestämisvastuun siirtänyt kunta. Tiedot sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä olivat vuodelta 2019. Tässä tutkimuksessa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavalla tarkoitetaan kuntien tapaa järjestää perusterveydenhuolto ja sosiaalitalvelut. Sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamistapaa ei otettu tässä huomioon eli kunta voi järjestää talvelut itsenäisesti myös ostamalla ne ulkoiselta talveluntuottajalta.

Kunnan kokoa ja kuntaryhmitystä koskevat muuttujat olivat myös aineistossa valmiina. Kunnat oli asukasmäärän perusteella jaettu viiteen kokoluokkaan: alle 5 000, 5 000–9 999, 10 000–19 999, 20 000–49 999 ja 50 000 tai yli. Kuntaryhmitys-muuttuja taas sisälsi kolme luokkaa, jotka olivat kaupunkimainen kunta, taajaan asuttu kunta ja maaseutumainen kunta eli kuntaryhmitys viittaa kunnan kaupungistumisasteeseen. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen tilastolliseen kuntaryhmitys - luokitukseen. Kaupunkimaisissa kunnissa vähintään 90 prosenttia väestöstä asuu taajamissa ja suurimmassa taajamassa on vähintään 15 0000 asukasta. Taajaan asutuissa kunnissa vähintään 60 prosenttia, mutta kuitenkin alle 90 prosenttia asuu taajamissa ja suurimmassa taajamassa on vähintään 4 000, mutta alle 15 000 asukasta. Maaseutumaisissa kunnissa alle 60 prosenttia väestöstä asuu taajamissa ja suurimmassa taajamassa on alle 15 000 asukasta. Myös kunnat, joissa väestöstä vähintään 60, mutta alle 90 prosenttia asuu taajamissa ja suurimmassa taajamassa on alle 4 000 asukasta, luetaan maaseutumaisiin kuntiin. (Tilastokeskus.) Kunnan kokoa koskeva tieto oli päivitetty vuoden 2018 lopussa ja kuntaryhmitystä koskevat tiedot olivat vuodelta 2019.

Kunnan taloudellista tilannetta kuvaavina muuttujina käytettiin huoltosuhdetta ja suhteellista velkaantuneisuutta. Huoltosuhte kuvaa, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttäneitä on sataa 15–64-vuotiasta kohden. Suhteellinen velkaantuneisuus ilmaisee, kuinka paljon kunnan käyttötuloista tarvittaisiin vieraan pääoman takaisinmaksuun. Käyttötuloihin luetaan tilikauden toimintatuotot, verotulot ja käyttötalouden valtionosuudet. (Sotkanet.fi) Tiedot kuntien huoltosuhteesta ja suhteellisesta velkaantuneisuudesta saatiin tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi:stä. Kyseiset tiedot olivat vuodelta 2018.

Päätösten vaikutusten ennakoarviointi kunnissa on edeltävien TEA-viisarin tiedonkeruiden perusteella vaihdellut kunnan koon ja kuntaryhmyksen mukaan (TEAviisari, 2019), joten oli perusteltua tarkastella kyseisiä taustamuuttujia myös tässä tutkimuksessa. Tätä tuki myös se, että kunnan organisaatorakenteiden oli todettu liittyvän vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen (Kauppinen, 2011) ja organisaatorakenteisiin taas vaikuttaa usein kunnan koko. Kunnan koko vaikuttaa oletettavasti siten, että suuremmilla kunnilla voi olla enemmän osaamista ja resursseja toteuttaa vaikutusten ennakoarviointia (Kauppinen, 2011).

Aikaisempien tutkimusten perusteella päätösten vaikutusten ennakoarviointien tekeminen on koettu kunnissa jossain määrin työläänä ja lisäresursseja vaativana prosessina (Kauppinen, 2009b; Järviö, 2005). Kuntien käytettävissä olevat taloudelliset resurssit asettavat reunaehdot vaikutusten ennakoarviointiin (Kauppinen, 2011), joten kunnan taloustilanne oli syytä ottaa huomioon tässä tutkimuksessa. Jotta taloudellisen tilanteen ja tulosmuuttujan yhteydestä saataisiin luotettavampi kokonaiskuva, on kuntien taloutta kuvaavia muuttujia valittu kaksi erilaista. Huoltosuhte heijastaa kunnan taloudellista tilaa väestörakenteen kautta ja suhteellinen velkaantuneisuus taas kuvastaa kunnan kykyä selviytyä lainojen takaisinmaksusta tulorahoituksella.

### **5.3 Tilastolliset menetelmät**

Aineiston analysointi tehtiin SPSS®-ohjelmistolla (IBM®, versio 25.0). Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa  $p < 0.05$ . Taustamuuttujien jakautumista aineistossa on kuvailtu frekvenssien ja keskilukujen avulla. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistä sekä päätösten vaikutusten ennakoarviointia kuvaavia muuttujia on kuvailtu frekvenssien avulla. Taustamuuttujia sekä sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapaa koskevat tiedot kattavat kaikki tiedonkeruuseen vastanneet kunnat. Päätösten vaikutusten ennakoarviointia koskevissa

kysymyksissä oli puuttuvia tietoja, jotka on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Puuttuvien tietojen määrä vaihteli 0,4–4,4 prosentin välillä.

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteyttä vaikutusten ennakoarvioinnista olevaan päätökseen (tutkimuskysymys 1a), kirjalliseen toimintaohjeeseen (tutkimuskysymys 1b) sekä ennakoarviointimenetelmän käyttöä kuvaaviin muuttujiin (tutkimuskysymys 1c) on selvitetty ensin ristiintaulukoinnin avulla. Muuttujien välisiä yhteyksiä on tutkittu khiin neliötestillä ja logistisella regressiolla. Khiin neliö -testien tekemisen yhteydessä tarkistettiin, että testin oletukset ovat voimassa: odotetuista frekvensseistä korkeintaan 20 prosenttia saa olla alle viisi ja pienimmän odotetun frekvenssin tulee olla vähintään yksi (Heikkilä, 2017). Mikäli khiin neliö -testin oletukset eivät olleet voimassa, käytettiin Fisherin testiä tai yhdistettiin muuttujien luokkia. Tilastolliseksi malliksi valittiin logistinen regressio, koska tarkoituksena oli selvittää useiden selittävien muuttujien yhteyttä kategoriseen selitettävään muuttujaan (Nummenmaa, 2009).

Khiin neliö -testin oletukset eivät toteutuneet, kun testiin laitettiin muuttujiksi sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa ja kirjallinen toimintaohje vaikutusten ennakoarvioinnista (tutkimuskysymys 1b). Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapaa kuvaavan muuttujan luokkien yhdistäminen ei ollut mielekäs vaihtoehto, joten kyseisen muuttujan yhteyttä kirjalliseen toimintaohjeeseen testattiin Fisherin testillä. Selvitettäessä sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteyttä ennakoarviointimenetelmän käyttöä kuvaaviin muuttujiin (tutkimuskysymys 1c) huomattiin myös, että testin oletukset eivät toteutuneet. Ennakoarviointimenetelmän käyttöä kuvaavien muuttujien luokat ”Joillakin toimialoilla” ja ”Kaikessa kunnan toiminnassa” yhdistettiin yhdeksi luokaksi, sillä n-määrät olivat jälkimmäisessä luokassa hyvin pieniä. Muuttujista saatiin kaksiluokkaisia: ”Ei käytetä” tai ”Ainakin joillakin toimialoilla” ja varmistettiin näin testin oletusten toteutuminen.

Logistiset regressiot tehtiin ensin yhden selittäjän malleina, jolloin saatiin tulokseksi vakioimattomat luvut. Yhden selittäjän malleissa selittävänä tekijänä oli sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa ja selitettävänä tekijänä vaikutusten ennakoarviointia kuvaava muuttuja eli malleja tehtiin yhteensä kuusi. Yhden selittäjän mallit tehtiin myös erikseen kaikille taustamuuttujille (kunnan koko, kuntaryhmitys, huoltosuhde ja suhteellinen velkaantuneisuus), jolloin saatiin selville niiden yhteys vaikutusten ennakoarviointia kuvaaviin muuttujiin (tutkimuskysymys 2).

Tavoitteena oli tämän jälkeen muodostaa useamman selittäjän malleja, johon on lisätty kaikki selittävät tekijät samanaikaisesti (sote-palveluiden järjestämistapa sekä taustamuuttajat). Näin saataisiin vakioidut luvut, kun malli huomioi muiden tekijöiden vaikutuksen. Vakioitujen mallien avulla oli tarkoitus selvittää, onko yksistään kunnan tavalla järjestää sosiaali- ja terveystalvet yhteyttä vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumiseen. Vakioitujen mallien kohdalla huomattiin, että lähes kaikki yhden selittäjän malleissa havaitut tilastollisesti merkitsevät yhteydet muuttujien välillä katoavat. Tarkempi tarkastelu osoitti, että syynä on taustamuuttujien väliset voimakkaat yhteydet. Taustamuuttujien välisiä yhteyksiä selvitettiin tarkemmin tilastollisten testien (khiin neliö-testi, varianssianalyysi ja korrelaatio) avulla. Näin ollen todettiin, että sellaisen vakioidun mallin, jossa kaikki taustamuuttajat ovat samanaikaisesti mukana, muodostaminen tästä aineistosta ei ole perusteltua.

Seuraavaksi lähdettiin selvittämään, mitä muuttujia vakioituihin malleihin voitaisiin sisällyttää. Tässä vaiheessa tehtiin useita kahden selittäjän malleja, joissa oli selittävinä tekijöinä sote-palveluiden järjestämistapa ja yksi taustamuuttuja kerrallaan. Kaikkien tulosmuuttujien kohdalla päädyttiin käyttämään mallia, jossa selittäviä tekijöitä oli kaksi: sote-palveluiden järjestämistapa ja yksi taustamuuttuja. Perusteluna oli se, että useamman taustamuuttujan lisääminen ei parantanut mallin selitystasetta. Vaikka vakioituihin malleihin oli mahdollista laittaa vain yksi taustamuuttuja, niiden avulla pystyttiin kuitenkin arvioimaan selittävien tekijöiden merkityksellisyyttä ja erityisesti sote-palveluiden järjestämistavan merkitystä.

Logistisen regression tavoitteena on selittävien muuttujien avulla ennustaa vaihtelua selitettävässä muuttujassa eli havaintojen jakautumista selitettävän muuttujan luokkiin. Mallin avulla pyritään arvioimaan kiinnostuksen kohteena olevan tapahtuman todennäköisyyttä. (Nummenmaa, 2009.) Kaikki ennakoarviointia kuvaavat selitettävät muuttajat koodattiin siten, että ennustettu kategoria (esim. päätös EVA:sta) sai arvon 1 ja referenssikategoria (esim. ei päätöstä EVA:sta) sai arvon 0. Kategorisista selittävästä muuttujista vertailuryhmiksi valittiin sosiaali- ja terveystalvet järjestämisvastuun siirtäneet kunnat, alle 5 000 asukkaan kunnat sekä maaseutumaiset kunnat. Tulokset on esitetty vetosuhteina (odds ratio, OR) ja niiden 95 % luottamusväleinä sekä p-arvoina. Vetosuhde kuvaa riskiä ennustetulle tapahtumalle ja se saadaan vertaamalla todennäköisyyksiä: tapahtuma vs. ei tapahtumaa. Kaikkien raportoitujen logististen regressiomallien sopivuus aineistoon on varmistettu tarkastelemalla sopivuuskertoimia (Hosmer-Lemeshow Goodness-of-Fit). (Nummenmaa, 2009.)

## 6 TULOKSET

### 6.1 Kuntien taustatekijät

Tiedonkeruuseen vastanneiden kuntien taustatekijät on esitetty taulukossa 1. Vastanneista kunnista (n=273) 41,4 prosenttia oli pieniä alle 5 000 asukkaan kuntia. 5 000–9 999 asukkaan kuntia oli 24,9 prosenttia, 10 000–19 999 asukkaan kuntia 13,6 prosenttia ja 20 000–49 999 asukkaan kuntia 12,5 prosenttia. Suuria yli 50 000 asukkaan kuntia oli 7,7 prosenttia. Enemmistö (57,5 %) kunnista oli maaseutumaisia. Taajaan asuttujen kuntien osuus 22,3 prosenttia ja kaupunkimaisten kuntien osuus 20,1 prosenttia.

Kuntien keskimääräinen huoltosuhde oli 76,6 (kh 11,63) eli kunnissa oli noin 77 huollettavaa (alle 15-vuotiasta tai 65-vuotta täyttänyttä) sataa työkäistä (15–64-vuotiasta) kohden. Suhteellinen velkaantuneisuus oli kunnissa keskimäärin 52,9 (kh 20,48) eli kunnan käyttötuloista noin 53 prosenttia tarvittaisiin vieraan pääoman takaisinmaksuun.

Taulukko 1. Vuoden 2019 kuntien johdolle suunnattuun tiedonkeruuseen vastanneiden kuntien (n=273) taustatekijät.

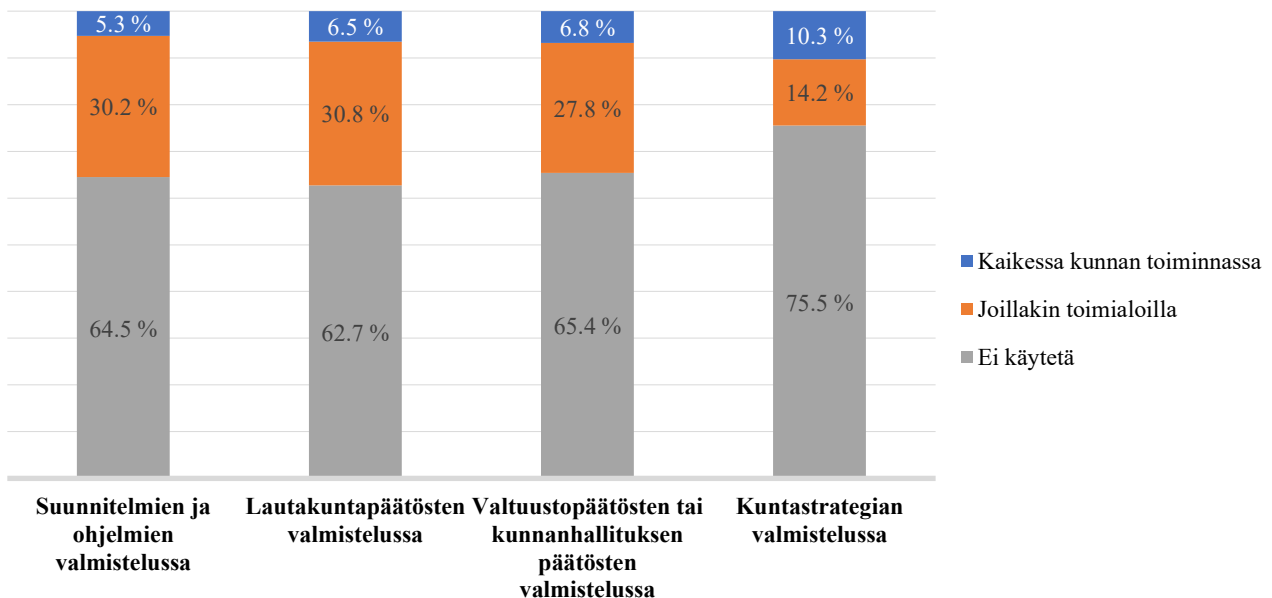
Taustamuuttuja	n	%
<b>Kunnan koko</b>		
Alle 5 000	113	41,4
5 000–9 999	68	24,9
10 000–19 999	37	13,6
20 000–49 999	34	12,5
Yli 50 000	21	7,7
<b>Kuntaryhmitys</b>		
Maaseutumaiset kunnat	157	57,5
Taajaan asutut kunnat	61	22,3
Kaupunkimaiset kunnat	55	20,1
Taustamuuttuja	ka	kh
<b>Huoltosuhde</b>	76,62	11,64
<b>Suhteellinen velkaantuneisuus</b>	52,92	20,48



## 6.2 Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen ja päätösten vaikutusten ennakoarviointi kunnissa

Kunnissa yleisin (53,1 %) tapa järjestää sosiaali- ja terveystalvelut oli kuntayhtymään kuuluminen. Itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestäviä kuntia oli 25,3 prosenttia. Kunnista 12,1 prosenttia oli siirtänyt vastuun sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä vastuukunnalle. Toisen kunnan tai toisten kuntien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisvastuun ottaneita vastuukuntia oli 9,5 prosenttia.

Päätöksen ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa oli tehnyt 28,0 prosenttia kunnista. Kirjallisen toimintaohjeen vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisesta taas oli laatinut 14,0 prosenttia kunnista. Vaikutusten ennakoarviointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö oli yleisintä lautakuntapäätösten valmistelussa, jossa 37,3 prosenttia kunnista käytti menetelmää ainakin joillakin toimialoilla. Vastaavasti ennakoarviointimenetelmän käyttö oli harvinaisinta kuntastrategian valmistelussa, jossa 24,5 prosenttia kunnista käytti menetelmää suunnitelmallisesti ainakin joillakin toimialoilla. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö kunnissa (%) vuonna 2019.

### 6.3 Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys päätösten vaikutusten ennakkoarviointiin

Itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävät kunnat olivat yleisimmin (35,3 %) tehneet päätöksen ennakkoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Vähiten (15,2 %) ennakkoarvioinnin käyttöön liittyviä päätöksiä oli tehty kunnissa, jotka ovat siirtäneet vastuun sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä toiselle kunnalle. Kirjallisen toimintaohjeen vaikutusten ennakkoarvioinnin toteuttamisesta oli laatinut vastuukunnista 23,1 prosenttia ja vastaavasti vastuun siirtäneistä kunnista 9,1 prosenttia. Kirjallisen toimintaohjeen sekä sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen välinen yhteys oli myös tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,045$ ). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vaikutusten ennakkoarvioinnin toteutuminen ja sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen kunnissa ( $n=273$ ).

	Yhteensä % (n)	Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa				p-arvo
		Itsenäinen %	Kunta- yhtymä %	Vastuu- kunta %	Vastuun siirtänyt kunta %	
Päätös EVA:sta	28,0 (76)	35,3	26,4	34,6	15,2	0,155 <sup>1</sup>
Kirjallinen toimintaohje EVA:sta	14,0 (38)	21,7	9,7	23,1	9,1	<b>0,045</b> <sup>2</sup>
EVA:n käyttö suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa <sup>3</sup>	35,5 (93)	44,8	31,7	48,0	22,6	0,061 <sup>1</sup>
EVA:n käyttö lautakuntapäätösten valmistelussa <sup>3</sup>	37,3 (98)	47,1	32,9	52,0	23,3	<b>0,033</b> <sup>1</sup>
EVA:n käyttö valtuuston tai kunnan- hallituksen päätösten valmistelussa <sup>3</sup>	34,6 (91)	37,3	33,6	48,0	22,6	0,236 <sup>1</sup>
EVA:n käyttö kuntastrategian valmistelussa <sup>3</sup>	24,5 (64)	22,4	25,4	32,0	19,4	0,701 <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khiin neliö -testi

<sup>2</sup>Fisherin testi

<sup>3</sup>EVA:a käytetään kunnassa ainakin joillakin toimialoilla

Vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö vaihteli kunnissa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan mukaan (Taulukko 2). Suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa sekä valtuuston tai kunnanhallituksen päätösten valmistelussa vastuukunnista lähes puolet (48,0 %) käytti ennakkoarviointimenetelmää ainakin joillakin toimialoilla. Vastaava luku oli

vastuun siirtäneissä kunnissa 22,6 prosenttia. Vastuukunnat käyttivät ennakoarviointimenetelmää yleisimmin myös lautakuntapäätösten valmistelussa (52,0 %) sekä kuntastrategian valmistelussa (32,0 %). Vastaavasti vastuun siirtäneistä kunnista 23,3 prosentissa oli menetelmä käytössä lautakuntapäätösten valmistelussa ja 19,4 prosentissa kuntastrategian valmistelussa. Lautakuntapäätösten valmistelun yhteydessä ennakoarviointimenetelmän käytössä ilmenneet erot kuntien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ( $p=0,033$ ).

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteyttä vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käytöstä tehtyyn päätökseen sekä kirjalliseen toimintaohjeeseen tarkasteltiin edelleen logistisen regression avulla (taulukot 3 ja 4). Itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävät kunnat olivat todennäköisemmin (OR 3,06; lv 1,04–8,94;  $p=0,042$ ) tehneet päätöksen vaikutusten ennakoarvioinnin käytöstä vastuun siirtäneisiin kuntiin verrattuna. Tämä yhteys katosi, kun logistiseen regressiomalliin lisättiin mikä tahansa neljästä taustamuuttujasta (taulukko 3). Vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamista koskevan kirjallisen toimintaohjeen ja sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan välillä ei havaittu yhteyttä logististen mallien tuloksena (taulukko 4).

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa oli yhteydessä vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käyttöön (taulukot 5–8). Itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävät kunnat käyttivät menetelmää vastuun siirtäneitä kuntia todennäköisemmin suunnitelmien ja ohjelmien (OR 2,78; lv 1,05–7,33;  $p=0,039$ ) sekä lautakuntapäätösten (OR 2,92; lv 1,11–7,71,  $p=0,030$ ) valmistelussa. Myös vastuukunnat käyttivät ennakoarviointimenetelmää lautakuntapäätösten valmistelussa todennäköisemmin (OR 3,56; lv 1,12–11,29;  $p=0,031$ ) kuin vastuun siirtäneet kunnat. Suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa sekä valtuuston tai kunnanhallituksen päätösten valmistelussa vastuukunnat olivat vastuun siirtäneitä kuntia todennäköisemmin (OR 3,17; lv 1,00–10,00;  $p=0,050$ ) käyttäneet menetelmää, tosin  $p$ -arvot jäävät tässä tilastollisen merkitsevyyden rajalle. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan ei havaittu olevan yhteydessä ennakoarviointimenetelmän käyttöön kuntastrategian valmistelussa.

Vakioiduissa kahden selittäjän malleissa lähes kaikki tilastollisesti merkitsevät yhteydet sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käytön välillä katosivat. Ainoastaan suhteellisen velkaantuneisuuden lisäämisellä yhteen malleista ei ollut juurikaan vaikutusta: itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävien kuntien (OR 2,80; lv 1,05–7,41;  $p=0,039$ ) ja vastuukuntien (OR 3,46; lv 1,09–11,00;  $p=0,036$ ) ennakoarviointimenetelmän

käyttö lautakuntapäätösten valmistelussa oli yhä todennäköisempää verrattuna vastuun siirtäneisiin kuntiin.

#### **6.4 Taustatekijöiden yhteys päätösten vaikutusten ennakoarviointiin**

Kuntien taustatekijät olivat yhteydessä vaikutusten ennakoarvioinnista tehtyyn päätökseen sekä kirjalliseen toimintaohjeeseen (taulukot 3 ja 4). Suuret kunnat olivat pieniä alle 5 000 asukkaan kuntia todennäköisemmin tehneet päätöksen ennakoarvioinnista sekä kirjallisen toimintaohjeen käytöstä. Kunnan koon yhteys päätökseen (OR 14,12; lv 4,80–41,49;  $p<0,001$ ) ja kirjalliseen toimintaohjeeseen (OR 28,71; lv 8,60–95,80;  $p<0,001$ ) korostui erityisesti, kun verrattiin yli 50 000 asukkaan kuntia alle 5 000 asukkaan kuntiin. Yhtä lailla taajaan asutuissa ja kaupunkimaisissa kunnissa oli maaseutumaisia kuntia todennäköisemmin tehty päätös ennakoarvioinnista tai laadittu kirjallinen toimintaohje. Kuntien huoltosuhde oli myös yhteydessä ennakoarvioinnista tehtyyn päätökseen (OR 0,95; lv 0,93–0,97;  $p<0,001$ ) ja kirjalliseen toimintaohjeeseen (OR 0,93; lv 0,90–0,96;  $p<0,001$ ). Lisäksi kuntien suhteellisen velkaantuneisuuden ja vaikutusten ennakoarvioinnista tehdyn päätöksen välinen yhteys oli tilastollisesti merkitsevä (OR 1,01; lv 1,00–1,03;  $p=0,046$ ).

Vakioiduissa malleissa kunnan koko, kuntaryhmitys ja huoltosuhde säilyttivät tilastollisesti merkitsevän yhteyden sekä ennakoarvioinnista tehtyyn päätökseen että kirjalliseen toimintaohjeeseen (taulukot 3 ja 4). Esimerkiksi kaupunkimaisten kuntien (OR 4,59; lv 2,21–9,55;  $p<0,001$ ) sekä taajaan asuttujen kuntien (OR 2,26; lv 1,11–4,62;  $p=0,025$ ) todennäköisyydet ennakoarvioinnista tehtyyn päätökseen maaseutumaisiin kuntiin verrattuna pysyivät lähes samalla tasolla (taulukko 3).

Kuntien taustatekijöiden ja vaikutusten ennakoarvointimenetelmän käytön välistä yhteyttä koskevat tulokset löytyvät taulukoista 5–8. Kunnan koon ja kuntaryhmityksen havaittiin olevan yhteydessä ennakoarvointimenetelmän käyttöön. Esimerkiksi lautakuntapäätösten valmistelussa ennakoarvointimenetelmää käyttivät todennäköisemmin yli 50 000 asukkaan kunnat (OR 15,72; lv 4,31–57,41;  $p<0,001$ ) sekä kaupunkimaiset kunnat (OR 4,80; lv 2,47–9,30;  $p<0,001$ ). Kunnan huoltosuhde taas oli yhteydessä ennakoarvointimenetelmän käyttöön suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa (OR 0,96; lv 0,94–0,98;  $p=0,001$ ) ja lautakuntapäätösten valmistelussa (OR 0,96; lv 0,94–0,99;  $p=0,001$ ). Lisäksi suhteellisen velkaantuneisuuden ja ennakoarvointimenetelmän käytön välinen yhteys valtuuston tai kunnanhallituksen päätösten valmistelussa oli tilastollisesti merkitsevä (OR 1,02; lv 1,01–1,03;  $p=0,008$ ). Kunnan koko, kuntaryhmitys ja huoltosuhde myös

säilyttivät useammassa kuin yhdessä vakioidussa mallissa yhteyden ennakoarviointimenetelmän käyttöön (taulukot 5–7). Ainoastaan kuntastrategian valmistelussa ennakoarviointimenetelmän käytöllä ja taustatekijöiden välillä ei havaittu ollenkaan tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä (taulukko 8).

Taulukko 3. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys vaikutusten ennakkoarvioinnista tehtyyn päätökseen kunnissa.

Päätös EVA:sta	Malli 1 (vakioimaton)			Malli 2 (vakioitu)			Malli 3 (vakioitu)			Malli 4 (vakioitu)			Malli 5 (vakioitu)		
	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo
Sote-palveluiden järjestämistapa															
Vastuun siirtänyt kunta (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00			1,00			1,00		
Kuntayhtymä	2,01	0,72–5,57	0,181	1,46	0,50–4,22	0,486	1,43	0,50–4,06	0,507	1,94	0,69–5,47	0,208	1,92	0,69–5,36	0,214
Vastuukunta	2,97	0,85–10,33	0,088	0,76	0,19–3,10	0,702	1,13	0,29–4,38	0,863	1,80	0,49–6,59	0,374	2,85	0,81–9,98	0,102
Itsenäinen	<b>3,06</b>	<b>1,04–8,94</b>	<b>0,042</b>	1,32	0,41–4,26	0,643	1,50	0,48–4,73	0,489	2,00	0,66–6,09	0,221	2,89	0,98–8,50	0,054
Kunnan koko															
Alle 5 000 (vertailuryhmä)	1,00			1,00											
5 000–9 999	1,77	0,83–3,80	0,142	1,82	0,84–3,97	0,131									
10 000–19 999	<b>4,80</b>	<b>2,10–10,98</b>	<b>&lt;0,001</b>	5,44	<b>2,22–13,30</b>	<b>&lt;0,001</b>									
20 000–49 999	<b>2,82</b>	<b>1,16–6,87</b>	<b>0,022</b>	2,95	<b>1,16–7,54</b>	<b>0,024</b>									
Yli 50 000	<b>14,12</b>	<b>4,80–41,49</b>	<b>&lt;0,001</b>	16,55	<b>5,10–53,71</b>	<b>&lt;0,001</b>									
Kuntaryhmitys															
Maaseutumainen (vertailuryhmä)	1,00						1,00								
Taajaan asuttu	<b>2,29</b>	<b>1,16–4,49</b>	<b>0,016</b>				<b>2,26</b>	<b>1,11–4,62</b>	<b>0,025</b>						
Kaupunkimainen	<b>4,74</b>	<b>2,43–9,25</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>4,59</b>	<b>2,21–9,55</b>	<b>&lt;0,001</b>						
Huoltosuhde	<b>0,95</b>	<b>0,93–0,97</b>	<b>&lt;0,001</b>							<b>0,95</b>	<b>0,93–0,98</b>	<b>&lt;0,001</b>			
Suhteellinen velkaantuneisuus	<b>1,01</b>	<b>1,00–1,03</b>	<b>0,046</b>										1,01	1,00–1,03	0,062

<sup>1</sup>OR=vetosuhde

<sup>2</sup>lv=luottamusväli

Taulukko 4. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys kirjallisen toimintaohjeen laatimiseen vaikutusten ennakoarvioinnista kunnissa.

Kirjallinen toimintaohje EVA:sta	Malli 1 (vakioimaton)			Malli 2 (vakioitu)			Malli 3 (vakioitu)			Malli 4 (vakioitu)			Malli 5 (vakioitu)		
	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo	OR <sup>1</sup>	95% lv <sup>2</sup>	p-arvo
Sote-palveluiden järjestämistapa															
Vastuun siirtänyt kunta (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00			1,00			1,00		
Kuntayhtymä	1,08	0,29–3,99	0,912	0,62	0,16–2,48	0,498	0,53	0,13–2,15	0,370	0,95	0,25–3,60	0,942	1,00	0,27–3,75	0,995
Vastuukunta	3,00	0,67–13,40	0,150	0,59	0,10–3,36	0,552	0,65	0,12–3,50	0,613	1,52	0,31–7,37	0,602	2,88	0,64–12,95	0,169
Itsenäinen	2,78	0,74–10,37	0,129	0,93	0,21–4,09	0,925	0,82	0,19–3,63	0,797	1,52	0,38–6,07	0,554	2,59	0,69–9,75	0,159
Kunnan koko															
Alle 5 000 (vertailuryhmä)	1,00			1,00											
5 000–9 999	1,71	0,53–5,53	0,371	1,72	0,52–5,73	0,376									
10 000–19 999	<b>4,12</b>	<b>1,29–13,19</b>	<b>0,017</b>	4,15	<b>1,19–14,49</b>	<b>0,026</b>									
20 000–49 999	<b>3,79</b>	<b>1,13–12,64</b>	<b>0,030</b>	3,80	<b>1,04–13,93</b>	<b>0,044</b>									
Yli 50 000	<b>28,71</b>	<b>8,60–95,80</b>	<b>&lt;0,001</b>	29,40	<b>7,72–111,92</b>	<b>&lt;0,001</b>									
Kuntaryhmitys															
Maaseutumainen (vertailuryhmä)	1,00						1,00								
Taajaan asuttu	<b>4,07</b>	<b>1,55–10,69</b>	<b>0,004</b>				<b>4,08</b>	<b>1,44–11,52</b>	<b>0,008</b>						
Kaupunkimainen	<b>9,76</b>	<b>3,96–24,08</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>9,78</b>	<b>3,53–27,04</b>	<b>&lt;0,001</b>						
Huoltosuhde	<b>0,93</b>	<b>0,90–0,96</b>	<b>&lt;0,001</b>							<b>0,94</b>	<b>0,90–0,97</b>	<b>&lt;0,001</b>			
Suhteellinen velkaantuneisuus	1,02	1,00–1,03	0,071										1,02	1,00–1,03	0,078

<sup>1</sup>OR=vetosuhde

<sup>2</sup>lv=luottamusväli

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttöön kunnissa suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa.

EVA:n käyttö suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa <sup>1</sup>	Malli 1 (vakioimaton)			Malli 2 (vakioitu)			Malli 3 (vakioitu)			Malli 4 (vakioitu)			Malli 5 (vakioitu)		
	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo
Sote-palveluiden järjestämistapa															
Vastuun siirtänyt kunta (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00			1,00			1,00		
Kuntayhtymä	1,59	0,64–3,96	0,322	1,28	0,50–3,26	0,601	1,29	0,51–3,27	0,592	1,55	0,62–3,89	0,353	1,52	0,60–3,80	0,375
Vastuukunta	<b>3,17</b>	<b>1,00–10,00</b>	<b>0,050</b>	1,32	0,36–4,84	0,674	1,78	0,51–6,20	0,367	2,30	0,70–7,50	0,169	3,05	0,96–9,67	0,059
Itsenäinen	<b>2,78</b>	<b>1,05–7,33</b>	<b>0,039</b>	1,65	0,59–4,65	0,344	1,83	0,66–5,11	0,246	2,12	0,78–5,74	0,140	2,64	0,99–6,99	0,051
Kunnan koko															
Alle 5 000 (vertailuryhmä)	1,00			1,00											
5 000–9 999	1,50	0,77–2,96	0,236	1,42	0,71–2,84	0,316									
10 000–19 999	2,05	0,91–4,60	0,081	1,86	0,78–4,42	0,161									
20 000–49 999	2,00	0,88–4,57	0,100	1,78	0,74–4,27	0,195									
Yli 50 000	<b>18,46</b>	<b>5,03–67,73</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>16,34</b>	<b>4,20–63,55</b>	<b>&lt;0,001</b>									
Kuntaryhmitys															
Maaseutumainen (vertailuryhmä)	1,00						1,00								
Taajaan asuttu	1,51	0,79–2,88	0,211				1,31	0,66–2,60	0,438						
Kaupunkimainen	<b>3,58</b>	<b>1,87–6,85</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>3,00</b>	<b>1,49–6,03</b>	<b>0,002</b>						
Huoltosuhde	<b>0,96</b>	<b>0,94–0,98</b>	<b>0,001</b>							<b>0,97</b>	<b>0,94–0,99</b>	<b>0,007</b>			
Suhteellinen velkaantuneisuus	1,01	1,00–1,02	0,126										1,01	1,00–1,02	0,168

<sup>1</sup>EVA:a käytetään kunnassa ainakin joillakin toimialoilla

<sup>2</sup>OR=vetosuhde

<sup>3</sup>lv=luottamusväli



Taulukko 6. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttöön kunnissa lautakuntapäätösten valmistelussa.

EVA:n käyttö lautakuntapäätösten valmistelussa <sup>1</sup>	Malli 1 (vakioimaton)			Malli 2 (vakioitu)			Malli 3 (vakioitu)			Malli 4 (vakioitu)			Malli 5 (vakioitu)		
	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo
Sote-palveluiden järjestämistapa															
Vastuun siirtänyt kunta (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00			1,00			1,00		
Kuntayhtymä	1,61	0,64–4,02	0,310	1,28	0,50–3,27	0,602	1,21	0,47–3,08	0,696	1,57	0,62–3,94	0,340	1,55	0,62–3,89	0,352
Vastuukunta	<b>3,56</b>	<b>1,12–11,29</b>	<b>0,031</b>	1,54	0,42–5,65	0,513	1,58	0,45–5,54	0,475	2,65	0,81–8,66	0,107	<b>3,46</b>	<b>1,09–11,00</b>	<b>0,036</b>
Itsenäinen	<b>2,92</b>	<b>1,11–7,71</b>	<b>0,030</b>	1,74	0,62–4,90	0,295	1,65	0,59–4,62	0,339	2,27	0,84–6,15	0,107	<b>2,80</b>	<b>1,05–7,41</b>	<b>0,039</b>
Kunnan koko															
Alle 5 000 (vertailuryhmä)	1,00			1,00											
5 000–9 999	1,02	0,51–2,01	0,963	0,94	0,47–1,89	0,862									
10 000–19 999	1,87	0,85–4,12	0,119	1,63	0,69–3,79	0,259									
20 000–49 999	<b>2,78</b>	<b>1,24–6,23</b>	<b>0,013</b>	<b>2,40</b>	<b>1,03–5,63</b>	<b>0,044</b>									
Yli 50 000	<b>15,72</b>	<b>4,31–57,41</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>13,16</b>	<b>3,42–50,68</b>	<b>&lt;0,001</b>									
Kuntaryhmitys															
Maaseutumainen (vertailuryhmä)	1,00						1,00								
Taajaan asuttu	<b>2,02</b>	<b>1,07–3,78</b>	<b>0,029</b>				1,80	0,92–3,50	0,085						
Kaupunkimainen	<b>4,80</b>	<b>2,47–9,30</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>4,13</b>	<b>2,03–8,42</b>	<b>&lt;0,001</b>						
Huoltosuhde	<b>0,96</b>	<b>0,94–0,99</b>	<b>0,001</b>							<b>0,97</b>	<b>0,95–0,99</b>	<b>0,011</b>			
Suhteellinen velkaantuneisuus	1,01	1,00–1,02	0,141										1,01	1,00–1,02	0,181

<sup>1</sup>EVA:a käytetään kunnassa ainakin joillakin toimialoilla

<sup>2</sup>OR=vetosuhde

<sup>3</sup>lv=luottamusväli

Taulukko 7. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttöön kunnissa valtuuston tai kunnanhallituksen päätösten valmistelussa.

EVA:n käyttö valtuuston tai kunnan- hallituksen päätösten valmistelussa <sup>1</sup>	Malli 1 (vakioimaton)			Malli 2 (vakioitu)			Malli 3 (vakioitu)			Malli 4 (vakioitu)			Malli 5 (vakioitu)		
	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo
Sote-palveluiden järjestämistapa															
Vastuun siirtänyt kunta (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00			1,00			1,00		
Kuntayhtymä	1,73	0,70–4,31	0,238	1,56	0,62–3,95	0,344	1,54	0,61–3,87	0,364	1,71	0,69–4,27	0,248	1,60	0,64–4,04	0,318
Vastuukunta	<b>3,17</b>	<b>1,00–10,00</b>	<b>0,050</b>	2,13	0,61–7,52	0,238	2,26	0,65–7,85	0,198	2,71	0,84–8,78	0,096	2,99	0,94–9,58	0,065
Itsenäinen	2,04	0,77–5,42	0,152	1,56	0,55–4,41	0,401	1,58	0,56–4,42	0,387	1,78	0,66–4,85	0,256	1,85	0,69–4,97	0,225
Kunnan koko															
Alle 5 000 (vertailuryhmä)	1,00			1,00											
5 000–9 999	0,85	0,43–1,68	0,639	0,79	0,39–1,59	0,507									
10 000–19 999	1,47	0,67–3,24	0,337	1,29	0,55–3,00	0,557									
20 000–49 999	1,93	0,87–4,29	0,108	1,69	0,72–3,94	0,226									
Yli 50 000	<b>3,08</b>	<b>1,18–8,04</b>	<b>0,021</b>	2,60	0,93–7,28	0,070									
Kuntaryhmitys															
Maaseutumainen (vertailuryhmä)	1,00						1,00								
Taajaan asuttu	1,19	0,63–2,27	0,590				1,05	0,53–2,08	0,883						
Kaupunkimainen	<b>2,39</b>	<b>1,26–4,52</b>	<b>0,008</b>				<b>2,05</b>	<b>1,02–4,12</b>	<b>0,043</b>						
Huoltosuhde	0,98	0,96–1,00	0,078							0,98	0,96–1,01	0,189			
Suhteellinen velkaantuneisuus	<b>1,02</b>	<b>1,01–1,03</b>	<b>0,008</b>										<b>1,02</b>	<b>1,00–1,03</b>	<b>0,010</b>

<sup>1</sup>EVA:a käytetään kunnassa ainakin joillakin toimialoilla

<sup>2</sup>OR=vetosuhde

<sup>3</sup>lv=luottamusväli

Taulukko 8. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteys vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttöön kunnissa kuntastrategian valmistelussa.

EVA:n käyttö kuntastrategian valmistelussa <sup>1</sup>	Malli 1 (vakioimaton)			Malli 2 (vakioitu)			Malli 3 (vakioitu)			Malli 4 (vakioitu)			Malli 5 (vakioitu)		
	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo	OR <sup>2</sup>	95% lv <sup>3</sup>	p-arvo
Sote-palveluiden järjestämistapa															
Vastuun siirtänyt kunta (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00			1,00			1,00		
Kuntayhtymä	1,42	0,54–3,74	0,482	1,38	0,52–3,69	0,521	1,41	0,53–3,75	0,498	1,42	0,54–3,74	0,483	1,42	0,54–3,77	0,476
Vastuukunta	1,96	0,58–6,67	0,281	1,87	0,49–7,15	0,360	1,96	0,52–7,44	0,320	1,95	0,56–6,83	0,295	1,97	0,58–6,73	0,278
Itsenäinen	1,20	0,42–3,47	0,734	1,14	0,37–3,51	0,818	1,17	0,38–3,60	0,779	1,20	0,41–3,54	0,745	1,21	0,42–3,51	0,725
Kunnan koko															
Alle 5 000 (vertailuryhmä)	1,00			1,00											
5 000–9 999	0,94	0,45–1,95	0,871	0,90	0,43–1,90	0,784									
10 000–19 999	0,95	0,38–2,35	0,908	0,87	0,33–2,32	0,788									
20 000–49 999	1,33	0,56–3,16	0,514	1,25	0,50–3,15	0,630									
Yli 50 000	1,28	0,45–3,65	0,644	1,15	0,37–3,60	0,806									
Kuntaryhmitys															
Maaseutumainen (vertailuryhmä)	1,00						1,00								
Taajaan asuttu	0,82	0,39–1,71	0,595				0,76	0,35–1,66	0,485						
Kaupunkimainen	1,32	0,66–2,65	0,431				1,22	0,57–2,63	0,612						
Huoltosuhde	1,00	0,98–1,02	0,901							1,00	0,97–1,03	0,972			
Suhteellinen velkaantuneisuus	1,00	0,99–1,01	0,920										1,00	0,99–1,01	0,884

<sup>1</sup>EVA:a käytetään kunnassa ainakin joillakin toimialoilla

<sup>2</sup>OR=vetosuhde

<sup>3</sup>lv=luottamusväli

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistä ja päätösten vaikutusten ennakoarvointia kunnissa. Tarkoituksena oli selvittää, onko kunnan tapa järjestää sosiaali- ja terveystalvelut yhteydessä ennakoarvioinnin toteutumiseen. Lisäksi selvitettiin kuntien taustatekijöiden yhteyttä vaikutusten ennakoarvointiin. Päätösten vaikutusten ennakoarvointi vaihteli kunnissa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan mukaan. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan ja vaikutusten ennakoarvioinnin välinen yhteys kuitenkin katosi, kun huomioitiin kunnan taustatekijöiden vaikutus. Taustatekijöistä erityisesti kunnan koko ja kuntaryhmitys olivat yhteydessä vaikutusten ennakoarvointiin.

Aihetta ei ollut aiemmin juurikaan tutkittu: sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavan yhteyttä vaikutusten ennakoarvointiin oli tarkasteltu vain lyhyesti lautakuntapäätösten osalta (Heiliö ym. 2013). Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä aikaisemman selvityksen kanssa. Vastuukunnat olivat yleisimmin käyttäneet ennakoarvointimenetelmää lautakuntapäätösten valmistelussa ainakin joillakin toimialoilla, kun taas vastuun siirtäneissä kunnissa käyttö oli harvinaisinta ja jopa heikentynyt vuodesta 2013 (36 % vuonna 2013 ja 23 % vuonna 2019). Itsenäisesti talvelut järjestävissä kunnissa (47 % vuonna 2019 ja 48 % vuonna 2013) ja kuntayhtymän jäsenkunnissa (33 % vuonna 2019 ja 30 % vuonna 2013) vastaavat luvut olivat pysyneet melko samalla tasolla.

Tuloksia tarkasteltaessa on selvää, että itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävät kunnat ja vastuukunnat erottuvat kuntayhtymän jäsenkunnista ja vastuun siirtäneistä kunnista. Kaiken kaikkiaan vaikutusten ennakoarvointi on edelleen melko harvinaista ja tämä korostuu kunnissa, joissa terveystalvelut on järjestetty kuntayhtymän tai toisen kunnan toimesta. Kuntayhtymien jäsenkuntien ja vastuun siirtäneiden kuntien heikompa aktiivisuutta vaikutusten ennakoarvioinnissa selittää mahdollisesti sekä sosiaali- ja terveystalveluiden asiantuntemuksen että päätöksenteon siirtyminen yhteistoiminta-alueelle (Niiranen ym. 2013; Heinämäki, 2011; Kauppinen, 2011). Ei ole yllättävää, että sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistä vastuun siirtyminen johtaa hyvinvointi- ja terveystalveluiden käsittelyn vähenemiseen, mikä heijastuu edelleen muille hallinnonaloille. Päätöksenteon yhteydessä ei välttämättä koeta tarvetta nostaa esille kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen kohdistuvia vaikutuksia tai niitä ei osata tunnistaa. Tulokset viestivät siitä, että kuntalaisten terveys ja hyvinvointi voidaan edelleen nähdä päätöksenteossa

melko kapea-alaisina ja voimakkaasti sosiaali- ja terveyspalveluihin kytkeytyvinä asioina. Suppea näkökulma terveyteen on tunnistettu myös aikaisemmin vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamista heikentäväksi tekijäksi (Mannheimer ym. 2007; Milner, 2004).

Aikaisempien tutkimusten perusteella vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen paikallistason päätöksenteossa vaikuttavat ennen kaikkea eri toimijoiden välinen yhteistyö, ennakoarviointia tukevat organisaatorakenteet, EVA:n integroiminen osaksi olemassa olevia rakenteita, yhteinen tahtotila ja poliittinen sitoutuneisuus sekä koulutus menetelmän käytöstä (Bourcier ym. 2015; Kræmer ym. 2014; O'Mullane & Quinlivan, 2012; Kauppinen, 2011; Ahmad ym. 2008; Mannheimer ym. 2007; Finer ym. 2005). Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseksi perustetuilla yhteistoiminta-alueilla sosiaali- ja terveystoimeen liittyvä päätöksenteko tapahtuu kuntaa ylemmällä tasolla yhtymävaltuustossa, yhtymäkokouksessa tai yhteisessä toimielimessä. Tällöin yhteistyön merkitys palveluita järjestävän tahon ja kunnan välillä epäilemättä korostuu ja tiedon siirtyminen ylemmältä tasolta kuntiin tulisi varmistaa.

Suomessa kuntien työkuultuuri ja organisaatorakenteet ovat asettaneet haasteita vaikutusten ennakoarvioinnin systemaattiselle käytölle (Kauppinen, 2011). Haastetta lisää varmasti se, että yhteistoiminnan myötä sosiaali- ja terveysalaan perehtyneiden luottamushenkilöiden määrä kunnissa vähenee (Heinämäki, 2011). Nämä seikat auttavat ymmärtämään sitä, miksi erityisesti vastuun siirtäneissä kunnissa vaikutusten ennakoarviointi on toteutunut heikoimmin ja sen tuominen osaksi organisaation vakiintunutta toimintaa voi olla haastavaa. Hyvinvointiin ja terveyteen liittyvän osaamisen vähäisyys heijastuu luultavasti edelleen poliittiseen sitoutuneisuuteen ja tahtotilaan: päättäjien on vaikea arvioida vaikutuksia näkökulmasta, joka on heille vieras. Näissä tilanteissa ennakoarviointimenetelmiin liittyvästä koulutuksesta on varmasti hyötyä, mutta se ei välttämättä riitä tuomaan menetelmää kiinteäksi osaksi päätöksentekoa. Suomen kunnissa myönteinen kehitys vaikutusten ennakoarvioinnissa on ollut hidasta, tosin viimeisimmästä EVA-projektista on vasta vähän aikaa eli sen mahdolliset positiiviset vaikutukset eivät ole vielä tulleet näkyviin tämän tutkimuksen teon hetkellä.

Aikaisemman tiedon pohjalta oletuksena oli, että kunnan taloudellinen tilanne olisi yhteydessä vaikutusten ennakoarviointiin (Kauppinen, 2011; Kauppinen, 2009b; Järviö, 2005). Yllättävää tämän tutkimuksen tuloksissa oli se, että taloudelliset indikaattorit eivät selittäneet kovinkaan hyvin vaihtelua vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumisessa. Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä löytyi kyllä huoltosuhteen ja suhteellisen velkaantuneisuuden sekä ennakoarviointia kuvaavien

muuttujien väliltä, mutta vetosuhteiden ja niiden luottamusvälien perusteella tulkinnassa tulee olla varovainen: vetosuhteet ovat niin pieniä, että käytännössä merkitys voi olla hyvin vähäinen. Logistisissa regressioissa vetosuhteet huoltosuhteiden kohdalla ovat alle yksi eli pieni huoltosuhte ennustaa vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumista kunnissa. Tämä antaa jossain määrin viitteitä siitä, että korkean huoltosuhteen omaavissa kunnissa, joissa suuri osa asukkaista on iäkkäitä, on enemmän vaikeuksia toteuttaa vaikutusten ennakoarviointia. Suhteellisen velkaantuneisuuden kohdalla taas tilanne on vaikeammin tulkittava. Vetosuhteet ovat yli yksi eli suhteellista velkaantuneisuutta kuvaavan prosenttien ollessa suuri, kunnissa mahdollisesti toteutuu todennäköisemmin vaikutusten ennakoarviointi, mutta tässä tulkinnassa on syytä olla jo erittäin varovainen. Selkeitä johtopäätöksiä ei voida tämän tutkimuksen pohjalta tehdä huoltosuhteen ja suhteellisen velkaantuneisuuden sekä vaikutusten ennakoarvioinnin välisistä yhteyksistä. Kaiken kaikkiaan tästä voidaan päätellä, että kunnan taloutta ja resursseja ei voida yksiselitteisesti kuvata yhdellä tai edes kahdella indikaattorilla, vaan se vaatii laajempaa kokonaisuuden tarkastelua.

Kunnan koko ja kuntaryhmitys puolestaan näyttäisivät tämän tutkimuksen perusteella olevan selkeästi yhteydessä vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumiseen kunnissa. Tässä kohtaa herää kysymys, miksi kunnan väestömäärä ja kaupungistumisaste selittävät vaihtelua vaikutusten ennakoarvioinnin toteutumisessa paremmin kuin taloudelliset indikaattorit. Yksi selitys voi olla se, että kunnan suuri väestöpohja tarkoittaa myös suurempaa henkilöstömäärää kunnan päätöksenteossa. Yhtä lailla kaupunkikuntien päätöksentekokelemissä henkilöstöresurssit ovat varmasti suuremmat kuin maaseutukunnissa. Kun kunnassa on enemmän henkilöstöä hoitamassa asioiden valmistelua ja toimeenpanoa, siellä on luultavasti myös monipuolisemmin eri alojen asiantuntijoita. Nämä asiat taas edelleen edesauttavat vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamista. Pienissä ja maaseutumaisissa kunnissa vaikutusten ennakoarviointia voi olla vaikeampi tuoda kiinteäksi osaksi kunnan päätöksentekoa, kun hallinnossa ja päättävissä elimissä on minimimäärä henkilöstöä. Tällöin välttämättömien asioiden hoito voi viedä kaikki resurssit ja kunnan virkamiehille voi syntyä tunne, että mihinkään ”ylimääräiseen” ei ole mahdollisuuksia.

Tulokset osoittavat, että taustamuuttujien lisääminen logistiseen malliin muuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan yhteyttä vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamiseen: yhteydet muuttujien välillä katoavat kahden selittäjän malleissa. Tämä näkyy paitsi p-arvojen kohdalla, niin myös vetosuhteita ja niiden luottamusvälejä tarkasteltaessa. Toisin sanoen kunnan koko ja kuntaryhmitys selittävät kuntien välisiä eroja vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisessa paremmin kuin kunnan tapa järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut. Tulosten

perusteella voidaan todeta, että sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavoissa tapahtuvat muutokset luultavasti heijastuvat vaikutusten ennakkoarviointiin, mutta kunnan väestömääräinen koko ja kaupungistumisaste luovat varmasti tietyt edellytykset ennakkoarvioinnin toteuttamiselle.

Vaikutusten ennakkoarvioinnin käytön vakiinnuttaminen vaatisi muutosta kunnan työkuulttuurissa ja päätettävien asioiden käsittelyä koskevissa menettelyissä. Kooltaan ja toimintaympäristöltään hyvin erilaisten kuntien saattaminen tässä samalle viivalle on haastavaa ja jopa mahdotonta. Kuntien heterogeisuus on hyvä tiedostaa, mutta myös liian jyrkkää vastakkainasettelua on syytä välttää. Kunnan suuri koko ei aina tarkoita, että kuntalaisten terveys ja hyvinvointi huomioidaan tai terveyden edistämiseen panostetaan. Vastaavasti pienissäkin kunnissa on pystytty tekemään hyvää työtä terveyden edistämisen ja vaikutusten ennakkoarvioinnin osa-alueilla (THL, 2020).

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys**

Tässä tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa tutkimuksen vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2013). Tutkimuksen aineisto ei sisältänyt henkilötietoja, vaan se koostui kuntakohtaisista tiedoista. Kuntakohtaiset tiedot terveydenedistämistäivisuudesta löytyvät THL:n ylläpitämästä TEAviisarin verkkopalvelusta, joka on kaikille käyttäjille avoin. Osallistuminen tiedonkeruuseen on ollut kunnille vapaaehtoista.

Tutkimusaineisto hankittiin suoraan TEAviisarin verkkopalvelusta vastaavalta taholta, jolle esitettiin tutkimussuunnitelma. Aineiston säilyttämisessä sekä käsittelyssä noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitettiin asianmukaisesti. (Kuula, 2011.) Tutkimus on toteutettu objektiivisesti ja tulokset on raportoitu avoimuuden ja vastuullisuuden periaatteiden mukaisesti. Toisten tutkijoiden töihin on viitattu asianmukaisesti ja selkeästi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2013.) Tutkimuksen alkuperäisyys on tarkistettu Turnitin-työkalulla.

## **7.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tässä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus. Olennaista on määritellä tarkasti tutkittavat käsitteet ja kyselytutkimuksessa suunnitella lomakkeen kysymykset huolellisesti, jotta ne mittaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Reliabiliteetilla puolestaan viitataan tulosten

tarkkuuteen ja toistettavuuteen: tutkimuksella pitäisi saada ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen reliabiliteettiin vaikuttavat myös otoksen koko ja vastausprosentti. (Heikkilä, 2017; Nummenmaa, 2009.)

Ihmisten terveyteen kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointi on ollut mukana jo ensimmäisissä Stakesin toteuttamissa kuntien johdolle suunnatuissa tiedonkeruissa (Wilskman ym. 2008; Poikajärvi & Perttilä, 2006). Kuntien terveydenedistämistäktiivisuuden viitekehysten ja vertailutietojärjestelmän kehittäminen käynnistyi vuonna 2006, kun Stakes aloitti TedBM-hankkeen (Rimpelä ym. 2009). TEAviisarin verkkopalveluun tietoja kuntien johdolta on kerätty vuodesta 2011 alkaen parittomina vuosina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on toteuttanut kuntajohdolle suunnatut tiedonkeruut yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton kanssa. Kuntien johdolle suunnattuja tiedonkeruita on siis toteutettu jo useita ja käytäntöjä on hiottu vuosien aikana.

Jokaista tiedonkeruuta edeltää aina valmisteluprosessi, johon osallistuu asiantuntijoiden lisäksi kuntien ja kaupunkien edustajia. Valmisteluvaiheessa muutetaan tarvittaessa lomakkeen sisältöä ja päätetään yksittäisten kysymysten pisteytyksestä. Edellisestä tiedonkeruusta saadut kuntien palautteet huomioidaan uutta tiedonkeruuta suunniteltaessa. Huolellinen tiedonkeruun ja kysymysten suunnittelu on keskeinen keino varmistaa tutkimuksen ja mittarin validiteetti.

Vuoden 2019 kuntajohdon tiedonkeruuseen vastasi 93 prosenttia Manner-Suomen kunnista eli tietojen kattavuus on varsin hyvä. Kunnille lähetettiin sähköisesti saate, tiedonkeruulomake sekä tunnukset vastaamista varten. Kuntien oli mahdollista kysyä tarvittaessa lisätietoja tai neuvoja kyselylomakkeen täyttämiseen. Kuntia muistutettiin vastaamisesta kolmesti sähköpostitse, jonka jälkeen vastaamattomiin kuntiin otettiin vielä puhelimitse yhteyttä. Vastausprosentti vaihteli jonkin verran kunnan koon mukaan ollen suuremmissa kunnissa korkeampi. Vastausprosentti oli kuitenkin alle 20 000 asukkaan kunnissakin vähintään 90. Korkean vastausprosentin ansiosta kuntien johdolta kerätyt tiedot antavat kattavan kokonaiskuvan Manner-Suomen kuntien terveydenedistämistäktiivisuudesta.

Vuoden 2019 aineistolle suoritettiin tietojen luotettavuuden arviointi, jossa tarkistettiin systemaattisesti neljän kysymyksen osalta kuntien antamat tiedot. Valittujen kysymysten kyllä-vastaukset käytiin yksitellen läpi ja tarkistettiin tietojen oikeellisuus. Tarkistettavia tietoja oli 420, joista 397 tietoa pystyttiin todentamaan ja 23 tietoa korjattiin. Todentamiseen tarvittavia tietoja



etsittiin kuntien verkkosivuilta ja asiakirjoista. Mikäli tietoa ei pystytty todentamaan, kuntiin otettiin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla ja pyydettiin toimittamaan lisätietoja. Kunnat saivat näin mahdollisuuden tarkentaa tietojaan. Luotettavuuden tarkastelun seurauksena yhteensä 23 kunnan tietoja muutettiin eli kunnista yksikään ei ollut toimittanut enempää kuin yhden virheellisen tiedon. Virheellisten tietojen toimittaminen ei ollut systemaattista, mikä on tietojen luotettavuuden kannalta olennaista. (Pekkanen, Hakamäki & Ståhl, 2019.)

Aineiston tilastollinen analyysi on tässä tutkimuksessa pyritty toteuttamaan mahdollisimman huolellisesti ja menetelmät on valittu tarkasti ja selkein perustein. Analyysissa käytettäviin tilastollisiin menetelmiin perehdyttiin huolellisesti lukemalla kirjallisuutta. Etenkin monimuuttujamenetelmien käyttö vaatii vahvaa tilastotieteellistä osaamista (Heikkilä, 2017), ja niiden osalta konsultoitiin tilastotieteen yliopistonlehtoria. Valittujen menetelmien sopivuus aineistoon varmistettiin ja analyysivaiheet pyrittiin kuvaamaan riittävän yksityiskohtaisesti.

Aineiston koko on otettava huomioon analysoinnissa sekä tulosten tulkinnassa (Heikkilä, 2017). Aineisto oli tässä tutkimuksessa kattava, mutta sen suhteellisen pieni koko on syytä huomioida tuloksia tarkasteltaessa. Logististen regressioiden tuloksena ilmoitettujen vetosuhteiden luottamusvälit ovat paikoitellen hyvinkin suuret, mikä osaltaan johtunee aineiston koosta. Osa muuttujien välisistä yhteyksistä taas näyttäytyy tilastollisesti merkitsevinä, mutta vetosuhteiden ja luottamusvälien tarkastelu osoittaa, että todellisen merkityksen arvioiminen on hankalaa.

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vaikutusten ennakoarviointi vaihtelee kunnissa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan mukaan. Aktiivisimpia vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisessa ovat itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävät kunnat sekä vastuukunnat. Kuntien taustatekijöistä kunnan koko ja kuntaryhmitys selittävät selkeimmin vaikutusten ennakoarvioinnissa ilmeneviä eroja kuntien välillä. Vaikutusten ennakoarviointi toteutuu todennäköisimmin suurissa ja kaupunkimaisissa kunnissa. Tutkimus tuotti tärkeää tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan yhteyksistä kuntien terveyden edistämiseen sekä tekijöistä, jotka liittyvät vaikutusten ennakoarviointiin.

On mahdollista ja jopa todennäköistä, että tulevaisuudessa erot suurten ja pienten kuntien sekä maaseudun ja kaupunkien välillä kasvavat entisestään väestömäärissä ja -rakenteissa tapahtuvien

muutosten seurauksena. Tämä heijastunee myös kuntien päätöksentekoon ja siten mahdollisuuksiin toteuttaa vaikutusten ennakoarviointia. Tällainen kehityskulku on syytä tiedostaa, kun pohditaan paikallisen tason hallinnollisia uudistuksia ja mahdollista maakuntatason hallinnon rakentamista.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistustarve on jatkuvasti esillä ja suunta näyttäisi olevan kohti maakuntatasolla järjestettäviä sosiaali- ja terveyspalveluita. Samalla kuntiin jää edelleen vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja päätösten vaikutusten ennakoarvioinnista. Tämän tutkimuksen tulokset herättävät pohtimaan, miten kuntatasolla toteutettavalle päätösten vaikutusten ennakoarvioinnille käy tulevaisuudessa. Olennaista on varmasti pitää aihe edelleen keskustelun ja kehittämisen kohteena, kuten esimerkiksi THL on tehnyt tähän asti. Lisäksi olisi syytä pohtia, miten voidaan varmistaa riittävä hyvinvointiin ja terveyteen liittyvän asiantuntemuksen säilyminen kunnissa.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavat ja vaikutusten ennakoarviointi tarjoavat tutkimuskohteita myös jatkossa. Kiinnostavaa olisi esimerkiksi selvittää, miten sosiaali- ja terveydenhuollon ulkoistukset näyttäytyvät tässä yhteydessä eli onko sillä vaikutusta, tuottaako kunta sote-palvelut itse vai järjestääkö se ne ostopalveluina. Lisäksi voisi tutkia ilmiön ajallista kehitystä: miten muutokset sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavoissa suhteutuvat muutoksiin kuntien terveyden edistämisessä, kuten vaikutusten ennakoarvioinnissa.

## LÄHTEET

Ahmad, B., Chappel, D., Pless-Mulloi, T. & White, M. (2008). Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes. *Public Health*, 122(5), 452–457.

Banken, R. (2004). HIA of policy in Canada. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.): *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications*, 165–175. Oxford: Oxford University Press.

Baum, F., Ollila, E. & Peña, S. (2013). History of HiAP. Teoksessa Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. & Cook, S. (toim.): *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*, 25–42. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Berensson, K. & Tillgren, P. (2017). Health impact assessment (HIA) of political proposals at the local level: successful introduction, but what has happened 15 years later? *Global Health Promotion*, 24(2), 43–51.

Berensson, K. (2004). HIA at the local level in Sweden. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.): *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications*, 213–222. Oxford: Oxford University Press.

Blau, J., Ernst, K., Wismar, M., Baro, F., Gabrijelčič Blenkuš, M., von Bremen, K., Fehr, R., Gulis, G., Kauppinen, T., Mekel, O., Nelimarkka, K., Pertilä, K., Scagnetti, N., Sprenger, M., Stegeman, I. & Welteke, R. (2006). The use of health impact assessment across Europe. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.): *Health in All Policies: Prospects and potentials*, 209–230. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Bourcier, E., Charbonneau, D., Cahill, C., & Dannenberg, A. L. (2015). An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011–2014. *Preventing Chronic Disease*, 12, E23, 1–10.

Buregeya, J. M., Loignon, C. & Brousselle, A. (2020). Contribution analysis to analyze the effects of the health impact assessment at the local level: A case of urban revitalization. *Evaluation and Program Planning*, 79, 1–15.

Dannenberg, A. L., Bhatia, R., Cole, B. L., Heaton, S. K., Feldman, J. D. & Rutt, C. D. (2008). Use of Health Impact Assessment in the U.S.: 27 Case Studies, 1999–2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 224–233.

Davenport, C., Mathers, J. & Parry, J. (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 196–201.

Directive 2014/52/EU. Viitattu 15.1.2020.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32014L0052>

de Blasio, A., Girán, J. & Nagy, Z. (2012). Potentials of health impact assessment as a local health policy supporting tool. *Perspectives in Public Health*, 132(5), 216–220.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 17.3.2020.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062#L2>

EU. (1997). Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts. Luxemburg, Official Journal C 340, 10.11.1997.

Finer, D., Tillgren, P., Berensson, K., Guldbbrandsson, K. & Haglund, B. J. A. (2005). Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden – a feasibility study. *Health Promotion International*, 20(3), 277–284.

Guglielmin, M., Muntaner, C., O’Campo, P. & Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284–292.

Hakamäki, P., Ikonen, J., Saaristo, V., Saukko, N., Wiss, K. & Ståhl, T. (2019). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2019. Tilastoraportti: 38/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Haverinen, R. (2000). SVA meillä ja muualla – katsaus arviointikäytäntöihin. *Yhteiskuntasuunnittelu*, 38(1), 21–37.

Heikkilä, T. (2017). Tilastollinen tutkimus (9. uud. p.). Helsinki: Edita Publishing.

Heiliö, T., Saaristo, V. & Ståhl, T. (2013). Sosiaali- ja terveystalvet alueilla – Mikä on terveyden edistämisen asema kunnissa? Tutkimuksesta tiiviisti 8, lokakuu 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Heinämäki, L. (2011). Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalvet 2010. Raportti 41/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Järviö, N. (2005). IVA:n vapaaehtoinen käyttö kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70(1), 63–70.

Kauppinen, T. (2011.) Kuntien tulevaisuus haltuun – Ennakoarvioinnin soveltamiseen vaikuttavat tekijät lautakuntapäätöksissä. Väitöskirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 67/2011. Tampere: Juvenes Print.

Kauppinen, T., Nelimarkka, K. & Ståhl, T. (2010). Nopean ennakoarvioinnin periaatteet ja hyödynnettävyys lautakuntapäätöksissä. *Kunnallistieteellinen aikakausikirja*, 3:2010, 282–296.

Kauppinen, T., Nelimarkka, K. & Ståhl, T. (2009a). Sosiaalisten ja terveystalvetusten ennakoarvioinnin kehittäminen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 74(2), 158–166.

Kauppinen, T., Nelimarkka, K. & Ståhl, T. (2009b). Nopean ennakoarvioinnin soveltuvuus kunnan päätöksenteossa. *Hallinnon tutkimus*, 2:2009, 41–53.

Kauppinen, T., Nelimarkka, K. & Helinko, A. (2007). Talvetusten ennakoarviointi kuntapäätöksissä – esimerkkinä nopea ihmisiin kohdistuvien talvetusten arviointi. *Kunnallistieteellinen aikakausikirja*, 1:2007, 39–56.

Kemm, J. (2006). Health impact assessment and Health in All Policies. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.): Health in All Policies: Prospects and potentials, 189–208. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Kemm, J. & Parry, J. (2004). What is HIA? Introduction and overview. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.): Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications, 1–13. Oxford: Oxford University Press.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. & Karanikolos, M. (2019). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21(2), 1–166.

Knutsson I. & Linell A. (2010). Health impact assessment developments in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, (38)2, 115–120.

Kræmer, S., Nikolajsen, L. & Gulis, G. (2014). Implementation of health impact assessment in Danish municipal context. *Cent Eur J Public Health*, 22(4), 211–214.

Kuntalaki 410/2015. Viitattu 12.10.2019.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410#Pidp446889936>

Kuntaliitto. (2019a). Erikoissairaanhoido. Viitattu 17.3.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoido>

Kuntaliitto. (2019b). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2019. Viitattu 21.1.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2019>

Kuntaliitto. (2019c). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2019 – kuntakartta. Viitattu 17.2.2020.

[https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/kartta-sote-jarjestaminen-2019\\_0.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/kartta-sote-jarjestaminen-2019_0.pdf)

Kuntaliitto. (2019d). Kunnan johtamisjärjestelmä. Viitattu 22.1.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/osallistuminen-ja-vuorovaikutus/johtaminen-ja-kehittaminen/kuntajohtaminen/kunnan-johtamisjarjestelma>

Kuntaliitto. (2018). Päätösten vaikutusten ennakoarviointi. Viitattu 13.1.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/johtaminen-ja-kehittaminen/paatosten-vaikutusten-ennakoarviointi>

Kuntaliitto. (2017a). Järjestämisvastuu. Viitattu 12.10.2019.

<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/palveluiden-jarjestaminen-ja-tuottaminen/jarjestamisvastuu>

Kuntaliitto. (2017b). Kuntayhtymät. Viitattu 21.1.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/laki/kuntien-ja-kuntayhtymien-yhteistoiminta/kuntayhtymat-kuntalaki-2015>

Kuntaliitto. (2017c). Yhteinen toimielin. Viitattu 21.1.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/laki/kuntien-ja-kuntayhtymien-yhteistoiminta/yhteinen-toimielin>

Kuntaliitto. (2011). Suositus vaikutusten ennakoarvioinnista kunnallisessa päätöksenteossa. Viitattu 1.11.2019.

<https://www.kuntaliitto.fi/yleiskirjeet/2011/suositus-vaikutusten-ennakoarvioinnista-kunnallisessa-paatöksenteossa>

Kuula A. (2011). Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. (2. uud. p.) Tampere: Vastapaino.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007. Viitattu 20.1.2020.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070169>

Laki viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista 200/2005. Viitattu 15.1.2020.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050200>

Laki ympäristövaikutusten arviointimenettelystä 252/2017. Viitattu 15.1.2020.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170252>

Maankäyttö- ja rakennuslaki 5.2.1999/132. Viitattu 15.1.2020.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990132#L1P9>

Mannheimer, L. N., Gulis, G., Lehto, J. & Östlin, P. (2007). Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. *European Journal of Public Health*, 17(5), 526–531.

Milner, S. J. (2004). Using HIA in local government. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.): *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications*, 243–251. Oxford: Oxford University Press.

Mindell, J., Joffe, M. & Ison, E. (2004). Planning an HIA. Teoksessa Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.): *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications*, 91–102. Oxford: Oxford University Press.

Nelimarkka, K. & Kauppinen, T. (2007). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. *Stakes. Oppaita* 68. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/77751>

Niiranen, V., Puustinen, A., Zitting, J. & Kinnunen, J. (2013). Sosiaali- ja terveystaloudelliset kunta- ja palvelurakenneuudistuksissa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 25. Kuntaliitto. Helsinki: Staroffset.

Nour, K., Dutilly-Simard, S., Brousselle, A., Smits, P., Buregeya, J. M., Loslier, J. & Denis, J. L. (2016). Evaluation of the effects of health impact assessment practice at the local level in Montenegro. *Health Research Policy and Systems*, 14(7).

Nummenmaa, L. (2009). Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät (1. painos (uud. laitos)). Helsinki: Tammi.

OM. (2007). Säädosvaikutusten arviointi – ohjeet. Oikeusministeriön julkaisu 2007:6.

OM. (2004). Hallituksen esitysten laatimisohteet. Oikeusministeriön julkaisu 2004:4.

O'Mullane, M. & Quinlivan, A. (2012). Health Impact Assessment (HIA) in Ireland and the role of local government. *Environ Impact Assessment Rev*, 32(1), 181–186.

Pekkanen, N., Hakamäki, P. & Ståhl, T. (2019). Terveystiedon edistäminen kuntajohdossa: Aineiston laadun ja luotettavuuden arviointi. Tutkimuksesta tiiviisti 53/2019. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Petticrew, M., Macintyre, S. & Thomson, H. (2004). Evidence and HIA. Teoksessa: Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S. (toim.): Health Impact Assessment. Concepts, Theory, Techniques, and Applications, 71–80. Oxford: Oxford University Press.

Poikajärvi, K. & Perttilä, K. (2006). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Stakesin työpapereita 4/2006. Stakes, Helsinki.

Pursell, L. & Kearns, N. (2012). Impacts of an HIA on inter-agency and inter-sectoral partnerships and community participation: lessons from a local level HIA in the Republic of Ireland. *Health Promotion International*, 28(4), 522–532.

Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. (toim.). (2009). Terveystiedon edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Viitattu 20.1.2020.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P11>

Sote -uudistus. Uusi rakenne. Viitattu 20.1.2020.  
<https://soteuudistus.fi/uusi-rakenne>

Sotkanet.fi. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Viitattu 31.3.2020.  
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

STM. (2016). Säädosvaikutusten arviointi ihmisiin kohdistuvien vaikutusten näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:2. Helsinki.

STM. (2010). Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 – Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Viitattu 15.1.2020.  
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223250.pdf?sequence>

STM. (2007). Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki.

STM. (1999). Ympäristövaikutusten arviointi. Ihmisiin kohdistuvat terveydelliset ja sosiaaliset vaikutukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1999:1. Helsinki.

STM. Terveystiedon keskuksien verkkosivut. Viitattu 17.3.2020.  
<https://stm.fi/terveyskeskukset>

Ståhl, T., Hakamäki, P., Saaristo, V. & Wiss, K. (2017). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2017. Tilastoraportti: 38/2017. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Sundqvist, S. & Oulasvirta, L. (toim.) (2011). Vaikutusten ennakoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Saatavilla:  
[http://shop.kuntaliitto.fi/product\\_details.php?p=2572](http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=2572)

TEAvisari. (2019). Tiedonkeruut. Kuntajohto. Viitattu 17.9.2019.  
<https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/54>

TEAvisari. (2018). Käyttäjälle. Viitattu 2.10.2019.  
<https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tietoa-palvelusta>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 12.10.2019.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P34>

THL. (2020). Esimerkkejä ennakoarviointien toteutuksista. Viitattu 1.4.2020.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/paatosten-vaikutusten-ennakoarviointi/esimerkkeja-ennakoarviointien-toteutuksista>

THL. (2019a). Päätösten vaikutusten ennakoarviointi. Viitattu 1.11.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/paatosten-vaikutusten-ennakoarviointi>

THL. (2019b). Sosiaali- ja terveystalot Suomessa: Asiantuntija-arvio, syksy 2018. Saatavilla:  
<https://www.julkari.fi/handle/10024/137729>

Tilastokeskus. Tilastollinen kuntaryhmitys. Viitattu 31.3.2020.  
[https://www.stat.fi/meta/kas/til\\_kuntaryhmit.html](https://www.stat.fi/meta/kas/til_kuntaryhmit.html)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2013). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.

Valtioneuvosto. Marinin hallitusohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Saatavilla:  
[https://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset\\_publisher/75-rinne-6-6-10-12-2019-](https://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/75-rinne-6-6-10-12-2019-)

Valtioneuvoston kanslia. (2019). Lainsäädännön arviointineuvosto. Viitattu 13.1.2020.  
<https://vnk.fi/arviointineuvosto>

Vedung, E. (2003). Arviointialto ja sen liikkeelle panevat voimat. FinSoc työpapereita 2/2003. Helsinki: Stakes.

WHO. Health Impact Assessment (HIA). Viitattu 15.1.2020.  
<https://www.who.int/hia/en/>

WHO. (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Viitattu 27.1.2020.  
[https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf)



WHO. (1999a). Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Viitattu 16.1.2020.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

WHO. (1999b). Health impact assessment – main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: European Centre for Health Policy.

WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Saatavilla:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Saatavilla:

[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttilä, K. (2008). Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakesin työpapereita 16/2008. Stakes, Helsinki.

YVAKO. Ympäristövaikutusten arvioinnin koulutus- ja osaamisportaali. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.1.2020.

<http://yvako.jyu.fi/yva-tietoa>