



## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2021 Päätösten vaikutusten ennakoarviointi yhä yleisempää

### PÄÄLÖYDÖKSET

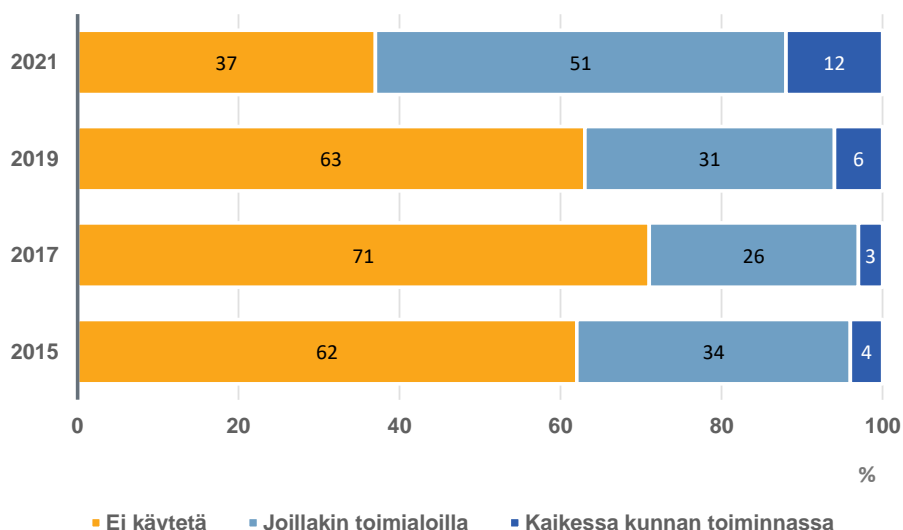
- Kunnan johtoryhmissä käsitellään hyvinvointi- ja terveystietoja yhä yleisemmin.
- Kuntapäätösten vaikutusten ennakoarvioinnissa myönteistä kehitystä.
- Kokemusasiantuntijoita hyödynnetään yhä useammin kunnan palvelujen kehittämisessä.
- Osallistuvan budjetoinnin käyttö yleistyy. Joka kolmannessa kunnassa on mahdollistua osallistua kunnan talouden suunnitteluun.

Kuntajohdon hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä ei kokonaisuutena ole tapahtunut suuria muutoksia kahden vuoden takaiseen aikaan. Kuntapäätösten vaikutusten ennakoarvioinnin tekemisessä on edelleen haasteita, mutta myös selkeää myönteistä kehitystä on tapahtunut.

Suunnitelmallisesti jotakin ennakoarvointimenetelmää käyttää 51 prosenttia kunnista joillakin toimialoilla ja 12 prosenttia kunnan kaikessa toiminnassa, yhteensä 63 prosenttia kunnista (kuvio 1). Neljä kymmenestä (39 %) kunnasta on tehnyt päätöksen ennakoarvioinnin käytöstä (EVA) kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Yhä useammassa (22 %) kunnassa on myös kirjallinen toimintaohje ennakoarvioinnin toteuttamisesta.

Kuntalaisten osallisuuden edistämiseksi on tapahtunut myönteistä kehitystä erityisesti osallistuvan budjetoinnin hyödyntämisessä, mutta kehitettäväkin on. Yli kolmannes (36 %) kunnista oli ottanut osallistuvan budjetoinnin käyttöön. Joka viidennen (24 %) kunnan verkkosivuilta puuttui laaja hyvinvointikertomus, joka olisi kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa. Hallituksen tai valtuuston asettama lapsiparlamentti oli 31 prosentissa kunnista ja lasten kyselytunti hallitukselle tai valtuustolle seitsemässä prosentissa kunnista.

**Kuvio 1. Ennakoarvointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö kuntien lautakuntapäätösten valmistelussa vuosina 2015–2021, kuntien prosenttiosuudet.**



**Timo Ståhl**

etunimi.sukunimi@thl.fi

**Vesa Saaristo**

etunimi.sukunimi@thl.fi

**Kirsi Wiss**

etunimi.sukunimi@thl.fi

## Tiedonkeruun toteutus:

Tiedonkeruun osallistumispyyntö lähetettiin huhtikuussa 2021 kaikkiin Manner-Suomen kuntiin. Käyttäjätunnukset ja linkki tiedonkeruulomakkeeseen lähetettiin kaikille kunnanjohtajille (N=293) sekä kirjaamoihin. Tiedot pyydettiin kokoamaan johtoryhmän ja hyvinvointikoordinaattorin yhteistyönä.

Tiedot saatiin 271 (92 %) kunnasta. Vastanneet kunnat kattavat 97,1 % koko maan asukasluvusta.

Tiedot kerättiin terveydenedistämisaktiivisuuden (TEA) viitekehyksen mukaisesti:

- sitoutuminen
- johtaminen
- seuranta ja tarveanalyysi
- voimavarat
- osallisuus

Lisätietoja TEAviisarin tiedonkeruun [verkkosivulta](#).

## Taustaa

Kokonaisvastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kunnilla. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kunnan on järjestettävä terveyttä ja hyvinvointia tukevat sosiaali- ja terveystalvet sekä huolehdittava terveyden ja hyvinvoinnin edellytysten huomioidmisesta kaikkien hallinnonalojen toiminnassa. Näistä molemmista tehtävistä on erikseen säädetty vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa. Lisäksi kuntalaki korostaa asukkaiden ja palvelujen käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kunnan toimintaan.

Tässä raportissa tarkastellaan kuntajohdon näkökulmasta kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaedellytyksiä, koordinaatiota ja rakenteita, joita on kehitetty pitkäjänteisesti useissa valtakunnallisissa hankkeissa 2000-luvulla. Tarkastelluille asioille on myös selkeät velvoitteet mm. terveydenhuoltolaissa. Tässä julkaisussa raportoidaan vuoden 2021 tilannetta ja soveltuvin osin tietoja verrataan edeltäviin tiedonkeruisiin (Hakmaki ym. 2019, Ståhl ym. 2017, 2015). Tiedot kerättiin keväällä 2021 kuntajohdolta. Kaikkiaan 271 kuntaa (92 %) toimitti tietonsa.

Vaikka sosiaali- ja terveystalvet (sote) ovat siirtyneet osassa kuntia yhteistoiminta-alueille, on kunnalla edelleen kokonaisvastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä. Kunnissa tarvitaan selkeitä rakenteita ja prosesseja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön suunnitteluun, koordinointiin ja johtamiseen. Tarve esimerkiksi perusopetuksen, liikuntatoimen, kulttuuritoimen, nuorisotoimen, kaavoituksen ja teknisen toimen työn koordinaatioon on jatkossa sote-uudistuksen toteutumisen jälkeen aivan yhtä suuri kuin nykyisinkin. Selkeät alueelliset rakenteet mahdollistavat sote-asiantunteuksen tehokkaan hyödyntämisen kunnan toiminnassa myös jatkossa.

Tiedonkeruussa kerätään tietoja terveydenedistämisaktiivisuuden (TEA) viitekehyksen (sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus, muut ydintoiminnat) mukaisesti (Ståhl & Rimpelä 2010). Tulokset ovat kunta- ja aluekohtaisesti tarkasteltavissa avoimessa ja maksuttomassa TEAviisari-verkkopalvelussa ([TEAviisari](#)) sekä kysymyskohtaisesti perustaulukoissa ([www.teaviisari.fi/kuntajohto](http://www.teaviisari.fi/kuntajohto)).

## Kuntajohdon kokonaisuudessa ei suuria muutoksia

Kuntajohdon terveydenedistämisaktiivisuuden kokonaistulos kuvaa kuntajohdon panostusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytysten luomiseen (taulukko 1). Tarkempi tarkastelu osoittaa, että keskeisimmät vahvuudet ovat väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannassa ja tarveanalyysissä. Voimavaroja tarkasteltiin nyt toista kertaa ja indikaattoreita osin vaihdettiin, minkä vuoksi on vielä aikaista arvioida tilanteen kehittymistä. Johtamis- ja osallisuusosioiden pisteiden lasku selittyy pääosin sillä, että tiedonkeruusta jätettiin pois indikaattoreita, jotka toteutuivat lähes jokaisessa kunnassa ja mukaan otettiin uusia tietosisältöjä. Tuloksia tarkasteltaessa on muistettava, että TEA-pisteitä (taulukko 1) laskettaessa on kuntien tuloksia painotettu väestömäärän suhteen (Saaristo 2012). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi Espoon tuloksilla on suurempi painoarvo kuin Muonion, koska Espoossa on enemmän asukkaita. Raportin muissa osioissa tuloksia ei ole painotettu.

**Taulukko 1. Terveydenedistämisen aktiivisuuden (pisteet\*) vuosina 2011–2021.**

Terveyden- edistämisen aktiivisuuden pisteet*, koko maa	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Kokonaistulos	62	73	75	79	78	78
Sitoutuminen	64	68	70	77	77	80
Johtaminen	57	70	70	75	80	76
Seuranta ja tarveanalyysi	55	72	81	85	87	87
Voimavarat**	-	-	-	-	65	78
Osallisuus	72	80	77	78	80	71

\*Pisteet 0–100. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on kaikilta osin hyvän käytännön ja laadun mukaista. Tarkemmat tietosisällöt on kuvattu laatuselosteessa.

\*\*Tietoa kerätty vuodesta 2019 alkaen.

## Sitoutuminen

### Paikallinen turvallisuussuunnitelma

Paikallinen turvallisuussuunnitelma on keskeinen kuntien turvallisuustyön työkalu, jossa linjataan oleellimmat toimenpiteet valtuustokaudelle. Suunnitelman valmistelu ja toimeenpano edellyttävät monialaista koordinoitua ja raportointia. Sen keskeisinä tavoitteina on ehkäistä onnettomuuksia, tapaturmia, rikoksia ja häiriöitä sekä edistää kuntalaisten turvallisuuden tunnetta. Se voidaan tehdä myös osana laajan hyvinvointikertomuksen laadintaprosessia. Vuonna 2021 paikallinen turvallisuussuunnitelma oli 72 prosentissa kunnista, mikä on kuusi prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2019. Kunnista 42 prosenttia (29 % vuonna 2019) oli laatinut erillisen suunnitelman, joka viides seudullisena tai alueellisena yhteistyönä ja 11 prosenttia osana hyvinvointikertomusta. Kunnista 28 prosenttia ilmoitti, ettei suunnitelmaa ollut laadittu tai siitä ei ollut tietoa (34 % 2019).

### Toimenpiteiden määrittäminen hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi yleistynyt hieman

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut vuosikymmeniä sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteena ja on myös yksi nykyhallituksen keskeisistä tavoitteista. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää monialaisia kansallisia ja paikallisia toimia. Suurin osa kunnista (81 %) oli määrittänyt hyvinvointikertomuksessa toimenpiteitä sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Kunnan talous- ja toimintasuunnitelmiin toimenpiteitä oli määritetty hieman harvemmin, 73 prosentissa kunnista. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen huomioiminen näissä asiakirjoissa on hieman yleisempää kuin vuonna 2019.

### Mittarit toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä tavoitteiden arviointi tarkastuslautakuntien kertomuksissa yleistyneet hieman

Lähes neljä viidestä (78 %) kunnasta oli määrittänyt joko omia tai kansallisista tietolähteistä saatavia mittareita kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi. Kunnista 70 prosenttia käytti omia mittareita. Kaksi vuotta aiemmin vastaavat osuudet olivat 71 prosenttia ja 62 prosenttia.

Kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu 49 prosentissa tarkastuslautakuntien arviointikertomuksista valtuustokauden 2017–2020 aikana. Tilanne oli hieman parantunut edellisestä valtuustokaudesta, jolloin 43 prosentissa tarkastuslautakuntien kertomuksista oli arvioitu hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista.

## **Sitoumukset ja strategiat kestävän kehityksen edistämiseen**

Vuonna 2021 kestävyystavoitteita tai kestävyys sitoumuksia/-strategioita oli asetettu kunnissa yleisimmin väestörakenteen muutokseen sopeutumiseen (73 %), matalahiiliseen yhteiskuntaan siirtymiseen ja hiilipäästöjen vähentämiseen (63 %) ja luonnon monimuotoisuuden ja ekosysteemien suojeluun (60 %). Alle puolet kunnista oli huomionut sosiaalisesti kestävän, eriarvoisuutta vähentävä asuntotuotannon (47 %) ja eriarvoisuutta vähentävän kaavoituksen (43 %) tavoitteissaan.

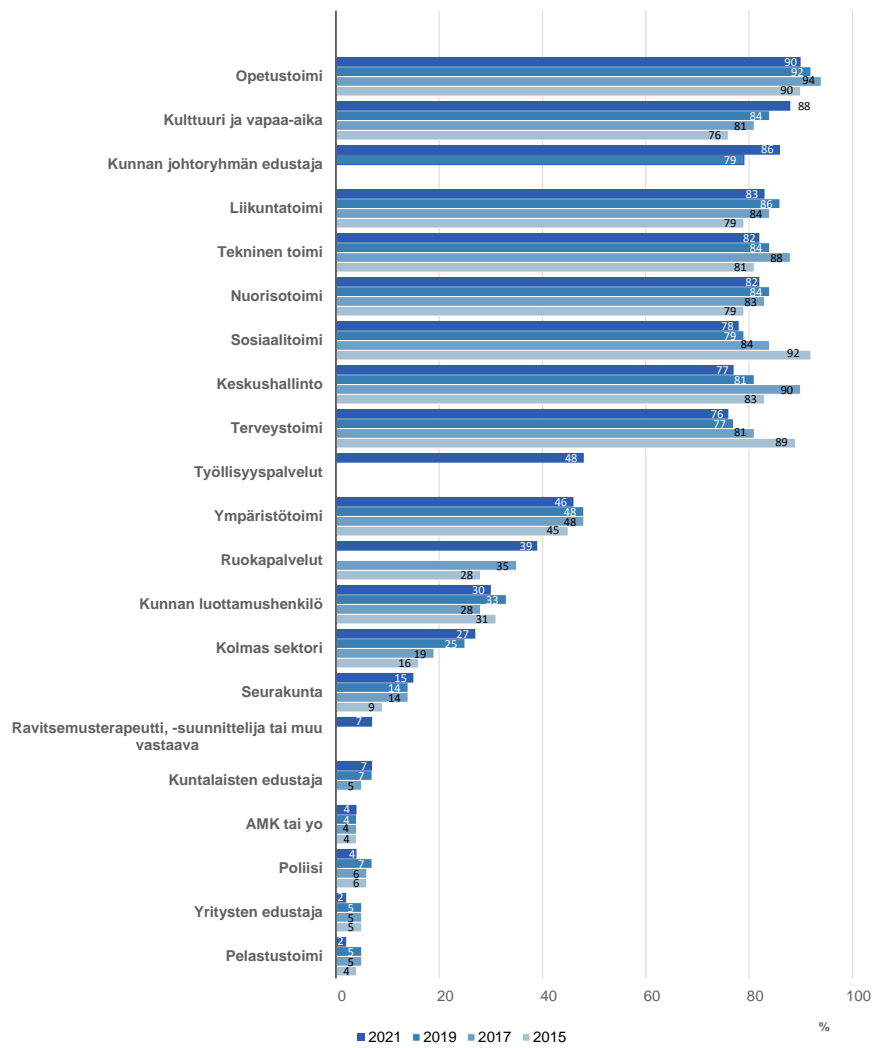
## **Johtaminen**

### **Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä**

Lähes kaikissa kunnissa (95 %) on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) työryhmä, joka vastaa kuntien poikkihallinnollisen työn koordinaatiosta ja toimeenpanosta. Tyypillisesti se myös raportoi kunnan johtoryhmälle, ellei se toimi samalla myös hyte-johtoryhmänä. Kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä toimi 31 prosentissa kunnista hyte-työryhmänä. Yleisin (57 %) oli eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä.

Hyte-ryhmiin voidaan kutsua myös muita paikallisia toimijoita kuten järjestöjen, koulutusorganisaatioiden tai yritysten edustajia, jolloin yhteistyöstä näiden tahojen kanssa tulee systemaattisempaa ja tiiviimpää. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät muodostuivat yleisimmin kuntaorganisaation eri toimialojen edustajista (kuvio 2). Muista toimijoista yleisimpiä olivat kunnan poliittiset päätöksentekijät (31 %) ja kolmannen sektorin edustajat (27 %). Suuria muutoksia vuoteen 2019 verrattuna ei ole tapahtunut.

**Kuvio 2. Kunnat (%), joissa sektorin edustaja kuului hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään vuosina 2015–2021.**



### Ehkäisevän päihdetyön toimielin yhä useammassa kunnassa

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 87 prosentissa kunnista (78 % vuonna 2019). Tämä on ollut kuntien velvollisuutena vuodesta 2015 lähtien. Kuntakoko selitti osaltaan nimeämättä jättämistä, pienissä kunnissa se oli harvemmin. Hyvinvointialueiden välillä oli vaihtelua (50–100 %).

### Hyvinvointikoordinaattorit toimivat pääasiassa osa-aikaisesti tai oman toimen ohella

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinoointiin oli nimetty henkilö 89 prosentissa kunnista vuonna 2021 (83 % vuonna 2019). Pääasiassa (65 %) tehtävää hoidettiin osa-aikaisesti tai oman toimen ohella. Kokopäivätoiminen koordinaattori oli 23 prosentissa kunnista eli 62 kunnassa, vuonna 2019 hyvinvointikoordinaattori oli nimetty 52 kunnassa.

Yleisimmin (26 %) koordinaattorin tehtävä oli sijoitettu keskushallintoon. Sosiaali- ja terveystoimeen koordinaattorin tehtävä oli sijoitettu 11 prosentissa kunnista eli selkeästi harvemmin kuin aiempina vuosina (vuonna 2015 60 %, vuonna 2017 37 %, vuonna 2019 14 %). Sivistys-/opetustoimi (vuonna 2021 21 %, vuonna 2019 18 %, vuonna 2017 13 % ja vuonna 2015 6 %) oli yhä useammin koordinaattorin sijoituspaikka.

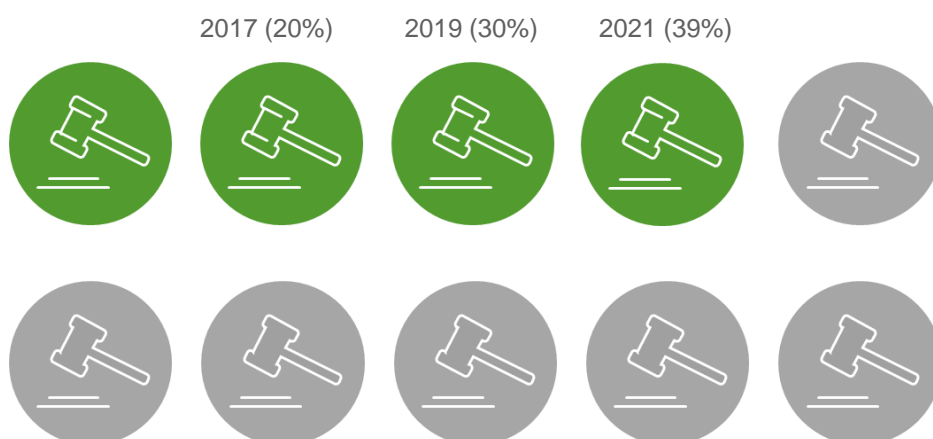
Järjestöyhteistyön koordinaattori oli nimetty 71 prosentissa kunnista (vuonna 2019 61 %). Yleisimmin koordinaattori oli nimetty alle 5000 asukkaan kunnissa.

### Vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käytössä myönteistä kehitystä

Päätöksen väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän käyttöönotosta oli tehnyt yhä useampi kunta (kuvio 3). Kirjallisen toimintaohjeen vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisesta yleisyys oli kasvanut 14 prosentista 22 prosenttiin.

Menetelmän suunnitelmallinen käyttö on selkeästi yleistynyt (kuvio 1). Puolet kunnista sanoi käyttävänsä ennakoarviointimenetelmää lautakuntapäätösten valmistelussa joillakin toimialoilla ja 12 prosenttia kaikilla toimialoilla. (Ks. lisätietoa arviointimenetelmästä Sundquist & Oulasvirta 2011.)

**Kuvio 3. Päätöksen ennakoarvioinnin käytöstä tehneiden kuntien prosenttiosuudet vuosina 2017–2021.**

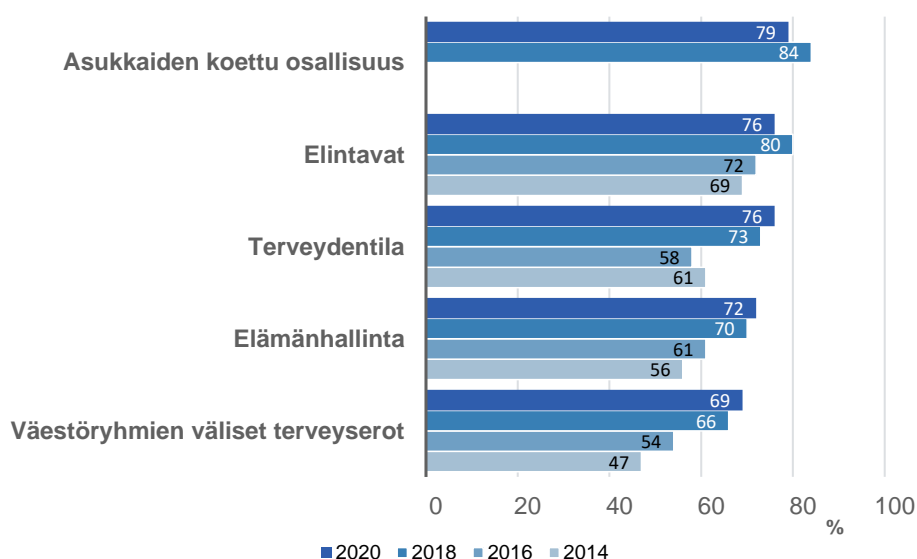


## Seuranta ja arviointi

### Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely yhä yleisempää

Vuonna 2020 kuntien johtoryhmissä hyvinvointi- ja terveystiedoista yleisimmin oli käsitelty kuntalaisten koettua osallisuutta (79 %), terveydentilaa (76 %) ja elintapoja (76 %) (kuvio 4). Elämänhallintaan liittyviä asioita (72 %) ja väestöryhmien välisiä terveyseroja oli käsitelty hieman harvemmin (69 %). Suurempia muutoksia kahden vuoden takaiseen tilanteeseen ei ollut.

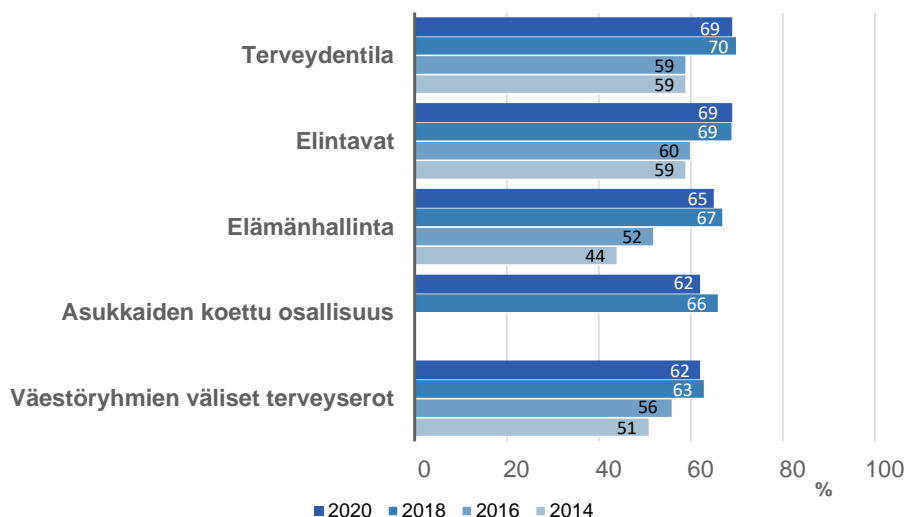
**Kuvio 4. Kunnat (%), joissa väestön hyvinvointi- ja terveysteemoja käsitelty kunnan johtoryhmässä vuosina 2014, 2016, 2018 ja 2020.**



### Valtuuston informoinnissa asukkaiden hyvinvoinnin ja terveydentilasta ei muutoksia

Valtuustolle oli vuonna 2020 raportoitu yleisimmin väestön terveydentilasta (69 %), elintavoista (69 %) ja elämänhallinnasta (65 %) (kuvio 5). Muutoksia kahden vuoden takaiseen tilanteeseen ei juurikaan ollut tapahtunut.

**Kuvio 5. Kunnat (%), joissa väestön hyvinvointi- ja terveysteemoja raportoitu kunnanvaltuustolle vuosina 2014, 2016, 2018 ja 2020.**



## Voimavarat

### Hyvinvointikoordinaattorin työpanos

Päätoiminen hyvinvointikoordinaattori on joka viidennessä kunnassa (21 %). Joka seitsemännessä kunnassa (15 %) hyvinvointikoordinaattori käyttää vähintään puolet mutta enintään neljää päivää viikossa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön. Vastaavasti joka seitsemännessä kunnassa (16 %) koordinaattori käyttää yhden päivän viikossa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön. Joka kolmannessa kunnassa (36 %) koordinaattori käyttää vähemmän kuin päivän viikossa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön.

### Avustukset yhteisöille

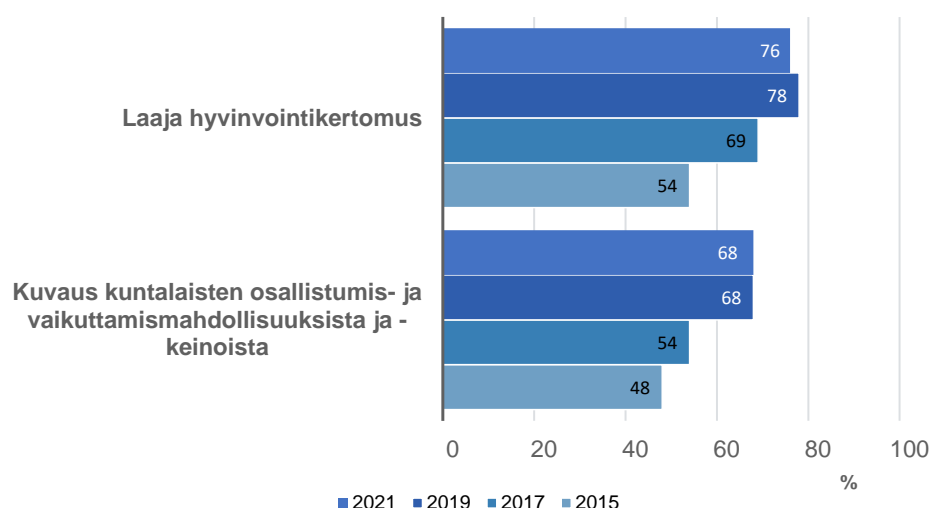
Tilastokeskuksen julkaisemista kuntataloustilastosta (SVT 2021) poimittiin kustannustiedot avustuksista yhteisöille. Tämä luku pitää sisällään muille kuin kotitalouksille myönnettävät avustukset, kuten erilaisille yhdistyksille, seuroille ja tiehoitokunnille maksettavat toiminta-avustukset. Avustuksiin kuuluvat myös kunnan osuudet työmarkkinatuen rahoitusmenoihin (Työmarkkinatuen kuntaosuus), jotka Kansaneläkelaitos laskuttaa kunnilta. Vuonna 2020 yhteisöille oli myönnetty avustuksia keskimäärin (mediaani) 84 €/asukas, mikä on 10 euroa enemmän per asukas kuin vuonna 2017.

## Osallisuuden edistäminen

### Verkkosivut osallisuuden edistäjinä – kehitettävää vielä on

Laaja hyvinvointikertomus oli kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa kunnan verkkosivuilla 76 prosentissa ja kuvaus kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista ja -keinoista 68 prosentissa kuntia. Muutosta vuoteen 2019 verrattuna ei juuri ole tapahtunut (kuvio 6).

**Kuvio 6. Kunnat (%), joissa hyvinvointikertomus/ kuvaus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista avoimesti tarkasteltavissa kunnan verkkosivuilla vuosina 2015, 2017, 2019 ja 2021.**



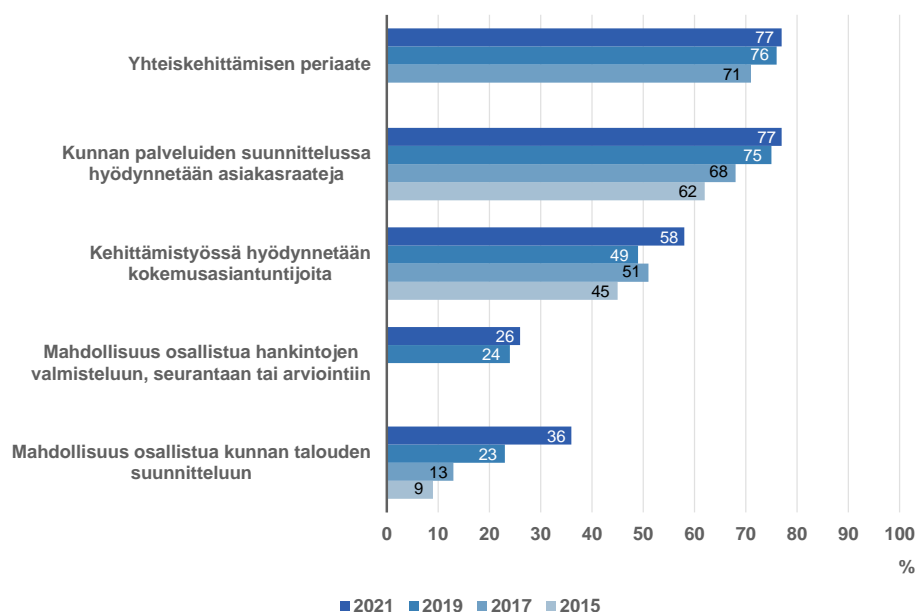
### Kuntalaisten osallistumiskeinot palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun

Kunnat tarjoavat kuntalaisille monia eri tapoja osallistua kunnan toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen (kuvio 7). Yleisimmin hyödynnetään asiakasraateja (77 %) ja käytetään yhteiskehittämisen periaatetta (77 %). Kokemusasiantuntijoita palveluiden kehittämisessä käyttää yli puolet kunnista (58 %), mikä on yhdeksän prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2019. Eniten kasvua oli tapahtunut mahdollisuudessa osallistua



talouden suunnitteluun. Kun vuonna 2019 se oli mahdollista vajaassa neljänneksessä kuntia, oli se mahdollista vuonna 2021 yli kolmanneksessa kunnista.

**Kuvio 7. Keinot, joilla kuntalaiset voivat osallistua palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun käytössä 2015, 2017, 2019 ja 2021, prosenttiosuus kunnista.**



### Osallisuuden edistäminen kuntasuunnittelussa

Noin puolet kunnista (53 %) oli määritellyt vuoden 2021 toiminnan suunnittelussa kuntalaisten osallisuuden edistämisen tavoitteet toiminta- ja taloussuunnitelmassa.

Osallisuusohjelma osana laajempaa kokonaisuutta oli 18 prosentissa ja erillinen osallisuusohjelma 13 prosentissa kunnista (vuonna 2019 vastaavat luvut olivat 20 % ja 8 %).

## [thl.fi/tilastot/teaviisari/kuntajohto](https://thl.fi/tilastot/teaviisari/kuntajohto)

### Kirjallisuutta

Hakamäki P, Ikonen J, Saaristo V, Saukko N, Wiss K & Ståhl T. 2019. [Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa: TEA 2019](#). THL Tilastoraportti 38/2019.

[Kuntalaki \(410/2015\)](#).

Pekkanen N, Hakamäki P & Ståhl T. 2019. Terveystiedon edistäminen kuntajohdossa – aineiston laadun ja luotettavuuden arviointi. THL Tutkimuksesta tiiviisti 53/2019.

[Perustaulukot tuloksista](#) aluehallintovirastojen aluejaon, hyvinvointialueiden, tilastokeskuksen kuntaryhmittelyn ja kunnan koon mukaisesti.

Saaristo V. 2012. TEA Viisari 2011. [Kuntajohdon aineiston muodostaminen ja opiskeluterveydenhuollon indikaattorit](#). THL Raportti 60/2012. Helsinki.

Sundquist S & Oulasvirta L. (toim.) 2011. [Vaikutusten ennakoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa](#). Suomen Kuntaliitto.



Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuntatalous [verkkojulkaisu. ISSN=2343-4147. Tilastokeskus, Helsinki.

Ståhl T, Hakamäki P, Saaristo V & Wiss K. 2017. [Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2017](#). THL. Tilastoraportti 38/2017.

Ståhl T, Wiss K, Hakamäki P & Saaristo V. 2015. [Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat](#). THL Tutkimuksesta tiiviisti 31/2015.

Ståhl T & Rimpelä M. 2010. [Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä](#). Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL Teema 9/2010.

Suosaari S. 2021.

[TEAviisari](#).

[Terveydenhuoltolaki 1326/2010](#).

# Laatuseroste

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA

### Tilastotietojen relevanssi

Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TEAviisari on kehitetty yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), sosiaali- ja terveysministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön, Opetushallituksen ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Vertailutietojärjestelmä tekee näkyväksi kuntien tekemän työn asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi seitsemällä eri toimialalla. Kuntien strategisen johtamisen lisäksi kerätään tietoja terveydenedistämiskäytännöistä (TEA) perusterveydenhuollossa, perusopetuksessa, liikunnassa, lukioissa, ammatillisessa koulutuksessa ja kulttuurissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämä Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto tarkastelee erityisesti kuntajohdon roolia ja merkitystä kunnan kaikkia toimialoja koskevassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Raportoidut tiedot kuvaavat erityisesti perusedellytyksiä, jotka mahdollistavat tehokkaan ja toimivan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön johtamisen kunnan kaikilla hallinnonaloilla. Tiedot eivät kuvaa operatiivista, päivittäistä toimintaa.

Tietoja käytetään mm. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamistyön arvioinnissa sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjauksessa ja valvonnassa. Tietoja on tarkoitus käyttää myös kuntien valtionosuuden määräytymisen kriteerin, [hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan](#) laskemisessa.

Tietojen avulla kunnat ja alueet voivat kehittää ja arvioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tilannetta suhteessa koko maahan tai toisiin kuntiin. Tiedot on tarkoitettu kuntien ja kaupunkien viranomaisille, kansallisille ja alueellisille viranomaisille sekä päätöksentekijöille, suunnittelijoille ja tutkijoille.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuus jakaantuu viiteen eri ulottuvuuteen eli sitoutumiseen, johtamiseen, seurantaan ja tarveanalyysiin, voimavaroihin sekä osallisuuteen.

- Sitoutuminen kuvaa strategiatasolla kunnan sitoutumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, esimerkiksi teeman näkyvyyttä keskeisissä asiakirjoissa sekä toimeenpanoa tukevien mittareiden käyttöä osana taloussuunnittelun prosessia.
- Johtaminen kuvaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisoimista, vastuun määrittelyä ja toimeenpanoa.
- Seuranta ja tarveanalyysi kuvaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen vaikuttavien tekijöiden seurantaan ja tarveanalyysia väestöryhmittäin sekä raportointia johto-/työryhmälle ja luottamushenkilöille.
- Voimavarat kuvaa hyvinvointikoordinaattorin työpanosta ja kunnan yhteisöille myöntämiä avustuksia.
- Osallisuus kuvaa kuntalaisten mahdollisuutta osallistua palvelujen kehittämiseen ja arviointiin.

Tiedonkeruu on toteutettu parittomina vuosina, vuodesta 2011 alkaen yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Tiedonkeruun valmistelussa asiantuntijaryhmänä toimii Terve kunta -verkoston johtoryhmä. Ryhmässä käydään läpi edellisen tiedonkeruun tuloksia ja palautteita sekä pohditaan mahdollisia uusia tietotarpeita. Valmisteluprosessiin osallistuu useita kuntien, kaupunkien ja alueiden edustajia.

## Menetelmäkuvaus

THL kokoaa Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuuteen tarvittavat tiedot eri tietolähteistä. Yhteensä kunnan strategiseen johtamiseen liittyviä indikaattoreita vuonna 2021 on 58 kappaletta, joista 57 kerätään suoraan kuntajohtajilta tai muilta johtavilta viranhaltijoilta tiedonkeruun avulla. Avustukset yhteisöille poimitaan Tilastokeskuksen Kuntataloustilastosta.

Tiedonkeruu kuntien johdolle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä toteutetaan keväisin, kahden vuoden välein parittomina vuosina. Käyttäjätunnukset ja linkki tiedonkeruulomakkeeseen lähetetään kaikille kunnanjohtajille sähköpostilla. Tiedot pyydetään keräämään yhteistyössä hyvinvointikoordinaattorin ja kunnan johtoryhmän kanssa. Vuonna 2021 sähköinen tiedonkeruulomake (pdf) lähetettiin myös kuntien kirjaamoihin. Tietojen toimittamisesta muistutetaan kahdesti sähköpostilla. Tämän jälkeen aluehallintoviranomaiset voivat olla yhteydessä oman alueensa kuntiin. THL:n yhteyshenkilö on vielä henkilökohtaisesti yhteydessä kaikkiin vastaamattomiin kuntiin soittamalla kesäkuussa.

Tiedonkeruun materiaalit, kuten lomake, ovat nähtävissä [TEAvisarin verkkosivuilla](#).

Tilaston tiedot kuvaavat viittä terveydenedistämisaktiivisuuden ulottuvuutta eli sitoutumista, johtamista, seurantaa ja tarveanalyysia, voimavaroja sekä osallisuutta. Ulottuvuuskohtaiset pistemäärät on saatu pisteyttämällä kunnan toimintaa kuvaavat tosiasialuonteiset tiedot suhteessa lainsäädäntöön, suosituksiin ja hyviin käytäntöihin. Kokonaispistemäärä on ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. Indikaattorit on pisteytetty asteikolla 0–100. Pistemäärä kuvaa, miten hyvin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu kuntien strategisessa johtamisessa. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on kaikilta osin hyvän käytännön ja hyvän laadun mukaista.

Esimerkki indikaattorin pisteytyksestä:

Kysymys 11. Onko tarkastuslautakunnan tekemässä arviointikertomuksessa arvioitu tämän valtuustokauden aikana kuntanne hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista?

Ei tietoa (0 pistettä)

Ei (0 pistettä)

Kyllä (100 pistettä)

Alueiden pistemäärä on kuntakohtaisten tietojen väestömäärällä painotettu keskiarvo.

## Tietojen kattavuus

Vuonna 2021 tietonsa toimitti kuntaa 271 (92 % kaikista Manner-Suomen kunnista). Vastausaktiivisuus oli korkein Länsi- ja Sisä-Suomen avi-alueella (99 %) ja matalin Pohjois-Suomessa (84 %). Kunnan koko oli yhteydessä vastausaktiivisuuteen: kaikki yli 50000 asukkaan kunnat toimittivat tietonsa ja alle 5000 asukkaan kunnista 90 prosenttia. Vastanneet kunnat kattoivat 97,1 prosenttia koko maan väestöstä. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2. Tietojen toimittaminen kunnan koon mukaan, prosenttiosuus kunnista ja lukumäärä.**

Kunnan koko	2011*	2013	2015	2017	2019	2021
<b>Yhteensä</b>	<b>58 % (195)</b>	<b>67 % (214)</b>	<b>79 % (251)</b>	<b>92 % (270)</b>	<b>93 % (273)</b>	<b>92 % (271)</b>
Alle 5000	46 % (66)	55 % (77)	69 % (95)	86 % (101)	91 % (113)	90 % (112)
5000 - 9999	56 % (49)	69 % (54)	78 % (60)	91 % (73)	92 % (68)	92 % (67)
10 000 - 19 999	68 % (32)	77 % (36)	88 % (43)	98 % (41)	90 % (37)	95 % (39)
20 000 - 49 999	78 % (29)	78 % (28)	97 % (33)	100 % (34)	97 % (34)	94 % (32)
50 000 tai yli	100 % (19)	95 % (19)	100 % (20)	100 % (21)	100 % (21)	100 % (21)

Lähde: teaviisari.fi

\*Ahvenanmaan kunnat olivat mukana vuonna 2011

Lomakkeella oli 57 yksittäistä kysymystä, jotka kuvasivat kunnan strategista johtamista. Tiedot olivat sellaisia, jotka valmistelevalle työryhmälle arvioon mukaan jokaisen kunnan olisi ollut mahdollista toimittaa tiedonkeruuta varten. Kattavia vastauksia oli 57 prosenttia (155 kuntaa). Korkeintaan kolme tietoa puuttui 85 prosentilta (231 kuntaa) tiedot toimittaneista kunnista. Vuonna 2019 vastaavat luvut olivat 59 prosenttia (161) ja 88 prosenttia (239). Puuttuvien tietojen lukumäärä oli yhteydessä tilastolliseen kuntaryhmittelyyn siten, että maaseutumaisilta kunnilta tietoja puuttui keskimäärin enemmän. Ahvenanmaa ei ole mukana tiedonkeruussa.

### Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Vuonna 2021 yli puolessa kunnista (55 %) tiedot kokosi kunnanjohtaja yhdessä kunnan johtoryhmän kanssa. Yli kaksi kuntaa kolmesta (69 %) ilmoitti käsitelleensä tiedonkeruulomaketta kunnan johtoryhmässä. Ohje oli, että lomaketta tulisi käsitellä yhdessä hyvinvointikoordinaattorin kanssa kunnan johtoryhmässä. Joka kolmannessa kunnassa (34 %) vastauksen valmisteluun oli osallistunut hyvinvointikoordinaattori tai vastaava.

Vuonna 2021 aineiston laadun ja luotettavuuden kehittämiseksi kolme tiedonkeruulomakkeen tietoa (kaksi kysymystä) tarkistettiin ja käytiin läpi systemaattisesti. Auditointiin valitut tiedot olivat viitekehysten eri ulottuvuuksista. Valittujen kysymysten Kyllä-vastaukset tarkistettiin käymällä läpi kuntien verkkosivuilta löytyvät tiedot ja kyseiset asiakirjat. Jos asiakirjasta ei löytynyt tietoa, asiakirja tarkistettiin uudelleen. Jos tietoa ei vielä löytynyt, kuntiin oltiin yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse ja pyydettiin tietoihin täydennystä tai vahvistusta. Tarkistuksessa mukana olleiden tietojen osalta tietojen puutteellisuus tai epäselvyys ei ollut systemaattista.

Tietojen auditointi käsiteli hyvinvointikertomuksen avointa näkyvyyttä kunnan nettisivuilla (kysymys 32) sekä kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumisen arviointia tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa (kysymys 10) (Suosaari 2021.)

Tarkastettuja, auditoituja asiakirjoja oli yhteensä 429 ja niiden perusteella muutettavia tietoja oli yhteensä 17. Yhdenkään kunnan osalta ei muutettu kahta tietoa. Luotettavuuden kannalta oleellista oli, että virheellisten tietojen toimittaminen ei ollut systemaattista. Yksittäiset virheelliset tiedot korjattiin aineistoon ja tarvittaessa tietojen päivittäminen myös myöhemmin eli jälkikäteen on mahdollista.

### Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntajohdossa kerätään parittomien vuosien keväällä ja kysymyskohtaiset perusjakaumat julkaistaan perustaulukoissa ennakotietona saman vuoden kesäkuussa kuntakoon, tilastollisen kuntaryhmittelyn, aluehallintoviraston alueen ja maakunnan mukaan. Lokakuussa 2021 taulukot julkaisiin myös hyvinvointialueittain.

Kuntakohtaiset tiedot on raportoitu pisteytettyinä lokakuussa TEAviisarissa. tiedot esitetään valmiiksi analysoituina yhteenvetoina ja toiminnan suunnittelun, johtamisen ja arvioinnin kannalta hyödyllisinä visuaalisina graafeina. TEAviisari näyttää kokonaiskuvan sekä auttaa tunnistamaan kunnan strategisen johtamisen keskeiset vahvuudet ja kehittämistarpeet.

Uusimmat tiedot (2021) koskevat pääasiassa tiedonkeruuvuotta. Tästä poikkeuksena esimerkiksi väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen raportointia koskevat kysymykset (kuviot 4–5).

### Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tiedot julkaistaan THL:n ylläpitämässä palvelussa osoitteessa [www.teaviisari.fi](http://www.teaviisari.fi) ja perustaulukot osoitteessa [www.teaviisari.fi/kuntajohto](http://www.teaviisari.fi/kuntajohto). Tilastotietoja voi poimia myös Tilasto- ja indikaattoripankki [Sotkanetistä](http://Sotkanetista). Sotkanetissä on mahdollista tarkastella vain kokonaispisteitä ja muutamia yksittäisiä indikaattoreita. Ulottuvuuksittain ja kaikkien yksittäisten indikaattoreiden tasolla tiedot ovat saatavilla TEAviisarista. Tiedot raportoidaan voimassa olevalla kuntajaolla. Tilastoraportissa julkaistaan kansalliset päätulokset.

## Tilastojen vertailukelpoisuus

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto on kerätty vuosina 2011, 2013, 2015, 2017, 2019 ja 2021. Tietosisältöön on kehitetty uusia indikaattoreita ja myös tehty pieniä muutoksia. Keskeinen tietosisältö, yhteensä 10 indikaattoria, on pysynyt samana. Vuonna 2015 indikaattoreita oli yhteensä 66, joista 44 oli käytössä myös vuonna 2017. Vuonna 2017 tiedonkeruulomakkeeseen lisättiin vaihtuvat teemat -osio palvelemaan esimerkiksi STM:n hallinnonalan kärkihankkeiden seuranta. Vuonna 2019 mitattiin ensimmäisen kerran kuntajohdon voimavaroja. Vuonna 2021 laajennettiin yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmakysymystä sekä kartoitettiin kunnan toimia koronaepidemian aiheuttamien poikkeusolojen aikana. Vuonna 2021 samoja indikaattoreita kuin vuonna 2019 oli ulottuvuuksittain tehdyssä tarkastelussa seuraavasti: sitoutuminen 16/22, johtaminen 7/9, seuranta ja tarveanalyysi 10/10, voimavarat 1/2 ja osallisuus 11/13. Vuonna 2021 indikaattoreita oli yhteensä 58 kappaletta, 2019 yhteensä 66 kappaletta, 2017 yhteensä 50 kappaletta, 2015 yhteensä 72 kpl, vuonna 2015 yhteensä 72 kpl, vuonna 2013 yhteensä 64 kpl ja vuonna 2011 47 kpl.

## Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

Tilasto sisältää melko kattavasti koko maan tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntien strategisen johtamisen näkökulmasta (91 % kunnista). Kattavuus laski koronaviruksen aiheuttamista poikkeusoloista huolimatta vain hieman vuoden 2019 tiedonkeruusta, jolloin kattavuus oli 93 %. Vuonna 2017 kattavuus oli 91 %, vuonna 2015 79 %, vuonna 2013 67 % ja vuonna 2011 58 % kunnista.

## Vuoden 2021 erityiskysymykset

Kaikkiaan 22 kuntaa ei toimittanut tietojaan: Akaa, Enontekiö, Eura, Hailuoto, Hirvensalmi, Humppila, Hyrynsalmi, Inkoo, Jokioinen, Karijoki, Karkkila, Kirkkonummi, Koski Tl, Laitila, Loppi, Marttila, Parikkala, Pudasjärvi, Puolanka, Pyhäjoki, Pyhäranta, Raahe, ja Savukoski.