

Leena Zittling

HOLISTINEN HALLINTOMALLI HYVINVOINNIN VAHVISTAJANA

TIIVISTELMÄ

Leena Zitting: Holistinen hallintomalli hyvinvoinnin vahvistajana
Pro gradu -tutkielma, 116 sivua, 17 kuviota, 7 taulukkoa, 2 liitesivua
Ohjaaja(t): TtT, tutkimusjohtaja Lauri Kokkinen, HTT, Professori Jari Stenvall
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, Kansanterveystiede
Lokakuu 2022

Tämän monografia tutkimuksen lähtökohtana oli kartoittaa Keski-Uudenmaan kuntien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden tasoa. Tutkimuksen avulla selvitettiin kuntapäätäjien tietotaitoa hyvinvointijohtamisen uusista keskeisistä käsitteistä, holistisesta hallintomallista, hyvinvointitaloudesta ja heidän funktionaalinen terveystieteiden tutkimus. Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten terveys näkyy arvona kuntastrategioissa ja miten valittu arvo näkyy hyvinvointijohtamisen strategisella ja operatiivisella tasolla. Lisäksi tarkasteltiin, ovatko päätösten ennakoarviointi (EVA), toimintakyky terveyden mittarina ja HYTE-kerroin taloudellisena kannustimena käytössä kunnan hyvinvointijohtamisessa. Tutkimuksessa keskityttiin Keski-Uudenmaan kuuteen kuntaan, Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula. Samat kunnat muodostavat 1.1.2023 aloittavan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen.

Tulevaisuuden toimintaympäristö ja organisaatiot kohtaavat suuria haasteita tämän hetken vallitsevien megatrendien, erityisesti ikääntymisen johdosta. Maailman terveysjärjestö (WHO) arvioi maailmassa olevan yli kaksi miljardia iäkästä henkilöä vuoteen 2050 mennessä. Heistä joka viides on yli 60-vuotias. Suomessa väestön ikääntyminen on nopeampaa kuin muissa maissa. Ikääntymisen myötä tarttumattomien tautien eli kroonisten tautien määrä lisääntyy ja väestön toimintakyky alenee. Koko hallinnon kattavat rakennemallit ja hyvinvointitalouden käyttöönotto laajenee. Toimintakykyä painottava funktionaalinen terveystieteiden tutkimus vahvistuu. Kunnissa päätösten ennakoarviointi otetaan tehokkaampaan käyttöön. Taloudellisia kannustimia opitaan hyödyntämään ja palveluverkkojen vaikuttavuutta mitataan kustannustehokkaammin.

Tässä tutkielmassa hyödynnettiin aineistona sekä valmiita tilastokantoja että asiantuntijahaastatteluja. Valmiit dokumentit tuotettiin Tilastokeskuksen, Uudenmaan liiton sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) TEA viisari ja Sotkanetin tietovarannoista sekä kuntien kuntastrategioista. Tuotetut materiaalit toteutettiin asiantuntijahaastattelumenetelmällä. Haastateltavat olivat Keski-Uudenmaan kuuden kunnan hyvinvoinnin valmisteluun ja päätöksentekoon osallistuvia viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä. Haastateltavat viranhaltijat olivat hyvinvointikoordinaattoreita. Luottamushenkilöt olivat kunnanhallituksen puheenjohtajia.

Tutkimus toteutettiin monimenetelmää hyödyntävänä laadullisena vertailevana tapaustutkimuksena (*case study research*). Tutkimuksessa kehitettiin tutkittavista muuttujista koottu hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta kuvaava SOLIDscore arvo. Arvon avulla ohjataan ja vahvistetaan hyvinvointijohtamista organisaatiossa. Aineistonanalyysi toteutettiin lineaarisesta regressiomallia ja fsQCA menetelmää hyödyntäen. Lineaarisen regressiomallin avulla estimoitettiin kausaalisuutta hyvinvointijohtamisen tason sekä kunnan johtamisvastuun, sote-nettokustannusten, lainakannan ja verotulojen tason välillä. Tutkimuksessa muodostettiin menetelmän mukaisesti totuustaulukko, ”*truth table*” selitettävän ja selittävien tekijöiden kesken. Näiden avulla selvitettiin, mitkä ulkoiset tekijät edistävät tai ehkäisevät johdonmukaisen hyvinvointijohtamisen toteutumista.

Tässä tutkimuksessa osoitettiin, että hyvinvointijohtamisen taso vaihtelee merkittävästi kunnittain. Hyvinvointijohtaminen on tietojohdamista, jossa hyödynnetään tehokkaasti eri indikaattoreiden käyttöä. Hyvinvointijohtamisen uusien käsitteiden tietoisuutta ja käyttöä on vahvistettava. Päätösten ennakoarviointia ja taloudellisten kannustimien käyttöä on kasvatettava. Hyvinvointijohtamisen ja johtamisvastuun välillä on voimakas riippuvuus vaikuttaen merkittävästi kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tasoon. Tämän tutkielman avulla voidaan todeta, että jatkotutkimuksia tarvitaan erityisesti uusien hallintorakenteiden käytön, hyvinvointitalous-käsitteen sisäistämisen ja uudenlaisen strategisen johtamistaidon osalta. Uutta tuoretta kirjallisuutta ja koulutusta on tärkeää tuottaa yhteiskunnallisille päättäjille.

Avainsanat: holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystieteiden tutkimus, hyvinvointitalous, arvot, toimintakyky, päätösten ennakoarviointi (EVA), HYTE kerroin, SOLIDscore

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Zittling, Leena: Holistic governance model as welfare booster

Master's thesis, 116 pages, 17 figures, 7 tables, 2 appendices

Supervisors: PhD, Research Director Lauri Kokkinen, Professor of Administrative Science Jari Stenvall

Tampere University

Degree Program in Health Sciences, Public Health

October 2022

The starting point of this monograph study was to survey the level of consistency in welfare management of the municipalities and trustees of Central Uusimaa municipalities. The study was used to examine the know-how of municipal decision-makers on the new key concepts of welfare management, the holistic governance model, welfare economics and their functional health perceptions. The study also examined how health is reflected as value in municipal strategies and how the chosen value is reflected in the strategic and operational levels of welfare management. In addition, the health impact assessment evaluation of decisions, functional capacity as a measure of health and the HYTE coefficient were used as an economic incentive in municipal welfare management. The study focused on the six municipalities of Central Uusimaa, Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen and Tuusula. The same municipalities form the Central Uusimaa wellbeing service county starting on 1 January 2023.

Future environment and organizations face major challenges due to the current megatrends, especially ageing. The World Health Organization (WHO) estimates there will be more than two billion older people worldwide by 2050. One in five of them is over 60 years old. In Finland, population ageing is faster than in any other countries. With ageing, the number of non-communicable diseases, or chronic diseases, increases and the ability to function of the population decreases. Structural models covering government-wide and the introduction of welfare economics are expanding. Functional health perception, which weighs functional capacity, is strengthened. In municipalities, health impact assessment evaluation of decisions will be made more effective. Financial incentives are learned to be utilized and the effectiveness of service networks is measured more cost-effectively.

This thesis utilized both ready-made statistical positions and expert interviews as material. The finished documents were produced from the data reserves of Statistics Finland, the Council of Uusimaa and the Finnish Institute of Health and Welfare (THL) TEA-viisari including Sotkanet databases, as well as municipal strategies. The materials produced were carried out using the expert interview method. The interviewees were officials and trustees involved in the preparation and decision-making of the welfare of the six municipalities of Central Uusimaa. The interviewees of the officeholders were welfare coordinators. The trustees were presidents of the municipal board.

The study was implemented as a qualitative comparative case study research using a multimethod. The study developed a SolidScore value of welfare management consistency compiled from the variables under study. Value is used to guide and strengthen welfare leadership within an organization. Data analysis was carried out using the linear regression model and the fsQCA method. The linear regression method was utilized to estimate causality between the level of welfare management and the level of municipal management responsibility, net social welfare costs, loan rate and tax revenue level. The study established a truth table, a *"truth table"* between the factors to be explained and explained according to the method. These were used to determine which external factors contribute or prevent the realization of consistent wellness management.

This study showed that the level of welfare management varies significantly from municipality to municipality. Welfare management is knowledge management that makes effective use of different indicators. Awareness and usage levels of new concepts in welfare management need to be strengthened. The health impact assessment evaluation of decisions and the use of financial incentives need to be increased. There is a strong dependence between welfare management and management responsibility, significantly affecting the level of welfare and health promotion of municipalities. This thesis makes it possible to note that further research is needed, particularly with regard to the use of new holistic governance structures, the internalization of the concept of welfare economics, and a new form of strategic management and leadership skills. It is important to produce fresh new literature and education for social decision-makers.

Keywords: holistic governance model, welfare economy, functional health perception, values, functioning, human impact assessment (HIA), welfare incentive (HYTE factor), SOLIDscore

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

ALKUSANAT

Holistisen hallintomalli aihekipinä lähti syyskuussa 2001 kuunnellessani Harvard Business Schoolin professori Michael Porterin luentoa Finlandiatlolla Leaders Forum tilaisuudessa. Silloin aihe ei suinkaan kulkenut tuolla nimellä, vaan siihen aikaan pohdimme kansakuntien kilpailukykyä. Porter oli vuosikymmen aiemmin julkaissut kuuluisaksi tulleen Kansakuntien kilpailukyky teoksensa, josta on vuosikymmenien ajan näkynyt monia modifioituja versioita. Teoksen jälkeen kaikille on kuitenkin tutuksi tullut ”*timanttimalli*” ja ”*klusteri*” käsite. Tuon päivän jälkeen olen kuunnellut Porteria sekä hänen apulaisprofessoriaan Christian Ketelsiä useissa eri kansainvälisissä tilaisuuksissa niin Euroopassa kuin Yhdysvalloissa. Oli myös kunnia kouluttaa yhdessä apulaisprofessori Ketelsin kanssa kansainvälisiä kilpailukyky asiantuntijoita eri Euroopan maihin vuonna 2008.

Kansakuntien kilpailukyvyistä aiheet jatkuivat yritysten, alueiden ja monien eri toimialojen kilpailukyvyyn kehittämiseen. On ollut ilo saada seurata monien koulutettujen toimintaa eri puolilla maailmaa. Toimintaympäristöt kuitenkin muuttuivat nopealla vauhdilla ja uudet megatrendit seurasivat toisiaan. Kirjoitin paljon eri artikkeleita kilpailukyvyistä ja siihen liittyvistä elementeistä seitsemän vuoden paljon niin suomeksi kuin englanniksi. Luennoin myös kilpailukykyyn liittyvistä aiheista eri puolilla Eurooppaa ja Yhdysvalloissa. Terveystieteiden tutkimus on ollut osa johtamisuraani lähes koko työurani ajan eikä tuo ”*timanttimalli*” ole jättänyt rauhaan.

Laajensin opintojani terveystieteiden alan ja kaupallisen koulutuksen lisäksi johtamiseen, kansanterveystieteeseen ja terveystaloustieteeseen ja havaitsin, että kaikissa niistä puhuttiin kokonaisvaltaisesta asioiden hoidosta, laajemmasta yhteistyörakenteesta eri toimijoiden kesken, arvojen merkityksestä ja niukkojen voimavarojen kohdentamisesta oikein, jotta voidaan tuottaa yhä enemmän palveluita yhä pienimmillä resursseilla. Porter nosti jälleen esille uuden käsitteen – vaikuttavuus, monen muun ohella. Mutta eihän hyvinvoinnin ja terveyden ohella sovi puhua taloudesta ja vaikuttavuudesta? Mutta meidän täytyy. OECD katsoi, että ikääntymisen megatrendiin ja yleensä koko sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin ei voida vastata ilman hyvinvointitaloutta. Jälleen uusi käsite, mutta, miten sen kanssa toimia?

Tätä opinnäytetyötä kirjoitettaessa, Suomi on toteuttamassa historiansa suurinta sosiaali- ja terveydenhuollon alan rakenneuudistusta. Näitä uudistuksia on tullut seurattua jo muutaman vuosikymmenen ajan. Uudet hyvinvointialueet, jotka tulevat vastaamaan tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluista, aloittavat työnsä vajaan vuoden kuluttua. Nyt jos koskaan tarvitaan uusia innovatiivisia ajattelumalleja, toimintamalleja ja rahoitusmalleja rakenteiden ohella. Nyt jos koskaan, meitä ravistellaan löytämään uusia ratkaisuja.

Kiitän ohjaajiani terveystieteiden tohtori ja tutkimusjohtaja Lauri Kokkista sekä hallintotieteiden tohtori ja professori Jari Stenvallia kärsivällisyydestä ja hellästä ohjauksesta. Erityiskiitokseni ansaitsevat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen korkeakouluohjaajani valtiotieteiden tohtori Tuulia Rotko ja filosofian tohtori Tapani Kauppinen, jotka tutustuttivat minut käsitteisiin päätösten ennakoarviointi ja hyvinvointitalous. Niissä on vielä paljon tekemistä. Eiköhän ryhdytä töihin?

Nurmijärvellä lokakuussa 2022

Leena Zittling

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
ALKUSANAT

1. JOHDANTO	1
2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1. MUUTTUVA VÄESTÖRAKENNE	7
2.2. ENNAKOIMATON JA KOMPLEKSINEN MAAILMA HAASTAA AJATTELUA JA TOIMINTAA	10
2.3. TERVEYSKÄSITYKSET UUELLEENTARKASTELUSSA	14
2.4. ARVIOINTIA, SEURANTAA JA VAIKUTTAVUUTTA HYVINVOINTIJOHTAMISEEN	18
3. TUTKIMUKSEN KÄSITTEISTÄ	23
3.1. HOLISTINEN HALLINTOMALLI – ARVOVERKKOMAINEN TOIMINTATAPA	23
3.2. HYVINVOINTITALOUS - ALUSTA HYVÄN ELÄMÄN EDELLYTYKSILLE	30
3.3. FUNKTIONAALINEN TERVEYSKÄSITYS – TOIMINTAKYKY TERVEYDEN TÄRKEIN MITTARI	33
3.4. PÄÄTÖSTEN ENNAKKOARVIOINTI – RYHTIÄ PÄÄTÖKSENTEKOON	36
3.5. HYTE KERROIN – TALOUDELLINEN KANNUSTIN HYTE TOIMINTAAN	38
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	41
5. TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT	42
5.1. AINEISTON KUVAILU JA HANKINTAMENETELMÄ	43
5.2. AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄ	49
5.3. KUNTALUONNEHDINNAT	55
5.4. TUTKIMUKSEN EETTISET JA LUOTETTAVUUS NÄKÖKULMAT	59
6. TULOKSET	63
6.1. SELKEÄT INDIKAATTORIT VIITOITTAVAT HYVINVOINTIJOHTAMISEN SUUNTAA	63
6.1.1. JOHTAMISEN KOKONAISTILANNE	63
6.1.2. TALOUDELLISEN KANNUSTIMEN TUNTEMUS VAHVISTAA KUNTATALOUTTA	68
6.2. UUSISTA KÄSITTEISTÄ POHJAA UUDENLAISELLE HYVINVOINTIJOHTAMISELLE	71
6.2.1. ”TERVEYTEESIT” OHJAAVAT HYVINVOINTIJOHTAMISEN KEHITTYMISTÄ	71
6.2.2. HALLINTORAKENTEEN YHTEISTOIMINTA DUAALIVAIHEESSA	72
6.2.3. HALLINTORAKENTEESTA KOHTI VERKOSTOMAISEMPAA SUUNTAA	72
6.2.4. PÄÄTÖKSENTEON ENNAKKOARVIOINTI (EVÄ INDIKAATTORI) VAJAAKÄYTÖSSÄ	73
6.2.5. VALTIOLTA TULEVIEN TALOUDELLISTEN KANNUSTIMIEN HYÖDYNTÄMISESSÄ KEHITTÄMISEN VARAA	74
6.2.6. HYVINVOINTITALOUS TUNTEMATON KÄSITE	75
6.2.7. UUSI TYÖKALU HYVINVOINTIJOHTAMISEN JOHDONMUKAISUUDEN LISÄÄMISEEN	75
6.3. TILASTOLLINEN PÄÄTTELY	76
6.4. JOHTAMISVASTUU SUURIN SYYVAIKUTUS HYVINVOINTIJOHTAMISEN TASOON	77

7. POHDINTA	83
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUKSET	91
8.1. UUSIEN KÄSITTEIDEN TUNTEMUSTA VAHVISTETTAVA	92
8.2. HYVINVOINTIJOHTAMISEEN KAIVATAAN JOHDONMUKAISUUTTA	93
8.3. HYVINVOINTIJOHTAMISEN ARVIOINTIA JA SEURANTAA LISÄTTÄVÄ	94
8.4. JATKOTUTKIMUKSET	95
9. LÄHDELUETTELO	97

LIITTEET

KUVAT JA TAULUKOT

KUVALUETTELO

KUVA 1 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	5
KUVA 2 YLI 55-VUOTIADEN OSUUS IKÄRYHMITÄIN VUOSINA 2019 JA 2050 (% OSUUS KOKO VÄESTÖSTÄ)	8
KUVA 3 THE HEALTH MAP (BARTON&GRANT, 2006) (MUKAILLEN DAHLGREN&WHITEHEAD, 1991)	16
KUVA 4 PORTERIN TIMANTTIMALLI, 2021	25
KUVA 5 HOLISTINEN HALLINTOMALLI PORTER JA BARTON&GRANT MALLEJA MUKAILLEN, 2021	29
KUVA 6 YMPÄRISTÖN, YHTEISKUNNAN JA TALOUDEN KERROSTUNUT SUHDE	31
KUVA 7 HYTE KERROIN INDIKAATTORIN PERUSELEMENTIT	40
KUVA 8 KESKI-UUDENMAAN HYVINVOINTIALUEELLE SIOITTUVAT KUNNAT	55
KUVA 9 KESKI-UUDENMAAN KUNTIEN VÄESTÖLLINEN HUOLTOSUHTEEN ENNUSTE VUOTEEN 2040	56
KUVA 10 KESKI-UUDENMAAN KUNTIEN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN NETTOKUSTANNUKSET/ASUKAS/2020	58
KUVA 11 JOHTAMISEN YLEISTILA KESKI-UUDENMAAN KUNNISSA 2021	64
KUVA 12 EVASTA PÄÄTÖS TEHTY	66
KUVA 13 EVA KÄYTÖSSÄ	66
KUVA 14 EVA KIRJALLINEN OHJE TEHTY	66
KUVA 15 EVA LAUTAKUNTATYÖSKENTELYSSÄ	66
KUVA 16 PÄÄTÖSTEN ENNAKKOARVIOINNIN TASO KESKI-UUDENMAAN KUNNISSA 2021	67
KUVA 17 LUOTTAMUSVÄLI TARKASTELU	77

TAULUKOT

TAULUKKO 1 TILASTOKESKUS 2021, VÄESTÖMÄÄRÄ PER 31.8.2021	44
TAULUKKO 2 HYVINVOINTIJOHTAMISEN JOHDONMUKAISUUTTA KUVAAVA SOLIDSCORE ARVO	52
TAULUKKO 3 HYTE KERROIN ARVOT KESKI-UUDENMAAN KUNNISSA VUOSINA 2018 JA 2020	69
TAULUKKO 4 VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄN LISÄOSAN EUROMÄÄRÄINEN SUURUUS PER KUNTA	70
TAULUKKO 5 KUNTIEN ARVOT KUNTASTRATEGIASSA	71
TAULUKKO 6 SOLIDSCORE PISTEYTYS KUNNITTAIN	75
TAULUKKO 7 TAULUKKOSARJA: YHTEENVETO, OSAT 1-8 CHARLES RAGIN "TOTUUSTAULU" TARKASTELUSTA	78

1. JOHDANTO

Tämän monografia tutkimuksen lähtökohtana on kartoittaa Keski-Uudenmaan kuntien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden tasoa. Tutkimuksen avulla selvitetään kuntapäätäjien tietotaitoa hyvinvointijohtamisen uusista keskeisistä käsitteistä holistinen hallintomalli, hyvinvointitalous ja funktionaalinen terveyskäsitteys. Tutkimuksessa selvitetään myös, miten terveys arvona on huomioitu kuntastrategioissa ja miten valittu arvo näkyy hyvinvointijohtamisen strategisella ja operatiivisella tasolla. Lisäksi tarkastellaan, ovatko päätösten ennakoarviointi (EVA), toimintakyky terveyden mittarina ja HYTE kerroin taloudellisena kannustimena käytössä kunnan hyvinvointijohtamisessa.

Tutkimuksessa tarkastellaan myös, mitkä ulkoiset kulttuuris-taloudelliset tekijät edistävät tai ehkäisevät hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta. Tutkimuksessa keskitytään Keski-Uudenmaan kuuteen kuntaan, Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula. Samat kunnat muodostavat 1.1.2023 aloittavan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen.

Opinnäytetyön **toisessa osiossa** avataan tutkimuksen lähtökohtia voimakkaasti muuttuvaan väestönrakenteeseen, kompleksiseen toimintaympäristöön ja organisaatioihin, erityyppisiin terveyskäsitteisiin sekä hyvinvointijohtamisen vaikuttavuuteen liittyen. Väestön ikääntyminen yhteiskunnallisena ilmiönä on verrattavissa ilmastonmuutoksen kaltaiseen megatrendiin. Pitkäikäisyys ja ikääntyminen ovat osoituksia hyvinvoinnin lisääntymisestä ja elinolojen kohentumisesta. Yli 80 vuotta täyttäneen väestön osuus nousee erityisen rajusti, lähes kolminkertaistuen maailmanlaajuisesti vuosina 2015—2060. Suomen väestörakenne muuttuu väestön ikääntymisen, syntyvyyden laskun sekä moninaistuvan muuttoliikkeen johdosta. Tulevien ikääntyvien yhteiskuntien keskeinen tavoite on kansalaisten aktiiviseen elämään ohjaaminen ja fyysisestä aktiivisuudesta huolehtiminen. Poliitiikan toimijat eri puolilla Eurooppaa etsivätkin johtamiseen interventioita ja keinoja voidakseen vastata ikääntymisestä johtuvien kroonisten sairauksien kasvuun (Prohaska ym. 2012, 33; OECD 2019, 10; Kestilä & Martelin 2019; Eurostat 2020; Sitra 2020, 2; WHO 2021; Zechner ym 2022).

Tulevaisuuden toimintaympäristöt ja organisaatiot kohtaavat suuria haasteita juuri ikääntymisen johdosta. Toimintaympäristö on arvaamaton. Sitä muovaavat moniulotteisuus, kompleksisuus ja verkottumisen voimat. Nämä voimat muuttavat ennustettavuutta, epätodennäköisyyksiä ja aiheuttavat hajottavia tapahtumia. Suomessa on meneillään laaja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus, jonka tavoitteena on ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen lisäksi, palvelujen yhdenvertaisuuden parantaminen ja saatavuuden ja saavutettavuuden lisääminen sekä kustannusten hillitseminen. Rakenneuudistuksen haasteeksi muodostunee se, että perinteiset hierarkkiset *”laatikko-organisaatiot”* ovat poikkeuksetta jäykkiä ja kyvyttömiä ratkaisemaan kompleksisia haasteita. Ennustetaankin, että organisaatiot kohtaavat rajun käänteen ja tulevaisuus tulee rakentumaan integroidun ja arvoverkkomaisen ekosysteemin perustalle. Terveystiedon edistämisen työn ei katsota onnistuvan ilman arvoverkkomaista ekosysteemiä, sen vaativasta toiminnan luonteesta huolimatta. Arvoverkkomaisen toiminnan katsotaan kykenevän ohjaamaan niukkoja aineellisia työlle asetettuja resursseja. Arvoverkko-toiminta on elinehto terveyden edistämisen työlle sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa (Rotko & Kauppinen 2016, 20–21, 25–26; Kontio ym, 2018, 37; Lappalainen 2018; Valtioneuvosto 2019).

Terveystiedon edistäminen on erityisen kustannustehokas tapa, kaikilla indikaattoreilla arvioituna, edistää kokonaisvaltaista hyvinvointia ja talouden kasvua. Maailman Terveysjärjestön (WHO) arvioissa tarttumattomat taudit eli krooniset sairaudet ovat syynä yli 70%:ssa globaaleista kuolemista. Ne ovat myös syynä noin 85%:ssa ennenaikaisista kuolemista. WHO määrittääkin kroonisten sairauksien eli kansansairauksien hoitamisen olevan *”jatkuva johtamisen haaste seuraavien vuosikymmenien ajan”*. Poliitikkojen täytyykin priorisoida erilaisten strategioiden välillä. Terveystiedon edistämisen joutuvat uudelleentarkasteluun. Kustannusvaikuttavuus analyysit tulevat määrittämään kuinka paljon terveydentilaa voidaan parantaa valituilla panoksilla ja onko valitut systemaattiset ja sofistikoituneet menetelmät, riittävän tehokkaita. Kustannusvaikuttavuus analyysit edellyttävät vankkaa tilastotietoa, joiden puuttuminen heikentää johtamisen strategioiden ja menetelmien käyttöä kaikissa Euroopan maissa (WHO Europe 2010, 1, 49; Kauhanen ym. 2013, 101).

Sosiaali- ja terveyspalveluissa haetaan entistä enemmän vastauksia vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden kysymyksiin. Mitä vaikuttavuudella tarkoitetaan, miten sitä voitaisiin arvioida ja tutkia? Tämä edellyttää uudenlaisen tietojohdamisen ja tiedolla johtamisen käsitteiden tehokkaampaa käyttöä. Tiedolla operointi tulee nousemaan ydinrooliin ja muodostamaan organisaatioiden menestymisen kivijalan muutoksen johtamisessa soite-uudistuksessa. Vaikuttavuusperusteinen terveydenhuollonjärjestelmä (value-based healthcare), jossa kustannusvaikuttavuus on nostettu tavoitteeksi, tulee yleistymään (Porter 2009; Hujala & Taskinen 2020; Vakkala & Syväjärvi, 2020).

Tutkimuksen **kolmannessa osassa** kartoitetaan tutkimuksessa käytettävien käsitteiden sisältöä. Osiossa keskitytään rakenteiden ja arvojen, rahoituksen, terveyskäsitysten, ennakoarviointien ja taloudellisten kannustimien selvittämiseen. Integroitujen ja verkostomaisten *“whole-of-government”* (holistinen hallintomalli) tai *“Joined-up-Government”* tyylisten aroverkko rakennemallien yleistymistä pidetään välttämättömänä, jotta terveyden sosiaalisten determinanttien, kuten ikääntymisen, haasteisiin voidaan tarttua (Christensen & Laegreid, 2007; Carey ym 2014; Lappalainen 2018). Tässä tutkimuksessa kartoitetaan holistinen hallintomalli käyttötasoa tutkittavissa kunnissa.

Lainsäädännön mukaisesti kunnassa on oltava kuntastrategia, jossa valtuusto päättää kunnan toiminnan ja talouden pitkän aikavälin tavoitteista. Keväällä 2021 valitut uudet valtuustot hyväksyvät historian toiset kuntastrategiat meneillään oleville valtuustokausille. Kunnan toimintaa strategioissa ohjaavat arvot. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, ovatko hyvinvointi, terveys tai toimintakyky ns *“terveysteesit”* määritelty kuntastrategian arvoissa ja mikä niiden painoarvo strategiassa on (Kuntalaki 410/2015, 37§)

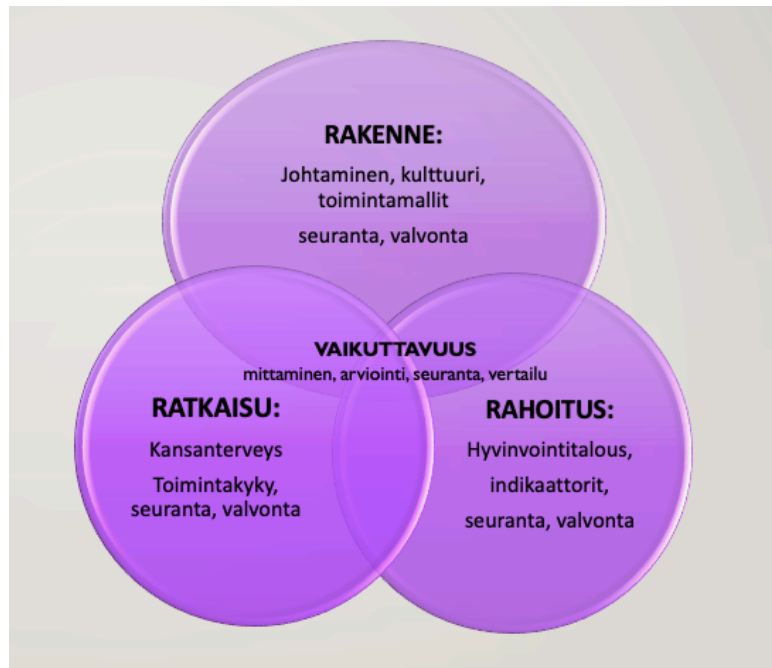
Hyvinvointi on noussut kansainvälisten talousjärjestöjen OECDn, Maailmanpankin ja IMF:n keskuudessa merkittävään rooliin talouskasvun moottorina. Talousjärjestöt muuttivat profiiliaan ja katsovat talouden kehitystä hyvinvointitalouden näkökulmasta. Hyvinvointitalous on tulevaisuuden ajattelutapa, jossa visiona on tarjota kaikille hyvä elämä. Marinin hallitusohjelman yksi keskeinen rahoituksellinen ajatus on hyvinvointitalouden edistäminen investoimalla hyvinvointiin ja terveyttä edistäviin toimiin. Ohjelma tavoittelee

palvelujen tarpeen vähentämistä (Soste 2017, 10; OECD 2019; Valtioneuvosto 2019). Tässä tutkimuksessa kartoitetaan hyvinvointitalouden tietousta kuntasäätäjissä.

Kaikki säädökset vaikuttavat lähtökohtaisesti ihmisiin. Vaikutuksia on tunnistettava, niitä on kyettävä arvioimaan ja niiden merkittävyyttä on osattava punnita. Julkisessa päätöksenteossa on tärkeää pohtia, miten käsittelyissä olevat päätökset vaikuttaisivat ihmisryhmien elämään. Eräs tapa arvioida valmisteluun vietävät asiat, on arvioida niitä etukäteen. Tätä kutsutaan päätösten vaikutusten ennakoarvioinniksi (EVA). Lainsäädäntö edellyttää, että kuntien on arvioitava päätöksentekonsa vaikutuksia ennakkoon. Myös terveyden edistämistyössä periaate on keskeinen. Ennakoarvioinneilla lisätään kestävyttä ja vaikuttavuutta kuntien päätöksentekoon ja siten edistetään kuntalaisten kokonaisvaltaista hyvinvointia (Kauppinen 2011; STM 2016, 3; Pekkanen, 2020; Penttilä ym. 2020, 41-64). Tässä tutkimuksessa arvioidaan Keski-Uudenmaan kuntien päätösten ennakoarvioinnin käyttöä hyvinvointijohtamisessa.

Kunnille on suunniteltu otettavan käyttöön **taloudellisia kannustimia**. Ne ovat osa valtionosuusjärjestelmää ja suurus määräytyy osin kunnissa tehtävän hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn (hyte) pohjalta. Kannustimien avulla halutaan varmistaa kuntien aktiivi toiminta kuntalaisten hyte-työssä sote-uudistuksen jälkeenkin. Kannustinmallissa (HYTE-kerroin) tarkastellaan kansalaisten preferenssien mukaisten palveluiden kustannustehokasta tuottamista. Kunnan laaja vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä on pohjana HYTE-kertoimen käyttöönotolle (Kivinen ym. 2018, 8; Jäätteenmäki, 2021; Juntunen & Ikola-Norrbacka, 2021, 136). Tässä tutkimuksessa vertaillaan keskiuusmaalaisten kuntien valtionosuusjärjestelmän lisärahoituksen suuruksia ja niistä saatavia taloudellisia hyötyjä kunnan talouteen.

Opinnäytetyössä hyödynnetään tutkimusta varten kehitettyä **R³V** (rakenne, rahoitus, ratkaisumallit, vaikuttavuus) ajattelumallia.



KUVA 1 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen **menetelmäosa** kiteyttää tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tutkimus on realismia edustava monimenetelmäinen tutkimusasetelma. Aineistonhankinta koostuu sekä valmiista että tuotetuista materiaaleista. Valmiit aineistomateriaalit ovat Tilastokeskuksen ja Uudenmaan liiton lisäksi koottu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Sotkanet ja TEA-viisari tietovarannoista. Tuotetut materiaalit on koottu Keski-Uudenmaan kuuden kunnan viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden asiantuntijahaastatteluiden pohjalta. Haastatteluiden otoskoko on 11 henkilöä. Menetelmäosiossa esitellään myös tutkimuksessa käytetty Charles Raginin laadullista vertailevaa menetelmää ja siihen erityisesti kuuluvaa *”totuustaulu”* (*”truth table”*) ajattelua.

Tutkimuksen **tulososassa** ja aineistoanalyysissä esitetään ensin jokaisen muuttujan tilanne erikseen tutkittavissa kunnissa. Tämän jälkeen muuttujista muodostetaan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta kuvaava SOLIDscore pisteytysarvo. Pisteytysarvo koostuu valmiiden ja tuotettujen tulosten yhteenvedosta. Pisteytysarvon avulla kuvataan, kuinka johdonmukaista kunnan strateginen ja operatiivinen hyvinvointijohtaminen on. Aineistoanalyysi jatkuu lineaarisesta regressiomallia ja Charles Ragin fsQCA laadullista vertailevaa menetelmää hyödyntäen.

Jatko-osassa tutkitaan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden tasoon vaikuttavia ulkopuolisia edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä. Ehkäisevinä tai edistävinä selittävinä tekijöinä on tutkittu kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuun, sote-nettokustannusten, lainakannan ja verotulojen kausaalisuutta. Tulokset esitellään fsQCA menetelmässä esitetyllä ns Raginin ”*totuustaulun*” avulla.

Tutkimuksen **pohdintaosiossa** paneudutaan miettimään erityisesti syitä siihen, miksi osa käsitteistä on vaille tuntemusta, miten jo olemassa olevia toimintatapoja kehitetään ja vauhditetaan sekä millaisilla keinoilla valtio voi kuntia näissä asioissa tukea. Osiossa otetaan myös kantaa hyvinvointijohtamisen käsitteen moniulotteisuuteen ja monitieteiseen lähtökohtaan ja pohditaan, millaisella osaamisella tähän haasteeseen tulee vastata.

Tutkimuksen **johtopäätökset** ja **jatkotutkimukset** esitellään viimeisessä osiossa ilmiö kerrallaan. Johtopäätöksissä nousevat esille haasteet uusiin käsitteisiin sekä hyvinvointijohtamisen systemaattisuuteen ja vaikuttavuuteen nähden. Jatkotutkimusehdotuksien keskiössä ovat informaatio-ohjaukseen liittyvät tekijät.

2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tätä tutkielmaa kirjoitettaessa loppuvuodesta 2021 syksyyn 2022, yhteiskuntamme kamppailee isojen muutosten kourissa. Korona hallitsee edelleen, valmistaudumme ikääntymisen tuomiin haasteisiin ja implementoimme historiamme ensimmäistä hallinnon kolmatta tasoa, aluehallintotasoa, joita kutsutaan hyvinvointialueiksi. Sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät kunnista hyvinvointialueille 1.1.2023. Rakenteiden uudistamisen myötä kunnissa joudutaan pohtimaan, miten tulevat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (ns hyte) palvelut toteutetaan kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti. Tutkielman lähtökohtana on vastata tuleviin haasteisiin tarjoamalla uusia näkökulmia rakenteisiin ja rahoitukseen sekä ratkaisumalleihin, joiden avulla vahvistetaan kuntien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden strategista ja operatiivista hyvinvointijohtamista kustannusvaikuttavasti.

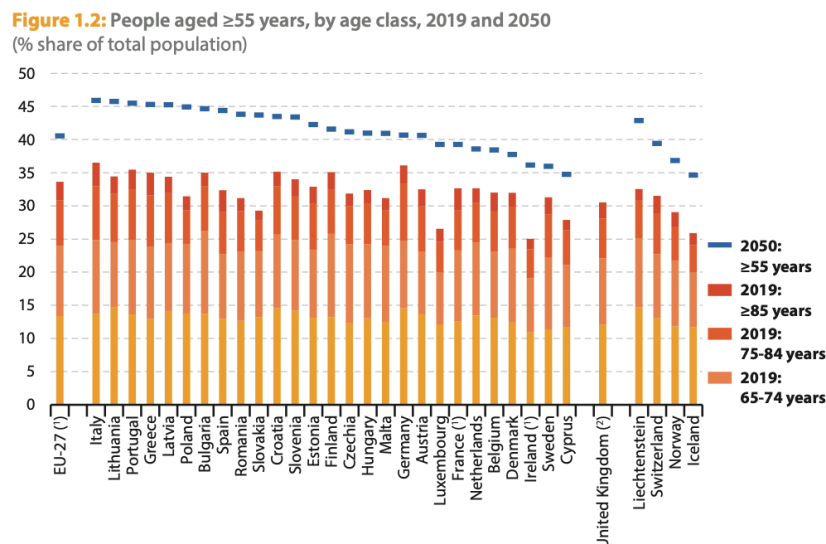
2.1. Muuttuva väestörakenne

Useat tutkimukset ja lähteet toteavat ikääntymisen tulevan vaikuttamaan kaikkien yhteiskuntien toimintaan, niin rakenteisiin, talouteen, johtamisjärjestelmiin kuin uudenlaisten toimintamallien käyttöönottoon. Tulevaisuuden organisaatioiden toiminnassa peräänkuulutetaan hyvinvointia tukevaa ajattelumallia, organisaatioiden tiiviimpää yhteistoimintaa, johtamis- ja toimintakulttuurien muutosta, innovatiivisia toimintatapoja sekä kykyä jalkauttaa strategiset päätökset systemaattisesti operatiiviseen toimintaan. Toimintojen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta painotetaan ja puhutaan kestävästä taloudesta tai hyvinvointitaloudesta, joissa korostetaan ikääntymisen, hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn sekä ilmaston ja luonnon yhteyttä. (Sitra 2003, Kuntaliitto 2011, Prohaska ym. 2012, Carey 2014, WHO 2015, Eurostat 2020; EU 2021, STM 2021.)

Ikääntyminen on kasvava ilmiö globaalisti, erityisesti Euroopassa ja Suomessa. Suomen väestö ikääntyy muita OECD maita nopeammin. Tähän syynä ovat pidentynyt eliniän ennuste sekä toisen maailmansodan jälkeiset suuret sukupolvet. Samansuuntainen kehitys on myös Saksassa, Kreikassa, Kroatiaassa ja Italiassa. Arvioidaan, että väestöstämme yli 80-vuotiaita tai sitä vanhempia on vuonna 2050 noin 12 prosenttia, kun määrä OECDmaissa yleisesti on noin 10 prosenttia. Väestön ikärakenteen muutoksen odotetaan kasvattavan sekä

terveydenhuollon että ikääntyneiden pitkäaikaishoivan menoja (WHO 2019; EU 2021; Pesonen 2015; Zechner ym. 2022).

Pitkän aikavälin ennusteet odottavat terveydenhuollon menojen bruttokansantuoteosuuden kasvavan Suomessa vuosina 2019–2070 6,1 prosentista 7,0 prosenttiin. Ikääntyneiden pitkäaikaishoivan menojen bruttokansantuoteosuus osuus kasvaa 2,0 prosentista 4,2 prosenttiin. Ennusteiden mukaan vuoteen 2050 mennessä joka viides maailman väestöstä on yli 60-vuotias. Maailmassa on tuolloin yli kaksi miljardia iäkästä henkilöä. Ikääntyvää väestöä pidetään haasteellisenä heikkenevän väestöllisen huoltosuhteen vuoksi (Blondell ym. 2014; European Commission 2021; WHO 2021; Zechner ym. 2022).



KUVA 2 Yli 55-vuotiaiden osuus ikäryhmittäin vuosina 2019 ja 2050 (% osuus koko väestöstä)

Lähde: Eurostat 2020

Syntyvyyden laskun ja elinajanodotteen pidentymisen seurauksena ihmisten eliniänodote nousee. Suomen väestöstä yli 65-vuotiaiden osuus on neljässäkymmenessä vuodessa lähes tuplaantunut 12%:sta aina 22%:n asti. Vuonna 1980 yli 65-vuotiaita oli lukumääräisesti n. 58 000 henkeä, kun heitä oli vuonna 2020 jo n. 126 000 henkeä. Tilastokeskuksen ennusteissa arvioidaan Suomen kokonaisväestömäärän vähenevän noin 350 000 henkeä vuoteen 2070 mennessä. Samaan aikaan kuitenkin meillä on yli puoli miljoonaa yli 74-vuotiasta enemmän. Tämä huolimatta siitä, että suuret ikäluokat ovat jo poisnukkuneet. Tämän vuosituhannen merkittävin haaste yhteiskunnille on ikääntyvän väestön hyvinvoinnin edistäminen. (Tilastokeskuksen 2021; Valtioneuvoston julkaisusarja 2021, 22).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä on melkoisessa murroksessa. Yhteiskunta joutuu pohtimaan palvelurakenteita ja niiden järjestämistä ja tuottamista ikäihmisten määrän kasvaessa. Yhteiskuntien on löydettävä uusia keinoja toteuttaa palveluita voidakseen löytää ratkaisuja ei ainoastaan ikääntymisen haasteiden ratkomiseen, vaan myös kaikkien kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Useat julkaisut, tutkimukset ja alan kirjallisuus painottavat laaja-alaisen eri toimijoiden välisen yhteistoiminnan merkitystä tulevaisuuden ikääntymisen hoidossa. Ikääntymisen vaikutus on suuri hyvinvoinnille ja kasvu (WHO Europe 2010; Prohanska ym 2012; EC 2020; OECD 2019; Laurila 2020; EC 2021a).

Väestörakennemuutos aiheuttaa talouskasvun hidastumista, mikä heikentää luvattujen julkispalveluiden ja halutun tulonjaon mahdollisuuksien toteutumista. Hyvinvointiyhteiskunnan on ryhdyttävä tehokkaammin varautumaan tuleviin muutoksiin. Veroasteen nousu ja velkaantumisen jatkuminen heikentävät tulevien sukupolvien asemaa. Suomi on voimassa olevalla lainsäädännöllään ohjeistanut yhteiskunnan eri toimijoita huomioimaan ikääntymistä. Marinin hallitusohjelmaan (2019) sisältyy myös Ikäohjelman 2030 valmistelu. Valmistelua koordinoivan valmisteluryhmän raportti huomioi nykyisen hallituskauden aikana toteutettavat poikkihallinnolliset ikäohjelman toimenpiteet niin toimintaympäristön ennakoitujen muutosten kuin ikääntymisen ilmiöön liittyvien tekijöiden osalta (Terveydenhuoltolaki 2010, Valtioneuvosto 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Vanhuspalvelulaki 2012; ETLA 2021).

Ikäohjelmassa pyritään keskittämään vaikuttavuustavoitteita ennen kaikkea ennaltaehkäiseviin ja toimintakyvyn vahvistamiseen liittyviin toimiin. Ohjelmassa keskeistä on tarjota ikääntyville yhdenvertaiset palvelut, tehokkaampi palveluverkkojen koordinaatio ja taloudellinen kestävyys. Lisätavoitteena on ikääntyvien työikäisten työurien pidentäminen toimintakykyä vahvistamalla erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla. Tavoite on myös vapaaehtoistyön mahdollistaminen ja lisääminen. Ikäteknologian hyödyntämisen avulla luodaan ikääntyville turvallisia elinympäristöjä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

Kunnan strateginen ja operatiivinen johto vastaavat kunnan toiminnasta. Kaikkien toimialojen tulee huolehtia kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä (hyte-toiminta).

Kunnanhallituksen tulee yhdessä valtuuston kanssa huolehtia, että kunnassa on toimiva johtamisjärjestelmä, jonka tuella hyte-toimintaa ohjataan. On oltava tarkat johtamisvastuut. Selkeä työnjako ja koordinointi eri toimialojen kesken selkeyttävät ohjaamista. Toiminnan suunnittelua, seuranta ja arviointia varten on luotu vaikuttavat järjestelmät (Tukia ym. 2011, 23)

Hakamäen ja kumppaneiden vuonna 2014 ilmestyneessä tutkimuksessa todettiin, että kahdessa kunnassa kolmesta eli 67 prosentissa kuntia oli nimetty erikseen henkilö koordinoimaan ja johtamaan ikääntyneen väestön hyvinvoinnin palveluita. Peräti 76 prosenttia kunnista oli luonut tavoitteet, toimenpiteet ja keinot hyvinvoinnin edistämiseksi. Vajaassa 60 prosentissa kuntia oli myös kuvailtu yhteiskunnan eri toimijoiden väliset vastuut ja voimavarat toimenpiteiden ja keinojen toteutumiseksi. Suunnitelmat näyttävät kuitenkin jäävän hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta varsin yleisluonteisiksi (Hakamäki ym. 2014).

Tutkimusten mukaan kuntien hyvinvointijohtaminen kohtaa monia haasteita. Hyvinvoinnin ja laaja-alaisen terveyden edistämisen johtamisvastuu vaikuttaa kunnissa olevan epäselvää ja hajaantunutta. Huolimatta siitä, että hyvinvointistrategioita valmistellaan poikkihallinnollisesti, niin niiden ei katsota ohjaavan talouden ja toiminnan suunnittelua. Toteutumista seurataan heikosti. Raportointi on varsin puutteellista tai tavoittaa ainoastaan sosiaali- ja terveystoimen toimialan. Vaikuttaa siltä, että suurimmat haasteet liittyvät juuri johtamisvastuuseen ja hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen strategisella ja operatiivisella tasolla (Uusitalo ym. 2003; Poikajärvi & Perttilä 2006; Perttilä & Uusitalo 2007; Wilskman ym. 2008; Tukia ym. 2011; Pentikäinen 2014, 17).

2.2. Ennakoimaton ja kompleksinen maailma haastaa ajattelua ja toimintaa

Kansalliset terveydenhuollonjärjestelmät kohtaavat taloudellis-yhteiskunnallis-teknologisia muutospainetta tulevaisuuden hyvinvointiyhteiskunnissa. Nykyisten ja erityisesti tulevien vuosikymmenien toimintaympäristön epävakaus, epävarmuus, monimutkaisuus ja moniselitteisyys ovat ajallemme ominaisia tunnusmerkkejä. Tähän tilanteeseen on johtanut nopea teknologian kehittyminen, kasvava globaalinen keskinäisriippuvuus, ennennäkemätön muutostahdin kiihtyminen ja informaation eksponentiaalinen kasvu. Nykyisiin vakauten ja ennustettavuuteen perustuvat hierarkkiset organisoitumis- ja johtamisjärjestelmät tulevat

kohtaamaan haasteita. Aikaisempien toimintakäytänteiden toimimattomuus tai muuttuneiden tilanteiden ymmärrys on vaillinainen. Älykkyyttä haastaa varsin kompleksiset tilanteet, sillä ne edellyttävät aiemmasta poikkeavaa sopeutumista ja todellisuuden uudenlaista tulkintaa (Virtanen & Stenvall 2015, 305; Valtioneuvosto 2019b, 11; Lappalainen 2018).

Julkisten organisaatioiden toimintamaisema on monilla eri tavoin kiistatta muuttunut. Tutkimuskirjallisuudessa yleisesti käytetään muutoksesta käsitettä kompleksisuus. Kompleksisuus ja ennakoimattomuus tulevat heijastamaan tulevien vuosikymmenien toimintaympäristöä. Epäjärjestys, epälineaarisuus sekä jatkuva muutos ovat kompleksisuus ajattelulle ominaisia piirteitä. Odottamattomat tulokset ovat kompleksista systeemeistä tyypillisiä esille nousevia seurauksia. Kausaliteetin väliset ajan ja tilan yhteydet ovat haasteellisia osoittaa. Tulevaisuudessa organisaatiot ja niiden johtamisjärjestelmät joutuvat toimimaan epätasapainoisen, monimutkaisen ympäristön kourissa. Kompleksisuusajattelu pohjautuu kaaosteoriaan. Kaaosteoriassa pyritään monin eri tavoin ymmärtämään ja selittämään epäjärjestystä sekä tunnistamaan siinä piileviä lainalaisuuksia (Stacey 1996, 296; McMillan 2004, 14; Laitinen & Stenvall 2012; Virtanen & Stenvall 2015, 304).

Kompleksisuusajattelu nähdään eräänlaisena tapana ymmärtää maailmaa. Kompleksisuus voidaan nähdä asioiden ja ilmiöiden välisenä keskinäisriippuvuutena, vaikka asioiden ja ilmiöiden yhteen kietoutuneisuus voi olla haasteellista ymmärtää. Kompleksisuusajattelu lähtee ajatuksesta, ettei kaikkia tilanteita voida syystä tai toisesta nähdä tai selittää eikä välttämättä tiedetä, mitä seuraamuksia tilanne aiheuttaa. Kompleksisuusajattelu haastaa kuitenkin tarkastelemaan erilaisia lähestymistapoja ja ymmärtämään asioiden ja ilmiöiden välisiä riippuvuuksia. Kompleksisille tilanteille on ominaista organisaation tasapainon järkkyminen. Näin voidaan kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä. Kompleksisuuden yhteen kietoutuneisuudesta ja integraatiosta on tullut tärkeä kehittämialue moderneissa hyvinvointiyhteiskunnissa (Virtanen & Stenvall 2015,304; Puustinen & Jalonen 2020, 15–17; Vartiainen ym. 2013, 51–52.)

Erilaisista hyvinvointipalveluista on tullut yhä erikoistuneempia ja palvelut tuotetaan monen eri toimijan, ei vain julkisen sektorin, vaan myös yksityisen sektorin, järjestöjen ja erilaisten

yhteisöryhmien toimesta. Tällä kasvavalla palvelutuotannolla on suuri tarve hyvinvoinninpalveluiden integraation uudistamiselle. Hallinnon nähdään olevan nykyisin entistä riippuvaisempi muista toimijoista, omien tavoitteidensa saavuttamisessa ja erilaisten haasteiden selvittämisessä. Julkisen hallinnon on tunnistettu tarvitsevan uudenlaisia ohjausmuotoja ja hierarkkiset järjestelmät ovat menettäneet vähitellen merkitystään. Perinteiset hierarkkiset organisaatiot on korvattava vähemmän hierarkkisilla vapaaehtoisuuteen perustuvilla yhteistyötä ja yhteistoimintaa eri toimijoiden kesken harjoittavilla organisaatioilla. Muutosta kuvattavan usein siirtymällä *”hallinnosta hallintaan”*, jolla viitataan siirtymistä hierarkkisesta ja byrokraattisesta hallinnosta joustavaan ja verkostomaiseen toiminnan ohjaukseen ja toteuttamiseen. Tässä prosessissa julkiset organisaatiot voivat toimia ympäröivän yhteiskunnan ja muiden organisaatioiden kumppaneina (Axelsson 2006, 75-88; Virtanen & Stenvall 2015, 308; Jurmu 2021, 31).

Verkostoituminen on luontainen toimintatapa ihmiselle. Kautta historian ihmiset ovat olleet riippuvaisia toistensa tarjoamasta turvasta ja avusta. Verkostomainen yhteistoiminta-alue käsitetään eri yhteiskunnan toimijoista koostuvana dynaamisena verkostona. Verkostomainen toimintatapa on auttanut sopeutumaan muutoksiin, kun on kyetty yhdistämään voimia uudenlaisten ratkaisujen löytymiseen eri ongelmatilanteissa. Verkostomainen toimintatapa on myös tapa käyttää valtaa ja vaikuttaa. Verkostoja voidaan tyypitellä monin eri tavoin. Pohjana voi olla joko rakenne, tarkoitusperä tai toiminnan luonne. Julkisen sektorin verkostoissa pyritään pääsääntöisesti resurssointien jakamiseen tai niiden täydentämiseen. Verkostojen johtamisessa tavoitteiden asettamisen sijaan korostuu yhteisten tavoitteiden etsiminen, jota korostetaan myös hallintaan liittyvissä tarkasteluissa. Haasteistaan huolimatta verkostomainen toiminta nähdään edellytyksenä ja elinehtona menestyksekkäälle terveydenedistämistyölle (Rotkon & Kauppisen 2016, 20-21; Puustisen 2017; Valtioneuvosto 2019a, 9; Jurmu 2021, 36).

Kansalaisten hyvinvoinnin pitäisi olla poliittisen päätöksenteon perimmäinen päämäärä. Hyvinvointiyhteiskunnan kehittäminen sekä talouskasvun ja tuottavuuden edistäminen ovat vain välineitä hyvinvoinnin parantamiseksi. Valtiovarainministeriön yhteydessä toimivan tuottavuuslautakunnan joulukuussa 2020 julkaisemassa raportissa todetaan, että tuottavuus on hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn edistämisen avain. Kilpailu on tuttu konsepti monista

asiayhteyksistä. Se yleisesti käsittää lukuisia ilmiöitä. Lähtökohtaisesti kilpailun ajatellaan olevan positiivinen ilmiö. Sen seurauksena tuotteiden ja palveluiden tarjonta monipuolistuu ja lisääntyy. Kilpailu haastaa myös organisaatiot uudistumaan, parantamaan prosessiensa taloudellisuutta ja näin edistää resurssien tehokasta käyttöä. Kilpailukyvyyn katsotaan olevan kilpailun alakäsite. Kilpailukyvyllä tai kilpailuedulla tarkoitetaan erilaisia viitekehyksiä, jossa yritykset, yritysryppäät, eri toimialat, alueet ja kansakunnat hakevat kilpailuetua eri kilpailutekijöiden kautta. Tekijöiksi voidaan katsoa tuottavuuden kasvu ja voiton tuottaminen, jotka mahdollistavat hyvinvointiyhteiskunnan olemassaolon (Porter 1991, 100; Liukkonen 2004; Saarinen ym. 2014; Valtiovarainministeriö 2020.)

Kilpailuetu tutkimuksessa Harvard Business Schoolin professori Michael Porter on kirjassaan *”Kansakuntien kilpailuetu”* vuodelta 1991 esittänyt teorian kansallisesta kilpailukyvyistä, josta johdettiin klusterianalyysi teoria. Taloustieteessä klustereiden selitetään olevan *”yritysten ja yhteisöjen muodostamia maantieteellisiä keskittyymiä, jotka ovat muodostuneet toisiinsa sidoksissa olevista toimialoista ja niihin liittyvistä muista toimijoista, jotka ovat merkittäviä kilpailun kannalta”*. Porterin mukaan klusterianalyysi rakentuu ajatukselle, että organisaation menestystekijät koostuvat **neljästä perustekijästä** ja **kahdesta ulkoisesta tekijästä**. Perustekijät ovat organisaation strategia ja sen rakenne, kilpailutekijät ja kysyntäolot, tuotannon tekijäolot sekä lähi- ja tukialat. Ulkoiset tekijät ovat valtiovalta ja sattuma. Tekijät voivat olla joko toimintaa edistäviä tai estäviä. Tätä verkostomaista niin sanottua *”timanttimalia”* on sovellettu menestyksekkäästi monilla eri toimialoilla, asiayhteyksissä ja tutkimuksissa, vaikka kritiikiltäkään ei ole vältytty. Mallin soveltaminen terveydenhuoltoon ja kansanterveyden kysymyksiin on varsin vähäistä (Porter 1991, 100; Sölvell ym. 2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004; Lindqvist ym. 2013).

Kansanterveys (public health, population health) on hyvinvoinnin alue, jolla on vahva *”inter-organisational* eli organisaatioiden välinen, klusterimainen luonne. Kansanterveyden luonteeseen kuuluu useilla eri toimialoilla toimivien eri yhteiskunnan organisaatioiden yhteenliittymiä. Yksi isoista haasteista on saada nämä organisaatiot eri sektoreilta toimimaan yhteisen väestön terveyden eteen. WHO:n Ottawan julkilausumassa (1986) tätä yhteisörypäs yhteenliittymää on kuvattu termeillä *”yhteisöllinen terveys”*, *”terveys allianssi”* tai *”sosio-*

ekologinen lähestymistapa” terveyden edistämisen toteuttamiseen (WHO 1986; Axelsson 2006, 75-88).

Toimintaympäristöstä nousee toistuvasti erilaisia haasteita. *”Ilkeät ongelmat*” ovat vaikeasti määriteltäviä ja syyt hankalasti hahmoteltavia. Ritter ja Webber (1976) määrittävät *”ilkeät ongelmat*” erilaisiksi ongelmiksi syystä, etteivät perinteiset prosessit pysty niitä ratkaisemaan. Ratkaisut löytyvät kokonaisvaltaisesta, vuorovaikutteisesta, kokeilevasta ja rajoja rikkovasta kulttuurista. *”Ilmiömäisyys*” haastaa aiemman tarkasti määritellyn tehtävänanto kulttuurin, hierarkkisen ja *”siiloutuneen*” rakenteen. Epävarmuus ja *”ilkeät ongelmat*” lisääntyvät. Tällöin rationaalinen suunnittelu ei toimi. Muutosprosessien ymmärtäminen, sopeuttaminen ja uudenlaisiin toimintatapoihin aktiivinen vaikuttaminen vaatii tulevilta kunnallishallinnoilta kykyä *”heikkojen signaalien*” hyödyntämiseen ja *”ilkeiden ongelmien*” jäsentämiseen (Ritter & Webber 1976: Harisalo 1990, 34; Jalonen 2007, 144; Kauppinen 2011, 62; Valtioneuvosto 2019b, 11)

Ratkaisuksi tarjotaan jälleen kokonaisvaltaisuutta ja poikkihallinnollisuutta. Erityisesti julkisen sektorin paine kasvaa tuottavuuden ja laadun parantamisen suhteen. Sektori tarvitsee vaihtoehtoisia ja kustannusvaikuttavampia tapoja toimia. Näitä saadaan palveluinnovaatioiden kautta yhdistämällä osaamista, resursseja ja ratkaisuja yhteistyössä muiden yhteiskunnan toimijoiden, kuten yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Yhteiskunnan toimijoiden tulee löytää yhdessä uudenlaisia, ketterämpiä ja systemaattisempia toimintatapoja ikääntymisen ja hyvinvoinnin haasteiden ratkaisemiseksi (Valtioneuvosto 2019b)

2.3. Terveyskäsitteet uudelleentarkastelussa

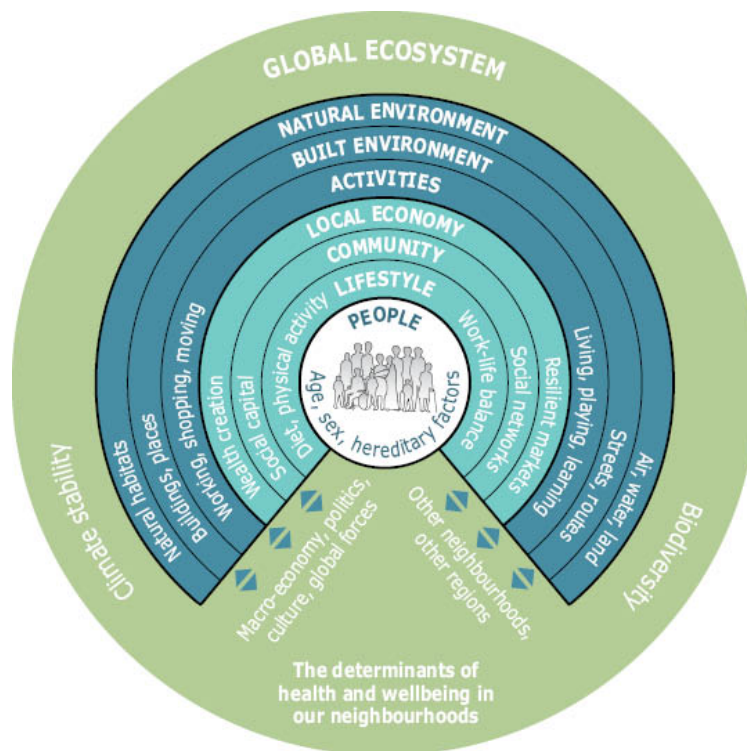
Hyvinvointi nähdään poikkeuksetta vaikeasti määriteltävänä, laaja-alaisena ja moniulotteisena käsitteenä (Juntunen & Ikola-Norrbacka 2021, 132-139). Tässä tutkimuksessa hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä tarkastellaan väestön kokonaisvaltaisen terveyden eli kansanterveyden kannalta.

Kauhanen ja kumppanit (2013, 101) katsovat kansanterveystieteen perustehtävän kiteytyvän sanoihin terveyden edistäminen. Kansanterveystieteen tutkimuksen ja käytännön toimintamallien keskeinen tehtävä on optimoida väestön terveydettä ja hyvinvointia. Terveyden edistämisen toimet, kaikilla mittareilla, on erittäin kustannustehokas tapa edistää väestön hyvinvointia ja yhteiskunnan taloudellista kasvua. Aiemmin kansanterveystieteessä puhuttiin laajasti preventiosta, jolla tarkoitettiin sairauksien ennaltaehkäisyä. Modernin terveyden edistämisen toiminnan katsotaan kuitenkin olevan laajempi käsite. Toteutuksessa on huomioitava laaja-alainen yhteistyö eri toimijoiden kesken, olipa kyse kansallisista tai kansainvälisistä hankkeista. Viime vuosikymmeninä, ikääntyvän väestön toimintakyvyn muutokset sekä näiden taustalla olevien tekijöiden tarkkailu ovat olleet kasvava mielenkiinnon ja tutkimustyön kohde (Heikkinen ym. 2013, 280; Kauhanen ym 2013, 101; Skolnik 2016, 397).

Ihmisten suhtautuminen omaan terveyteensä ja sairauteensa riippuu lähestymistavasta sekä siitä, miten tietoa tarvitaan terveyden vaihtelun eri tilanteissa. Ympäristöllä, jossa elämme, on suuri vaikutus. Ympäristön merkitystä hyvinvoinnille ja terveydelle painotetaan. Toimintaympäristön rakenteissa ja eri yhteiskunnan tasoissa on huomioonotettava terveyden edistäminen. Elinympäristöissä korostetaan *"kehärakenteen"* merkitystä, jossa ihminen sijaitsee kehän keskellä, ytimessä ja *"sydämässä"*, ja hänen ympärillään tapahtuu terveyttä edistäviä toimenpiteitä elämäntavoissa, yhteisössä, paikallisella, ja alueellisella tasolla. Lisäksi tulee kehän ulkoreunoilla ottaa huomioon kansalliset ja globaalit ekosysteemit (Barton & Grant 2006; Kauhanen ym. 2013, 124-125)

Barton ja Grant (2006) näkevät terveyden sekä fyysikaalis-sosiaalis-taloudellisen ympäristön välillä tiiviin yhteyden. Tässä yhteydessä pyritään kokonaisvaltaiseen ajatteluun ihmisen terveyden hyväksi. Heidän esittämänsä terveystieteen katsotaan olevan dynaaminen työkalu, joka tuottaa pohjaa vahvalle vuorovaikutukselle eri toimijoiden välillä sekä yllyttää tiedonvaihtoon ja talouden kehittämiseen. Kehärakenne malli tulisi nähdä ennen kaikkea *"näpäytysiskuna"* terveyden edistämiseen, uusien teiden löytämiseen sekä mahdollisuuteen muuttaa väestön käyttäytymismalleja. Nykyisin vallalla olevassa biolääketieteellisessä lähestymistavassa terveys ymmärretään kudosten ja solujen normaalina tilana.

Kansainvälisessä tautiluokittelussa esiintyvät diagnoosit erilaisine poikkeavuuksineen ja puutteineen.



KUVA 3 The Health Map (Barton&Grant, 2006) (Mukaiilen Dahlgren&Whitehead, 1991)

Tulevina vuosikymmeniä, ja osittain jo nykyisin terveyden edistämisen filosofia, perustuu laaja-alaisempaan terveystähtäykseen. Siinä ennaltaehkäisevä ja jopa ennakoiva lähestyminen ja painopiste on ihmisten toimintakyvyssä. Tämä funktionaalinen terveystähtäys on vallitseva käsitelmä jo vanhustenhuollossa, samoin kuin työterveyshuollossa. Näillä aloilla diagnooseja tärkeämpi terveyden kuvaaja on toimintakyky ja siinä esiintyvät alenemat. Funktionaalinen terveystähtäyksen yleistyessä, toimintakyky nähdään enenevässä määrin terveyden ja hoidon vaikuttavuuden kriteerinä erityisesti ikääntyvissä ikäluokissa (Saarni 2010, 43; Kauhanen ym 2013, 102, Mikkonen 2015, 9; Eduskunta, Tulevaisuusvaliokunta 2016).

Kroonisista sairauksista voidaan estää suurin osa varsin alhaisilla kustannuksilla toteutettavilla fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavilla toimenpiteillä. Fyysinen toimintakyky ja yleensä fyysinen aktiivisuus edesauttavat toiminnanvajausten ehkäisyssä. Tutkijat painottavat myös terveen ikääntymisen vahvistavan sosiaalista toimintakykyä. Voidakseen huolehtia sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamisesta, tutkijat nostavat esiin moniulotteisen

yhteistoiminnan ja edellyttävät yhteiskunnan toimijoilta laaja-alaisempaa yhteistyötä. (Prohaska ym. 2012, 40-41; Skolnik 2016, 365-366).

Vuodelta 1980 oleva WHO:n aiempi toimintakykyluokitus oli jo varsin laaja ja nykyinen luokitus entisestään täydentää toimintakyky- ja toimintaedellytysten kuvaamis- ja arviointimenetelmien runsasta tarjontaa. Tarjonnan ansiosta voidaan luoda aiempaa yhdenmukaisemman kehikon rakentaminen väestön toimintaedellytysten kuvauksessa tarvittavan terminologian ja arviointikäytäntöjen rakentamiselle niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla. Luokituksen hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalvelu- sekä sosiaalivakuutussektorin lisäksi myös muilla hallinnonaloilla mm. palveluiden järjestämisessä, tavarantuotannossa ja asuin-, työ-, sekä elinympäristön suunnittelussa. Luokitus on eri alojen osaajien moniammatillisessa yhteistyössä syntynyt yhteinen käsitteistö, joka helpottaa arviointien ja seurannan tekoa (Arokivi & Suvanto 2014, 13; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021; Brander & Kempainen 2022, 3).

Matikaisen ym (2004, 5) mukaan lääkärin työssä ja laajemminkin terveydenhuollossa on potilaan toimintakyvyn edistäminen useimmiten hoidon keskeinen tavoite. Erityisesti kroonisissa sairauksissa täydellinen paraneminen ei usein ole mahdollista ja silloin toimintakyvyn tason mittaaminen on tärkeää hoitotavoitteen saavuttamiseksi. Kroonisten sairauksien kasvaessa ikääntymisen myötä toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen on ensiarvoista terveyden edistämisen toimien käynnistämiseksi ja koko kansanterveyden vahvistamiseksi.

Kansanterveyteen vaikuttavat niin sosiaalis-taloudelliset-poliittiset kuin ympäristölliset tekijät. Tehokas kansanterveyslähestymistapa on väestölähtöinen (population based), joka painottaa yhteisvastuun merkitystä ei ainoastaan terveydestä, vaan myös terveyden suojelusta sekä tautien ehkäisystä. Suomessa kansanterveydellä, terveyspolitiikalla ja terveyden edistämällä on kullakin oma historiansa, mutta ne nivoutuvat tiiviisti yhteen. Tärkeäksi muodostuu valtion avainroolin tunnistaminen, sillä niihin liittyvät sosioekonomiset laajat terveyden ja eri tautien determinantit. Keskeistä on eri yhteiskunnan kumppanuuksien yhteistoiminnan lisääminen ja sitä kautta väestön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttaminen. Olennaista tulevaisuudessa on oivaltaa kansanterveystieteen monitieteinen

lähtökohta ja monimenetelmäisen tutkimuksen lisääminen uudenlaisen tiedon varmistamiseksi (Griffiths ym. 2005, 908; Sihto ym. 2013, 14).

2.4. Arviointia, seuranta ja vaikuttavuutta hyvinvointijohtamiseen

Kuntien meno- ja tulopuoleen tulee suuria muutoksia hyvinvointialueiden käynnistyessä 1.1.2023. Epävarmuudesta huolimatta kunnat pyrkivät välttämään veronkorotuksia. Useissa kunnissa koetaan jo nyt veroprosentin olevan liian korkea. Sote-muutoksen rahoitusleikkauksia eivät kunnat ole ennakoineet vuodelle 2023 nostamalla varmuudeksi veroprosenttiaan. Katsotaan, ettei veroprosentin korotuksella haluta alueen kulutuksen leikkaantuvan tai elinvoiman vaarantuvan. Kunnallisvero on noussut vuonna 2022 16 kunnassa ja laskenut 12 kunnassa. Peräti 281 kuntaa säilyttää tuloveroprosenttinsa ennallaan (Kuntaliitto 2021).

Kuntaliitto (2021) katsoo talouskasvun elpyneen koronapandemiasta huolimatta ja pienen pudotuksen jälkeen kuntien verotulokertymät ovat vahvistuneet. Kuntien talous on vakiintunut valtiolta 2020–2021 saatujen koronatukien myötä. Koronatuet ovat ennaltaehkäisseet uusien sopeutuspainoiden syntymistä. Veroa korottaneiden kuntien taustalla ovat syinä tehtävien nopeammat laajenemiset, väestön ikääntyminen ja huonosti kehittyvät verotulot.

Valtiovarainministeriö (2022) selvitti Tilastokeskuksen erilliskyselyllä kuntien menotietoja sosiaali- ja terveystoimen toimialan sekä pelastustoimen nettokustannuksista päättyneeltä tilinpäätösvuodelta 2021 sekä kuluvan vuoden talousarviovuodelta 2022. Talousarviokyselyn kustannustiedot ovat olennaisen tärkeitä määriteltäessä kunnilta hyvinvointialueille siirtyviä kustannuksia. Siirtyvät kustannukset vaikuttavat kuntien niin rahoituslaskelmiin kuin kunnilta leikattavaan tuloveroprosenttiin. Arvio siirtävistä kustannuksista yksittäisten kuntien osalta tulee vaihtumaan merkittävästi päivitetyn aineiston myötä.

Muutokset vaikuttavat kuntien rahoituslaskelmiin. Ensimmäiset vuotta 2023 koskevat rahoituslaskelmat on julkaistu. Rahoituslaskelmat osoittavat kuntien rahoitustason. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset tänä vuonna 2022 ovat talousarvioiden mukaan

keskimäärin 3 765 euroa per asukas. Tilinpäätösennusteissa vuodelta 2021 keskimääräinen nettokustannus on 3 640 euroa asukasta kohden. Kasvua on 3,5% tilinpäätösarviosta 2021 talousarvioon 2022 (Valtiovarainministeriö 2022; Kuntaliitto 2022).

Kuntatalouden ennakkollinen tilinpäätösanalyysi vuoden 2021 osalta valmistui alkuvuodesta 2022 ja osoittaa, että kuntien tilikauden tulokset säilyivät vahvoina myös toisen koronavuoden jäljiltä. Korona kasvatti vuoden 2021 osalta kuntien menoja voimakkaasti (< 8 %) edellisvuoteen nähden. Verokehitys oli kunnissa hyvä toista vuotta peräkkäin ja menot pysyivät tulokehityksen vauhdissa. Kunnat saivat korona-avustukset täysimääräisinä ja ne kattoivat sosiaali- ja terveystoimen koronamenot (Kuntaliitto 2022).

Kuntataloudessa on rakenteellisia haasteita kroonisista tulojen ja menojen epätasapainosta ja laajoista investoinneista johtuen. Näitä haasteita eivät koronatuot ratkaise. Kunnissa lainakanta on merkittävän suuri. Rahojen riittävyydestä ollaan kunnissa huolissaan, jos korkotaso nousee. Vertailu kuntien välillä on haasteellista, sillä erot kuntien välillä ovat suuret. Kuntatalous olisi hyvällä tasolla, jos se pysyisi vuoden 2021 tasolla. Tulevat näkymät kuitenkin huolestuttavat sote-uudistuksen edetessä. Kuntiin jäävät suuret velat ja kiinteistöt, vaikka kustannuksia valtiolle siirtyykin, niin samalla siirtyy myös tuloja (Kuntaliitto 2022).

Taloustiedettä ryhdyttiin soveltamaan terveydenhuollossa maailmalla 1950-luvulta lähtien terveydenhuollon kokonaismenojen kasvun johdosta. Jo seuraavalla vuosikymmenellä todettiin, ettei terveydenhuoltoon voinut täysin soveltaa talousteoriaa johtuen siitä, että terveys ja terveydenhuolto poikkeavat monessa suhteessa hyödykkeistä ja markkinoista, joihin perinteinen taloustiede on kehitetty. Terveydenhuoltoon kohdennettujen voimavarojen määrä on lisäksi kasvanut, mutta niistä saatu terveyden lisäys ei ole kasvanut samassa suhteessa, vaan terveyden tuottamisessa terveystalouden avulla on törmätty väheneviin tai jopa negatiivisiin rajatuotteisiin. Terveydenhuollossa on tehtävä haastavia eettisesti vaikeita valintoja. Huolimatta siitä valintoja pyritään oikeuttamaan enenevästi vetoamalla vaikuttavuuteen (Sintonen & Pekurinen 2006, 16-17; Saarni 2010, 7).

Viime vuosina vaikuttavuusperusteinen johtamismalli on noussut globaalisti sosiaali- ja terveysalan päätöksentekijöiden keskusteluihin. Vaikuttavuus terveystaloustieteessä on

vakiintunut käsite. Käsitteellä tarkoitetaan toiminnalla aikaansaatuja muutoksia ihmisten hyvinvoinnissa, terveydentilassa, toimintakyvyssä. Kustannusvaikuttavuudella taas ymmärretään muutoksen suhdetta käytettyihin euroihin nähden. Kustannusvaikuttavuus kertoo, paljonko terveyshyötyä on saavutettu käytettyä euroa kohden. Terveydenhuollon organisaatiot eri puolilla maailmaa ovat alkaneet investoimaan voimakkaasti terveydenhuollon arvopohjaiseen toimintamalliin (Value-Based Health Care – VBHC). Mallissa palvelutuotannon arvon katsotaan määräytyvän mitatun nettoterveyshyödyn ja toimintaan panostetun kustannuksen suhteesta (Pitkänen ym. 2018, 2; Lappalaisen 2019, 34).

Kaikella toiminnalla tulee olla taloudelliset rajoitteet. Taloudelliset rajat ylittävää toimintaa ei ole mielekästä tuottaa. Vaikuttavuustietojohtamista hidastaa Suomessa kaksi tekijää. Ensinnäkin suoritteiden sijaan tulisi mitata vaikutuksia. Mittaaminen siis kohdistuu väärin tekijöihin. Toiseksi tiedon hyödyntämisen taso on alhainen. Tämä johtuu tietojen vaativista keräämisprosesseista. Tietoa on haasteellista saada hajallaan olevista eri järjestelmistä ja vapaista teksteistä. Julkisen terveydenhuollon toiminnalle on kuitenkin oikeus vaatia taloudellisuutta, aivan kuten vaaditaan oikeudenmukaisuutta julkisessa päätöksenteossa (Saarni 2010, 18; Kankaanpää 2018; Pitkänen ym. 2018, 2).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseltäkin odotetaan vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Laajojen rakenteellisten toimien vaikuttavuutta on haasteellista arvioida. Eniten tietoa on saatavilla yksittäisistä menetelmistä. Esimerkiksi pyöräteiden rakentamisen on nähty luovan terveyden edistämisen ja turvallisen liikkumisen edellytyksiä. Hyvinvointijohtamisesta vastaa kunnan ja tulevaisuudessa myös hyvinvointialueiden ylin johto. Strategiassa linjataan kunnan tahto, toimenpiteet ja keinot hyvinvoivan ja terveen kunnan rakentamiselle. Johdon tehtävä on pohtia, miten tavoitteisiin päästään yhteisin ponnistuksin. Eri toimialoilla tulee pohtia, mitä kullakin niistä voidaan tehdä valittujen tavoitteiden edistämiseksi (Ståhl, 2017, 971-973).

Kuntahallinnon päätökset ovat mittavia, laajoja sekä asukkaisiin että talouteen syvästi vaikuttavia. Monia päätösvaihtoehtoja tulee punnita ennen luottamushenkilöiden tekemiä päätöksiä. Oletusarvo on, että ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia on mahdollista etukäteen pohtia ja vaihtoehtojen vaikutuksiin voidaan vaikuttaa. Päätösten vaikuttavuutta tulee myös arvioida. Kunnanvaltuusto ja -hallitus sekä lautakunnat tekevät keskeiset päätökset.

Päätösten arviointi tulee tehdä lyhyellä, keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä esimerkiksi kuluvan budjettivuoden, meneillään olevan valtuustokauden ja valtuustokaudet ylittävän aikajänteen osalta. Hyvä päätöksenteko johtaa taloudelliseen toimintaan ja tästä kunnat ansaitsevat kannustimia päätöksenteon tueksi (Kauppisen 2011, 22; Kuntaliitto 2018).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä kunnissa ja myöhemmin alueilla, on voitava arvioida ja seurata. Taloudelliset kannustimet ovat keino kohdentaa toimenpiteitä tehokkaihin asioihin. Ne eivät automaattisesti johda parannuksiin, siksi myöntämisperusteiden tulee olla selkeät. Kannustimien tulee olla riittävän suuria motivoidakseen sovittujen tavoitteiden saavuttamiseen. Kannustimet tulisi ennen kaikkea kohdistaa ennaltaehkäiseviin toimiin. Kunnille suunniteltu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja vuoden 2023 alusta voimaan tuleva valtiosuuden lisäosa eli HYTE-kerroin on tervetullut innovaatio hyte-toiminnan tehostamiseksi. HYTE-kerroin määrittää myös kuntien rahoituksen valtiosuuden suuruutta. Suuruus perustuu osaksi kunnan tekemän hyte edistämistyön mukaan. Taloudellisella kannustimella pyritään varmistamaan aktiivinen toiminta kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä myös sote-uudistuksen jälkeen (Ikola ym. 2018, 4; Kankaanpää 2018).

Kunnissa tehtävät päätökset vaikuttavat merkittävästi yksilön valintoihin läheisyytensä vuoksi. Lakisääteisyys velvoittaa kunnat väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toimiin. Kuntien on taattava yhtäläiset, laadukkaat palvelut asukkaille, riippumatta heidän sosioekonomisesta asemasta tai muusta tekijästä johtuen. On tärkeää kuunnella ja ottaa asukkaat mukaan kehittämistalkoisiin, jotta löydetään yhdessä ne asiat, joita kulloinkin on syytä parantaa. Usein uudet ratkaisumallit löytyvät hyte-verkostoista, sillä ne tuovat usein esille malleja, joita muuten on vaikea toteuttaa. Poikkeuksetta pienet, kustannustehokkaat arjen uudistukset, kuten luontopolut, ovat edullisuudestaan huolimatta parhaita. Kunta on koordinaattoroolissa ja on sekä tukija että tekijä muiden yhteistyötahojen kanssa. Tyytyväinen ja hyvinvoiva kuntalainen on kunnan näkökulmasta paras elinvoiman uudistaja (Palosuon ym. 2007, 228; Juntunen & Ikola-Norrbacka 2021, 132-139).

Esitys kuntien kannustamiseen ei ole uusi. Kuntien palkitsemista niiden tekemästä hyvästä työstä asukkaidensa terveyden edistämiseksi on esitetty jo 2000-luvun alusta lähtien

Huolimatta siitä, että laajojen rakenteellisten toimien vaikuttavuutta on haasteellista arvioida, voidaan luoda alustoja, jotka ovat hyvinvointia tukevia. Suomi tehostaa pitkäjänteistä työtään hyvinvointitalouden edistämiseksi kotimaassa. Samalla Suomi jatkaa aloittamaansa tiivistä yhteistyötä kansainvälisten organisaatioiden ja verkostojen kanssa hyvinvointitalouden vahvistamiseksi maailmanlaajuisesti (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001; SOSTE 2014; STM 2021; Valtioneuvosto 2021).

Kuntien palkitsemista kuntalaisten terveyden edistämiseksi esitettiin jo 2000-luvulla, joten esitys ei ole uusi. Hyvästä työstä tulee kuntia palkita. Palkitsemien tulisi kuitenkin nähdä laajempaan hyvinvoinnin edistämisenä. Huolimatta siitä, että mittavien rakenteellisten toimien vaikuttavuutta on haasteellista arvioida, tulisi luoda alustoja, jotka ovat hyvinvointia tukevia. Suomi omalta osaltaan on tehostamassa kauaskantoista työtä edistämällä hyvinvointitalous ajattelua kotimaassa. Hyvinvointiajattelun edistäminen velvoittaa tiiviimpää yhteistyötä eri toimijoiden, verkostojen ja kansainvälisten organisaatioiden kanssa. Hyvinvointitalouden edistämiseksi on asetettu ohjausryhmä sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Työryhmän tehtävä on hyvinvointiajattelun kansallinen ja kansainvälinen kehittäminen päätöksenteon ja politiikantoimien välineeksi. Tiiviin poikkihallinnollisen yhteistyön avulla varmistetaan hyvinvointitalous alustan rakentuminen. Hyvinvoinnin ja kestävä talouden sosiaalinen ja ekologinen tasapaino mahdollistavat Agenda 2030 tavoitteiden saavuttamisen (STM 2021; SOSTE 2014)

Valtiovarainministeriön elokuussa 2022 julkaisema alustava talousarvio vuodelle 2023 osoittaa, terveyden edistämisen momentille on varattuna 1,8 miljardia määrärahoja. Kuntien ja hyvinvointialueiden hyvinvointijohtamisen ja koordinaation kehittämisen määrärahoihin tulee lähes -40% lasku vuosiin 2021-2022 verrattuna. Huolimatta siitä, että terveyden ja toimintakyvyn määrärahoissa on nousua, kohdentuvat nuo määrät rokotteen hankintaan ja itse terveyden edistämisen määrärahat laskevat -10%. Positiivisena voidaan pitää sitä, että luontolähtöisten menetelmien käyttöönottoon on varattuna 300 miljoonaa. Summa, jota ei aiemmin ole huomioitu valtion talousarvio esityksissä.

3. TUTKIMUKSEN KÄSITTEISTÄ

Tutkielman käsiteosiossa esitellään uusien tutkimuksessa käytettyjen keskeisten käsitteiden taustatietoja. Tarkastellaan, miten käsitteet määritellään tämän tutkimuksen yhteydessä.

3.1. Holistinen hallintomalli – arvoverkkomainen toimintatapa

Perinteisten organisaatiolaatikkojen piirtämisessä on se huono puoli, että organisaation monet dimensiot joudutaan piirtämään kaksiulotteisena laatikostona. Toisaalta laatikosto on piirtynyt ihmisten tietoisuuteen niin syväälle, että muulla tavoin kuin laatikostona piirretty organisaatiokaavio ei edes tunnu organisaatiolta. Hierarkkinen rakennekäsitys on niin syvällä, että se muodostaa keskeisen esteen muutoksille organisaatioissa. Koko hallinnon kattavat mallit ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet. WHO:n liikkeelle laittama terveyttä kaikkiin politiikkoihin (HiAP - Health-in-all-policies) strategia suunnattiin koko hallinnon kattavaksi lähestymistavaksi, ei vain julkisen sektorin eri toimialojen väliseksi ”*poikkihallinnolliseksi*”, niin kuin se alkuun ymmärrettiin. Uuden strategia ajattelun tarkoituksena on ”*aiheuttaa häiriötä päätöksenteon luonnolliseen järjestykseen*”. Toisin sanoen uuden ajattelun on tarkoitus tulla aiempien menetelmien ja niistä johdettujen tavanomaisten menetelmien lopputulosten väliin (WHO 1986; Kauppinen 1999, 15; Christensen & Laegreid 2007; Melkas 2013; Carey ym. 2014).

Koko hallinnon kattaville onnistuneille ratkaisuille tyypillistä on yhteiskunnan eri toimijoiden laaja-alainen yhteistoiminta. Yhteistoimintaan osallistuu valtiosta riippumattomia muita toimijoita, kuten yksityissektori, kansalaisjärjestöt ja akatemia. Olennaista onnistumiselle ovat keskinäiseen luottamukseen perustuvat yhteisesti laaditut työjärjestelyt. Yhteistyö ei siis perustu vain teetettyihin sopimusjärjestelyihin. Onnistumisen taustalla nähdään laaja-alainen yhteistyö, johon kaikki yhteiskunnan eri toimijat osallistuvat. Toimijat harjoittavat valtionhallinnon toimintalinjauksia, vaikka sijaitsevat valtionhallinnon ulkopuolella. Näin aloitteisiin ja hankkeisiin sisältyvät myös dynamiikaltaan aktiiviset toimijat. Laaja-alaista terveyspolitiikkaa kehitettiin jo vuonna 2010 WHO:n Euroopan 61. aluekokouksessa Etelä-Australiassa. Tuolloin painotettiin institutionaalisia prosesseja koko hallinnon (*whole-of-government*) ja innovatiivisia kumppanuuksia edistävän koko yhteiskunnan (*whole-of-society*) toiminnassa. Toimijoiden yhteistoiminnan kilpailukyvyyn kautta tuotetaan hyötyjä

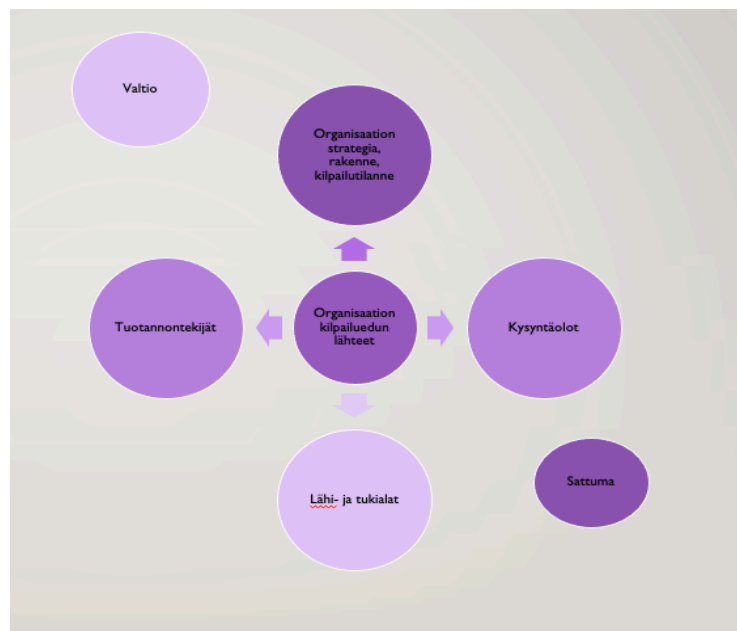
poikkeuksetta kaikille osapuolille (Christensen & Laegreid, 2007; Melkas 2013, 183; Carey ym. 2014; Lappalainen 2018).

Kilpailukykyä hyvinvoinnista

Kilpailukykyä voidaan tarkastella Harvard Business Schoolin professorin Michael Porterin 1990-luvulla luoman timanttimallin ja klusterikäsitteen avulla. Klustereiden yhteydessä puhutaan usein myös osaamiskeskittymistä, organisaatioryppäistä tai kansantaloutta edistävästä sisäisestä kehitysblokeista. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä osaamisryppäsysteistä, että hyvinvoinnin tuottamiseen tarvitaan monia eri toimialoja ja professioita. Osaamisryppään järjestäminen edellyttää poikkihallinnollista otetta, ei vain julkisen sektorin sisällä, vaan kaikkien eri yhteiskunnan toimijoiden kesken. Tässä tutkimuksessa hyvinvoinnin kilpailukykyä arvioidaan hyvinvointijohtamiseen osallistuvien päätöksentekijöiden tietotaidon perusteella.

Klusterikäsite mallin esittämisen jälkeen, niin itse timanttimallista kuin klusterikäsitteestä, on näkynyt useita eri muokattuja versioita, mutta osaamisryppäs rakenne ja siihen liittyvät elementit on syytä tuntea voidakseen kyetä tarkastelemaan mallia lähemmin. Porteria mukailien osaamisryppäs voidaan määritellä taloustieteellinen lähtökohta mielessä eli *”osaamisryppään voidaan katsoa muodostuvan eri organisaatioiden muodostamista maantieteellisistä keskittymistä ja niihin sidoksissa olevista toimijoista, joilla on keskinäinen vuorovaikutus ja jotka tuottavat selvästi osoitettavissa olevia hyötyjä toisilleen”*. Tärkeää on organisaatioiden ja toimialojen väliset kytkennät. Osaamisryppäeseen liittyy entistä parempia palveluita odottavat asiakkaat, eri organisaatioiden väliset kilpailutekijät, lähi- ja tukialojen mukanaolo ja osaamisryppäessä tarvittavat tuotannontekijät. Kansainvälinen talous sekä organisaatioista riippumattomat muut tekijät, kuten force major tekijät vaikuttavat kaikkien osien toimintaan ulkopuolisina voimina. Nykytilanteessa elämme juuri parhaillaan yhteiskunnissa, jotka ovat syvällä koronakriisissä, jonka vaikutuksia ei vielä täysin tiedetä. Tämän lisäksi ikääntymisen ilmiö on kaikilla yhteiskunnilla maailmassa edessään seuraavien vuosikymmenien saatossa (Lammi 1995, 7; Sölvell ym.2003; Liukkonen 2004, 12; Ketels ym. 2004; Lindqvist ym. 2013).

”Timanttimali” yhdistää makro- ja mikro näkökulman niin organisaatioiden kuin alueiden ja kansakuntienkin kilpailukyvyyn lähteistä. Mallin avulla voidaan löytää vastauksia muun muassa kysymykseen: ”Miksi joku toimiala/alue/kunta, ja nyt myös hyvinvointialue (hva), ylittää menestyksen hyvinvointijohtamisessaan?” Mallissa osaamisryppäät muodostavat poikkeuksetta kilpailuetua antavia ”paikallisia tai alueellisia kotipesiä”. Menestyksenä näillä kilpailuetua tuovilla asioilla on jäljiteltävyyden vaikeus, tehokas kommunikointi, arvoverkomainen yhteistoiminta, innovointi sekä vapaa kilpailu. Timanttimalissa perustekijät analysoidaan huolella kysyntäolojen, lähi- ja tukialojen, tuotannontekijäolojen, yrityksen strategiaan ja rakenteeseen sekä kilpailutilanteen osalta. Klusterin kehitysasteella on merkitystä sen selittäessä osaamisryppäeseen kuuluvien organisaatioiden kilpailuetujen olemassaoloa. Perustekijät muodostavat eräänlaisen ”kehärakenteen”, jonka eri tasoilla muutokset havaitaan. Porterin timanttimali hyvinvointijohtamiseen alla. Porter 1991, 100; Jääskeläinen 2001, 1; Sölvell ym. 2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013)



KUVA 4 Porterin timanttimali, 2021

Tuotannontekijäolot viittaavat perusrakenteisiin tai ammattitaitoiseen työvoimaan olosuhteisiin, jotka kilpailun kannalta ovat välttämättömiä. Tuotannontekijät luokitellaan perusrakenteeseen, fyysisiin voimavaroihin, inhimillisiin voimavaroihin, pääomavaroihin, ja tietovaroihin. Perusrakenteen laji, laatu sekä käyttökustannukset vaikuttavat kilpailuun.

Perusrakenne koostuu talouden, logistiikan, viestinnän ja terveydenhuollon elementeistä. Raaka-aineiden saatavuus ja ympäristöolot ovat taas fyysisiä voimavaroja. Henkilöstön määrä ja heidän taitonsa ovat tieteellisten, teknisten sekä tavaroihin ja palveluihin liittyvien markkinatietojen varantoa ja osia inhimillisistä voimavaroista. Tuotannontekijöitä ovat perustuotannontekijät sekä edistyneet tuotannontekijät. Perustuotannon tekijöihin kuuluvat luonnonvarojen, sijainnin ja ilmaston lisäksi myös velkapääoma sekä kouluttamaton ja keskiasteelle asti koulutettu työvoima. Edistyneiksi tuotannontekijöiksi katsotaan kuuluvan korkeasti koulutetun työvoiman ja digitaalisuuden lisäksi yliopistojen tutkimuskeskukset (Porter 1991, 102-108; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013)

Erikoistumisasteeseen, jotka ovat joko yleisiä tai erikoistuneita, tulee kiinnittää erityistä huomiota. Velkapääoman tarjonta, tieverkostot sekä motivoituneet työntekijät, jotka ovat saaneet keskiasteen koulutuksen kuuluvat yleisiin tuotannontekijöihin. Erikoistuneissa tuotannontekijöissä on hyvä kiinnittää huomio toimialan perusrakenteeseen, erikoiskoulutuksen saaneeseen työvoimaan, ja eri toimialojen tietokantoihin, jotta kaikille alaryhmille saadaan myös soveltuvat tuotannontekijät. Kunnan kyetessä keräämään kehittyneitä ja erikoistuneita toimialan kilpailussa vaatimia tuotannontekijöitä, saa kunta merkittävän ja pysyvän kilpailuedun (Porter 1991, 102-108; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013)

Kysyntäolot

Porter (1991, 115) katsoo kysyntäoloilla tarkoitettavan toimialalla tuotettavien tavaroiden tai palveluiden kotimaisen kysynnän määrää. Kysynnässä on otettava huomioon koostumus, laajuus ja mekanismit. Kysynnän koostumus tarkoittaa asiakkaiden tarpeiden luonnetta. Laajuudessa on huomioita myös kasvu. Mekanismit ovat tekijöitä, jotka siirtävät mieltymykset eteenpäin. Tärkeimmäksi tekijäksi katsotaan koostumus. Voidaankin sanoa, että kilpailuedun kannalta tärkeämpää on kysynnän laatu kuin sen määrä. Kysynnän koostumuksella on kolme piirrettä; *segmenttirakenne, asiakkaiden luonne ja koostumuksen piirre*. Segmenttirakenne mahdollistaa toiminnan joustavuutta. Asiakkaiden luonteessa on hyvä huomioida se, että asiakkaat ovat valistuneempia ja vaativampia kyseisen tavaroiden tai palvelun ostajiin, mikäli toimialalla on kilpailua tiukan säännöstelyn tai monopolin sijaan. Tämä tarkoituksena on

kiihdyttää organisaatioita parempiin suorituksiin ja tarjoamaan entistä parempaa palvelua asiakkaille. Kysynnän koostumuksen piirteellä haetaan asiakkaiden tarpeiden ennakointia. Myös kysynnän kasvuvauhdilla on merkitystä (Porter 1991, 115-122, 127-130; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013).

Lähi- ja tukialat

Lähi- ja tukialoilla tarkoitetaan kilpailukykyisiä aloja, jotka tuovat asiakasta lähellä oleville aloille etuja, asiakasta eri tavoin hyödyntäen. Näiden alojen ansiosta päästään tehokkaasti, nopeasti ja vaivattomasti kohti edullisimpia panoksia. Organisaatiot pääsevät tutustumaan uusiin menetelmiin ja mahdollisuuksiin käyttäen uutta tekniikkaa. Jos kunnan alueella sisältää kilpailukykyisiä lähialoja, on siitä seurauksena usein uusia kilpailukykyisiä toimialoja. Lähialojen organisaatiot kykenevät koordinoimaan tai jakamaan arvoverkon toimintoja ja siten niiden tuotteet täydentävät toisiaan. Kunta tai alue mitä todennäköisemmin menestyy yksittäisellä toimialalla, mikäli se on saavuttanut kilpailuedun useilla lähialoilla (Porter 1991, 130-137; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013).

Organisaation strategia, rakenteet ja kilpailutilanne

Organisaation strategia, rakenne ja kilpailutilanne tarkoittavat organisaation perustamiseen, organisointiin ja johtamiseen liittyviä oloja sekä kotimaisessa kilpailussa tapahtuvaa toiminnanluonnetta. Organisaatioita on varsin erilaisia, joten myös johtamisjärjestelmät vaihtelevat voimakkaasti. Poikkeuksetta menestyvät organisaatiot ovat valinneet johtamis- ja organisointumistavat, jotka ”istuvat” ympäristöön ja kilpailuedun eri lähteiden kanssa. Organisaatioiden organisointi- ja johtamistapoja on monenlaisia, joten yleistettävyyttä on paljon (Porter 1991, 138-155; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013).

Tärkeimmät näkökohdat kehittämiselle liittyvät johtamis- ja toimintakulttuuriin. Asenteiden on muututtava auktoriteetteja kohtaan. On tarkasteltava normituksia, ihmisten välisiä vuorovaikutus tapoja. On kysyttävä, miten työntekijät ja johto suhtautuvat toisiinsa. Tarkastelun alle on hyvä laittaa myös yksilön ja ryhmän käyttäytymistä koskevat normit, niin sosiaaliset normit kuin ammatilliset normit. Organisaation kehittyessä on oivallettava organisaation kehitysvaihe. Organisaatiot muodostavat tiiviit arvoverkot, joissa jaetaan

yhteistoiminta, joka saattaa nousta suureksi haasteeksi johtamisjärjestelmiin ja johtamis- ja toimintakulttuuriin (Porter 1991, 138-155; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013).

Valtiovalta ja sattuma

Kilpailuedun perustekijöiden lisäksi kunnan ja toimialan menestystä ohjaa myös valtiovalta ja puhdas sattuma. Sattumanvaraiset tapahtumat ovat poikkeuksetta organisaatioiden vaikutusmahdollisuuksien ulottumattomissa, eivätkä useinkaan liity maan oloihin. Tällainen esimerkki on juuri tällä hetkellä yhteiskunnissa vallitseva koronatilanne. Muita sattumanvaraisia tapahtumia voivat olla merkittävät tekniset haasteet, keksinnöt tai merkittävät muutokset maailman rahamarkkinoilla (finanssikriisi 2007-2008). Hallitusten poliittiset päätökset, sodat (Venäjän hyökkäys Ukrainaan) tai maailmanlaajuiset kysyntähuiput/-laskut taloudessa (Porter 1991, 156-161; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013).

”Timanttimallassa” esille nostetut kilpailuedun perustekijät ovat valtion vaikuttamisen keinoja kilpailuetuun. Valtiovallan vaikutus kuhunkin neljään perustekijään tapahtuu eri ohjausmekanismien avulla joko edistävästi tai ehkäisevästi. Mekanismi toimii myös toisin päin eli perustekijöiden vaikutus valtioon. Pääomamarkkinoiden tukitoimilla, säätelevillä määräyksillä ja koulutuspolitiikalla vaikutetaan eri tuotannon tekijöihin. Paikallisiin kysyntäoloihin valtion vaikutus on ohuempi. Viranomaisten asettamilla säädöksillä tai erilaisilla normeilla sanellaan ja vaikutetaan kansalaisten tarpeisiin. Valtiovallan tapa hoitaa asiakkuuksia voi toimia positiivisesti tai negatiivisesti toimialaa kohtaan. Pääomamarkkina säädökset ja veropolitiikka ovat valtion keinoja vaikuttaa organisaatioiden strategiaan ja rakenteeseen sekä kilpailutilanteeseen. Valtion harjoittamaan politiikkaan voi vaikuttaa perustekijöillä (Porter 1991, 156-161; Sölvell ym.2003; Ketels ym. 2004; Liukkonen 2004, 12; Lindqvist ym. 2013; Lappalaisen 2019, 12).

Lappalainen (2019, 12,31) painottaa organisaatorakenteen merkitystä operoitavalla toimialalla. Hän katsoo hierarkkisen rakenteen olevan sovelias toimintaympäristöihin, jotka ovat vakaita ja hitaasti muuttuvia. Tällaisen organisaation johtaminen perustuu autoritäärisyyteen, jossa on muodollisia komentoketjuja, käskytystä ja perinteisiä

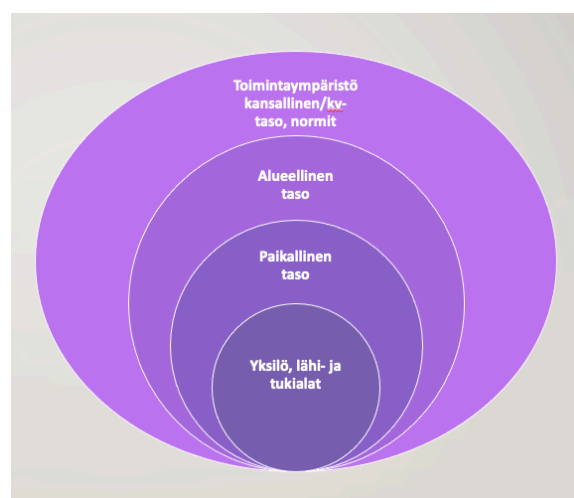
auktoriteettisuhteita. Epävakaat, alati muuttuvat, haasteellisesti ennakoitavat ja luovaa toimintaa edellyttävät toimintaympäristöt korostavat kokonaisvaltaista ja holistista organisaatorakennetta. Tyypillistä rakenteelle ovat joustavat työnjaot, avoin tiedonkulku sekä asiantuntemuksen ja osaamisen hyötykäyttö. Sosiaali- ja terveydenhuollon arverkoissa tapahtuva palvelutuotanto mahdollistaa keskinäisten tietovirtojen tehokkaamman käytön ja tehostaa yhteistyötä.

Arverkot mahdollistajina

Eri organisaatiot sisältävät hyvin erilaiset johtamiskulttuurit ja toimintatavat, joka voi olla iso haaste osaamisryppäälle. Tutkimusten mukaan verkostoista 55% jopa 75% epäonnistuu huonon luottamuksen ja heikon sosiaalisen pääoman johdosta. On tärkeää kiinnittää huomiota liikkeelle lähtevissä verkostomaisissa yhteistoiminnoissa luottamuksen ja sosiaalisen pääoman vahvistamiseen. Arvoja voidaan määritellä monella eri tavalla. Ne voidaan nähdä valintoina, asioina, jotka ovat tärkeitä ja luovat yhteisön yhteistä tahtotilaa. Arvojen katsotaan olevan järjen ja tunteiden yhteenliittymä. Arvo on vakaumusta, joka saa syvemmän merkityksen täytettyään (Aaltonen & Junkkari 2003, 60-61; Blomqvist 2011).

Tässä tutkielmassa holistinen hallintomalli määritellään

”yhteiskunnan eri toimijoiden väliseksi osaamisryppääksi, jolla on kehä rakenne, arverkkomainen toiminnan luonne sekä luottamusta ja sosiaalista pääomaa vahvistava johtamis- ja toimintakulttuuri, tavoitteena kansalaisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistaminen kustannusvaikuttavasti”.

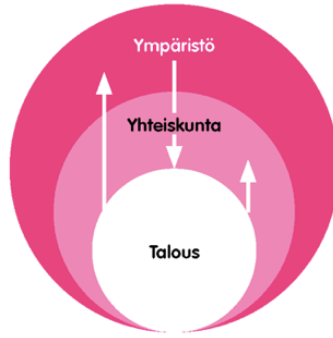


KUVA 5 Holistinen hallintomalli Porter ja Barton&Grant malleja mukaillen, 2021

3.2. Hyvinvointitalous - alusta hyvän elämän edellytyksille

Väestön hyvinvointi on otettu eurooppalaiseksi arvovalinnaksi EU:ssa ja sen jäsenvaltioissa. Hyvinvoinnin vahvistaminen julkisia varoja hyödyntäen on hyvinvointitalouden perusta. Poliittiset päätöksentekijät ovat tiedostaneet tosiasian, että hyvinvoivilla kansalaisilla on vähemmän sairauksia, he tekevät enemmän töitä, ovat luovia ja tuottavia sekä maksavat enemmän veroja. Kestävä hyvinvointi muodostuu elämänlaadun, vahvan talouden ja tasapainoisen luontosuhteen yhteenkietoutuneisuudesta (Hautamäki & Oksasen 2014, 108-109; Lehmusvirta 2016, 20; STM 2021).

Hyvinvointitaloudessa ihminen on talouden ytimessä. Hyvinvointitalous nähdään talouden ja hyvinvoinnin keskinäisriippuvuutena. Sitä voidaan analysoida, mitata ja kehittää ja sen pohjalta tehdä kustannusvaikuttavia poliittisia päätöksiä. Talouden ja hyvinvoinnin keskinäisriippuvuus ohjaa vaurastumista ja vakauttaa talouskasvua. Se toimii myös päinvastoin eli talouskasvu ja talouden vakaus mahdollistavat hyvinvoinnin lisäämisen. Tätä keskinäisriippuvuutta tukevat myös OECD ja EU päätöslauselmissaan. Tulevaisuuden ajattelutapana hyvinvointitalous visioi kaikille hyvän elämän edellytykset tarjoavaa yhteiskuntaa. Käsitteenä sen rooli nähdään talouden järjestelmänä. Se nähdään myös instituutiona ja välineenä, jonka avulla ajetaan erityyppisiä päämääriä. Hyvinvointitaloudessa yhteiskunnan eri sidosryhmät toimivat yhteistyössä kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Hyvinvointitaloudessa ehkäistään ongelmia ja saadaan säästöjä pienin kustannuksin ennakoitotoiminnan avulla. Vaikuttavuuden arviointi ja toimintamallit ovat oleellisia hyvinvointitaloudelle. Hyvinvoinnista syntyy itseään ruokkivia kehiä kestävien ekologisten järjestelmien avulla. Oikean tiedon saaminen päätöksenteon tueksi on erityisesti kehitystä kaipaava asia. Hyvinvointitalouden sanotaan korostavan talouden, yhteiskunnan ja ympäristön kerrostunutta suhdetta (SOSTE 2016, 58; Eurooppa neuvosto 2019; Kianto ym. 2019, 35; OECD 2020; Mäkipää, Tonteri & Aalto-Kallio 2021, 148,150; Valtioneuvosto, 2021).



KUVA 6 Ympäristön, yhteiskunnan ja talouden kerrostunut suhde

Lähde: SOSTE 2021, 58

Hyvinvointitalous politiikkalinjauksena ja hallinnon mallina asettaa *”yksilön ytimeen”,* *”kansalaisen keskiöön”*. Tästä vääjäämättä seuraa hyvinvoinnin huomioimen kaikissa politiikoissa. Poliittikatoimien päämääränä on talouskasvu, tuottavuuden lisääminen, julkisen talouden kestävyuden vahvistaminen sekä yhteiskunnan vakauden edistäminen. Huolimatta hyvinvoinnin itseisarvosta, korostaa hyvinvointitalous hyvinvoinnin ja talouskasvun yhteenkietoutuneisuutta. Hyvinvointitalouden näkökulmasta merkittävää on terveyttä edistävän ja ehkäisevän toiminnan vaikuttavuuden todentaminen, jossa tiedostetaan toiminnan hyödyt niin yksilö kuin yhteiskuntatasolla (Särkelä ym. 2014, 289; Eurooppa neuvosto 2019).

Hyvinvointitalous määritellään myös sosiaalista asemaa ja elämänlaatua parantavaksi taloudeksi. Sen avulla vähennetään eriarvoisuutta alemmissä tuloluokissa ja turvataan kestävyyttä ympäristössä ja koko yhteiskunnassa. Sosiaalinen hyvinvointi ja talous tukevat toisiaan. Siitä seuraa väestölle lisää terveyttä ja toimintakykyä. Tämä mahdollistaa paremman osallistumisen työelämään ja yhteiskunnalliseen toimintaan. Väestölle mahdollistuu myös turva, vakuus ja yhteiskuntarauha. Elämän riskeistä selviytyminen helpottuu (THL 2020; Pohjola 2014, 100).

Englantilainen taloustieteilijä Kate Raworth (2017) katsoo hyvinvoinnin vieläkin laajemmin kehittämänsä *”donitsitalouden”* näkökulmasta. Donitsitaloudessa hyvinvointi saavutetaan tasapainottamalla ihmisten välttämättömät tarpeet maapallon rajojen sisällä. Malli varmistaa perustarpeiden, kuten riittävän ruoan ja koulutuksen saamisen ekosysteemiä suojelemalla ja

ja tulevaisuuden mahdollisuuksia rajoittamatta. Donitsitalouden lähtökohta on myös muuttaa ajatuskulkua jatkuvasta BKT:n nousun tavoitteesta kohti donitsitalouden sosiaalista perustaa ja ekologista kattoa. Bruttokansantuote keskeisenä talouden mittarina samaistetaan usein hyvinvoinnin mittariksi, mitä se ei ole. Hyvinvointitalouden näkökulmasta keskeinen ongelma on keskittyminen talouden tilan poikkileikkaukselliseen mittaamiseen, unohtaen esimerkiksi kotitalouksissa ja järjestöissä tehtävä työ. BKT ei herkästi reagoi myöskään muutoksiin ja kumuloitumiseen (Särkelä 2014, 289; Raworth 2018, 49; Pokkinen 2021, 14).

Ikääntymisen haasteiden johdosta yhteiskunnat tarvitsevat välineitä hyvinvoinnin tehokkaaseen tuottamiseen. Pekurinen (2014, 268) onkin todennut, että yhä enemmän etsitään hyvinvointihyötyjä tarjotuista palveluista ja toimenpiteistä. Mikäli tuotettu palvelu ei edistä hyvinvointihyötyjä, ei siihen ole syytä käyttää yhteiskunnan verovaroja. Hyvinvointitalous-käsitteeseen tuleekin liittää edellytys tehokkaan palvelujärjestelmän hyödyntämisestä sekä toimenpiteiden vaikuttavuuden parantamisesta. Onkin korostettu, että hyvinvointi itsessään on päämäärä. Panostamalla väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviin toimiin voidaan tuottaa taloudellisesti kestävää toimintaa (Pekurinen 2014, 268; Fadjukoffin 2018, 12; SOSTE 2021, 31)

Taloustieteen pilkkaaminen hyvinvoinnin ja terveyden yhteydessä on tuttua, olipa talouden suuntaus mikä tahansa. Talouden sivuuttaminen hyvinvointi keskustelussa on kuitenkin lyhytnäköistä. Ikääntyminen tuo mukanaan laajoja haasteita tulevina vuosikymmeninä ja on aivan pakko pohtia, miten varoja käytetään. Pitkään pidettiin vaikeana, ellei mahdottomana, terveystulosten mittaamista. Mittaamisessa on toki haasteensa, mutta mahdotonta se ei ole. Kyse hyvinvointipalveluiden osalta ei ole pelkästään se, paljonko rahaa säästyy, vaan myös se tuotetaanko toiminnalla hyvinvointia ja kuinka kustannusvaikuttavaa se on. Tutkimus tuottaa tietoa, jota jalostamalla voidaan kehittää uusia ratkaisumalleja, sosiaalisia innovaatioita ja kehittyneempää liiketoimintaa. Eri käytäntöjen kehittyminen vahvistuu tietoperusteisen koulutuksen kautta, sillä valmistuvilla on uutta osaamista, joka täydentää olemassa olevaa tietotaitoa. Hyvinvointitalous tuottaakin yhtä aikaa elinvoimaa väestölle sekä kunnille ja alueille, mutta myös edistää uuden liiketoiminnan syntymistä. Nyt on alusta uudelle talousajattelulle, enää tarvitaan selkeä mittari (Pekurinen 2014, 158-162; Fadjukoffin 2018, 12).

3.3. Funktionaalinen terveystietämys – toimintakyky terveyden tärkein mittari

Maailman terveysjärjestö (WHO) on ennustanut yli 60-vuotiaiden osuuden lähes kaksinkertaistuvan seuraavan lähes 25 vuoden aikana. Prosentuaalisesti osuus kasvaa 12 - prosentista jopa 22 -prosenttiin. Kroonisten kansansairauksien osuus kasvaa ikääntymisen ilmiön sekä parantuneen elinajan odotteen vuoksi. Tämä poikkeuksetta heikentää ikääntyvän väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Hyvinvointi ja terveys ovat moniulotteisia, haasteellisesti määriteltäviä käsitteitä kontekstisidonnaisuuksiensa vuoksi. Käsitteiden sisältö on laajentunut viime vuosikymmeninä. Hyvinvoinnin kuvaajana Suomessa on paljon käytetty Erik Allardtin tarve- ja resurssipohjaista ajattelua. Allardtin hyvinvoinnin määritelmässä hyvinvointi nähdään ihmisen keskeiset tarpeet tyydyttäväksi tilaksi. Tarveluokiksi Allardt nimeää having-, loving- ja being-luokat. Viime vuosina näihin ulottuvuuksiin on lisätty doing-luokka (Hirvilampi 2015, 24-25; Rissanen & Lammintakanen 2017, 16-17).

Rissanen ja Lammintakanen (2017, 16-17) mukaan elintaso kuvaavaan having -luokkaan kuuluvat terveys, tulot, työllisyys, koulutus ja asumistaso. Loving-luokka kuvailee perheyhteisyyttä, ystävyssuhteita ja paikallisyhteisöön kuulumista, johon sisältyy rakkauden, toveruuden ja solidaarisuuden tarpeet. Itsensä toteuttamiseen liittyvät Being-luokan tarpeet ovat statukseen ja arvonantoon, erilaiseen vapaa-ajan toimintaan, poliittisiin resursseihin ja korvaamattomuuteen kuuluvat tarpeet. Tarpeita on mahdollista tarkastella ja mitata subjektiivisesti ja objektiivisesti. Hyvinvointiteoria ei edellytä hierarkiaa tarpeiden tyydyttämiselle ja ajan myötä luokkiin on tullutkin uusia ulottuvuuksia. Hirvilampin (2015, 24-25) doing-luokkaan kuuluvaan yksilön hyvinvointia voidaan parantaa luomalla hänelle mahdollisuuksia tehdä asioita, joista hän pitää tai joita hän arvostaa.

Having-luokkaan kuuluvaa terveyttä on useimmiten määritelty biolääketieteellisen, positiivisen tai funktionaalisen näkökulman pohjalta. Biolääketieteellinen malli näkee ihmisen joko terveenä tai sairaana. Terveyden ja sairauden raja on selkeä. Maailmanterveysjärjestön (WHO) esittämä terveystietämysmalli painottaa täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa. Käsitteet yhdistää terveyden ja hyvinvoinnin. Positiivisessa terveystietämysmallissa terveys nähdään voimavarana ja elinvoimana, jota ihmisellä on tilanteesta riippuen enemmän tai vähemmän. Funktionaalinen terveystietämys korostaa

toimintakykyä ja sen aleneminen on merkki sairaudesta. Toimintakykyä voidaan kuitenkin kohentaa sairaudesta huolimatta erilaisilla terveyden edistämisen toimilla. Tämä ajatusmalli on laajasti käytössä erityisesti työterveyshuollossa, työkyvyn arvioinneissa sekä ikäihmisten terveydenhuollossa (Kauhanen ym, 2013, 102; Rissanen & Lammintakanen 2017, 16-17).

Huolimatta siitä, että eurooppalaiset elävät pidempään, useat kansalaiset kohtaavat moninaisia terveyshaasteita ja liikkumiskyvyn ongelmia myöhäisiässä. Kroonisten sairauksien, mielenterveyden haasteiden sekä invaliditeetin ja raihnaisuuden lisääntyessä, kansalainen kohtaa varhaisessa vaiheessa heikosta terveydestä johtuvat rakenteelliset, taloudelliset ja sosiaaliset paineet ja esimerkiksi terveydenhuollon palveluissa tulee investoida enemmän koulutukseen ja seulonta palveluihin samalla kun kansalaisten on tehtävä muutoksia elintapoihinsa (Koponen ym. 2017; Eurostat 2020, 50).

Krooniset sairaudet ovat Euroopassa johtava sairastavuus ja kuolinsyy, ja tutkimukset osoittavat kompleksisten sairauksien, kuten diabetes, masennus ja viime aikoina erityisesti ikääntymisestä johtuen, muistisairaudet, tulevat olemaan suurempi tautitaakka tulevaisuudessa. Joitain vuosia sitten krooniset sairaudet katsottiin olevan ikääntyvän ja rikkaiden väestöjen taakka. Nykyisin tiedetään, että kehittyneissä maissa yhtä lailla köyhiä, nuoria ja keski-ikäisiä ihmisiä koskettavat kroonisten sairauksien terveydentila. Taloudelliset vaikutukset ovat mittavat. Krooniset sairaudet vaikuttavat tuloihin, työvoimaan, tuottavuuteen, samoin kuin aiempaan eläköitymiseen ja työkyvyttömyyteen. Vajaakuntoisuus ja alhainen koulutustaso vaikuttavat bruttokansantuotteeseen alentavasti. Kroonisista sairauksista aiheutuvat kustannukset kasvavat eri puolilla Eurooppaa, ja kustannukset kasvavat merkittävästi niin yksityisellä kuin julkisella sektorillakin (Europe 2020, 49).

Tulevina vuosikymmeniä ja osittain jo nykyisin terveyden edistämisen filosofia tulee perustumaan laaja-alaisempaan terveystähtäykseen, jossa painopiste on ihmisten toimintakyvyssä. Tätä terveystähtäystä kutsutaan funktionaaliseksi terveystähtäykseksi. Käsitys on jo vallalla ikäihmistenhuollossa, samoin kuin työterveyshuollossa. Näillä aloilla diagnooseja tärkeämpi terveyden kuvaaja on toimintakyky ja siinä esiintyvät alenemat. Funktionaalisen terveystähtäyksen yleistyessä, erityisesti seniori ikäluokissa, vaikuttavuuden

kriteereiksi tulee nousemaan terveys ja toimintakyky (Kauhanen ym. 2013, 102; Eduskunta, Tulevaisuusvaliokunta 2016).

WHO (2001) on toukokuussa 2001 hyväksynyt kansainvälisen standardin väestön toimintakyky edellytysten kuvaamiseen. Tässä kansainvälisessä ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) luokituksessa korvataan aiempi vuonna 1980 voimaan tullut luokitus. Suomeksi luokitus kantaa nimeä *”Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus”*, joka eri olutiloissa tapahtuvan selviytymisen lisäksi painottaa arkipäivässä pärjäämistä sekä korostaa sellaisten toimenpiteiden edistämistä, jotka vahvistavat toimintakykyä. Tämä tehtävä nähdään kaikkien toimialojen yhteiseksi haasteeksi yhteiskunnassa. Laaja kokonaisuus sisältää toimintakyvyn lisäksi myös toiminnan rajoitteet ja elinpiirin tilannekohtaiset muuttujat (THL 2001; Korpela 2017, 12-13).

Toimintakyky määritellään yleisesti fyysis-psykkis-kognitiivis-sosiaalisesti kokonaisuudeksi. Tällä määritelmällä pyritään antamaan kuva toimintakyvyn kokonaisvaltaisuudesta ja moniulotteisuudesta. Tässä määritelmässä fyysisellä toimintakyvyllä on suuri merkitys. Fyysinen toimintakyky edellyttää eri osa-alueiden säännöllistä harjoittelua, sillä se ei ole varastoitavissa. Toimintakyky kansanterveysindikaattorina mittaa muutosta väestön terveydessä. Toimintakyvyn testaaminen standardoiduilla mittamenetelmillä antaa tietoa toimintakyvystä iäkkäiden ihmisten terveyden edistämässä. Erilaisten strukturoitujen toimintakykymittareiden avulla voidaan arvioida kuhunkin mittariin sisältyviä aihealueita (Suvikas ym. 2012, 81-87; Heikkinen ym. 2013, 278; Laukkanen & Pekkonen 2013, 303; Rantasen & Sakari 2013, 315; Korpela 2017, 13).

Viime vuosina terveystutkimus on painottunut ikäihmisten toimintakyvyn muuttumiseen. Erityisesti on kartoitettu muutosten taustalla olevia tekijöitä. WHO:n (2001) ICF-luokituksessa fyysisen toimintakyvyn perustana nähdään ihmisen kyky liikkua ja se, miten ihminen liikuttaa itseään. Terveystutkimuksessa on huomioitava lihasvoima- ja sen kestävyys, yleinen kestävyyskunto, nivelten laaja-alainen liikkuvuus sekä kehon asentotunnon aktivointi ja liikkeiden hallinta. Aistitoimintojen, kuten näön ja kuulon, merkitys korostuu. Käsitteet

fyysinen kunto ja suorituskyky sekä terveyskunto ovat osa fyysisistä toimintakykyä (Heikkinen ym. 2013, 280; THL 2001; WHO 2021).

Terveydenhuollon laatua pyritään varmistamaan ikääntyvän väestön toimintakykyä arvioimalla. Keskeistä on liikkumattomuuden eli inaktiivisuuden välttäminen. Jokapäiväiset rutiinit vahvistavat aktiivista liikkumista. Aktiivinen liikkuminen on ensiarvoisen tärkeää erityisesti ikääntyvälle väestölle. Tutkimuksissa on todettu elämäntapa tekijöiden suuri vaikutus kroonisiin sairauksiin. Fyysinen aktiivisuus on yksi elämäntapa tekijöistä. Fyysisesti aktiivinen harjoittelu ehkäisee luukatoa, murtumia ja lihaskatoa. Fyysinen aktiivisuus estää myös kognition laskua. On tärkeää muistaa, että ihminen voi olla fyysisesti hyvinkin aktiivinen ilman, että hän harjoittaa korkeatehoista aerobista toimintaa. Kaikkien ikäluokkien, mutta erityisesti ikäihmisten on hyvä sitoa säännöllinen liikkuminen arkeen. Aktiivisuus edistää terveiden elämäntapojen juurtumista. Terveet elämäntavat edistävät hyviä ruokailutottumuksia, ehkäisevät onnettomuuksia, ovat ennaltaehkäiseviä interventioita sairauksien syntyyn ja yleisesti edistävät hyvää terveyskäyttäytymistä (Geda ym. 2010; Ahlskog ym. 2011; Vidoni ym. 2012; Hirvensalo ym. 2013, 483; Blondell ym. 2014)

3.4. Päätösten ennakoarviointi – ryhtiä päätöksentekoon

On tärkeää tiedostaa lainsäädännön vaikutukset ihmisiin. Tärkeää on myös tunnistaa säädösten vaikutukset, merkittävyys ja luoda mahdollisuus niiden arviointiin. Keskeisenä tekijänä vaikutusten arvioinnissa on selvittää vaikutukset ennen päätöksentekoa. Kunnilta edellytetään lainsäädännön mukaisesti kestävä kehityksen ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen. Tavoitteena kunnilla on terveen elämän edellytysten toteutuminen. Kuntien kaikki hallinnon alat on valjastettu terveyserojen kaventamiseen ja hyvinvoinnin ja terveyden vahvistamiseen. Säädöksissä kehoitetaan kuntia tarkastelemaan ratkaisujensa vaikutuksia. Valmistelussa on arvioitava vaikutukset niin terveyteen kuin sosiaaliseen hyvinvointiin. Laki velvoittaa kunnat yksiselitteisesti harjoittamaan yhteistyötä kunnan eri toimialojen välillä, mutta myös ulkopuolisten yhteiskunnan eri toimijoiden kesken (L 1326/2010; Kuntalaki L 410/2015; STM 2016 Säädosarviointi).

Kuntaliiton (23.11.2018) mukaan kuntahallinnon päätökset vaikuttavat asukkaisiin ja kuntatalouteen merkittävästi. Päätökset ovat poikkeuksetta mittavia. Päätösten tekijöiden kuuluu arvioida eri päätösvaihtoehtoja. Pohdinta kuuluu tehdä etukäteen kokonaisvaltaisesti ja siinä tulee huomioida riittävän pitkä aikajänne. Keskeisiä kuntalaisia koskevia päätöksiä tekevät strategisesti kunnanvaltuustot ja -hallitukset sekä operatiivisesti lautakunnat. Ennen ratkaisujen tekemistä on säädösten mukaan tehtävä ennakoarviointia. Ennakoarvioinnissa tarkastellaan aiheutuvia vaikutuksia ja päätetään seurantamittareista. Ennakoarvioinnin tarkoituksena on päätöksenteon selkeyttäminen, vaikutusten arviointi asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen sekä erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen esille nostaminen ja niiden hyötyjen pohtiminen. Menetelmän käyttö vaihtelee suuresti kunnittain ja yleisesti menetelmän käyttö on alhaista (Kauppinen, 2011; Pekkanen, 2020; Penttilä ym. 2020).

Poikkeuksetta ennakoarviointiin suhtaudutaan johdon ja päättäjiä taholta myönteisesti ja siihen sitoudutaan, kun arviointiprosessi on lähtenyt liikkeelle. Ennakoarvioinnin käyttöä tukeva tekijä on yhteisymmärrys menetelmän merkityksestä. Tämä edellyttää avointa, läpinäkyvää tietojohdantamisen päätöksentekokulttuuria. Yhteiset toimintamallit, selkeät vastuut ja helppokäyttöiset työvälineet aktivoivat menetelmän käyttöön ja osaamisen kehittämiseen. Tietoisuuden lisääminen menetelmästä, koulutuksen vahvistaminen aiheesta ja johdon tuki menetelmän käyttöönotossa ehkäisevät kielteisiä asenteita menetelmää kohtaan. Verkottumiset ja ketjuuntumiset vaikutusten arvioinnissa tulee ottaa huomioon yhteistuloksissa erityisesti ympäristö- ja talousvaikutusten osalta. Näissä pitkä aikajänne aiheuttaa monen vaikutustyyppin tuloksia (Kauppinen 2011, STM, 2016; Penttilä ym. 2020).

Aikajänteen, sekä lyhyen että pitkän, merkitystä ei voi liiaksi korostaa. Vaikutukset aikajänteen johdosta saattavat näyttää aivan toisenlaisilta. Kustannussäästöt tai -panostukset voivat tuottaa joko säästöjä tai mahdollisia lisäkustannuksia ajasta riippuen. Vaikuttaa siltä, että kunnissa ennakoarviointia ei käytetä osittain ajanpuutteen ja toisaalta menetelmän ja prosessin aikaa vievän luonteen vuoksi. Kuntaliitto kuntien edunvalvojana lähestyi kuntien johtoa suosituksella jo vuoden 2011 kesäkuussa patistaen kuntia ennakoarviointi menetelmän hyödyntämiseen. Suosituskirjeessä kehoitettiin ennakoarviointimenetelmän kokonaisvaltaiseen huomioimiseen päätöksenteossa. Tällä pyrittiin vahvistamaan

arvopohjaista päätöksentekoa ja keskustelua halutuista vaikutuksista (STM 2016, Kuntaliitto 2018).

Huolimatta lainsäädännön velvoitteesta sekä Kuntaliiton suosituksesta monessa kunnassa Suomessa ei toteuteta päätösten ennakoarviointia millään tasolla. Siitäkään huolimatta, että ennakoarvointi on käyttökelpoinen työkalu ja sen on katsottu selkeyttävän päätöksentekoa ja vähentävän uudelleen käsittelyiden osuutta. Lisäksi katsotaan keskustelun helpottuvan ja ymmärryksen kasvavan erilaisia näkökulmia kohtaan. Vaihtoehtoisia vaikutuksia punnitaan. Kuntien tarkastuslautakunnat arvioivat kerran vuodessa tilinpäätösten yhteydessä, miten kuntakonsernin toiminnallis-taloudelliset tavoitteet ovat toteutuneet. Hyvinvointijohtamisen keskeisenä työvälineenä käytännössä tulisi olla ”hyvä käytäntö” -järjestelmä (Nelimarkka & Kauppinen, 2007; Kuntalaki 2015, 71§; Kuntaliitto 2018; THL 2022)

3.5. HYTE kerroin – taloudellinen kannustin HYTE toimintaan

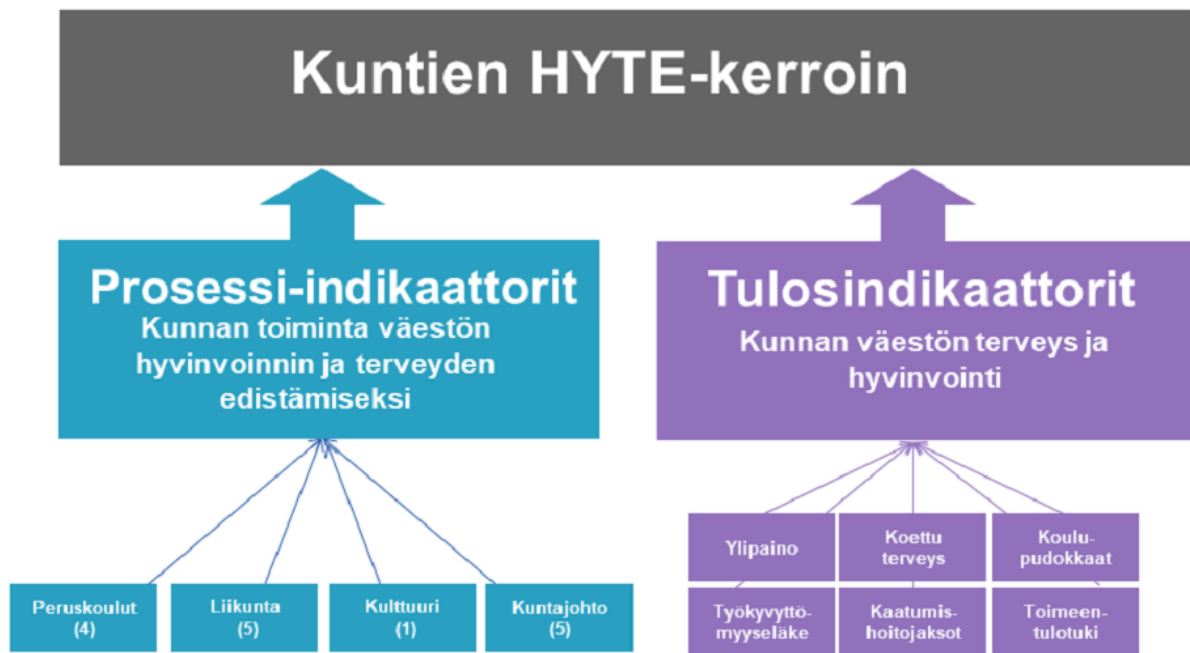
Terveydenhuollon palvelutuotannon keskeinen tavoite on terveyshyötyjen maksimointi. Huomio tulee kiinnittää terveyshyötyjen mittaamiseen eikä niinkään suoritteiden määrään. Tulevaisuuden rahoitusmallien keskeinen palkitsemisperuste eri palveluntuottajille tulee olemaan potilaalle tuotettu arvo. Terveydenhuollon innovatiivisuutta hidastaa kyvyttömyys priorisoida palveluverkoista tulevaa arvon tuottamista ja mittaamista. Tästä on seurauksena vääristynyt kustannuskehitys, joka lisää tarpeettomasti kokonaiskustannuksia (Porter 2010).

Pääministeri Marinin hallituskauden keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon eli niin sanotun sote-uudistuksen rakenne koostuu sisällöllisistä ja rakenteellisista uudistuksesta. Kunnilta sote-palvelut siirtyvät erikseen perustettaville 21 hyvinvointialueelle. Kuntiin jää edelleen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu ja toiminnot. Uudistuksen on turvattava sosiaali- ja terveyspalvelut kansalaisille yhdenvertaisesti ja laadukasti. Palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta on parannettava. Hyvinvointi- ja terveyseroja on kavennettava. Uudistuksen tulee turvata ammattitaitoinen työvoima tarjottaville palveluille. On löydettävä keinot ikääntymisestä ja syntyvyyden laskusta aiheutuviin ongelmiin. Keskeistä uudistuksessa on kustannusten kasvun hillintä. Uudistus astuu voimaan 1.1.2023 (Valtioneuvosto 2021).

Vuoden 2023 alusta voimaan tulevan sote-uudistuksen jälkeen hyte-työ vastuu jakaantuu kuntien ja hyvinvointialueiden kesken. Molemmille hallinnon tasoille on suunniteltu valtion toimesta taloudellisia kannusteita onnistuneesta hyte-työstä. Taloudellinen kannustin tulee niin kutsutussa hyte-kerroin muodossa. Kannustimen rahoitustaso määräytyy hallinnossa tehtävien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä. Kannustimen avulla pyritään varmistamaan aktiivinen asukkaiden hyväksi tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen myös hallinnon uudistuksen jälkeen. Laaja kunnan vastuu on peruste kertoimen käytölle. Toinen peruste on terveydenhuollon menokustannusten hillintä ja kuntalaisten elinvoiman kasvu. Kannustin tulee käyttöön heti uudistuksen alussa. Rahoitus jaetaan valtionosuuden yhteydessä. Kunnat ovat voineet vaikuttaa jo vuosia rahoituksen tasoon hyvinvointia edistävillä toimilla (Juntunen & Ikola-Norrbacka 2021, 132-139, THL 2021)

Hyvinvointijohtamiselta odotetaan vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Riittävät ja oikeansuuntaiset indikaattorit tehostavat johtamista ja vaikutusten seuranta. Tarpeellisia indikaattoreita on lisättävä tehokkaamman seurannan edistämiseksi. Johdon tuleekin pohtia, miten tavoitteisiin päästään yhteisin ponnistuksin. Hyvinvointijohtamiseen tarvitaan selkeä johtamisjärjestelmä ja tarkasti nimetyt vastuut. Läpinäkyvät, selkeät ja yhdessä hyväksytyt indikaattorit vahvistavat objektiivista arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon arvoverkkoissa. Kunnille on esitetty jo vuosituhannen alusta alkaen palkitsemisjärjestelmiä väestön terveyden edistämiseksi. Valtiovarainministeriön toteuttamassa esiselvityksessä vuodelta 2019 todettiin, että kunnista yli 90 prosenttia katsoi HYTE-kertoimen olevan perusteltu työkalu hyte-työn seurannassa (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta 2001; Lappalainen 2019, 33; THL 2019; Valtionvarainministeriö 2019).

HYTE-kerroin tulee voimaan vuoden 2023 alusta. Rahoituksen suuruus määräytyy 20 eri indikaattorin hyödyntämisestä. Toimintaa kuvaavia prosessi-indikaattoreita on 14 ja tuloksia kuvaavia tulosindikaattoreita on kuusi. Indikaattoreiden suuri määrä varmistaa laajan arvioinnin. Indikaattorien soveltuvuus vaihtelee ja niitä muutetaan määräajoin. Nykytilannetta kuvataan prosessi-indikaattoreiden avulla. Väestössä tapahtuvaa muutosta mitataan tulosindikaattoreiden avulla (Ikonen ym, 2018, THL 2021).



KUVA 7 HYTE kerroin indikaattorin peruselementit

Lähde: THL 2021

Alustavien tietojen mukaan yleiskatteellinen jaettava summa olisi noin 100 miljoonaa euroa. Kunnan saaman rahoituksen suuruus lasketaan kaavalla: hyte edistämisen perushinta x kunnan asukasluku x kunnan hyte-kerroin eli:

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perushinta

kertaa

kunnan asukasluku

kertaa

kunnan hyte-kerroin

Alhaisin HYTE arvo Keski-Uudenmaan kunnissa vuonna 2018 oli 6,8 euroa ja korkein 10,5 euroa. Vuonna 2020 alhaisin HYTE arvo Keski-Uudenmaalla oli 15,7 euroa ja korkein arvo oli 18,7 euroa. Kokomaassa alhaisin arvo oli 7,4 euroa per asukas ja korkein on 22,50 euroa per asukas.

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, jatkossa hyvinvointijohtamisen, päätöksentekoon osallistuvien henkilöiden tietotasoa siitä, kuinka hyvin he tunnistavat uudet käsitteet holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystiete ja hyvinvointitalous. Lisäksi selvitetään, miten terveys on huomioitu arvona kuntastrategioissa ja näkykö se kunnan hyvinvointijohtamisessa. Tutkimuksessa tarkastellaan myös, millä tasolla päätösten ennakoarviointi (EVA), toimintakyky terveyden mittarina ja HYTE kerroin taloudellisena kannustimena on käytössä kunnan hyvinvointijohtamisessa. Lopuksi selvitetään, mitkä ulkoiset kulttuuris-taloudelliset tekijät joko edistävät tai ehkäisevät kunnan hyvinvointijohtamista.

Tutkimuksen tavoitteena on parantaa hyvinvointijohtamisen strategisen ja operatiivisen päätöksenteon johdonmukaisuutta Keski-Uudenmaan kuuden kunnan, Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän, Nurmijärven, Pornaisten ja Tuusulan viranhaltijoissa ja luottamushenkilöissä. Kunnat muodostavat tulevan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen. Lisäksi tavoitteena on selvittää, mitkä ulkoiset kulttuuris-taloudelliset tekijät edistävät tai ehkäisevät hyvinvointijohtamista tutkittavissa kunnissa.

Tutkimuskysymykset muotoutuivat seuraavasti:

- 1) Miten holistinen hallintomalli ja funktionaalinen terveystiete näkyy hyvinvointijohtamisessa organisaation eri tasoilla?
- 2) Miten terveys on huomioitu arvona kuntastrategioissa ja miten se näkyy strategisessa ja operatiivisessa hyvinvointijohtamisessa?
- 3) Miten päätösten ennakoarviointi (EVA) on huomioitu päätöksenteon eri tasoilla?
- 4) Perustuuko kunnan talousjohtaminen jollekin tietylle ajatukselle tai käsitteelle ja miten HYTE kerroin vaikuttaa organisaation talouteen? Lisäksi tiedusteltiin, onko HYTE kertoimen arvo muuttunut vuosien 2018 ja 2020 välisenä aikana ja paljonko?
- 5) Vaikuttaako johtamisvastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, sote-nettokustannukset, lainakanta tai verotulot edistävästi tai ehkäisevästi hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden tasoon?

5. TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

Tutkimuksen filosofisena suuntauksena on realismi. Tutkimus toteutettiin monimenetelmää hyödyntävänä laadullisena vertailevana tapaustutkimuksena (*case study research*). Tapaustutkimus tutkii monipuolisesti ja erilaisilla menetelmillä tuotettua tietoa yksittäisestä tapahtumasta, rajatusta kokonaisuudesta tai yksilöstä. Tutkimus pyrkii miten- ja miksi-kysymysten avulla tutkimaan, kuvailemaan tai selittämään yksittäistä tapausta (Yin 1994, 5-13, Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tapaustutkimus soveltui tässä tutkimuksessa lähestymistavaksi sen holistisen luonteen vuoksi. Tutkijaa ikään kuin pakotettiin tarkastelemaan tapauksia kokonaisuutena. Tapaustutkimus kuvailee yksittäistä tutkittavaa ilmiötä yksityiskohtaisesti sen luonnonmukaisessa ympäristössä. Tavoitteena on tutkimuskohteen tarkka ja totuudenmukainen kuvailu, ei niinkään pyritä hypoteesien testaamiseen tai selittämään ilmiöiden välillä tapahtuvia yhteyksiä (Anttila 1996, 250, Hirsjärvi ym. 2004, 125-126, Heinonen 2011, 49-50).

Tämän tutkimuksen yksittäinen tapahtuma oli eri käsitteiden ja ilmiöiden selvittäminen rajatussa kokonaisuudessa eli kunnassa tai kaupungissa. Ilmiöt olivat holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystieteiden tutkimus, hyvinvointitalous, arvot, päätösten ennakoarviointi ja HYTE kerroin. Monipuolisina yksilöinä olivat terveydenhuollon ammattilainen eli hyvinvointikoordinaattori sekä viranhaltija eli kunnan tai kaupunginhallituksen puheenjohtaja. Viranhaltijaa ja demokratian keinoin valittua luottamushenkilöä haastatteleamalla ja yhdistämällä eri valmiita tietoaaineistoja saatiin riittävän laaja-alaista tietoa kuntien systemaattisesta strategisesta ja operatiivisesta päätöksenteosta hyvinvointijohtamisen osalta. Lisäksi voitiin vertailla kuntien välisiä eroja tarkasteltavien muuttujien suhteen.

Tämä tapaustutkimus oli ennustamiseen tähtäävä. Tutkimuksessa kehitettiin ensin hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta kuvaava SOLIDscore pisteytysjärjestelmä tutkittavista kuudesta (holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystieteiden tutkimus, hyvinvointitalous, arvot, päätösten ennakoarviointi ja HYTE kerroin) muuttujasta. Saman

muuttajakokonaisuuden tunnusluvuista tehtiin ensin summapistemäärä laskelma, jonka pohjana oli asteikko välillä 0–100. Seuraavaksi laskettiin saman summapistemäärän muuttujista keskiarvo, joka kuvaa yksittäisen kunnan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuustasoa (SOLIDscore). SOLIDscore johdonmukaisuustaso jaettiin neljään tasoon 0-25=heikko, 26-49=kehittyvä, 50-74=vahvistuva ja 75-100=erinomainen. Pisteytysjärjestelmän ansiosta voidaan systemaattisesti seurata hyvinvointijohtamiseen kuuluvien tutkittavien muuttujien ei vain kehittymistä, vaan myös systemaattisuutta.

Tutkimusta jatkettiin tarkastelemalla hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden (HVJ) tasoon vaikuttavia ulkopuolisia edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä. Tässä jatko-osan tutkimuksessa ehkäisevinä tai edistävinä selittävinä tekijöinä tarkasteltiin kunnan johtamisvastuuta (JV) hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, sote-nettokustannusten (STK), lainakannan (LK) ja verotulojen (VT) tasoa. Aineistoanalyysissä tarkastellaan ensin SOLIDscore hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus arvon mukaan, onko kunta millä tasolla hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa. Tästä tehdään tilastollinen päättely hyödyntäen luottamusväli tarkastelua. Tämän jälkeen aineistoanalyysissä hyödynnettiin lineaarista regressiomallia ja Charles Raginin laadullista vertailevaa tutkimusta (fsQCA) ja menetelmään liittyvää *"totuustaulu"* (*"truth table"*) tarkastelua. *"Totuustaulu"* tarkastelun ansiosta voitiin selvittää, mikä *"syyvaikutus"* (causal condition) selittäville tekijöillä oli selitettävään tekijään. Näin pyrittiin selvittämään tutkittavien tekijöiden kausaalista olosuhdetta. Lineaarisen regressiomallin avulla selvitettiin selitettävän ja selittävien tekijöiden mediaanit sekä yksittäis- ja yhtenäisvaikutukset ennustaen hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta ja tarkasteltiin, olivatko vertailut tilastollisesti merkitseviä.

5.1. Aineiston kuvailu ja hankintamenetelmä

Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin sekä valmiita että tuotettuja dokumentteja. **Valmiit dokumentit** tuotettiin Tilastokeskuksen ja Uudenmaan liiton tietokannoista, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) TEA-viisari ja Sotkanetin tietovarannoista, sekä kuntien kuntastrategioista. Tilastokeskuksesta hankittiin tiedot kunkin kunnan ja kaupungin asukasluvusta per 31.8.2021. Päivämäärä valikoitui siksi, että 1.3.2022 alkavilla hyvinvointialueilla tulevien aluevaltuutettujen määrä riippuu 31.8.2021 olevista

asukasmääristä ja näin saatiin yhteneväinen ja tarkka väestömäärään perustuva lukema (Oikeusministeriö 2021).

TAULUKKO 1 Tilastokeskus 2021, väestömäärä per 31.8.2021

KUNTA	VÄESTÖMÄÄRÄ 31.08.2021
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue/KU hva	201 312
Hyvinkää	46 743
Järvenpää	45 022
Mäntsälä	20 881
Nurmijärvi	44 079
Pornainen	5 076
Tuusula	39 511

Uudenmaan liiton tietovarannoista, jotka pohjaavat Tilastokeskuksen tietoon, etsittiin tiedot sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista (STK), lainakannoista (LK) ja verotuloista (VT) per asukas vuodelta 2020 jatko-osan kausaalista tarkastelua varten. Sotkanet tietokannasta selvitettiin HYTE (hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen) kerroin arvot vuosilta 2018 ja 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä Sotkanet on työkalu ja indikaattoripankki, jonka avulla saadaan Suomen kuntien väestöä koskevia tietoja hyvinvoinnin ja terveyden tilasta. Tietopalvelu on ollut mahdollista jo vuodesta 1990 alkaen. Tiedot perustuvat voimassa olevaan viimeiseen kuntajakoon. Sotkanet palvelusta saatavat sosiaali- ja terveysalan indikaattoritiedot ovat haettavissa lukuarvoina joko absoluuttisina tai suhteutettuina. Tilastotiedoista löytyy yli 3000 indikaattoria. Asiantuntijat ovat laatineet indikaattoreista myös kuvailevat tietosisällöt, tiedot tuottajista ja tuotantovuosista. Lisäksi tietopalvelusta löytyy tulkinnat ja mahdolliset rajoitukset (Sotkanet 2021, Tervo 2021, 25-26).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA (terveyden edistämisen aktiivisuus) viisari tietovarannosta kerättiin tietoa päätöksen ennakoarvioinnin (EVA) käyttötasosta. Tämän lisäksi hankittiin tieto hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuu (JV) tasosta vuodelta 2020 jatko-osan kausaalista tarkastelua varten. THL kerää puolivuositain kunnilta tiedot eri toimialojen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön eri ulottuvuuksista eli toimialoilta. Ulottuvuudet käsittävät seitsemän toimialaa; kuntajohto osiosta, perusopetus-, lukiokoulutus-, ammatillinen koulutus-, liikunta-, perusterveydenhuolto- ja kulttuuriosioihin. Tiedonkeruun avulla selviää erilaiset toimintakäytännöt muun muassa resurssien ja

poikkihallinnollisten käytänteiden osalta. TEA-viisarin kuntajohdon toimiala sisältää viisi alaosa aluetta; sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja analyysit, voimavarat ja osallisuus. TEA-viisarista saatavien tietojen avulla kunnalla on mahdollisuus saada tietoa omasta toiminnasta ja kunta voi vertailla omaa toimintaa suhteessa toisiin kuntiin tai koko maahan. Tietojen tuoma hyöty on arvokasta laadullisen hyvinvointijohtamisen toteuttamisessa kunnassa. Tiedot TEA-viisari työkalun raporteista on per 11.10.2021 (Tukia ym. 2011, 13; THL 2022).

Terveydenedistämisaktiivisuus eli niin kutsuttu TEA-viisari on käsite, joka on johdettu kansainvälisestä *"health promotion capacity building"* -käsitteestä. TEA-käsitteessä painotetaan sellaisia terveyden edistämisen ulottuvuuksia, joita voidaan mitata. Mitattavien ulottuvuuksien avulla saadaan tarkastelu siirtymään yksilö tasolta yhteisötasolle. Näin voidaan ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin hyvinvoinnin ja terveyden ja edistämiseksi kuntatasolla. Lisäetuna tällä tarkastelutavalla on se, että voidaan huomioida terveyden edistämiseen vaikuttavat organisatoriset ja yhteisölliset tekijät (Tukia ym. 2011, 13).

Hyvinvointi, terveys ja toimintakyky osiosta kerättiin euromääräinen tieto siitä, paljonko kunta tulee saamaan valtionosuusjärjestelmän lisäosan taloudellista kannustinta vuoden 2023 alussa. Tämä tieto saadaan tarkastelemalla vuoden 2020 olevaa euromäärää ja kertomalla se kunnan asukasmäärällä. Kunnan nykytilan ja muutoksen suuruutta nähdään tarkastelemalla HYTE kertoimen indeksiosioita yleisesti sekä prosessi ja tulosindikaattoreiden osalta. Tilastoista kerättiin myös tieto vuoden 2018 euromäärästä, jotta päästään vertailemaan muutosta vuosien 2018 ja 2020 ajalta kunnittain. Saatujen tietojen avulla päästiin vertailemaan sekä prosessi- että tulosindikaattori arvoissa ja hyvinvointijohtamisen valtionosuusjärjestelmän lisäosan euromääräisissä tasossa tapahtuneita muutoksia eri kuntien välillä.

Tutkimukset osoittavat kuntien kohtaavan monia haasteita hyvinvointijohtamisessa. Johtamisvastuu (JV) on monessa kunnassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä epäselvää ja hajaantunutta. Huolimatta siitä, että hyvinvointistrategiat valmistellaan pääsääntöisesti poikkihallinnollisella tavalla, niin niiden ei katsota ohjaavan kunnan talouden ja toiminnan suunnittelua johdonmukaisesti. Lisäksi toteuttamista seurataan varsin heikosti ja raportointi on puutteellista ja raportointi tavoittaa yleensä vain itse toimialan eli sosiaali- ja

terveystoimen viranhaltijat ja luottamushenkilöt (Uusitalo ym. 2003; Poikajärvi & Perttilä 2006; Perttilä & Uusitalo 2007; Wilskman ym. 2008; Tukia ym. 2011; Pentikäinen 2014, 17). Tästä syystä TEA-viisari tiedoista poimittiin johtamisvastuuta (JV) koskeva tieto vuodelta 2020 jatko-osan kausaalista tarkastelua varten.

Tuotetut materiaalit toteutettiin asiantuntijahaastattelumenetelmällä ja yhdistämällä asiantuntijahaastatteluista saadut tiedot valmiisiin tietokantoihin. Alastalon ja kumppaneiden (2017, 214-232) mukaan asiantuntija haastatteluista saa arvokasta tietoa eri kuntien toiminnasta tutkittavien asioiden suhteen. Syy tähän on se, että haastateltava on mukana asioiden valmistelussa ja päätöksenteossa ja voi näin seurata asioiden kulkua lähemmin. Hyvinvointikoordinaattorit viranhaltijoina kunnissa ja kaupungeissa vastaavat toimialansa operatiivisesta johtamisesta ja kunnan tai kaupunginhallitusten puheenjohtajat luottamushenkilöinä vastaavat lain mukaan toiminnan valvonnasta ja siten strategisesta johtamisesta yhdessä muun kunnan tai kaupunginhallituksen kanssa. Mikäli kunnassa ei ollut nimettyä hyvinvointikoordinaattoria, valittiin asiantuntijahaastatteluun henkilö, jolla oli vastuullaan hyvinvointijohtaminen.

Hyvinvointikoordinaattori johtaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kunnassa yhteistyössä kunnan eri sektoreiden ja muiden paikallisten ja alueellisten toimijoiden kanssa. Pienemmissä kunnissa koordinaattori voi olla osa-aikainen tai kuntien yhteinen koordinaattori. Kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteet ja toimintamallit vaihtelevat suurestikin eri alueilla. Tutkimukset osoittavat, että kunnista 83 prosenttia oli nimennyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinoinnista vastaavan henkilön. Vain noin 19 % kunnista oli hyvinvointikoordinaattorin toimi kokopäiväinen. Kunnista 61 % toimi hyvinvointikoordinaattori joko oman toimensa ohessa tai osa-aikaisesti Kunnan tai kaupunginhallitusten puheenjohtajan tehtävänä on vastata yhdessä kunnanhallituksen muiden jäsenten kanssa strategisesta johtamisesta ja poliittista yhteistyötä kunnassa (Kuntalaki 2015; Pekkanen ym 2020; Ståhl ym. 2021; Kuntaliitto 2022).

Kuntastrategioista poimittuja arvoja käsiteltiin niiden luonteen vuoksi valmiit dokumentit osiossa, sillä asiantuntijahaastatteluissa nousi esille laajemmin se, miten hyvinvointi, terveys

ja toimintakyky eli ns ”*terveysteesit*” määriteltiin eri tavalla. Tätä tietoa tarvittiin, jotta pystyttiin vertailemaan, kuinka tärkeäksi kunnissa arvoettiin hyvinvointi, terveys tai toimintakyky. Samalla tarkasteltiin, käyttivätkö kunnan päätöksentekijät arvoista joitain muita nimikkeitä kuin esitetyt. Tällä haluttiin selvittää, miten hyvinvointi, terveys ja toimintakyky ymmärretään kunnissa (Hyvinkää 2021, Järvenpää 2021, Mäntsälä 2021, Nurmijärvi 2021, Pornainen 2021, Tuusula 2021).

Aineisto koottiin kunkin haastateltavan osalta yhdellä haastattelukerralla videopuhelun välityksellä yhteiskunnassa vallitsevan COVID-19 tilanteesta johtuen. Videohaastattelut tallennettiin Mac Intosh laitteeseen kuuluvalla Voice Memo tallennusohjelmalla. Haastattelujen tallentamisesta kerrottiin etukäteen haastateltaville sekä puhelimitse että sähköpostin välityksellä lähetetyn haastattelupyynnön yhteydessä (liite 1). Haastattelun tallentamiseen tulee saada haastateltavan suostumus. Kaikki asiantuntijahaastateltavat suostuivat nauhoitteen käyttämiseen. Haastattelutilanne ei korostanut nauhoitteen käyttöä ja haastateltaville annettiin rauha siten, että haastattelija sulki Teams yhteyden kameran. Osa haastateltavista piti kameran auki, osa sulki kameran, saaden näin rauhan keskittyä vastauksiinsa. Nauhoituslaitteen käyttöön suostuminen on hyvä pitää mahdollisimman vapaamuotoisena (Hirsijärvi & Hurme, 2008, 92-93).

Tutkimus toteutettiin Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen neljässä kunnassa ja kahdessa kaupungissa. Kunnat olivat Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula. Kaupungit olivat Hyvinkää ja Järvenpää. Nämä kuusi yksikköä muodostavat 1.1.2023 alkavan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen. Tutkimukseen tarvittavat henkilöhaastattelut suoritettiin 29.10. – 5.11. 2021 välisenä aikana sähköisen Teams linkin välityksellä ja nauhoitettiin Mac Intosh laitteeseen kuuluvalla Voice Memo menetelmällä. Nauhoitukset litteroitiin ja litteroinnin tuloksia hyödynnettiin johtopäätökset osiossa.

Haastateltavan populaation koko oli 12. Yksi kieltäytyi haastattelusta, joten otosjoukko oli 11. Otokoko on tutkimukseen nähden kattava tutkittu alue huomioon ottaen. Haastattelukysymykset olivat avoimia ja ne lähetettiin saatekirjelmän liitteenä haastateltaville viikkoa ennen haastatteluaikaa. Ennen saatekirjeen ja haastattelukysymysten lähettämistä, haastateltaviin oltiin puhelimitse yhteydessä ja käytiin keskustelu tulevasta

tutkimuksesta ja ennakkomateriaalin lähettämisestä. Haastattelut täydentävät tutkimuksessa olevien ilmiöiden ymmärtämisestä ja eri muuttujien käytöstä.

Haastateltavista neljä oli naista ja seitsemän miestä. Haastateltavat olivat iältään 27 vuodesta 68 vuoteen, keski-ikä ollessa 52,3. Naisten keski-ikä oli 54 vuotta ja miesten 51,3 vuotta. Haastateltavista kahdeksalla oli ylempi korkeakoulu tutkinto ja kolmella toinen aste tai opistotaso. Haastateltavista hyvinvointijohtamisen kokemusta kahdella oli alle kymmenen vuotta, viidellä oli 10-20 vuotta ja neljällä yli 30 vuotta joko asiantuntijana tai luottamushenkilönä.

Nauhoitetut tutkimushaastattelut vapauttavat aikaa tutkijalle aitoon vuorovaikutukseen haastateltavan kanssa sekä mahdollistaa tutkittavan asian syvemmän tarkastelun ja analysoinnin. Nauhoitus mahdollistaa myös haastatteluiden tarkemman raportoinnin. Raportoinnista selviää lukijoille ja arvioijille tapahtumien kulku ja tapa, miten tuloksiin on päästy. Haastattelijan kannattaa kiinnittää erityistä huomioita haastatteluun, sillä onnistunut nauhoitus luo ison merkityksen haastatteluaineiston hyödyntämiselle (Ruusuvuori & Tiittula, 2005, 14-15). Haastatteluissa hyödynnettävään nauhoituslaitteeseen poikkeuksetta suhtaudutaan positiivisesti, mutta se saa osakseen myös kritiikkiä huolimatta siitä, että se on yksi tutkimukseen käytettävistä apuvälineistä.

Nauhoitusten uudelleenkuuntelu mahdollistaa uusien esille tulevien asioiden toistamiseen käsittelyn, mitkä mahdollisesti edellisillä kuuntelukerroilla ovat jääneet huomaamatta. Sanatarkkojen litterointien siirto tutkimukseen mahdollistaa asioiden oikeamuotoisen siirron raporttiin, siten kuin haastateltava on asian esittänyt. Nauhoituslaitteen esillä olo saattaa hyvinkin vaikuttaa tiedon laatuun ja haastateltavien käyttäytymiseen haastattelutilanteessa, joten nauhoituslaite on hyvä pitää haastateltavilta piilossa (Grönfors 1982, 137-138). Tässä tutkimuksessa haastateltavat eivät nähneet nauhoituslaitetta, mikä helpotti nauhoituksen tekoa.

Litteroitu teemahaastattelu analysoidaan yleensä teemoittamalla ja tyypittelemällä. Aineiston analysointi koostuu aineiston jäsentämisen ja pelkistämisen teemojen mukaisesti. Aineistosta muodostamaan tyyppikuvaus. Tutkimuksen tekijä voi järjestää litteroinnin siten,

että kunkin teeman alle tulee haastateltavan vastaukset. Tällaisessa tapauksessa aineiston sisällöllinen analysointi tehdään teema kerrallaan (Aaltola & Valli, 2010, 43). Analysoinnin yhteydessä tutkimuksen tekijän on hyvä ensin tarkastella aineistosta esille nousevia yhteisiä piirteitä. Yhteiset piirteet saattavat pohjautua haastattelun käsiteltäviin teema-aiheisiin ja näin alkuteemat nousevat selvemmin esille. Analyysit sisältävät poikkeuksetta muitakin teema-aiheita, joista osa saattaa olla alkuperäisiä teemoja mielenkiintoisempia. Tutkimuksen tekijän tulee tunnistaa uusien esille nousevien teemojen ja alkuperäisten teemojen väliset erot ja suhteet. Tutkimuksen tekijä omiin tulkintoihinsa pohjaten nostaa mielenkiintoiset teema aiheet jatkokäsittelyyn (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 173).

Lopuksi yhdistettiin kaikki kuusi tutkittavaa muuttujaa; holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystietämys, hyvinvointitalous, arvot, päätösten ennakoarviointi (EVA) ja HYTE kerroin tiedot yhteen ja laskettiin muuttujista, jokaisesta erikseen ja yhdessä, keskiarvo. Tätä keskiarvoa kutsutaan SOLIDscore arvoksi. SOLIDscore arvo kuvaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta tutkittavien kuuden muuttujan osalta.

5.2. Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston analyysimenetelmänä hyödynnetään lineaarista regressiomallia ja Charles Raginin laadullista vertailevaa tutkimusta (fsQCA). Laadullisen vertailevan analyysin katsotaan pohjaavan nk. Boolean algebraan. Charles C. Ragin kutsuikin fsQCA:ta aiemmin vuonna 1987 "*Boolean analyysiksi*". Tutkimuksessa käytettiin Ragin ohjelma fsQCA 3.0 Mac laitteelle sovellettuna. Vertailevassa tutkimuksessa tutkimusyksikköinä ovat tapaukset, kuten maat, alueet tai erilaiset tapahtumat tai sitten muut sosiaaliset yksiköt. Tutkijat pyrkivät monimenetelmää hyödyntäen yhdistämään niin laadullisia kuin määrällisiä tutkimuksen piirteitä ja siten kehittämään erilaisia metodeja, joiden avulla päästään molempien menetelmien edut hyödyntävään aineiston analyysiin. Vertailevassa tutkimuksessa tapaukset nähdään ilmiöinä, kuten "*suomalainen yhteiskunta*". Näin tapauksia voidaan tarkastella holistisesta näkökulmasta (Luoma 2006, Heinonen 2011, 49-50; Virta 2016, 33-34).

Laadullisen vertailevan tapaustutkimuksen eduksi nähdään neljä tekijää: Ensinnäkin se antaa mahdollisuuden, vaikkakaan ei tilastollisessa merkityksessä, useiden yhdessä esiintyvien

piirteiden eli invarianssien etsimiseen ja syvempään tarkasteluun. Toiseksi, vertaileva tapaustutkimus ei mahdollista todennäköisyystulkintoja, mutta se antaa mahdollisuuden tunnistaa kausaalisia variaatioita erilaisten tapausten ja tilanteiden osalta. Kolmanneksi laadullisessa vertailevassa tapaustutkimuksessa tutkija pakotetaan tarkkailemaan tapauksia kokonaisuuksien kannalta, holistisesti. Ja neljänneksi menetelmä ohjaa tuloksia tuottavaan vuoropuheluun havaintojen ja teoreettisten ideoiden välillä (Luoma 2006, Virta 2016, 33-34). Tässä tutkimuksessa vertailevan tutkimuksen etuna ovat yhteiset käsitteet, eri kunnissa olevat variaatiot, selkeät sosiaaliset kokonaisuudet eli kunnat tai kaupungit sekä tutkimus mahdollistaa havaintojen tekemisen ja vertailun eri muuttujien välillä.

Amerikkalaiset sosiologit, James E. Coverdill ja William Finlay (1995, 461) ovat todenneet laadullisen vertailevan analyysin etenevän kolmessa vaiheessa: Ensin perehdytään laadulliseen aineistoon ja tehdään tavanomaiset laadulliset analyysit. Seuraavaksi määritellään tekijät, koodataan ne ja muodostetaan havaintoaineisto. Lopuksi konstruoidaan totuustaulu ja Boolean yhtälöitä hyödyntäen tehdään totuustaulun analysointi. Tutkimusasetelman kausaalisuudesta johtuen voidaan käyttää yhtä selitettävää ja kahta tai useampaa selittävää tekijää. Tässä tutkimuksessa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden taso on selitettävä muuttuja ja kunnan johtamisvastuu taso (JV) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset (STK), lainakanta (LK) ja verotulot (VT) vuodelta 2020 olivat selittäviä tekijöitä. Tässä tutkimuksessa selittäviä tekijöitä kutsutaan ”syyvaikutuksiksi”.

Tämän tutkimuksen **ensimmäisessä vaiheessa** tutustuttiin ensin kuntajohtamisen yleistilanteeseen Suomessa ja sen jälkeen tarkasteltiin tilannetta Keski-Uudenmaan eri kunnissa. Seuraavaksi otettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA-viisarista tiedot siitä, onko kunnissa käytössä päätösten ennakkoarviointi (EVA) työkalu ja missä laajuudessa. Samalla otettiin tiedot kuntien johtamisvastuun (JV) tasosta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Sotkanetistä kerättiin tiedot HYTE kertoimien prosessi- ja tulosindikaattoreiden indeksi arvoista sekä HYTE kertoimien euromääräinen arvo per asukas vuosina 2018 ja 2020. Näin päästiin vertailemaan sekä HYTE indeksiarvoissa että hyvinvointijohtamisen valtionosuusjärjestelmän lisäosan euromäärien tasoissa tapahtuneita muutoksia eri kuntien välillä.

Asiantuntijahaastatteluista saatua materiaalia aloitettiin litteroimaan ja tutustuttiin sen esille tuomien muuttujien eri variaatioihin. Haastattelijoilta tiedusteltiin ensin alkuun ikä, koulutustausta sekä työvuosien määrä hyvinvointijohtamisen osalta. Siirryttäessä itse haastatteluosioon, olivat haastateltavat saaneet viikkoa ennen haastattelua haastattelukirjeen yhteydessä haastattelukysymykset, joihin pääsivät valmistautumaan. Haastattelu jakautui neljään osioon 1) uusien käsitteiden; holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystietämys ja hyvinvointitalous tunnettuuteen 2) päätösten ennakoarvioinnin käyttöön 3) hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn esiintymiseen kuntastrategiassa sekä 4) taloudellinen kannustin liittyvään kysymykseen. Ensimmäisen osion kysymykset muotoutuivat seuraavasti: *”Kuvaille miten kunnassa yhteistyö toteutuu eri yhteiskunnan toimijoiden kesken?”* *”Toteutuuko yhteistyö jonkin toimijan kanssa paremmin/heikommin ja miksi?”* *”Millaiseen ajattelumalliin hyvinvointijohtaminen pohjaa ja mikä ajattelumallissa on keskeistä?”* sekä *”Mihin suuntaan hyvinvointijohtamista pitäisi viedä ja miksi?”* Toisen osion kysymykset olivat: *”Onko päätösten ennakoarviointi käytössä organisaatiossanne, millä tasoilla ja miksi?”* *”Miten organisaatio on sitoutettu päätösten ennakoarvioinnin käyttöön?”* Kolmannen osion kysymykset: *”Onko hyvinvointi, terveys tai toimintakyky kuntastrategiassa arvoina ja miten ne ovat jalkautuneet päätöksenteon eri tasoille organisaatiossa?”* *”Miten arvojen toteutumista seurataan?”* *”Tulisiko seurantaan tehdä muutoksia ja jos, niin mitä?”* Neljännen osion kysymykset muotoutuivat seuraavasti: *”Millaisia taloudellisia kannustimia organisaatio hyödyntää hyvinvointijohtamisessa?”* *”Millä aikavälillä seuraatte hyvinvointijohtamisen taloudellisia kannustimia?”* *”Millaisilla keinoilla muutos taloudellisissa kannustimissa on saavutettu?”* *”Miten kuvaillet kunnan talousjohtamisessa olevaa toimintaa?”* Taloutta haastateltavat kuvailivat eri sanoilla kuten *”osallistava talous”,* tai *”kestävä talous”*. Lisäkysymyksenä lopuksi haastattelun yhteydessä tiedusteltiin, *”Onko hyvinvointitalous käsitteenä tuttu?”*

Toisessa vaiheessa määriteltiin muuttujien, eli holistinen hallintomalli (HH), funktionaalinen terveystietämys (FTK), hyvinvointitalous (HYTA), kuntien arvot eli *”terveysteesit”*, päätösten ennakoarviointi (EVA) sekä HYTE kerroin, tietoustaso. Muuttujista muodostettiin havaintoaineisto ja laskettiin muuttujille yhteinen hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta (HVJ) kuvaava SOLIDscore arvo. Arvoja annettiin 0-100 välillä riippuen, missä suhteessa muuttujat olivat käytössä hyvinvointijohtamisen käytännöissä.

TAULUKKO 2 Hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta kuvaava SOLIDscore arvo

KUNTA	HH	FTK	HYTA	ARVOT	EVA	HYTE	HVJ SOLIDscore
Hyvinkää	50	75	0	100	25	25	46
Järvenpää	50	50	0	25	75	0	33
Mäntsälä	25	50	0	25	25	100	38
Nurmijärvi	25	50	0	0	0	0	13
Pornainen	25	0	0	25	25	0	13
Tuusula	50	50	0	100	75	25	50

Taulukossa oleville muuttujille annettiin arvoja vastausten perusteella viisiasteikollisen Likert arvion mukaan 0-100 välillä. Holistinen hallintomalli osiossa mitattiin käsitteen käyttötasoa. Kuntalaki edellyttää yhteistyötä eri toimijoiden kesken, mutta haluttiin tietää, kuinka tietoisesti sitä toteutetaan. Funktionaalinen terveyskäsitteeseen osiossa mitattiin käsitteen tietousta- tasoa. Tällä haluttiin tutkia, onko ennaltaehkäisevässä terveyskäsitteestä siirrytty enemmän toimintakykyä ja ennakoivaa painottavaan hyvinvointijohtamisen terveyskäsitteeseen. HYTA -osiossa tutkittiin hyvinvointitalous käsitteen tietousta- soa ja pyrittiin selvittämään, onko päätöksentekijöille tuttua käsitteen tuomat mahdolliset hyödyt hyvinvoinnin edistämiseksi.

Arvot osiossa tutkittiin, onko hyvinvointi, terveys tai toimintakyky tai jokin muu ”terveysteesi” otettu kuntastrategiaan. Tutustuttiin kunkin kunnan saatavilla olevaan kuntastrategiaan ja mahdollisiin erillisiin tiekarttoihin, joista päästiin selville, miten hyvinvointi, terveys tai toimintakyky eli ”terveysteesi” sanat esiintyvät kunnanstrategian asiakirjoissa. Kuntastrategia oli tehty viidessä kunnassa ensimmäiselle vaaditulle valtuustokaudelle 2017-2021 lainsäädännön mukaisesti. Kuntastrategia puuttui yhden kunnan osalta. Tiedot saatiin haastatteluiden yhteydessä. EVA -osiossa tutkittiin, kuinka tehokkaasti lain edellyttämä päätösten ennakoarviointi oli käytössä organisaation eri tasoilla. HYTE -osiossa tutkittiin indikaattorin tietousta- soa tavoitteena seurata, tuntevatko päätöksentekijät indikaattorin avulla saatavaa taloudellista valtion taloudellista kannustinrahaa. Alla kunkin osion Likert asteikolliset arvot.

HH - holistinen hallintomalli käsitteen käyttötaso

0 = ei käytössä mitään yhteistyötä; 25 = yhteistoimintaa säännöllisesti osan toimijoiden kanssa; 50 = yhteistoimintaa satunnaisesti kaikkien toimijoiden kanssa; 75 = yhteistoimintaa säännöllisesti kaikkien toimijoiden kanssa; 100 = yhteistoimintaa varten perustettu yksikkö

FTK – funktionaalinen terveystietoustaso

0 = ei tietoa aiheesta; 25 = painopiste ennaltaehkäisyssä; 50 = painopiste ennaltaehkäisyssä, pyritään ennakoivaan; 75 = ennaltaehkäisevää, painopiste ennakoivassa; 100 = käsite tuttu ja käytössä

HYTA – hyvinvointitalouden tunnistamisen tietoustaso

0 = ei tietoa käsitteestä, käytössä muu talouden käsite; 25 = kuullut käsitteestä, käytössä muu talouden käsite; 50 = kuullut käsitteestä, käytössä jollain tasolla; 75 = käsite käytössä satunnaisesti; 100 = käsite täysin käytössä

ARVOT – hyvinvointi, terveys, toimintakyky kuntastrategian arvoissa

0 = ei mainintaa hyvinvoinnista, terveydestä tai toimintakyvystä; 25 = jokin terveysteesi mainittu arvoissa; 50 = hyvinvointi, terveys tai toimintakyky mainittu arvoissa; 75 = hyvinvointi, terveys tai toimintakyky mainittu ja osittain jalkautettu; 100 = hyvinvointi, terveys tai toimintakyky mainittu arvoissa ja jalkautettu toimenpiteisiin ja keinoihin

EVA – päätösten ennakoarvioinnin käyttöaste

0 = ei käytössä; 25 = käytössä operatiivisella tasolla; 50 = tehty päätös käytöstä, käytössä jollain operatiivisella tasolla; 75 = tehty päätös käytöstä, annettu kirjallinen ohje, käytössä strategisella tasolla; 100 = tehty päätös käytöstä, annettu kirjallinen ohje, käytössä laajalaisesti organisaation eri tasoilla

HYTE – kerroin indikaattorin tietoustaso

0 = ei tietoa indikaattorista; 25 = tieto indikaattorista, ei käytössä; 50 = tieto indikaattorista, tieto taloudellisesta arvosta; 75 = tieto indikaattorista, tieto taloudellisesta arvosta, tieto saatavasta taloudellisesta kannustimesta; 100 = tieto indikaattorista, tietoa saatavista taloudellisista kannustimista sekä tieto muutosten syistä

Tämän jälkeen Raginin menetelmään kuuluen muodostettiin taulukko selitettävästä ja selittävistä tekijöistä. Ragin kutsuu selittäviä tekijöitä ”syyvaikutus” (causal condition) nimellä. (taulukko 7, osa 1). Tämän jälkeen listattiin selitettävän ja selittävien tekijöiden lähteet, mistä tieto on tuotettu (taulukko 7, osa 2). Tarkastelua jatkettiin lineaarista regressiomallia hyödyntäen ottamalla mediaanit vaihteluvälineen niin selitettävästä kuin ”syyvaikutus” tekijöistä. Samalla tarkasteltiin tutkittavien tekijöiden yksittäis- ja yhteisvaikutuksia hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen (taulukko 7, osa 3).

Laadullisen vertailevan tutkimuksen **kolmannessa vaiheessa** siirryttiin tekemään Raginin menetelmään kuuluen ns ”totuustauluja”. Ennen ”totuustaulujen” tekoa selitettävä tekijä ja ”syyvaikutus” tekijät kalibroitiin ja jaettiin kolmeen tasoon; korkeaan, matalan ja täydellisen epävarmuuden tasoon. Täydellisen epävarmuuden taso on taso, joka voi olla joko korkea tai matala taso tilanteesta riippuen. Kalibrointitasot määräytyivät mediaaneihin pohjaten tutkijan arvion mukaan. Tämän lisäksi hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus (HVJ) ja johtamisenvastuu (JV) tasot jaettiin sekä korkeaan että matalaan luokkaan. Tämä syystä, että voitiin tarkastella, kuinka suuri vaikutus ”syyvaikutus” tekijällä on sekä korkeaan että matalaan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus tasoon (taulukko 7, osa 4). Muita ”syyvaikutus” tekijöitä ei jaettu korkeaan tai matalaan luokkaan, koska taulukon 7 osassa 3 olevan lineaarisen regressiomallin tuloksena voitiin todeta, että vain johtamisvastuun (JV) tasolla oli tilastollisesti merkitystä. Muilla ”syyvaikutus” tekijöillä ei ollut voimakasta yhteyttä hyvinvointijohtamisen (HVJ) tasoon.

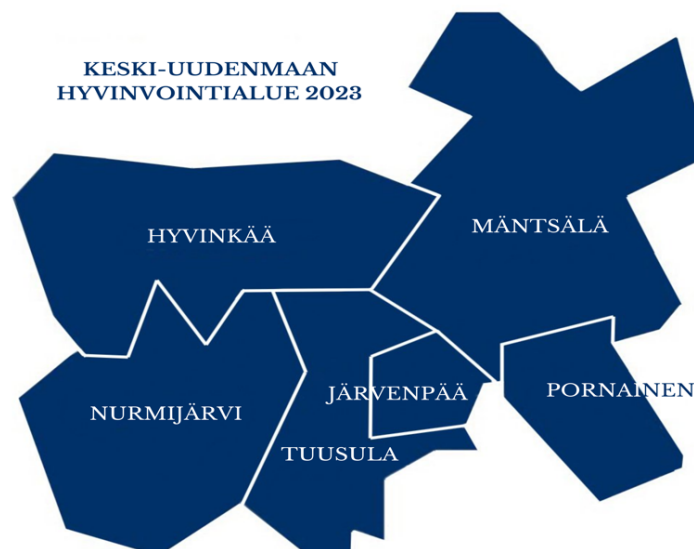
Valikoitujen selitettävän ja ”syyvaikutus” tekijän arvojen osalta saatiin 16 eri vaihtoehtoa arvoilla välillä 0-1. Arvot kalibroitiin ohjelman antamalla arvoilla hyvinvointijohtamisen korkeaan tasoon välille 0,8-1, jonka katsotaan olevan tilastollisesti merkitsevä. Jäljelle jäi kolme vaihtoehtoa eli kolme kuntaa, joilla toteutui kalibrointi-arvo (taulukko 7, osa 4). Valikoiduista kolmesta kunnasta muodostettiin totuustaulu osoittaen hyvinvointijohtamisen makrotason määrittäjien yhteydestä korkeaan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen (taulukko 7, osa 5). Tutkimusta jatkettiin tarkastelemalla selitettävän ja ”syyvaikutus” tekijän laadullisen vertailun kattavuutta (coverage) ja jatkuvuutta (consistency) korkeaan hyvinvointijohtamiseen edustaen. Kattavuuden ja jatkuvuuden lisäksi ohjelma antaa kokonaisratkaisujen osalta myös kattavuuden ja jatkuvuuden arvot (taulukko 7, osa 6). Samat

tarkastelut toteutettiin matalan hyvinvointijohtamisen osalta. Matalaan hyvinvointijohtamisen tasoon arvot kalibroitiin välille 0,0-0,8 (taulukko 7, osat 7-8).

Kaavion osat ja tulokset esitetään kappaleen 6.4. osiossa.

5.3.Kuntaluonnehdinnat

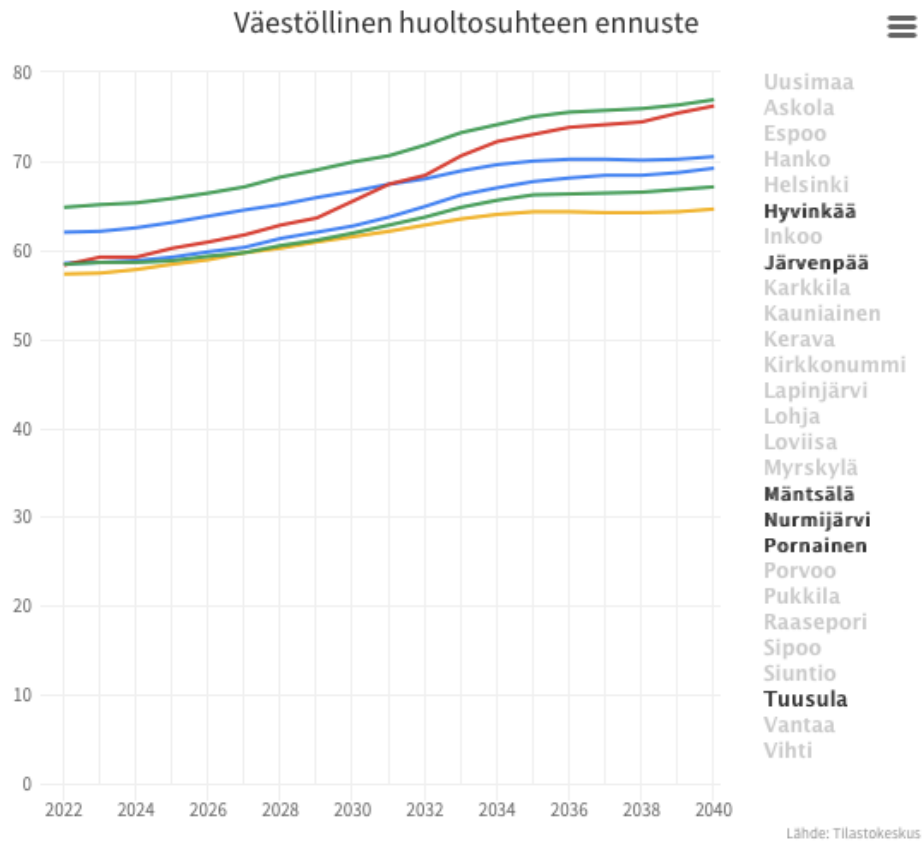
Tässä tutkimuksessa tutkitaan Keski-Uudenmaan kuntien, Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula hyvinvointijohtamisen strategisen ja operatiivisen päätöksenteon johdonmukaisuutta. Uudellamaalla on 25 (pl Helsinki) kuntaa. Väestömäärä (pl Helsinki) on vajaat 1 062 000. Keski-Uudenmaan alueella on vahvistettujen tietojen mukaan 201 312 asukasta per 31.8.2021 (Tilastokeskus 2021). Väestömäärä edustaa vajaata 19% koko Uudenmaan väestömäärästä. Väestöstä yli 65-vuotiaiden osuus vuonna 2020 vaihteli 17,3 – 30,7% välillä. (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kunnista kaksi, Hyvinkää ja Järvenpää, ovat kaupunkeja ja muut ovat maaseutumaisia kuntia. Asukasluvultaan pienin kunta on Pornainen, 5 076 asukasta ja suurin on Hyvinkään kaupunki 46 743.



KUVA 8 Keski-Uudenmaan hyvinvointialueelle sijoittuvat kunnat

Keski-Uudenmaan kunnat muodostavat yhden neljästä Uudellamaalla olevasta hyvinvointialueesta eli Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen. Alueella on ollut

kuntayhtymäpohjainen KEUSOTE vuoden 2019 alusta alkaen. KEUSOTE on vastannut alueen kuntien sosiaali- ja terveystalviteista (KEUSOTE 2021), jotka siirtyvät Keski-Uudenmaan hyvinvointialueelle 1.1.2023.



KUVA 9 Keski-Uudenmaan kuntien väestöllinen huoltosuhteen ennuste vuoteen 2040

Hyvinkää Järvenpää Mäntsälä Nurmijärvi Pornainen Tuusula

Lähde: Uudenmaan liitto 2022

Keski-Uudenmaan kunnista Mäntsälä ja Pornainen ovat ikääntyneempiä kuntia ja niiden väestöllinen huoltosuhte heikkenee voimakkaasti vuoteen 2040 mennessä.

Hyvinkää on 46 743 asukkaan kaupunki keskisen Uudenmaan pohjoisosassa. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä vuonna 2020 oli 17,6% (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kaupunkistrategia on tehty vuosiksi 2017-2027. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiomuutoksista ja perustettavista hyvinvointialueista johtuen strategiaa päivitetään parhaillaan (Uudenmaan liitto 2021). Sosiaali- ja terveystalviteiden nettokustannus per asukas oli vuonna 2020 3 812 euroa. Kaupungin lainakanta vuonna 2020 oli 3 298 euroa per

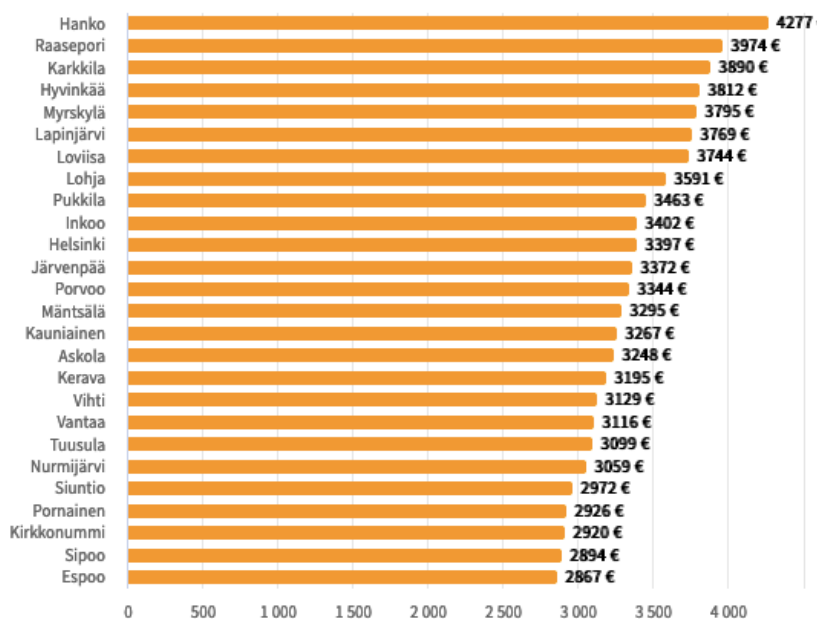
asukas. Verotulot olivat 4 530 euroa per asukas. (Uudenmaan liitto 2022). TEA-viisarin tilastojen mukaan kaupungin johtamisvastuu terveyden edistämisessä oli tasolla 75. (THL/TEA-viisari 2021).

Järvenpään kaupungissa asuu 45 022 asukasta. Kaupunki sijaitsee Keski-Uudenmaan keskisessä osassa Tuusulan kunnan kupeessa. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä vuonna 2020 oli 26,0% (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kaupunkistrategia rakennetaan vuoteen 2030 asti). Sosiaali- ja terveystalveluiden nettokustannus per asukas oli vuonna 2020 3 372 euroa. Kaupungin lainakanta vuonna 2020 oli 5 164 euroa per asukas. Verotulot olivat 4 532 euroa per asukas. (Uudenmaan liitto 2022). TEA-viisarin tilastojen mukaan kaupungin johtamisvastuu terveyden edistämisessä oli tasolla 67. (THL/TEA-viisari 2021).

Mäntsälä on maaseutumainen 20 881 asukkaan kunta Keski-Uudenmaan koillisosassa. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä vuonna 2020 oli 30,7% (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kaupunkistrategia on vuosille 2022-2025. Sosiaali- ja terveystalveluiden nettokustannus per asukas oli vuonna 2020 3 3295 euroa. Kaupungin lainakanta vuonna 2020 oli 4 288 euroa per asukas. Verotulot olivat 4 229 euroa per asukas. (Uudenmaan liitto 2022). TEA-viisarin tilastojen mukaan kaupungin johtamisvastuu terveyden edistämisessä oli tasolla 54. (THL/TEA-viisari 2021).

Nurmijärvi on 44 079 asukkaan kunta Keski-Uudenmaan lounaisosassa ja on asukasmäärältään Suomen suurin kunta ja 25 suurin laskettaessa kaupungit ja kunnat yhteen. Vuonna 2020 Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 20,2% (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kuntastrategia on vuosille 2022-2030. Sosiaali- ja terveystalveluiden nettokustannus per asukas oli vuonna 2020 3 059 euroa. Kunnan lainakanta vuonna 2020 oli 4 734 euroa per asukas. Verotulot olivat 4 595 euroa per asukas. (Uudenmaan liitto 2022). TEA-viisarin tilastojen mukaan kaupungin johtamisvastuu terveyden edistämisessä oli tasolla 46. (THL/TEA-viisari 2021).

Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus), euroa / asukas kunnittain 2020



Lähde: Sotkanet

KUVA 10 Keski-Uudenmaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset/asukas/2020

Lähde: Uudenmaan liitto 2021

Pornainen on Keski-Uudenmaan kaakkoisosassa sijaitseva 5 076 asukkaan kunta. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä vuonna 2020 oli 17,3% (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kuntastrategia ulottuu vuosille 2022-2030. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannus per asukas oli vuonna 2020 2 926 euroa. Kunnan lainakanta vuonna 2020 oli 1 869 euroa per asukas. Verotulot olivat 4 184 euroa per asukas. (Uudenmaan liitto 2022). TEA-viisarin tilastojen mukaan kaupungin johtamisvastuu terveyden edistämässä oli tasolla 21. (THL/TEA-viisari 2021).

Tuusula on maaseutumainen Keski-Uudenmaan eteläosassa oleva 39 511 asukkaan kunta. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä vuonna 2020 oli 19,9% (Uudenmaan liitto, Tilastokeskus 2022). Kuntastrategia on hyväksytty vuosille 2021-2025. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannus per asukas oli vuonna 2020 3 099 euroa. Kunnan lainakanta vuonna 2020 oli 3 388 euroa per asukas. Verotulot olivat 4 954 euroa per asukas. (Uudenmaan liitto 2022). TEA-viisarin tilastojen mukaan kaupungin johtamisvastuu terveyden edistämässä oli tasolla 96. (THL/TEA-viisari 2021).

5.4. Tutkimuksen eettiset ja luotettavuus näkökulmat

Laadullisessa tutkimuksessa tekijällä mahdollistuu tekemisiensä valintojen pohtiminen ja hän pystyy ottamaan kantaa tekemänsä analyysin kattavuuteen ja näin miettimään tutkimuksen työn luotettavuutta. Mertonilaisessa ajattelussa luotettavuudesta puhumisessa katsotaan kiteytyvän ajatukseen tieteen tekemisen eettisestä normistosta, jonka perustana järjestelmällinen epäily periaate (Eskola & Suoranta, 2008, 208-209).

Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa kirjallisuus ei anna tutkimuksen onnistumisen kannalta tietoa tutkittavan aineiston koosta. Haastateltavien määrä on oltava sen verran riittävä, että uusien tapauksien johdosta tuleva tieto ei tuota tutkimusongelman kannalta enää uutta tietoa. Saturatio eli kyllästyminen ratkaisee aineiston riittävyyden. Etukäteen ei kuitenkaan kylläntymispistettä voida määritellä. Tutkijan on kyettävä päättämään tutkimuskohtaisesti, milloin aineistoa on riittävän kattava, jotta se vastaa asetettuun tutkimusongelmaan (Eskola & Suoranta, 2008, 61-63).

Tässä tutkimuksessa vastausprosentti asiantuntijahaastatteluiden osalta oli 92%. Vastausprosentin katsotaan olevan merkityksellinen tekijä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Mitä useampi osallistuu tutkimukseen, sitä edustavampi on tutkimuksen otos. Vastausprosentin ollessa korkea, katoa on vähän ja näin aineistoon valitun perusjoukon edustavuus on vahva. Vastausprosentin ollessa vähäinen, saattaa se vaikuttaa negatiivisesti tulosten yleistettävyyteen suuren väestön tasolla. Mikäli kato olisi erityisen suuri, tarkoittaisi se sitä, että kaikkiin tutkimuksen kysymyksiin ei ole vastattu (Heikkilä, 2014.) Tämän tutkimuksen osalta puuttuvia tietoja oli vähän ja siten käytännössä kato oli marginaalinen.

Tämä tutkimus pohjaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan TENK (2012), laatimiin ohjeisiin hyvän tieteellisen käytännön soveltamisesta tutkimuksissa niiltä osin, kun se on sovellettu tutkimukseen. Tutkimusaineisto on laadultaan sellainen, ettei siihen liity arkaluontoisia eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksen aineisto ja niissä olevat dokumentit ovat julkisesti saatavilla eikä niissä käsitellä yksittäisten henkilöiden tietoja. Itse tutkimuksessa ja sen tulosten

esittämisessä on pyritty tarkkuuteen, huolellisuuteen ja rehellisyyteen, eikä yksittäisistä vastauksista voida tulkita vastaajan taustaa.

Tutkimuksessa tulosten yleistettävyys on otettava huomioon. Alasuutarin (2011, 237) mukaan yleistäminen ei ole laadullisessa tutkimuksessa ongelma, sillä tutkimuksen kohde on ilmiönä yleensä sen luonteinen, ettei se aiheuta yleistettävyyden ongelmaa. Tämä syystä, että ilmiö pyritään selvittämään ja tekemään mahdollisimman ymmärrettäväksi tutkimuksessa siihen liittyvän empiirisen aineiston perusteella. Alasuutari (2011, 237-250) nostaisiin enemmänkin esille suhteuttamisen yleistämisen sijasta, sillä se kertoo enemmän itse tutkimusaineistosta.

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin valmiiden julkisten dokumenttien lisäksi henkilökohtaista asiantuntijahaastattelua. Vertailevalle tapaustutkimuskokonaisuudelle ei ollut tarvetta hankkia lupaa tutkimuksessa tarkasteltavien käsitteiden luonteesta johtuen, sillä ne olivat saatavilla julkisista materiaaleista. Asiantuntijahaastattelu antoi hyvää tukea julkisten asiakirjojen tueksi. Tutkimuksen teossa noudatettiin suositeltua hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen toimintakäytäntö on eettisesti vastuullista, missä huolellisuus, tarkkuus, rehellisyys, avoimuus, tietoturvallisuus ja huolelliset toimintatavat ohjaavat tutkimusta (Hirsjärvi ym. 2015, 18–27, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–9).

Tutkimuksen kaikissa eri vaiheissa otettiin huomioon eettiset alkutilanteet ja niihin sitouduttiin. Tutkimuksessa hyödynnettyihin valmiisiin, julkisiin dokumenttiaineistoihin viitattiin asianmukaisesti. Kirjallisia lähteitä ja aiempia tutkimuksia viitattiin avoimesti, tarkasti ja systemaattisesti. Tutkimukseen osallistuneiden asiantuntijoiden haastattelumateriaali tallennettiin huolellisesti ja asianmukaisesti. Samassa yhteydessä varmistettiin haastateltujen anonymiteetin säilyminen huolehtimalla turvallinen, ja lainmukainen tietojen käsittely. Haastatteluaineistoa käytettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti vain tähän tutkimukseen ja hävitettiin tulosten kirjaamisen jälkeen. Tulosten raportoinnissa huomioitiin litteroinnissa esiin tulleet asiat. Tutkimuksen pohdinta osiossa tekijän oma näkökulma tuotiin selkeästi esille ja kirjallisiin dokumentteihin viitatessa lähdeviittaukset kirjattiin selkeästi. Tutkimuksen alkuperän tarkistus tehtiin Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Tutkimuksen luotettavuudessa huomioitiin sekä validiteetti että reliabiliteetti käsitteet. Mainitut käsitteet sopivat paremmin määrälliseen tutkimukseen, mutta käsitteet on hyvä huomioida myös laadullisessa tutkimuksessa. Tutkija on laadullisen tutkimuksen tärkein kriteeri. Luotettavuuden arvioinnin tulee käsittää koko tutkimusprosessi. Tutkimusprosessin ja siihen liittyvien menetelmien tarkka kuvaus, vuoropuhelu teorioiden kesken sekä tutkijan tarkka havainnointi omien alkutilanteiden osalta edistää tutkimuksen luotettavuutta (Eskola & Suoranta 2008, 208-212).

Validiteettia on hyvä miettiä jo tutkimusmenetelmän valinnan yhteydessä, sillä se ilmaisee, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetyt menetelmät mittaavat juuri sitä, mitä pitäisikin mitata. Validiteetti on laadukas, jos kohderyhmä ja tutkimuskysymykset ovat oikeat (Hirsjärvi 2002, 213). Tässä tutkimuksessa kohderyhmä oli selkeästi valittu ja haastattelukysymykset huolellisesti valikoitu. Validiutta lisää molempien aineistojen, sekä valmiiden dokumenttien että haastattelujen yhdistäminen. Näin saatiin asiantuntijahaastattelusta julkista materiaalia tukevaa tietoa.

Reliabiliteetin avulla ilmaistaan haluttujen ilmiöiden mittaamiseen käytettyjen mittaus- tai tutkimusmenetelmien luotettavuutta. Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa itse tutkimusprosessin sekä tutkimuksen sisäistä yhteensopivuutta. Huolimatta siitä, että luotettavuuden arviointi voi olla haasteellista, on arviointia kuitenkin hyvä käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa. Luotettavuutta arvioitaessa tutkijan puolueettomuus tulee huomioida. Luotettavuutta parantaa myös tutkijan arvolähtökohtien esille nostaminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160-165).

Tämän tutkimuksen aineistonkeruussa ja sen käsittelyssä ei noussut esille erityisiä luotettavuus haasteita ja tutkija raportoi analyysin kulun ja tulokset mahdollisimman kattavasti ja läpinäkyvästi. Tutkimuksen koko yleistä luotettavuutta lisää se, että julkisten tarkasti mitattujen valmiiden dokumenttien lisäksi haastateltavat olivat pitkään hyvinvointijohtamisen parissa työskennelleitä henkilöitä sekä viranhaltija että luottamushenkilö puolelta ja toivat näin sekä substanssi että poliittista osaamista tutkimuksen sisältöön.

Hirsijärven ja Hurmeen (2008, 184-185) mukaan haastatteluaineiston luotettavuus kärsii tallenteiden huonon laadun, alhaisen vastausten määrän tai litteroinnin viivästymisen myötä. Tässä tutkimuksessa itse asiantuntijahaastattelu tehtiin viikoilla 43-44. Haastatteluiden litterointi tapahtui heti haastatteluiden jälkeen viikoilla 45-49. Tallenteiden laatu oli erinomaisen hyvä ja vastausprosentti oli 91%.

6. TULOKSET

Tässä kappaleessa tarkastellaan tutkimuksen teoreettisen ja empiirisen aineiston tuloksia. Tutkimustulokset esitetään neljässä osassa. Ensimmäisessä ja toisessa osassa yhdistetään valmiit ja tuotetut materiaalit ja niistä saadut tulokset. Kolmannessa osassa esitetään tilastollinen päättely kuudesta muuttujasta muodostetun hyvinvointijohtamisen (HVJ) johdonmukaisuutta kuvaavan SOLIDscore arvot ja niiden luottamusvälit. Neljännessä osiossa eli tutkimuksen jatko-osassa tutkittiin hyvinvointijohtamisen (HVJ) johdonmukaisuuteen vaikuttavia ulkoisia edistäviä ja ehkäiseviä ”syyvaikutus” tekijöitä. Selittävinä ”syyvaikutus” tekijöinä käytettiin johtamisvastuun (JV) tasoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (STK) pl varhaiskavatus, lainakanta (LK) ja verotulot (VT) vuoden 2020 osalta per asukas. Tutkimuksen tässä osiossa hyödynnettiin analysoinnissa lineaarista regressiomallia ja Raginin laadullista vertailevaa tapaustutkimusta eli fsQCA menetelmää. Luettavuuden ja selkeyden kannalta pääkäsitteiden tulokset esitetään aina taulukoiden alapuolella.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA-viisari tuloksissa tulokset ilmaistaan värikoodein. **Vihreä** on hyvä taso (75-100). **Keltaisella** tasolla (25-74) on toiminnassa parannettavaa. **Punainen** taso (0-24) osoittaa huonoa tasoa. **Harmaa** on osoitus siitä, että tarvittava tieto puuttuu.

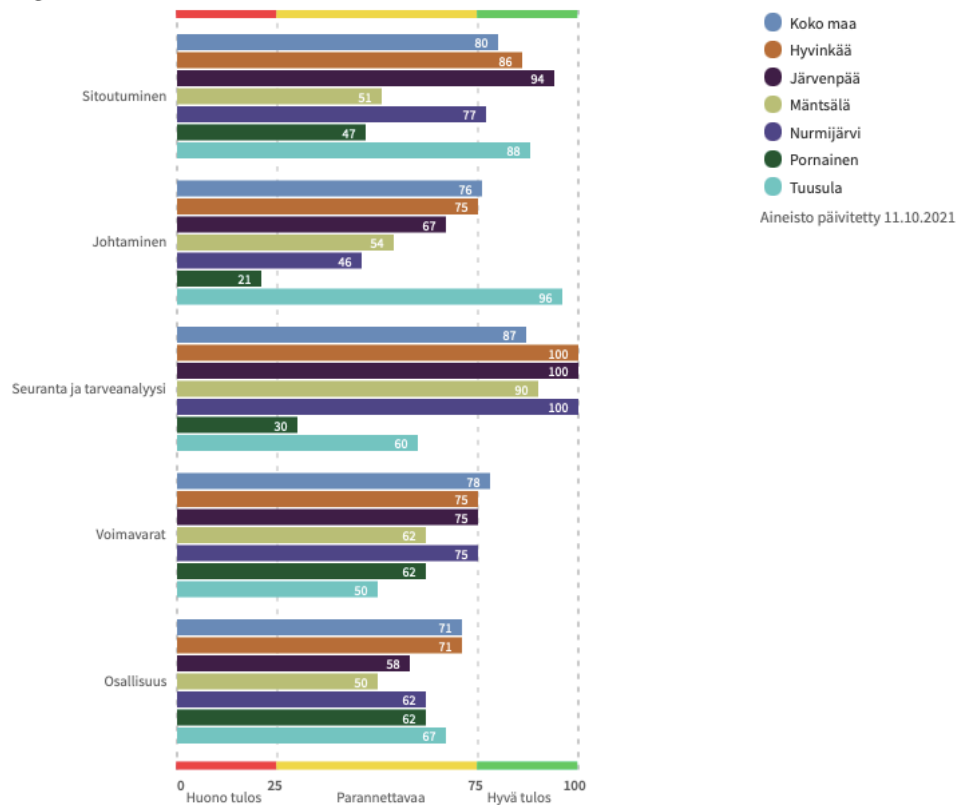
6.1. Selkeät indikaattorit viitoittavat hyvinvointijohtamisen suuntaa

Tutkimuksen tulosten tässä osiossa hyödynnetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA -viisarista saatavia tietoja johtamisen kokonaistilasta ensin valtakunnallisesti eri osa-alueittain sekä sitten tarkemmin tutkittavista kunnista vain hyvinvointijohtamisen osalta. Valmiisiin tietoihin yhdistettiin asiantuntija näkemykset.

6.1.1. Johtamisen kokonaistilanne

Aluksi tarkasteltiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA-viisarin tuottamien tulosten pohjalta hyvinvointijohtamisen yleistilaa viiden osa-alueen (sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat ja osallisuus) osalta Keski-Uudenmaan kunnissa.

Kuntajohto : 2021



KUVA 11 Johtamisen yleistila Keski-Uudenmaan kunnissa 2021

Lähde: THL/TEA-viisari indikaattorit 2021

Eniten kehittämistyötä on johtamisen, voimavarojen ja osallisuuden osalta. Hyvällä tasolla kokonaisjohtaminen on sitoutumisen ja seuranta ja tarve-analysien osalta. Hyvinvointijohtamisen osa-alueesta Keski-Uudenmaan alueella voidaan todeta, että taso vaihtelee voimakkaasti kunnasta riippuen, vaikka sen merkitys koetaan tärkeänä. Tuusula on suoriutunut paremmin verrattuna sekä maan keskitasoon että muihin Keski-Uudenmaan kuntiin nähden. Hyvinkää ja Järvenpää ovat lähellä maan keskitasoa. Mäntsälä ja Nurmijärvi ovat maan keskitasoa alhaisemmalla tasolla ja Pornainen on selvästi maan keskitasoa alhaisemmalla tasolla.

Haastateltavat kuvailivat hyvinvointijohtamistaan hyvin eri tavalla. Osa näki sen olevan jo hyvässä mallissa ja sitä suuntaa kannattaa jatkaa:

”Hyvinvointijohtamisesta sen verran, että varmaan sillä olisi jotain hienompiakin nimiä, mutta mun mielestä tätä meidän hyvinvointijohtamista kuvaa erittäin hyvin se, että meidän kunnanjohtaja ja monet virkamiehet on vuosien ajan jo todennut aika yks kantaan, että kaikki mitä meidän kunta tekee, on hyvinvointia. Me ei tehdä pahoinvointia”. Henkilö K

.. "no joo, kyllähän meidän organisaatio on sellainen, että varsinkin meillä kunta on niin kuin mahdollistaja eli kun kunta ei voi itse tehdä kaikkea, niin se tarvitsee yhteistyökumppaneita ja näiden yhteistyökumppaneiden määrä on tietenkin lukuisa, et meillä on niin kuin yhteistyökumppaneita, niin yhdistysmaailmasta, yritysmaailmasta ja elinkeinoelämästä ja niin edespäin eli se verkosto, jossa kunta toimii ja tuottaa palveluita, järjestää palveluita, niin se on hyvin laaja. Kaikkia toimijoita tarvitaan".... Henkilö B

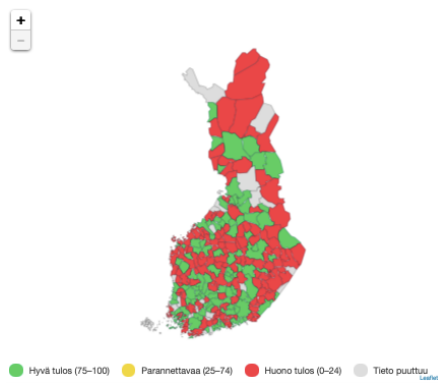
Osa haastateltavista koki hyvinvointijohtamisen olevan siirtymisvaiheessa uusien hyvinvointialueiden aloittaessa toimintaansa reilun vuoden päästä ja heidän mielestään nyt haetaan uusia asemia ja suuntaa:

... "mut se peruskunnan ja sote kuntayhtymän yhteistyö ei toimi tällä hetkellä ja siihen pitää saada muutos. Ja se kunnan hyvinvointityö hakee nyt sitä malliaan toimia ja se ei ole vielä oikein auennut" ... Henkilö C

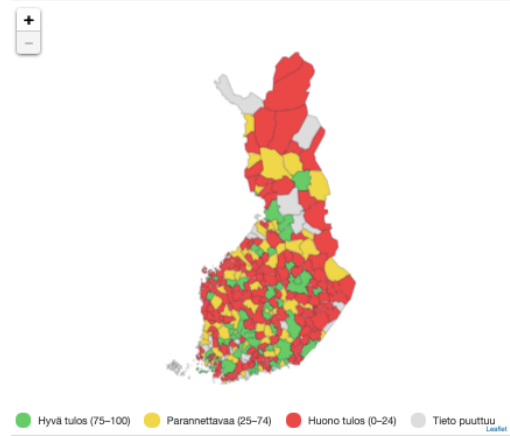
... "hyvinvointijohtaminen ja hyvinvoinnin edistäminen tässä ajassa on myös valintojen tekemistä. Elikkä se, että kaikkeen ei pystytäkään, vaan se, että mikä on se kunnalle tarpeen mukainen hyvinvointityö, on tärkeää" ... Henkilö E

" Johtaminen on meillä kaiken kaikkiaan kompastuskivi. Hyvinvointijohtaminen tarvitsee hyvää selkeää johtamista. Se täytyy olla strategiassa hyvin määritelty. Jokaisen täytyy tietää, mitä me tavoitellaan. Haluan korostaa johtamisen merkitystä ja erityisesti strategisen johtamisen merkitystä. Se lähtee sieltä ruohonjuuri tasolta. Strategian tulee palvella asukasta ja sitä mitä he tarvitsevat". Henkilö H

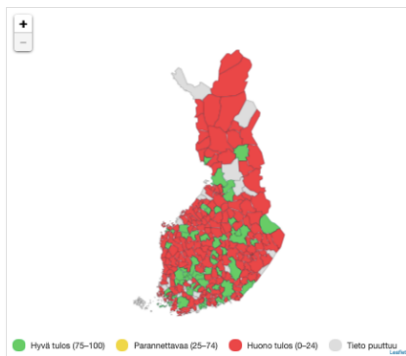
Seuraavaksi tarkasteltiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA-viisarin tuottamien tulosten pohjalta päätösten ennakoarvioinnin (EVA) indikaattorin käyttöä ensi valtakunnallisesti. Näin saadaan ymmärrys Keski-Uudenmaan kuntien tilanteesta verrattuna muihin kuntiin. Asiaa tarkasteltiin neljästä tulokulmasta: 1) onko kunnassa tehty strateginen päätös EVA indikaattorin käyttöönotosta 2) onko EVA käytössä strategisesta päätöksestä huolimatta 3) onko EVAn käytöstä tehty kirjallinen ohjeistus sekä 4) onko EVA käytössä operatiivisella lautakunta tasolla ilman, että on tehty strategista linjausta. Kuntaliitto on ohjeistanut suosituskirjeellään EVA indikaattorin työkalun jo vuonna 2011 (Kuntaliitto, yleiskirje 8/80/2011).



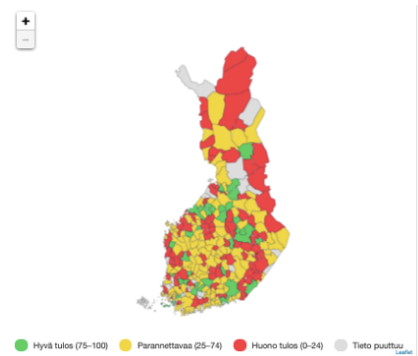
KUVA 12 EVAsta päätös tehty



KUVA 13 EVA käytössä



KUVA 14 EVA kirjallinen ohje tehty



KUVA 15 EVA lautakuntatyöskentelyssä

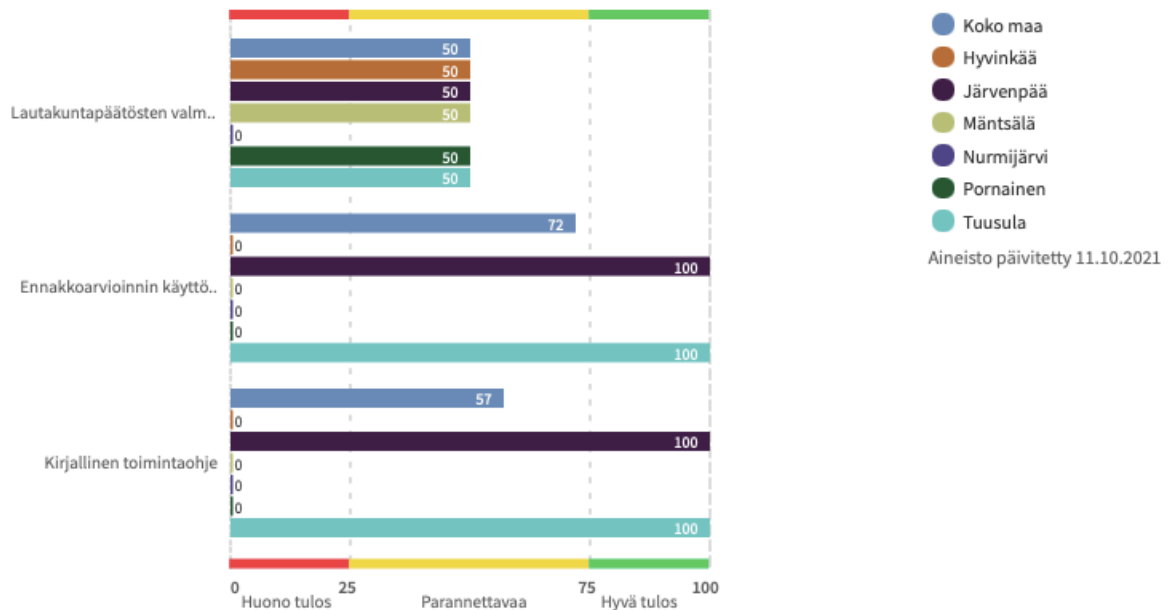
Lähde: THL/TEA-viisari indikaattorit 2021, kuvat 12 -15

Yleisesti voidaan todeta, että yli puolessa Suomen kunnista on tekemättä strateginen päätös EVA indikaattorin käyttöönotosta. Strategisesta päätöksestä huolimatta EVA on käytössä täysimääräisesti harvassa kunnassa. Suosituksista huolimatta EVA indikaattorin käytöstä on harvassa kunnassa tehty kirjallinen ohjeistus. EVA indikaattori on käytössä operatiivisella lautakunta tasolla ilman, että on tehty strategista linjausta pienessä määrässä kuntia ja parannettavaa on isossa osassa kuntia.

Seuraavaksi tarkasteltiin EVA indikaattorin käyttöä Keski-Uudenmaan kunnissa. Tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, onko EVA indikaattorin käytöstä tehty strateginen päätös, onko aiheesta annettu kirjallinen ohjeistus ja käytetäänkö indikaattoria kunnan strategisessa eli kunnanhallituksen tai valtuuston päätöksissä vai onko indikaattorin käyttö laajennettu

lautakuntapäätösten valmisteluun ja missä lautakunnissa. Osassa Keski-Uudenmaan kunnista ei ole tehnyt strategista päätöstä EVA indikaattorin käytöstä eikä siten kirjallista ohjetta annettu tai koulutusta pidetty, mutta indikaattori on käytössä kuntien lautakuntatyöskentelyssä. Poikkeuksetta indikaattori on käytössä sivistyslautakunnissa tai lautakunnissa, joka vastaa opetustoimesta.

Päätösten ennakoarviointi käytössä : 2021



KUVA 16 Päätösten ennakoarvioinnin taso Keski-Uudenmaan kunnissa 2021

Lähde: THL/TEA-viisari indikaattorit 2021

Tarkasteltavan alueen kunnista ennakoarvioinnin käyttöönotosta on tehty päätös ja sen käytöstä on annettu kirjallinen ohjeistus Järvenpäässä ja Tuusulassa. Näissä kunnissa ollaan maan keskitasoa paremmalla tasolla. Organisaatiot on myös sitoutettu toiminnan systemaattiseen käyttöön kirjallisen ohjeen muodossa ja toiminta on käytössä myös osin lautakuntatasolla.

Lautakuntapäätösten valmistelussa indikaattori on osittain käytössä myös Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Pornaisissa maan keskiarvon mukaisesti. Poikkeuksetta tällöin arviointia käytetään lapsiasioihin vaikuttavissa asioissa sivistyslautakunnassa tai siinä lautakunnassa, joka kussakin kunnassa hoitaa opetuspuolen asioita. Nurmijärvellä ei ole tietojen mukaan tehty päätöstä, annettu kirjallista ohjeistusta eikä indikaattori ole lautakuntavalmistelussa

systemaattisesti mukana. Lautakuntatyöskentelyssä indikaattori on mukana pääsääntöisesti sivistystoimen päätöksissä koskien lapsivaikutusten arviointia.

Asiantuntijahaastatteluisissa ilmeni ennakoarvioinnin käytön epätasaisuus. Haastateltavat kuvailivat käyttöastetta seuraavasti:

”Päätösten ennakoarviointi on käytössä ja sitä käytetään merkittävässä kohteissa”. Henkilö F

... ” kyllä ” evaus on tuttu, mut en tiää käytetäänkö me sitä ihan orjallisesti”... Henkilö K

” ... meillä on kyllä tuota ”evausta” harjoiteltu kovasti, koska meillä on tosi laajat palveluverkko investoinnit menossa. Sitä kautta ollaan ajettu meille siitä työkalua ja ollaan kaikki sitä mieltä, että sitä pitää ottaa laajemmin käyttöön päätöksenteossa. Jalkauttamista on tarkoitus vielä jatkaa, mutta tämä on lähtenyt liikkeelle opetus- ja sivistyspuolen kautta ja kaavoituspuolella on nyt sitten myös laajemmin otettu käyttöön ja kun kunta kasvaa”. ... Henkilö D

... ”et kun rahaa on vähän niin, sitä ei myöskään ole hukattavaksi ja halutaan nähdä se et ne toimet tuottaa myöskin tulosta”... Henkilö B

Haastateltavat painottivat tutkimuksessa kuitenkin ennakoarvioinnin käytön lisäämistä ja käytön seurannan laajentamista. Huolimatta siitä, että EVA arviointi on yksi tärkeimmistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä mittavista menetelmistä, niin n 70% kunnista ilmoittaa, etteivät he käytä menetelmää, vaikka menetelmä on lain edellyttämää toiminta (TEA viisari 2017, Kuntaliitto 2011). Keskeisimmät syyt ovat tietämättömyys työkalun sisällöstä, vaikeus käyttää sekä liiallinen laajuus pienissä hankinnoissa.

... ”se on ollut jonkun vuoden voimassa ja siitä aikanaan pidettiin kovaa ääntä ja vaadittiin, että sellainen tehdään ja se pitää tehdä, mutta jotenkin tuntuu siltä, että onko se tuottanut sitä hyötyä kuitenkaan, jota siltä haettiin”... Henkilö C

”Päätösten ennakoarviointia tehdään meillä kunnassa, mutta se ei ole johdonmukaista tai systemaattista”. Henkilö H

... ”tavoitteena on, ettei isoja ennakoarviointia tehdä, jos hankinta on pieni”... Henkilö L

6.1.2. Taloudellisen kannustimen tuntemus vahvistaa kuntataloutta

Tulosten tarkastelu jatkui keskittymällä Sotkanet tietovarannosta saaduilla tuloksilla Keski-Uudenmaan kuntien saaman valtionosuuden lisäosan euromääräisen summan suuruuden

tarkasteluun sekä prosessi- ja tulosindikaattori indeksin vaihteluun. Tunnistamalla HYTE kertoimeen vaikuttavat tekijät, kunta kykenee ohjaamaan hyvinvointijohtamisen osa-alueita ja siten parantamaan kunnan taloudellista tilannetta.

TAULUKKO 3 HYTE kerroin arvot Keski-Uudenmaan kunnissa vuosina 2018 ja 2020

	HYTE-kerroin euroa / asukas info ind. 5341		HYTE-kerroin, 0 - 100 info ind. 5340		HYTE-kerroin, 1 000 euroa info ind. 5355		Prosessi-indikaattoreiden keskiarvo (HYTE-kerroin) info ind. 5339		Tulosindikaattoreiden keskiarvo (HYTE-kerroin) info ind. 5338	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020	2018	2020	2018	2020
yhteensä										
Hyvinkää	9,8	16,4	61	60	457,6	763,1	75	72	48	48
Järvenpää	10,5	18,6	66	68	445,4	811,2	83	84	48	53
Mäntsälä	6,8	17,2	43	63	141,4	355,8	33	75	52	51
Nurmijärvi	10,4	16,5	66	60	440,5	708,5	73	66	58	55
Pornainen	9,0	15,7	56	58	45,9	79,1	52	45	60	71
Tuusula	9,8	18,7	62	69	380,5	721,7	58	87	65	50

Lähde: Sotkanet tietokanta 2021

HYTE kerroin taulukosta selviää, että euromääräinen rahasumma per asukas on noussut kaikissa kunnissa vuosien 2018 ja 2020 välillä. HYTE indikaattorin prosessi-indikaattori ja tulosindikaattori indeksi osuuksissa on vaihteluita kuntien välillä. Kolmessa kunnassa prosessi-indikaattorit ovat laskeneet vuosien 2018 ja 2020 välillä. Kahdessa kunnassa prosessi-indikaattori on noussut ja yhdessä pysynyt lähes ennallaan. Tulosindikaattorin indeksi arvo on laskenut kahdessa kunnassa. Kahdessa kunnassa indeksi on noussut ja kahdessa pysynyt ennallaan.

Talouden kannustimien tuntemusta ja käyttöönottoa kuvattiin seuraavasti:

... ”täs nyt jo on useamman hallituskauden aikana ootettu, et tää valtion antama HYTE kerroin kunnille tulee ja tähänhän on määritelty ne tietyt kriteerit, mitä tässä näin niinku HYTE kertoimessa seurataan ja me ollaan heti jo kolme vuotta sitten otettu nää indikaattorit käyttöön. Ne keskeiset indikaattorit, millä me pystytään todentamaan kunnan asukkaiden hyvinvointia ja/tai pahoinvointia. Ja samoin nyt tuota ne indikaattorit tulee meillä myös jatkossa olemaan”... Silloin ku näitä HYTE kertoimia ensimmäistä kertaa laskettiin, ni meidän kunta oli tässä keskiuudellamaalla kaikkein huonoiten, mut tiän ihan varmasti et HYTE kerroin on täl hetkel kyl enempi, koska me on otettu näitä mittareita käyttöön ja sehän ei viel edellytä, et on otettu mittarit käyttöön, vaan asiassa pitää tulla myös tulosta”... Henkilö J

... ”valtiolta päin tulevat kannustimet, niin niitä en tiedä, ellei toi meidän talouspuoli tai hallinto tai strategiapuoli tehnyt sitä, mutta itse en ole siihen perehtynyt lainkaan”... Henkilö E

”HYTE kertoimessa ei olla tarkasteltu sitä, miten HYTE kerroin on muuttunut 2018 ja 2020 välillä. Hyvinvointijohtamisen seurantaan voisi tehdä sellaisia muutoksia, että HYTE kerroin asiaa pitäis jotekin enemmän ruveta tuomaan esille et meil on tavallaan sitä arviointia. Se on meidän asialistalla ja siihen meidän pitää itse asiassa entistä enemmän panostaa. Nyt meil on ne arvot, meil on ne itseisarvot, välinearvot, millä niihin päästään ja seuranta on erittäin hyvää. Se oli itseasiassa niinkun tulossa, mutta sit tuli, koronakriisi ja sotki pakkaa monella tavalla”. ... Henkilö K

Vertailun vuoksi tarkasteltaessa kaikkia Uudenmaan kuntia vuonna 2018 alin HYTE kerroin oli Mäntsälässä 6,80 euroa per asukas ja korkein Vantaalla 12,50 euroa per asukas. Vertailtaessa vuoteen 2020 HYTE kertoimen muutosta, niin alhaisin kerroin oli 11,40 euroa per asukas Karkkilassa ja korkein 22,00 euroa per asukas Espoossa. Suurimmat nousijat, TOP5, Uudellamaalla olivat Mäntsälä, Raasepori, Lapinjärvi, Loviisa, ja Porvoo. Suurin kuntanousija oli Mäntsälä ja pienin kunta nousija oli Nurmijärvi.

Keski-Uusimaa oli tulevista hyvinvointialueista Uudellamaalla kertoimen osalta suurin kasvaja vuonna 2023 jaettavan taloudellisen kannustimen osalta +83%. Vuonna 2018 alhaisin HYTE kerroin Keski-Uudellamaalla oli Mäntsälässä 6,80 euroa ja korkein Järvenpäässä 10,50 euroa. Vuonna 2020 matalin HYTE kerroin oli Pornaisissa 15,70 euroa ja korkein edelleen Järvenpäässä 18,60 euroa. Suurin nousija oli Mäntsälä, joka nosti euromääräistä HYTE kerrointa peräti 10,40 euroa per asukas.

TAULUKKO 4 Valtionosuusjärjestelmän lisäosan euromääräinen suuruus per kunta

KUNTA	VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄN LISÄOSAN SUURUUS EUROISSA per kunta
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue/KU hva	
Hyvinkää	771 259,50
Järvenpää	837 409,20
Mäntsälä	359 153,20
Nurmijärvi	727 303,50
Pornainen	79 693,20
Tuusula	738 855,70

Laskettaessa valtionosuusjärjestelmän lisäosan euromääräistä suuruutta, voidaan todeta, että Keski-Uusimaan kunnista eniten taloudellista kannustinta saa Järvenpää, seuraavaksi eniten Hyvinkää ja Tuusula. Pienimmän summan saa Pornainen.

6.2. Uusista käsitteistä pohjaa uudennlaiselle hyvinvointijohtamiselle

Tutkimuksen tulosten tarkastelun toisessa osiossa määriteltiin muuttujien arviointitasot, koodattiin ne ja muodostettiin havaintoaineisto.

6.2.1. ”Terveysteesit” ohjaavat hyvinvointijohtamisen kehittymistä

Kuntastrategioissa on poikkeuksetta määritelty toimintaa ohjaavat arvot. Osalla kuntia ei kuntastrategiassa välttämättä kuitenkaan mainittu ”hyvinvointi, terveys tai toimintakyky” suoraan arvoina, mutta strategisissa painopisteissä kylläkin. Mikäli arvoja ei oltu määritelty, huomioitiin tutkimuksessa strategiset tavoitteet tai nk ”keihäänkärjet”, mikäli niissä oli huomioitu hyvinvointijohtamisen ”terveysteeseistä” sanat hyvinvointi, terveys tai toimintakyky. Kunnissa ”terveysteesit” nähdään enemmän tavoiteteemoina, kuten ”hyvä elämä”, ”toimiva arki” tai ”arjen sujuvuus”. Huolimatta siitä, että ”terveysteesiä” ei suoraan mainittu arvoissa, on tutkimukseen otettu mukaan myös arvon tavoiteteemat. Niillä kun oli voimakas painoarvo strategisessa toiminnassa.

TAULUKKO 5 Kuntien arvot kuntastrategiassa

KUNTA	ARVOT
Hyvinkää	houkuttelevuus, yritysyritystyö, yhteisöllisyys
Järvenpää	asukaslähtöisyys, rohkeus, vastuullisuus, osallisuus ja avoimuus, tuloksellisuus
Mäntsälä	Hyvinvointi, kumppanuuksien vahvistaminen, mielekäs ja turvallinen arki
Nurmijärvi	vastuullisuus, avoimuus, uudistuminen, yhteistyö, yhteisöllisyys
Pornainen	kehittäminen, yhteisöllisyys ja osallistuminen, digitalisaatio ja sähköiset palvelut*)
Tuusula	kasvu ja menestys, hyvä eläminen, kestävä kehitys

*) arvoja ei valittu erikseen, mutta strategiset tavoitteet otettu huomioon

Kuntastrategia asiakirjojen ja haastatteluiden pohjalta voidaan todeta, että 92 % vastanneista katsoo ”terveysteesien” olevan kirjattuna kuntastrategiassa ja 33 % katsoo arvojen toteutuvan kunnan toiminnassa ja niiden katsotaan jalkautuneen toimintaan asukasrajapintaan asti.

... ”hyvinvointijohtaminen lähtee meillä tuolta kuntastrategiasta ja arvoista... ja siellä hyvinvoinnilla on aika vahvakin osa näissä valtuustotavoitteissa ja sitä kautta se leviää koko kunnan työksi. Mutta edelleen sitä pitäisi vahvistaa, että jokainen kunnan työntekijä ymmärtäisi sen, että miten se hyvinvoinnin edistäminen nivoutuu jokaisen työhön. Mutta yhdyspinta työskentely soten kanssa on äärimmäisen tärkeä ja sitä pitää kehittää edelleen ja se on vasta lapsen kengissä ja varsinkin nyt kun

hyvinvointialue valmistelua nyt tehdään, niin yhdyspinta työskentely on tosi tärkeä, että vältetään pallottelu, että mikä on tärkeä kellekin...” Henkilö L

... arvot ovat pysyviä perusasioita, on strategia ja on arvot, mutta minusta tuo arvo sanana on hiukan väärä, sillä meillä arvot näkyy enemmän asetetuissa tavoitteissa eli keskitytään enemmän niihin, mikä vaikutus niillä on kuntalaisille”... Henkilö F

6.2.2. Hallintorakenteen yhteistoiminta duaalivaiheessa

Kuntastrategian sekä haastateltavien kuvailujen mukaan kunnassa tehdään monenvälistä yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Toiminnan luonne on enemmän kahdenvälistä ”duaalimaista” erikseen jokaisen toimijan kanssa. Laaja-alaisempaa eri toimijoista koostuvaa yhteistyöverkostoa on olemassa, mutta toiminnan luonne on enemmän satunnaista eikä yhteistoimintaverkostoon ole erikseen perustettua organisaatiota. Haastateltavat kuvailivat yhteistyön toimivan tiiviisti järjestöjen ja oppilaitosten kanssa. Osassa kuntia (33,3%) yritys yhteistyö oli tiivistä. Niissä kunnissa, missä yhteistyötä yritysten kanssa ei juurikaan ole, katsottiin sen olevan hankalaa ja pelkona oli, että jotain yritystä suositaan enemmän kuin toista.

... ”ja kyllä tätä holistista näkemystä ja tietenkin tässä, kun siirrytään hyvinvointialueisiin ja meidänkin kunnassa tätä on treenattu pari-kolme vuotta, ni kyllä me entistä enemmän tullaan painottamaan ja sitä mitä me ollaan jo painotettu, ni sitä proaktiivista toimintaa eli pyritään ennakoimaan, ettei se perälauta vuoda sinne kalliiden, korjaavien, inhimillisesti ikävien sosiaali- ja terveystalveluiden puolelle ja sinne poliisi ja pelastuslaitosten puolelle. Tehdään mahdollisimman ennakoivaa, hyvinvointia vahvistavaa työtä laajemmassa yhteistyössä”... Henkilö K

... ”yhteistyötä tehdään kuntatasolla eri toimijoiden kanssa paljonkin ja varmaan sillai on, että yrittäjät on tärkeä ryhmä ja yrittäjien kanssa toimitaan ja yhteistyö on hyvää... yhteistyö on sillai enemmän niinku kahdenvälistä eri toimijoiden kanssa”... Henkilö C

6.2.3. Hallintorakenteessa kohti verkostomaisempaa suuntaa

Hallintorakenteen tulee tukea ihmisten arjen toimintoja. Tutkimuksessa ilmeni, että 83 % vastaajista pyrkii hyvinvointijohtamisessa ennaltaehkäisevään ajattelumalliin. Keskeistä ajattelumallissa on kyetä löytämään sellaisia palvelun muotoja, joilla asukkaiden terveyttä voidaan hoitaa ennen sairauksien syntymistä ja siten saavuttaa säästöjä. Huolellisella ennakkoinnilla vältetään kuntalaisten lähettäminen sosiaali- ja terveystalveluasiakkaaksi. Vastaajista 9% katsoi, että johtuen hyvinvointiin liittyvien isoista haasteista on siirryttävä vieläkin pidemmälle ja tähdättävä ennakoivaan toimintaan. Mallissa kuntalaista ajatellaan

kokonaisuutena, holistisesti ja pyritään osallistamaan kuntalaiset mukaan toimintaan. Hallintorakenteen tulee taipua toimimaan kuntalaisten hyväksi ja tulevaisuudessa katsotaan verkostomaisemman hallintorakenteen olevan tulevaisuutta. Enemmän yhteistyötä, enemmän yhteistoimintaa.

"... mihin pitäisi enemmän panostaa, ni ennaltaehkäisy on kuitenkin paras tapa pureutua siihen. Enemmän kokonaisvaltaista lähestymistä, toimintatapa on liian kapea-alaista, laittaisin kuntalaisen keskiöön ja organisaatio pitäisi muuttaa siten, että mietitään, palveleeko se todella sitä kuntalaista? Matalat kynnykset, helppo lähestyminen on parasta mitä kunnat voivat tarjota"... Henkilö F

... "et kun ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen satsataan, ni ihmiset pystyy asumaan kotona pidempään ja nää kaikkihan on ihan mitattavia asioita ja mittareitahan pitää seurata. Ennaltaehkäisy on tosi tärkeä asia. Me tullaan satsamaan tähän hyte toimintaan"... Henkilö H

... "ja mitä enemmän me voidaan tätä veto- ja pitovoimaa pitämään, ni sen paremmin kuntalaiset voi ja sitä kautta sit pitkällä juoksulla se sote kustannusten rahamäärä sit sen myötä laskee. Sen takia me on just mietitty sitä, kuinka paljon me pystytään ennaltaehkäisevällä työllä ja tiiviimmällä yhteistyöllä kustannuksia pienentämään."... Henkilö J

"Mut mä näen, että hyvinvointijohtaminen tulevaisuudessa vaatii sellaista verkostomaista yhteistyötä ja se verkostotyö vaatii omaa osaamista ja sitä olen yrittänyt myös tässä organisaation sisällä kehittää, ollaan koulutauduttu, järjestetty erilaisia työpajoja ja opeteltu verkostomaista työtapaa. Se ei välttämättä ole sellainen itsestänselvyys meillä kuntasektorillakaan. Joku on sanonut, että verkostot on niin kun sellainen kypsällä makaroonilla tai naruilla työntäis, mut mä näen, että siitä ajattelumallista pitäisi päästä eroon, koska siinä verkostossa jokaisen toimijan pitäis tietää, mikä hänen roolinsa siinä verkostossa on ja et se hyödyttää myös hänen tekemäänsä työtä. Mut se on tuossa verkostotyössä juuri se pulma, että mitkä ne kannusteet sille työlle on, että miten sä sitoudut siihen verkostoon?"... Henkilö I

6.2.4. Päätöksenteon ennakoarviointi (EVA indikaattori) vajaakäytössä

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että päätösten ennakoarviointi menetelmää on harkittu, mutta menetelmä koetaan aikaa vievänä ja hankalana. Tarkasteltavan alueen kunnista Järvenpää ja Tuusula ovat ottaneet EVA indikaattorin käyttöön ja ovat näin maan keskitasoa paremmalla tasolla. Organisaatiot on myös sitoutettu toiminnan systemaattiseen käyttöön kirjallisen ohjeen muodossa ja toiminta on käytössä myös lautakuntatasolla. Huolimatta siitä, että strategista EVA indikaattorin käyttöönotto päätöstä ei ole tehty tai kirjallista suositusta ei ole tehty, on kolmessa kunnassa EVA indikaattori käytössä operatiivisella lautakuntatasolla maan keskiarvon mukaisesti. Poikkeuksetta tällöin arviointia käytetään lapsiasioihin vaikuttavissa asioissa sivistyslautakunnassa tai siinä lautakunnassa, joka kussakin kunnassa hoitaa opetuspuolen asioita. Vastaajista 18,2 % ilmoitti päätösten ennakoarvioinnin olevan organisaatiossa systemaattista.

”... meillä on kyllä tuota ”evausta” harjoiteltu kovasti, koska meillä on tosi laajat palveluverkko investoinnit nyt menossa eli sisäilmahaasteiden takia iso osa kouluista ja päiväkodeista menee uusiksi ja se on Suomenkin mittakaavassa poikkeuksellisen iso investointiohjelma ja tässä työssä on ”evausta” tehty jo kolmeen kertaankin. Sitä kautta ollaan ajettu meille siitä työkalua ja ollaan kaikki sitä mieltä, että sitä pitää ottaa laajemmin käyttöön ja tota päätöksenteossa ja sieltä se on meille tavallaan lähtenyt liikkeelle meillä. Jalkauttamista on tarkoitus vielä jatkaa, mutta tämä on lähtenyt liikkeelle opetus- ja sivistyspuolen kautta ja kaavoituspuolella on nyt sitten myös laajemmin otettu käyttöön ja kun kunta kasvaa, niin tulee paljon palautetta suunnitelmista ja tätä työtä on tehty myös sielläkin puolella ja se osa kaavoitusprosessia ollut”... Henkilö D

...”se on ollut jonkun vuoden voimassa ja siitä aikanaan pidettiin kovaa ääntä ja vaadittiin, että sellainen tehdään ja se pitää tehdä, mutta jotenkin tuntuu siltä, että onko se tuottanut sitä hyötyä kuitenkaan, jota siltä haettiin”... Henkilö C

6.2.5. Valtiolta tulevien taloudellisten kannustimien hyödyntämisessä kehittämisen varaa

Tutkimuksessa nousi esille näkökulma, että harvassa kunnassa tiedostettiin valtiolta tulevan taloudellisen kannustimen merkitys terveyden edistämisen toimissa. Haastateltavat ilmoittivat organisaatioissa hyödynnettävän erilaisia ei-taloudellisia kannustimia niin työntekijöille kuin sidosryhmille, kuten kunniamaininnat, ja hyvästä työstä annetut kannustimet, palkinnot tai avustukset. Tässä tutkimuksessa keskityttiin ainoastaan Valtiolta tulevan HYTE kertoimen saantiin sekä siitä saatavaan hyötyyn. HYTE kerroin kannustimen saanti oli vierasta haastateltaville ja tieto aiheesta vaihteli. Kuntien saaman HYTE kertoimen tiesi 18% vastaajista ja 9% tiesi vuoden 2018 taloudellisen kannusteen arvon per asukas.

...”hyvinvointijohtamisen seurantaan voisi tehdä sellaisia muutoksia, että HYTE kerroin asiaa pitäis jotenkin enemmän ruveta tuomaan et meil on tavallaan sitä arviointia, meil on ne arvot, meil on ne itseisarvot, välinearvot, millä niihin päästään ja seuranta on erittäin hyvää ja meillä on aika selvät nää kärkihankeet asetetaan tulevalle vuodelle ja niitä seurataan ja niitä on palasteltu vaikkapa ympäristöön liittyvien asioiden osalta tai inhimillisen hyvinvoinnin osalta ja niitä seurataan, mutta ehkäpä sellaista systemaattisempaa HYTE kerroin ajattelua, ni sitä voisi olla enemmän. Ni se on se muutos, mitä tässä vois tulla”.... Henkilö K

...”valtiolta päin tulevat kannustimet, niin niitä en tiedä, ellei toi meidän talouspuoli tai hallinto tai strategiapuoli tehnyt sitä, mutta itse en ole siihen perehtynyt lainkaan”... Henkilö E

...”HYTE kertoimessa ei olla tarkasteltu sitä, miten HYTE kerroin on muuttunut 2018 ja 2020 välillä. Se on meidän asialistalla ja siihen meidän pitää itse asiassa entistä enemmän panostaa. Se oli itseasiassa niinkun tulossa, mutta sit tuli, en tiedä ootko ikikä kuullu semmosta ku koronakriisi ja ne tuli ja sotki pakkaa monella tavalla. Sit jouduttiin niihin akuutteihin asioihin puuttumaan. Mutta sen aika koittaa kyllä ja keskustelu on aktivoitunut HYTE kertoimen osalta nyt, kun on pikkasen tilanne ja aika paljonkin rauhoittunut ja normalisoitunut”.... Henkilö F

6.2.6. Hyvinvointitalous tuntematon käsite

Kunnissa oli käytössä osallistavaa budjetointia, niukan talouden budjetointia tai niin kutsuttua perusbudjetointia, mutta hyvinvointitalouskäsite oli tuntematon haastateltaville.

6.2.7. Uusi työkalu hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden lisäämiseen

Tässä tutkimusaineistossa olevista kuudesta muuttujasta kehitettiin johdonmukaisuutta kuvaava arvomuuttuja edistämään hyvinvointijohtamisen systemaattisuutta ja vahvistamaan uusien käsitteiden käyttöönottoa. Arvon rakentamisessa hyödynnettiin viisiasteikollista Likert asteikkoa. Arvoista muodostettiin summamuuttujan ja keskiarvon avulla johdonmukaisuutta ja aukottomuutta kuvaileva SOLIDscore arvo, jonka tavoitteena on osoittaa organisaation strategisen ja operatiivisen hyvinvointijohtamisen systemaattisuutta tarkasteltavien muuttujien osalta. Arviointiasteikko vaihtelee välillä 0-100.

TAULUKKO 6 SOLIDscore pisteytys kunnittain

KUNTA	HH	FTK	HYTA	ARVOT	EVA	HYTE	SOLID SCORE
Hyvinkää	50	75	0	100	25	25	46
Järvenpää	50	50	0	25	75	0	33
Mäntsälä	25	50	0	25	25	100	38
Nurmijärvi	25	50	0	0	0	0	13
Pornainen	25	0	0	25	25	0	13
Tuusula	50	50	0	100	75	25	50

SOLIDscore pisteytysjärjestelmän arviointiasteikko on tässä tutkimuksessa jaettu neljään luokkaan.

0 – 25 =heikko; 26 – 49 =kehittyvä; 50 – 74 =vahvistuva; 75 – 100 =erinomainen

Arviointiasteikon avulla voidaan todeta, että Keski-Uudenmaan kunnista Tuusula on vahvistuvassa vaiheessa. Hyvinkää on kehittyvässä vaiheessa. Vahvuutena molemmissa kunnissa on arvojen jalkautuminen operatiiviselle tasolle ja päätösten ennakoarvioinnin systemaattinen käyttö. Molemmissa kunnissa on myös tietoisuus HYTE kertoimesta ja sen käyttöä ollaan tehostamassa, sillä kertoimen vaikutus HYTE toimintaan on havaittu. Mäntsälä ja Järvenpää ovat kehittyvässä vaiheessa. Järvenpäässä vahvuutena on päätösten ennakoarvioinnin tehokkaampi käyttöönotto. Mäntsälä hyödyntää tehokkaasti HYTE

kerrointa ja vahvistaa sen ansiosta talouttaan. Nurmijärvi ja Pornainen ovat heikolla tasolla hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa. Nurmijärven vahvuutena vahvistuva ennaltaehkäisyn taso. Pornainen on vahvistamassa sidosryhmä yhteistyötään ja aloittelemassa päätösten ennakoarvioinnin käyttöönottoa.

6.3. Tilastollinen päättely

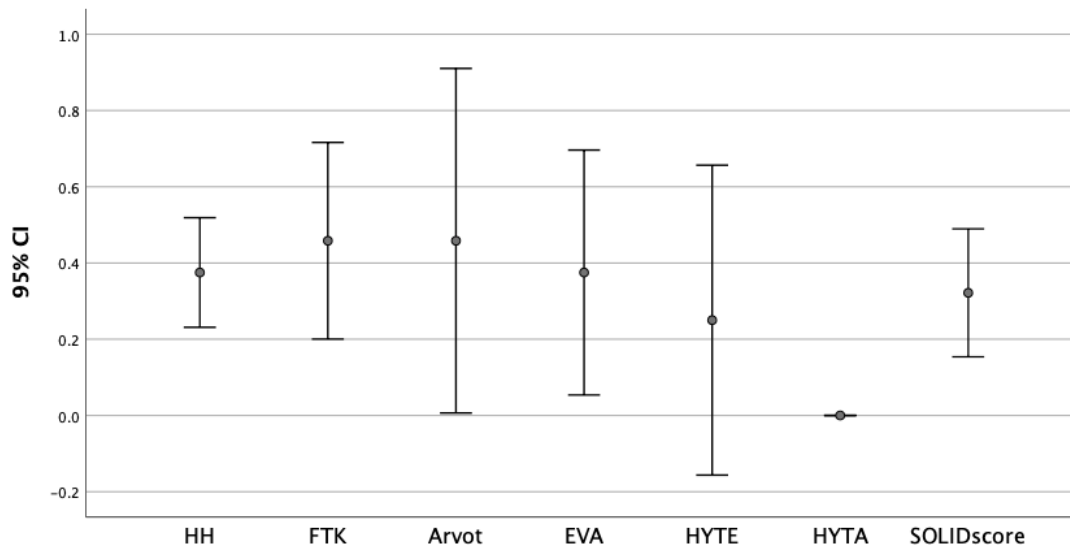
Tämä tutkimus toteutti monimenetelmä lähestymistä ja tutkimuksessa tarkastellaan tilastollisen päättelyn avulla tutkimuksessa kehitetyn hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen kuuluvan kuudesta muuttujasta muodostetun SOLIDscore arvon luotettavuutta luottamusväli tarkastelun avulla. Määrällisen aineiston analyysin pyrkimyksenä on saada erottelua tilastollisen päättelyn sekä kuvailevan tilastoanalyysin välille. Kuvaileva tilastoanalyysi kuvailee ja tiivistää joko yhden kvantitatiivien muuttujan jakaumaa tai monen kvantitatiivisen muuttujan yhteisvaihtelua, mutta ei pyri luomaan tuloksiin pohjaten yleistyksiä johonkin suurempaan perusjouktoon (Tietoarkisto 2021).

Tässä tutkimuksessa kehitetty hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta kuvaava SOLIDscore arvo kuvaa useamman määrällisen muuttujan yhteisvaihtelua. Tilastollisen päättelyn kaksi keskeistä käsitettä ovat luottamusväli ja luottamustaso. Luottamusväli kertoo millä välillä todellinen perusjoukon tunnusluvun arvo on tietyllä todennäköisyydellä. Luottamustaso kertoo, millä todennäköisyydellä perusjoukkoa kuvaava tunnusluku on jollain tietyllä luottamusvälillä. Luottamustaso ja luottamusväli ovat siis täysin toisiinsa sitoutuneita käsitteitä. Tieto luottamusvälistä ei ole mielekäs, jos ei ole tietoa luottamustasosta ja päinvastoin. Olennaista on, että luottamustason kasvaessa laajenee myös luottamusväli. Toisin sanoen tämä tarkoittaa siis sitä, että mitä suuremmalla varmuudella haluamme tietää, millä välillä jokin perusjoukon tunnusluku sijaitsee, sitä suurempi on luottamusväli (Tietoarkisto 2021).

Tämän tilastollisen päättelyn **ensimmäisessä osassa** kaikista muuttujista tehtiin luottamusväli ja luottamustaso tarkastelu. Tutkimuksessa oli kaikkiaan seitsemän muuttujaa; holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystieteiden tutkimus, hyvinvointitalous, arvot, päätösten ennakoarviointi (EVA) ja HYTE -kerroin. Näiden lisäksi syntyi yksi uusi muuttuja eli kaikkia

edellä mainittujen muuttujien yhteenlaskettu keskiarvo SOLIDscore. Tarkemmat tiedot nähtävillä alla.

Graph



KUVA 17 Luottamusväli tarkastelu

Lähde: SPSS ohjelma, versio 28.0.1.1 (14)

Holistinen hallintomalli käsitteen käyttöasteen keskiarvo oli 0,3750, 95% CI [0,2313, 0,5187]. Funktionaalisen terveystieteiden käyttöasteen keskiarvo oli 0,4583, 95 % CI [0,2004,0,7163]. Arvoissa olevien ”terveysteiden” esiintymistaso oli 0,4583, 95 % CI [0,064, 0,9102]. Päätösten ennakoarvioinnin käyttöaste oli 0,3750, 95 % CI [0,0537, 0,6963]. HYTE – kertoimen valtionosuusjärjestelmän lisäosan käyttöasteen tietoisuus aste oli 0,2500, 95 %, CI [-0,1564, 0,6564]. Hyvinvointitalouden luottamusvälin ja -tason arviointi 0, koska käsite ei tuttu kenellekään. Hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta ja aukottomuutta kuvaavan SOLIDscore tuloksen keskiarvo oli 0,3217, 95 %, CI [0,1538, 0,4895]

6.4. Johtamisvastuu suurin syyvaikutus hyvinvointijohtamisen tasoon

Tutkimuksen tulosten tarkastelun jatko-osassa hyödynnettiin Charles Raginin menetelmässään kehittämiä ”totuustauluja”. Näiden ”totuustaulujen” avulla tarkasteltiin selitettävän tekijän eli hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus (HVJ) tasoon edistävästi tai ehkäisevästi vaikuttavia ulkoisia kulttuuris-taloudellisia ”syyvaikutuksia” (causal conditions).

Nämä ulkoiset ”syyvaikutukset” osoittavat hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden ja johtamisvastuun kausaalisuutta. Tutkittavat tekijät kalibroitiin korkeaan, matalaan ja täydellisen epävarmuuden tasoon. Täydellinen epävarmuuden taso on taso, joka voi kääntyä joko korkeaan tai matalaan tasoon. Lisäksi sekä hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus (HVJ) taso että johtamisvastuu (JV) taso jaettiin matalaan ja korkeaan luokkaan. Muita ”syyvaikutus” tekijöitä ei jaettu matalaan tai korkeaan luokkaan, koska taulukon 7 taulukkosarjan osan 3 kohdassa tehdyssä lineaarisessa regressiossa todettiin, että vain johtamisvastuulla oli tilastollista merkitystä.

Yhteenvetona voidaan todeta taulukon 7 taulukkosarjan osien 1-8 avulla, että asetettujen kriteerien nojalla **korkea hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus taso** toteutuu kolmessa Keski-Uudenmaan kunnassa. Näiden kuntien osalta kokonaisratkaisujen laadullisen vertailun kattavuus ja jatkuvuus korkeaan hyvinvointijohtamiseen edustaen määrittäjien yhteyttä oli kattavuuden osalta 0,578283 ja jatkuvuuden osalta 1.0. Molemmat arvot tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 7 Taulukkosarja: Yhteenveto, osat 1-8 Charles Ragin ”totuustaulu” tarkastelusta

Osa 1 Yhteenveto selitettävän ja selittävien tekijöiden tasosta

KUNTA	HVJ	JV	STK	LK	VT
Hyvinkää	46	75	3812	3298	4530
Järvenpää	33	67	3372	5164	4532
Mäntsälä	38	54	3295	4288	4229
Nurmijärvi	13	46	3059	4734	4595
Pornainen	13	21	2926	1869	4184
Tuusula	50	96	3099	3388	4954

Osa 2 Materiaalien lähteet

Taloudellissosiaaliset määrittäjät	Mitattava asia	Tietopankki	Tiedon tuottaja	Vuosi
	Hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus	ProGradu	Leena Zittling TUNI/TT laitos	2021
JV	Johtamisvastuu taso	TEAvisari	THL	2021
STK	Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset 2020 per asukas	Uudenmaan liito/Tilastokeskus	Uudenmaan liito	2021
Lainakanta	Kustannukset 2020 per asukas	Uudenmaan liito/Tilastokeskus	Uudenmaan liito	2021
Verotulot	Verotulot 2020 per asukas	Uudenmaan liito	Uudenmaan liito	2021

Osa 3 Mediaanit vaihteluvälineen jokaisesta selittävästä tekijästä ja lineaarinen regressio malleista ennustaen hyvinvointijohtamisen tasoa

	Mediaani (vaihteluväli)	Yksittäisvaikutus ennustaen HVJ tasoa	Yhteisvaikutus ennustaen HVJ tasoa
Hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus (HVJ)	35,50 (13-50)		
Johtamisvastuu (JV)	60.50 (21-96)	3.920 p=0.017 R ² 0,793	13.372 p<0.048
Sote-kustannukset (STK)	3197 (2926-3812)	1.531 p=0,200 R ² 0,370	-0.906 p<0.531
Lainakanta (LK)	3838 (1896-5164)	0.185 p=0.862 R ² 0.009	-3.932 p<0.159
Verotulot (VT)	4531 (4184-4954)	1.158 p=0,311 R ² 0,251	-7.283 p<0.083
Muokkautettu variaatio R ²			99% 0,998

Osa 4 fsQCA kalibraatio ennen "totuustaulu" muodostusta

Selitettävä/selittävä	Korkeataso	Täydellinen epävarmuus	Matala taso
Korkea HVJ luokka	>50	25	<15
Matala HVJ luokka	>30	23	<13
Korkea JV luokka	>75	65	<50
Matala JV luokka	>45	35	<25
STK	<3100	3350	>3600
LK	<3400	4000	>4700
VT	>4900	4600	<4250

Osa 5 Totuustaulu osoittaen hyvinvointijohtamisen makrotason määrittäjien yhteydestä korkeaan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen

Johtamisvastuu taso (JV) korkea	STK* matala	LK* Matala	VT* Korkeat	Tapausten lkm	Jatkuvuus
Kyllä	Ei	Ei	Ei	1	1
Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	1	1
Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	1	1

*) STK=sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset/as *) LK=Lainakanta/as *) VT=Verotulot/as

Osa 6 fsQCA kattavuus ja jatkuvuus korkeaan hyvinvointijohtamiseen edustaen määrittäjien yhteyttä

	Raaka kattavuus	Uniikki kattavuus	Jatkuvuus
Korkea JV *Matala STK*Matala VT	0,34596	0,320707	1
Korkea JV *Korkea STK *Korkea LK* Korkea VT	0,257576	0,232323	1

Ratkaisu kattavuus: 0,578283

Ratkaisu jatkuvuus: 1

Osa 7 Totuustaulu osoittaen hyvinvointijohtamisen makrotason määrittäjien yhteydestä matalaan hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen

Johtamisvastuu taso (JV) matala	STK* matala	LK* matala	VT* Korkea	Tapausten lkm	Jatkuvuus
Täydellinen epävarmuus	Täydellinen epävarmuus	Täydellinen epävarmuus	Ei	1	0,699386
Ei	Kyllä	Ei	Täydellinen epävarmuus	1	0,699386
Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei	1	0,0206186

*) STK=sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset/as *) LK=Lainakanta/as *) VT=Verotulot/as

Osa 8 fsQCA kattavuus ja jatkuvuus matalaan hyvinvointijohtamiseen edustaen määrittäjien yhteyttä

	Raaka kattavuus	Uniikki kattavuus	Jatkuvuus
Korkea JV*Matala VT*Matala LK*Korkea STK	0,283582	0,283582	0,699386
Matala JV *Matala VT*Korkea LK*Korkea STK	0,00497512	0,00497511	0,0206186

Ratkaisu kattavuus: 0,288557

Ratkaisu jatkuvuus: 0,446154

Kaavion pohjalta voidaan vetää seuraavia johtopäätöksiä:

Kunta, jolla on matalat sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (< 3100 €), matala lainakanta (<3400€), korkeat verotulot (>4900€) ja johtamisenvastuu tasolla 96, osoittaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa erinomaista tasoa kattavuuden ollessa tasoa 95 ja jatkuvuuden 1.0. Kattavuuden, jatkuvuuden ja johtamisenvastuun ollessa korkeita, on hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus erinomaisella tasolla.

Kunta, jolla on korkeat sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (>3600€), matala lainakanta (<340€), matalat verotulot (<4250€) ja johtamisenvastuu tasolla 75, osoittaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa erinomaista tasoa kattavuuden ollessa tasolla 65 ja jatkuvuuden 1.0. Johtamisenvastuun laskiessa -21%, kattavuus alenee -31% ja jatkuvuus pysyy muuttumattomana, on hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus edelleen erinomaisella tasolla. Kattavuuden laskiessa on vaarana muodostua ”kuiluja” päätöksenteossa olevien muuttujien välille. Johtamisenvastuun aleneminen aiheuttaa vaaran sitoutumisen heikkenemisestä.

Kunta, jolla on korkeat sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (>3600€), korkea lainakanta (>4700€), matalat verotulot (<4250€) ja johtamisenvastuu tasolla 67, osoittaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa vahvistuvaa tasoa kattavuuden ollessa tasolla 57 ja jatkuvuuden 0,92. Johtamisenvastuun laskiessa -30%, kattavuus alenee -40% ja jatkuvuus -8%, laskee hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuus vahvistuvalle tasolle. Kattavuuden voimakkaampi lasku lisää ”kuilujen” muodostumista päätöksenteossa olevien muuttujien välille. Samalla lisääntyvä johtamisenvastuun aleneminen heikentää lisää sitoutumista ja vaikuttaa jo selvästi hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta alentavasti.

Toisena yhteenvetona voidaan todeta, että asetettujen kriteerien nojalla kolme kuntaa toteuttaa **matalaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuutta** heikolla tai kehittyvällä tasolla eri selittävien tekijöiden osalta. Näiden kuntien osalta kokonaisratkaisujen laadullisen vertailun kattavuus ja jatkuvuus matalaan hyvinvointijohtamiseen edustaen määrittäjien yhteyttä oli kattavuuden osalta 0,288557 ja jatkuvuuden osalta 0,446154. Molemmat arvot tilastollisesti merkitseviä ja kertoo heikosta kattavuudesta ja jatkuvuudesta. Lisäksi voidaan todeta seuraavaa:

Kunta, jolla on täydellinen epävarmuus sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksissa (3295€), täydellinen epävarmuus lainakannassa (4288€), matalat verotulot (<4250€) ja johtamisenvastuu täydellisen epävarmuuden tasolla 54, osoittaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa vahvistuvaa tasoa kattavuuden ollessa tasoa 66 ja jatkuvuuden 1.0. Johtamisvastuun laskiessa -43% jatkuvuuden pysyessä muuttumattomana, laskee kattavuuden taso -31%. Kunta säilyttää hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa vahvistuvan tason ja jatkuvuuden, mutta kattavuus heikkenee ja ”kuilujen” kasvun määrä lisääntyy.

Kunta, jolla on matalat sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (<3100€), korkea lainakanta (>4700€), täydellinen epävarmuus verotuloissa (4595€) ja johtamisenvastuu tasolla 46, osoittaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa kehittyvää tasoa kattavuuden ollessa tasoa 51 ja jatkuvuuden 0,02. Johtamisvastuun laskiessa -52% ja kattavuuden laskiessa -46%, laskee jatkuvuus tasolle 0,02 ja näin menetetään systemaattinen ja johdonmukainen toiminta. Johtamisen vastuun (JV) ja kattavuuden voimakas lasku, laskee

jatkuvuuden lähes nolnaan eli 0.02. Tämä kertoo siitä, että sitoutumisen puuttuessa hyvinvointijohtamisen päätöksenteossa, ”*kuilujen*” määrä kasvaa päätöksenteossa olevien muuttujien välillä, mikä heikentää olennaisesti johdonmukaisuutta ja jatkuvuutta.

Kunta, jolla on matalat sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (<3100€), matala lainakanta (<3400€), matalat verotulot (<4250€) ja johtamisenvastuu tasolla 21, osoittaa hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuudessa heikkoa tasoa kattavuuden ollessa tasoa 97 ja jatkuvuuden 0,02. Huolimatta siitä, että kattavuus on hyvä, mutta johtamisvastuun laskiessa -78% laskee jatkuvuus tasolle 0,02. Näin kunta menettää systemaattisen ja johdonmukaisen hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden toiminnan.

7. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kunnan hyvinvointijohtamisen päätöksentekoon osallistuvien henkilöiden tietotasoa siitä, kuinka hyvin he tunnistavat uudet käsitteet holistinen hallintomalli, funktionaalinen terveystiete ja hyvinvointitalous. Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten terveys arvona on huomioitu kuntastrategioissa. Lisäksi tarkasteltiin, ovatko päätösten ennakkoarviointi (EVA), toimintakyky terveyden mittarina ja HYTE kerroin taloudellisena kannustimena käytössä kunnan strategisessa ja operatiivisessa hyvinvointijohtamisessa.

Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa hyvinvointijohtamisen tilaa Keski-Uudenmaan kuuden kunnan eli tulevan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen viranhaltijoissa ja luottamushenkilöissä. Lisäksi tutkimuksen jatko-osassa selvitettiin hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuteen (HVJ) vaikuttavia ulkoisia kulttuuris-taloudellisia selittäviä ”syyvaikutus” tekijöitä. ”Syyvaikutus” tekijöinä olivat kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuu (JV), sote-nettokustannukset (STK), lainakanta (LK) ja verotulot (VT).

Tutkimuksen analyysi osoitti, että uudet hallinnan käsitteet ovat niin viranhaltija kuin luottamushenkilöpuolella osin tuntemattomia. Haastattelussa ilmeni kasvanut tietoisuus siitä, että ”vanhat mallit” eivät enää riitä, mutta ei kuitenkaan osattu vielä tarjota systemaattista ratkaisua uudelle mallille toimia. Tiedostettiin, että perinteiset hierarkkiset ”laatikko-organisaatiot” ovat jäykkiä ja kykenemättömiä ratkomaan kompleksisia haasteita. Lähestymistavat, joissa hallinto koostui kaikista yhteiskunnan toimijoista, nähtiin täysin välttämättöminä, jotta terveyden sosiaaliset determinaatit, kuten ikääntyminen, voidaan ratkaista. Ymmärrettiin myös, että nykyisin eletään vielä organisaatiokulttuureissa, jossa hierarkkinen organisaatorakenne on arkipäivää, vaikka rakenne soveltuu vakaisiin ja hitaasti muuttuviin toimintaympäristöihin. Tiedostettiin, että on parannettava yhteistyön lisäksi yhteistoimintaa eri toimijoiden kesken.

Toimijoiden tulee löytää ”yhteinen kieli”. Alati ja nopeassa syklissä muuttuvat toimintaympäristöt edellyttävät verkostomaisempaa hallintorakennetta ja sitä tulee tiivistää.

Vaikka holistinen hallintomalli käsitesanana ei ollut tuttu, kuvailivat haastateltavat hallintomalli rakennetta hyvin ja olivat tietoisia yhteistyön tiiviimmästä välttämättömyydestä eri toimijoiden kesken tulevaisuudessa. Haastateltavat poikkeuksetta katsoivat, ettei satunnainen yhteistyö jatkossa riitä, vaan tarvitaan vahvempaa yhteistoimintaa toimijoiden välillä hyvinvoinnin tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiedostettiin verkostomaisen toimintamallin ja holistisen hallintomallin suurin ero, joka on rakenteiden laajuudessa ja syvyydessä.

Holistinen hallintomalli sisältää kaikki yhteistoiminnalle tarvittavat instituutiot, jotka tekevät syvempää yhteistyötä poikkeuksetta kiinteän juridisen organisaatiomallin kautta. Keskeisin haaste yhteistoiminnan liikkeellelähdölle ovat asenteet ja *”vanhaan”* toimintatapaan kiinnijääminen. Kentällä on oivallettu kuitenkin se, että tulevaisuudessa tarvitaan enemmän *”rajat ylittävää yhteistyötä”*. Toinen haaste on eri toimijoiden erityyiset organisaatiokulttuurit. Se minkä julkinen sektori näkee liiallisena nopeutena, yritykset näkevät hitautena. Holistisen hallintomallin käytöstä hyvinvoinnin alustana on vielä vähän tutkimusta sosiaali- ja terveydenhuollosta, vaikka usealla toimialalla se on jo vallitseva toimintamuoto maailmalla. Tutkimuksen lisäämistä sekä informaatiomateriaalin tekemistä aiheesta on edistettävä.

Tutkimuksen, niin valmiissa dokumenteissa kuin asiantuntijahaastatteluissa, nousi esille arvojen merkitys organisaatiokulttuurissa sekä hyvinvoinnin ja terveyden painoarvo arvoissa. Huolimatta siitä, että arvoja määritellään monella eri tavalla ja tiedostetaan niiden pysyvyys, niin ollaan yhtä mieltä siitä, että ne merkitykseltään vaihtelevat kunnasta riippuen. Arvojen merkitys nähdään yhteisön yhteisen tahtotilan luomisena. Poikkeuksetta oltiin yhtä mieltä siitä, että kaikilla mittareilla mitattuna terveyden edistäminen on kustannustehokas tapa edistää hyvinvointia sekä taloudellista kasvua. Toimintakykyä terveyden tärkeimpänä mittarina ei oltu oivallettu, erityisesti luottamushenkilöpuolella. Viranhaltija puolella toimintakyky käsite tunnistettiin ja tiedostettiin sen vahvistaminen jo lainsäädännöstä.

Tutkimuksessa vahvistui näkökulma, että hyvinvointitalouden käsite oli lähes tuntematon kaikille haastateltaville. Keskusteluissa nousi esille se tosiseikka, että kansainväliset talousjärjestöt ovat nostaneet hyvinvoinnin merkittävään rooliin talouskasvun moottorina.

Talousjärjestöt painottavat myös, että hyvinvointitalous on tulevaisuuden ajattelutapa, jossa visiona on kaikille hyvän elämän edellytykset tarjoava yhteiskunta. Katsotaan, että hyvinvointi on ehto talouskasvulle ja talouskasvu taas luo kohenevia mahdollisuuksia hyvinvoinnille. Hyvinvointitalous toimii hyvänä alustana erilaisten päämäärien ajamiseen samalla korostaen talouden roolia järjestelmänä ja instituutiona.

Hyvinvoinnin ja terveyden yhteydessä on aiemmin vältetty puhumasta taloudesta, sillä hyvinvointi ja terveyden käsitteet katsottiin itseisarvoiksi. Nyt tiedostetaan, että taloudesta ja toimintamallien vaikuttavuuksista on puhuttava, jotta tulevien vuosikymmenien hyvinvoinnin haasteet voidaan kattaa. Avointa keskustelua palveluiden ja palveluverkkojen taloudellisuudesta, tehokkuudesta, kustannusvaikuttavuudesta ja vaikuttavuudesta on lisättävä, jotta terveyden ja talouden tasapainoon voidaan vaikuttaa ja saavuttaa tarvittavia terveydenhuollon säästöjä. Bruttokansantuote taloudellisen suorituskyvyn mittarina ei huomioi hyvinvointia eikä terveyttä. Ikääntymisen tuomien haasteiden kiihtyessä, voisi olla yhteiskunnille hyödyksi kehittää hyvinvoinnin BKT (welfare GNP), joka pohjaa hyvinvointitalouden alustalle ja huomioi HYTE kertoimessa esille nousevat toimintakykyä kuvaavat indikaattorit. Mittarin tulee olla yksinkertainen ja selkeä, joka soveltuu paikallistasolta valtakunnan tasolle asti seurannan johdonmukaisuuden toteutumiseksi.

Tutkimuksessa korostui, erityisesti asiantuntijahaastatteluissa, että entisenlaiset keinovalikoimat hyvinvointijohtamiselle eivät enää riitä. Edellytetään uudenlaisia toimintamuotoja, joiden avulla saavutetaan enemmän ja parempia palveluita kustannustehokkaammalla tavalla. On oivallettu, että väestörakenteen nopea muutos ja ikäihmisten määrän sekä kroonisten sairauksien voimakas kasvu tulevina vuosikymmeniä edellyttävät toimia, joita ei aiemmin ole mahdollisesti tehty. Hyvin on tiedostettu tosiasia, että politiikan toimijat, niin meillä kuin muualla maailmassa, etsivät johtamiseen interventioita ja keinoja voidakseen vastata ikääntymisestä johtuvien kroonisten sairauksien kasvuun. Osittain jo nykyisin terveyden edistämisen filosofia perustuu laaja-alaisempaan terveystäsitykseen, jossa puhutaan ennaltaehkäiseivistä, jopa ennakoivista toimista ja niissä esiintyy jo toimintakyky käsite. Hyvinvointijohtaminen kunnissa edellyttääkin päätöstentekijöiden ennakointikyvyn vahvistamista.

Terveydenhuollon laadun varmistamisessa ikääntyvän väestön toimintakyvyn arviointi on keskeinen tekijä. Funktionaalisen terveystilanteen yleistyminen tulisi olla seuraavien vuosikymmenien keskeinen aihe yhteiskunnan eri tasoilla. Osa haastateltavista siirtyisi ennaltaehkäisevistä toiminnoista ennakointiin toimenpiteisiin, jossa kansalaiset osallistetaan yhä enemmän oman terveyden hoitamiseen. Haaste on sosiaali- ja terveydenhuollon ajatus- ja asennemallien muokkaaminen uusiin uomiin.

Tutkimuksessa nousi erityisesti esille huoli, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jatkossa tuotetaan rahoituksen voimakkaan pienenemisen myötä. Kunnallishallinnossa tehdään laajoja ja mittavia päätöksiä, joilla on suuri vaikutus niin kuntalaisiin kuin kuntatalouteenkin. Kunnat ovat uuden edessä, kun heille soteuudistuksen jälkeen jää edelleen vastuulleen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ns hyte-toiminta. Hyte-toiminnan painoarvo kasvaa, sillä mitä taloudellisemmin ja kustannustehokkaammin hyte-palvelut tuotetaan, sitä vähemmän tarvitaan tulevilla hyvinvointialueilla tuotettavaa korjaavaa sote-palvelua. Suorat kustannussäästöt ovat mahdollisia johdonmukaisen hyvinvointijohtamisen avulla.

Suurena heikkoutena palvelutuotannossa saattaa tulla se, että hyte ja sote toiminnan väliin muodostuu ”kuilu” eivätkä kunnan ja hyvinvointialueiden päätöksentekijät keskustele riittävästi sujuvan palvelutuotannon kehittämistä. ”Hiljaisten siltojen” rakentaminen, kun lähtee yhteisestä arvopohjasta. On tarpeen kehittää rakenteita, rahoitus- ja ratkaisumalleja sekä vaikuttavuutta (**R³V viitekehys**), joiden avulla niin viranhaltijat kuin luottamushenkilötkin voivat tehokkaammin seurata hyvinvointijohtamisen kehittymistä.

Tutkimuksessa yllättävää oli ennakoarvioinnin alhainen käyttöaste. Vallitseva lainsäädäntö edellyttää päätösten ennakoarviointia. Ennakoarvioinnin merkitystä painottavat lainsäädännön lisäksi myös kuntien yhteinen edunvalvoja. Moninaisten vaihtoehtojen käsittely ja niiden vaikutusten jäsentäminen auttavat hahmottamaan tulevaa päätöksentekoa. Vaikutusten ennakoarvioinnin tavoite kunnallisessa päätöksenteossa on lisätä ja vahvistaa luottamushenkilöiden arvopohjaista päätöksentekoa ja käynnistää arvokeskustelua toivotuista vaikutuksista. Arkipäivää on kuitenkin se, että osassa Suomen kuntia ei toteuteta lainkaan päätösten ennakoarviointia millään tasolla. Tutkimuksessa nousi

esille tosiasia, että Keski-Uudenmaan kunnissa vaihteluaste ennakoarvioinnin käytössä oli suuri. Osa oli alkanut toteuttamaan systemaattisesti ja laaja-alaisesti ennakoarviointia lisäten henkilöstön koulutusta aiheesta. Oli kuntia, joissa ennakoarviointi ei juurikaan toteutunut. Kunnille olisi hyvä luoda taloudellinen kannustin ennakoarvioinnin käyttöä varten eli kunta, joka toteuttaa systemaattisesti ja pitkäjänteisesti ennakoarviointia, saa siitä taloudellista hyötyä esimerkiksi valtionosuusjärjestelmän kautta.

Tutkimuksessa vahvistui käsitys siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä odotetaan vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Väestörakenteen voimakas muutos ja ikääntymisen mukanaan tuomat hyvinvointi ja terveyspalveluiden kasvu ovat olleet jo pitkään tiedossa. Taloustieteen mukaantulo terveydenhuoltoon yli puolivuosisataa sitten oli tarkoitus hillitä terveydenhuollon kokonaismenojen kasvua. Tutkimuksessa nousi selvästi esille se, että tiedostettiin, että kaikella toiminnalla tulee olla taloudelliset rajoitteet, eikä ole mielekästä tuottaa taloudelliset rajat ylittävää toimintaa. Taloudelliset voimavarat on kohdennettava tehokkaasti. Riittävät ja oikeansuuntaiset indikaattorit tehostavat johtamista ja vaikutusten seuranta. Tarpeellisia indikaattoreita on riittävästi tehokkaamman seurannan edistämiseksi. Vaikeuksia on valita oikea mittari oikeaan käyttöön. Tutkimuksessa nousi esille, että vaikka mittareita oli, niiden käyttö oli tehotonta, mistä oli seurauksena kuntatalouden heikentyminen.

Tutkimus herätti myös miettimään, millainen kilpailukyky Keski-Uudenmaan kunnan päättävillä henkilöillä ja itse organisaatioilla on sote-uudistuksen jälkeen. Suuret rakenne-, rahoitus- ja ratkaisumallit sekä vaikuttavuuden arvioiti, seuranta ja toteutus edellyttävät osaamisryppäiltä laaja-alaista uusien käsitteiden tuntemusta ja osaamista. Johdonmukainen hyvinvointijohtaminen moniulotteisena ja monimenetelmäisenä käsitteenä vaatii osaamista. Organisaatioissa onkin syytä varautua pitkiin ja laajoihin koulutusinvestointeihin.

Tutkimuksen myötä vahvistui käsitys siitä, että laadullinen vertaileva (fsQCA) aineistoanalyysi menetelmä soveltuu erinomaisen hyvin tapaustutkimuksiin niiden kausaalisen tarkastelutavan johdosta. Tämän tutkimuksen jatko-osassa päästiin kiinni ulkopuolisiin selittäviin ”syyvaikutus” tekijöihin ja niiden aiheuttamiin mahdollisiin kuiluihin. Näin päästään etsimään ratkaisuja tarpeellisten siltojen rakentamiselle. Menetelmä soveltuu myös hyvin

pienen otosjoukon tutkimuksiin, kuten tässä tutkimuksessa. Tiedossa on, että Maailman terveysjärjestön (WHO) laajoissa pitkälti yli sata maata käsittävässä tutkimuksessa fsQCA menetelmää on käytetty menestyksellisesti. Laadullinen vertaileva aineistoanalyysi vastaa niin *”mitä”* kuin *”miksi”* kysymyksiin ja menetelmän jatko-osassa käytetty *”totuustaulu”* mahdollistaa juuri tulosten syvemmän tarkastelun, syy-yhteyksien ymmärtämisen ja kausaaliteetin tarkastelun. Haasteellista menetelmän käytössä oli sen alhainen käyttöaste, joten ei ollut juurikaan artikkeleita, joissa menetelmää olisi käytetty terveydenhuollon johtamisen tilanteissa. Tällaista tutkimustyyppiä tulisi lisätä syvemmän tarkastelumahdollisuuksien johdosta terveydenhuollon johtamisen tutkimisessa.

Yllättävintä tutkimuksen lineaarisen regressiomallin tarkastelussa oli taloudellisten selittävien *”syyvaikutusten”* vähäinen vaikutus. Ei verotuloilla (VT), sote-nettokustannuksilla (STK) eikä lainakannalla (LK) ollut yksittäis- eikä yhteisvaikutusta hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden ennustamiseen, eivätkä tulokset olleet tilastollisesti merkittäviä. Laadullinen vertaileva (fsQCA) menetelmä vahvisti myös, että hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden ja *”syyvaikutusten”* välinen kattavuus ja jatkuvuus oli heikko. Yllättävää oli myöskin kulttuurisen *”syyvaikutuksen”* eli kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuun (JV) erityisen vahva sekä yksittäis- että yhteisvaikutus. Laadullinen vertaileva (fsQCA) menetelmä vahvisti myös hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden ja *”syyvaikutusten”* välisen kattavuuden ja jatkuvuuden vahvan yhteyden. Olennaista *”totuustaulu”* tarkastelussa on huomioida riittävän tarkat korkean, matalan ja täydellisen epävarmuuden tasot sekä selitettävän ja selittävän tekijän matalan ja korkean luokan jaot. Näiden jakojen avulla saadaan tarkempaa tietoa tutkittavien asioiden välisen kattavuuden ja jatkuvuuden osalta.

Tutkimuksen lähtötilanteessa oli aavistus, että uusista käsitteistä ei löydy juurikaan tutkimustietoa, mutta yllättävää oli, ettei materiaaliakaan ole kovin paljon vielä tarjolla. Käsitteistöistä poikkeuksetta kiistellään riippuen siitä, minkä tutkintoalan ihminen käsitettä tarkkailee ja mitä hyötyjä tai haittoja käsite mahdollisesti tuo omaan tutkimusalaan. Keskustelua pidemmälle ei juurikaan ole päästy ja määritelmätkin vaihtelevat vielä. On ilmeistä, että monimenetelmäisyys lisääntyy voimakkaasti kompleksisen toimintaympäristön ja uusien hallintomallien johdosta. Toivottavaa on, että myös akatemia ja tutkimuspuoli pysyy

”kentän vauhdissa” ja mahdollistaa uudenlaiset tutkimukset, eikä tarraudu menneen maailman siilomaiseen tai liian kapea-alaiseen katsantokantaan.

Asiantuntijahaastatteluissa nousi yhtenä suurena huolena esille valtakunnan tasolla nykyinen heikko informaatio- ja resurssiohjaus sekä taloudellisen resurssoinnin puute. Ei riitä, että normiohjaus hoidetaan, jos informaatio- ja resurssiohjaus on *”lapsen kengissä”* tai sitä ei ole juuri nimeksikään. Valtiovarainministeriön elokuussa julkaisema alustava talousarvio vuodelle 2023 osoittaa, että terveyden edistämisen määrärahoissa tulee -10% lasku vuosiin 2021-2022 verrattuna. Huolimatta siitä, että terveyden ja toimintakyvyn määrärahoissa on tuplanousu, kohdentuvat nuo määrät rokotteiden hankintaan ja itse terveyden edistämisen määrärahat laskevat -10%. Kuntien päätöksentekijöiltä edellytetään jatkossa tehokkaampia ja kustannusvaikuttavampia keinoja kansalaisten hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn vahvistamiseksi. Taloudellista tukea valtio ei siihen kanavoi. Päätöksentekijöiltä edellytetään tulevana vuosina uuden tietouden sisäistämistä niin rakenne-, rahoitus- kuin ratkaisu-, kuin vaikuttavuusmallienkin osalta. Tämä edellyttää informaatio- ja resurssiohjauksen lisäämistä terveyden edistämisen koulutusten, työkalujen sekä uusien toimintamallien ja palveluiden käyttöönottamiseksi.

Tutkimus vahvisti käsitystä, että niin viranhaltija kuin luottamushenkilöpuolella, suurimmaksi haasteeksi talouden ohella nousi johtamisen puute kaikilla tasoilla. Strateginen johtaminen kaipaava visionäärisyyttä ja tulevan toimintaympäristön ymmärtämistä. Kaikille tasoille, mutta erityisesti keskijohdolle kaivataan uusia toimintamalleja. Uudenlaista toimintakenttää kun harvoin johdetaan *”vanhoilla malleilla”*. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan suurin este uusien mallien käyttöön on näköalattomuus ja rohkeuden puute. Lähijohdossa haastateltavien mielestä välillä *”piiperretään pientä”*. Tästä on seurauksena sirpaleinen toimintakenttä, kokonaisvaltainen kuva hämärtyy ja rahat valuvat tehottomiin kohteisiin. Toisaalta nähtiin hyvät mahdollisuudet nykyisestä tilanteesta, jossa hyvinvointialueet muodostuvat. Tilanne ohjaa kuntia uudelleen arvioimaan, mitä se terveyden edistäminen kunnissa jatkossa on ja miten yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa rakennetaan hyvinvointijohtamisessa. Nyt jos koskaan on aika, jolloin kunnan on uskallettava uudistua, lähteä liikkeelle uusilla menetelmillä ja ennen kaikkea osallistaa kuntalaiset mukaan

"terveystalkoisiin". Ehkäpä onkin aika uudelle väestön hyvinvoinnin ohjelmalle, jonka tarkoituksena on hyvinvointijohtamisen jalkauttaminen niin kunta kuin hyvinvointialueille. Tavoite lähtökohta ajatus voisi ollakin *"alhaalta-ylös, yli rajojen, holistisesti"*.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUKSET

Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena selvittää hyvinvointijohtamisen strategista ja operatiivista tilaa Keski-Uudenmaan kuuden kunnan eli nykyisen Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen päätöksentekijöissä. Tutkimuskysymyksissä odotettiin vastauksia kysymyksiin miten holistinen hallintomalli ja funktionaalinen terveystäsitys uusina käsitteinä näkyvät hyvinvointijohtamisessa organisaation eri tasoilla eli onko käsitteiden tietoisuustaso millä asteella? Miten hyvinvointi, terveys ja toimintakyky on huomioitu arvoina kuntastrategioissa ja miten arvot ovat jalkautunut hyvinvointijohtamisessa toimenpiteiksi ja keinoiksi? Lisäksi vastauksia odotettiin siihen, kuinka tehokkaasti päätösten ennakoarviointi (EVA) on käytössä päätöksenteon eri tasoilla?

Lopuksi tiedusteltiin, onko hyvinvointitalous tuttu käsite, perustuuko kunnan talousjohtaminen uudelle käsitteelle ja miten valtiolta saatava taloudellinen HYTE kannustin tuttu vaikuttaako se organisaation talouteen vuosien 2018 ja 2020 välisenä aikana ja paljonko? Tutkimuksen jatko-osassa tarkasteltiin vielä vaikuttaako hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuu, sote-nettokustannukset, lainakanta tai verotulot edistävästi tai ehkäisevästi hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden tasoon?

Tutkimuksen teko oli ajankohtainen loppuvuodesta 2021 aina syksyyn 2022, sillä valmistautuminen Suomen historian ensimmäiseen aluetasoon 1.1.2023 oli alkanut. Tammikuussa 2022 käytiin ensimmäiset aluevaalit. Maaliskuussa 2022 aloittivat ensimmäiset aluevaltuutetut tehtävissään uusilla hyvinvointialueilla. Samaan aikaan kunnat tekivät historiansa toista kuntastrategiaa. Tutkimuksesta saatava tieto avaa uudenlaista systemaattista ja aukotonta hyvinvointijohtamisen toimintatapaa siihen osallistuvien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden kyvystä havainnoida hyvinvointijohtamiseen tähtäävien strategisten ja operatiivisten päätösten, toimenpiteiden ja keinojen vaikutuksia kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen ja toimintakykyyn sekä kunnan talouteen.

8.1. Uusien käsitteiden tuntemusta vahvistettava

Tulevien vuosikymmenien megatrendit, erityisesti ikääntyminen, ravistelevat yhteiskuntien rakenteita. Kauppisen (2002, 174–176) mukaan ihminen ei voi sitoutua sellaiseen, mistä hän ei tiedä. Sitoutumisenaste ei ole paljon suurempi sellaiseenkaan toimintaan, jonka hän tietää, mutta jota hän ei ymmärrä. Yhteensopivuuden ja ”yhdessätoimivuuden” menestysstrategia on monien erillisten asioiden summa. Liian usein strateginen ajattelu ja päätöksenteko jäävät irrallisiksi operationaaliseen toiminnasta, minkä vuoksi myös strateginen ohjaavuus kärsii (Kauppinen 1999, 109). Yhteinen toimintakulttuuri mahdollistaa ketterät muutokset, muuttuvassa toimintaympäristössä.

Tässä tutkimuksessa osoitettiin kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteen olevan poikkeuksetta ”duaali” mallia vastaavaa. Kunnissa tehdään hyvinvointijohtamisessa yhteistyötä eri toimijoiden kesken, mutta toiminta on poikkeuksetta ”kahdenvälistä”. Yhteistyötä puhutaan paljon ja sitä toivotaan yhä enemmän eri toimijoiden kesken. Yhteistyön toteutuminen ei kuitenkaan ole johtanut systemaattiseen ja pitkäjänteiseen eri toimijoiden väliseen yhteistoimintaan. Syyksi ilmoitetaan poikkeuksetta erilaiset toimintakulttuurit ja yhteisen alustan puuttuminen.

Ikääntymisen seurauksena väestörakenne haastaa terveystieteen ajattelun ja asenteet. Funktionaalisen terveystieteen näkökulman kannalta ei ole ratkaiseva tietty diagnoosi sairauden määrittelyssä. Keskeistä on, miten hyvin ihmiset tulevat selviytymään arkipäivän erilaisista toimistaan. Useat rajoitteet voivat olla sosiaalis-psykkis-fysiologisia ja yhteistä niille on toimintakyvyn alenemiseen johtava tila. Toimintakyky pienentää terveystieteitä on siten myös turvallisuus näkökulma (Ympäristökeskus 2006, 11).

Tässä tutkimuksessa osoitettiin asiakirjoihin ja haastatteluihin perustuen, että funktionaalinen terveystieteen on arkitoiminnoissa jo osin käytössä ilman, että sitä erityisesti tiedostetaan. Sanat, kuten ”arjen sujuvuus” tai ”elämässä päivittäinen pärjääminen” kuvaavat terveystieteen käytännön muotoja. Keskeinen syy funktionaalisen terveystieteen laajempaan käyttöön on terveystieteen vaillinainen tieto ja ymmärrys toimintakyvyn merkityksestä terveyden tärkeimpänä mittarina.

Kroonisten sairauksien voimakas kasvu edellyttää terveyden ja talouden yhdistämistä. Hyvinvointitalouden avulla luodaan mahdollisuuksia niin ihmisten hyvinvoinnille kuin talouskasvulle (OECD 2019). Hyvinvointitalouden yksi keskeinen etu on luoda alusta ja rahoituksen reunaehdot hyvinvoinnin mittaamiseen sekä hyvinvointipalvelujen vaikuttavuuden ja tuottavuuden arviointiin. Tämä kokonaisvaltainen rahoitusjärjestelmä mahdollistaa systemaattisen ja johdonmukaisen hyvinvoinnin mittaamisen sekä vertailun niin kansallisesti kuin kansanvälisesti. Hyvinvointipalveluiden vaikuttavuuden mittaamista tehostamalla ja tuottavuutta arvioimalla, voidaan niukkoja resursseja kohdentaa sellaisiin kohteisiin, joista saadaan suurin mahdollinen hyvinvoinnin hyöty. Tämä näkyy kansalaisille parempina ja laajempina palveluina ja kunnille hyöty näkyy säästyneiden kustannusten muodossa.

Tässä tutkimuksessa osoitettiin, ettei hyvinvointitalous ole yleisessä tietoisuudessa kunnan päätöksentekijöissä. Kaikkiaan 91% ei ollut tietoinen uudesta käsitteestä. Suurin syy tietoisuustason alhaisuuteen oli vaillinainen informaatio-ohjaus hallitukselta ja keskeiseltä ministeriöltä. Kunnilta odotetaan hyvinvointitalouden hallintaa, mutta selkeät ohjeet käytöstä, hyödyistä ja mahdollisuuksista puuttuvat.

8.2. Hyvinvointijohtamiseen kaivataan johdonmukaisuutta

Se, mitä voi mitata, sitä voi johtaa, on vakiintunut lausahdus käytännön johtajien arjessa. Jalosen ja kumppaneiden (ym. 2013, 287) mukaan vuorovaikutuksen seurauksena syntynyt informaatio on organisaation sosiaalisessa järjestelmässä itseorganisoitumisen kannalta tärkeäksi asia. Arvojohtamisen seuranta tulisi nähdä sisäisen tehokkuuden näkökulmasta ja sille tulisi saada mitattava ja seurattava muoto (Kauppinen, 2002, 179).

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että mikäli arvovalinnat perustuvat johonkin ”terveysteesiin” eli hyvinvointiin, terveyteen tai toimintakyvyn arkipäivässä kuvaamiseen, on hyvinvointijohtaminen systemaattisempaa ja johdonmukaisempaa ja arvot on jalkautettu operatiiviselle tasolle. Näin toimituissa kunnissa, myös vaikuttavuus on ollut parempaa ja siitä on seurannut taloudellinen hyöty kunnalle.

Hyvinvointijohtamisen palvelutarjontaa on lisättävä vaikuttavuutta vahvistamalla. Kunnan luottamushenkilöiden arvopohjainen päätöksenteko sekä yleensä arvokeskustelu päätösten halutuista vaikutuksista johtaa kunnallisessa päätöksenteossa vaikutusten ennakoarvioinnin lisääntymiseen (Kuntaliitto 2011).

Tämän tutkimuksen tuloksissa korostui näkökulma, että ne kunnat, jotka ovat johdonmukaisesti ottaneet käyttöön päätösten ennakoarvioinnin strategisessa ja operatiivisessa päätöksenteossään yltyvät hyvinvointijohtamisessaan paremmalle tasolle kuin ne kunnat, joilla päätösten ennakoarviointi on satunnaisesti tai ei lainkaan käytössä. Suurin syy päätöksenteon ennakoarvioinnin käyttämättömyydestä oli menetelmän vaikea ja työläs käyttö.

Taloudellisten kannustimien tehokas käyttö ohjaa kuntia aktiiviseen hyvinvointi toimintaan. Valtio kannustaa kuntia jo nyt asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen myös rahallisesti. Valtionosuusjärjestelmässä oleva hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosa eli HYTE-kerroin pyrkii varmistamaan sote-uudistuksen jälkeekin sen, että kunnat aktiivisesti toimivat asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi (STM 2018).

Tässä tutkimuksessa havaittiin Keski-Uudenmaan kunnissa olevilla hyvinvointijohtamisesta vastaavilla henkilöillä olevan vähäinen tietous HYTE kertoimen tuomista taloudellisista hyödyistä kunnan taloudelle. Vastaajista 9% tiedosti kuntansa HYTE kertoimen ja siitä saavutettavat taloudelliset hyödyt. Kaikkiaan 91% ei tuntenut HYTE kerrointa eikä sen tuomia hyötyjä kunnan taloudelle. Suurimmaksi syyksi mittarin käytön puutteelle tietämättömyys koko mittarista ja jos mittari tiedettiin, ettei tiedetty, kuinka se vaikuttaa talouteen.

8.3. Hyvinvointijohtamisen arviointia ja seuranta lisättävä

Organisaatioiden tulee systemaattisesti seurata sisäisten ja ulkoisten tekijöiden arviointia ja tavoitteiden toteutumista sekä analysoida toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia. Näiden toimenpiteiden seurauksena organisaatiossa tapahtuu oppimista ja jatkuvaa kehittymistä. Strategisen ajattelun ehtona on sen jatkuva kyseenlaistaminen ja päivittäminen. Strategian hiominen selkeyttää ja muistuttaa organisaation perustehtävästä, arvoista ja visiosta. Organisaation suorituskyvyn arviointi ja kehittäminen asetettujen ja uudistuvien

tavoitteiden mukaisesti edellyttää operatiivista ketteryyttä. Alati uudistuva toimintaympäristö edellyttää pohtivaa keskustelukulttuuria, jossa arvioidaan toiminnan muutoksia. Uudenlaiset ajattelu- ja toimintamallit, joissa painotetaan yhteistoimintaa, johtajuuden jakamista, strategisesti luovaa ajattelua, ovat uudistumisen elinehto. Johtajuudessa haetaan tasapainoa tehokkuuden, uudistumisen ja hyvinvoinnin välillä (Kauppinen 2002, 36-41)

Tämän tutkimuksen tuloksena kehitettiin johdonmukainen SOLIDscore pisteytysjärjestelmä, jonka avulla voidaan seurata systemaattisen hyvinvointijohtamisen etenemistä ja näin parantaa hyvinvointijohtamisen tasoa. Saadun SOLIDscoren arvon avulla kunnat jaettiin matalan ja korkean hyvinvointijohtamisen johdonmukaisuuden kuntiin. Laadullisen vertailevan (fsQCA) analysointimenetelmän jatko-osassa muodostettavan *"totuustaulukon"* avulla voidaan todeta, että kunnat, joilla on matala johtamisvastuu, niin heillä on yleensä myös matala hyvinvointijohtamisen taso. Ja vastaavasti, kunnat, joilla on korkea johtamisvastuu, niin näillä kunnilla on myös korkea hyvinvointijohtamisen taso.

Laadullinen vertaileva (fsQCA) analysointimenetelmä soveltuu erinomaisen hyvin pieniin tapaustutkimuksiin ja monimenetelmätutkimukseen. Tutkimusasetelma tuo ei ainoastaan uudenlaista katsantokantaa tutkittaviin asioihin, vaan myös laajuutta ja syvyyttä ymmärtää, miten *"syyvaikutus"* tekijät todellisuudessa vaikuttavat tutkittavaan tai tutkittaviin muuttujiin. *"Totuustaulun"* hyödyntäminen osoittaa, minkä tekijöiden välillä on *"kuilu"* ja minkä tekijöiden välille *"hiljaiset sillat"* rakentuvat. Tutkimuksen kannalta on olennaista nähdä, minkälainen kattavuus ja jatkuvuus tutkittavalla ratkaisulla on. Tämä vahvistaa tutkimustulosta.

8.4. Jatkotutkimukset

Tämän tutkimuksen seurauksena ilmenee jatkotutkimuksen tarpeita uusien käsitteiden käyttöototason kehittymisestä, vallalla olevien rakenne-, rahoitus- ja ratkaisumallien sisäistämisestä sekä vaikuttavuus työkalujen käyttöönoton etenemisestä. Uudet käsitteet ovat rantautuneet jo kuntien päätöksentekijöiden sanavarastoon ja niihin tutustuminen edellyttää kirjallisuuden ja koulutuksen lisäämistä uusista aiheista.

Erityisesti lisätutkimusta kaivataan hyvinvointijohtamisen vaikutuksista. Vallalla olevat uudet rakenne-, rahoitus- ja ratkaisumallit vaikuttavat myös kuntien tilanteeseen ja erityisesti siihen, miten terveyden edistämisen toimet jatkossa kunnissa hoidetaan ja miten rakennetaan *"hiljainen silta"* eli hyte-sote silta kuntien ja alueiden välille palveluiden sujuvoittamiseksi ja kustannussäästöjen saamiseksi. Jatkotutkimukset vallalla olevien työkalujen sisäistämisen tasosta sekä niiden seurausten kustannusvaikutuksista on tarpeen. Vaikuttavuustyökaluja hyvinvointijohtamiseen on riittävästi, mutta tutkimusta niiden kustannusvaikuttavuudesta on vielä varsin vähän ja niiden osalta tutkimusta olisi tehostettava.

9. LÄHDELUETTELO

- Aaltola, Juhani & Raine Valli (toim). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin: Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. Juva. WS Bookwell Oy. 2010.
- Aaltonen, Tapio & Junkkari, Lari. 2003. Yrityksen arvot & etiikka. 3.painos. Helsinki. WSOYPro.
- Ádány, Róza., Kósa, Karolina, Sándor, János, Papp, Magor & Fürjes, Gergely. 2013. General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services. *European Journal of Public Health*. Volume 23, Issue 4, 529–530 Viitattu 22.10.2021 <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt095>
- Ahlskog, J.E., Geda, E.Y., Graff-Radford, N.R., Petersen, R.C. 2011. Physical Exercise as a Preventive of Disease-Modifying Treatment of Dementia and Brain Aging. *Mayo Foundation for Medical Education and Research. Mayo Clin Proc.*; 2011;86(9):876-884
- Alastalo, Marja, Åkerman, Maria, Vaittinen, Tiina. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere. Vastapaino. 214-232.
- Alasuutari, Pentti. 2011. Laadullinen tutkimus. 4. uudistettu painos. Tampere. Vastapaino. 237-250.
- Anttila, Pirkko 1996: Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Helsinki: Akatiimi.
- Arokivi, Anu & Suvanto, Meri. 2014. Lähelläkö lenkille?. Muistisairaana ikääntyneen toimintakyky ja ohjaus. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 22.11.2021 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/78055/suvanto_meri.pdf?sequence=1
- Axelsson, Rune & Axelsson Bihari, Susanna. 2006. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 2006;21:75-88. Published online in Wiley InterScience. Viitattu: 1.8.2021. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Barton, Hugh & Grant; Marcus. 2006. Shaping Neighbourhoods. A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Public Health*, 126 (6), 252-261. Viitattu 3.10.2021. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>
- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., Veerman, J. L. 2014. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health* 14, 510. Viitattu 23.22.2021 <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-510>
- Brander, Camilla; Kemppainen, Emilia. 2022. Masennus ja Parkinsonin tauti ikääntyneen ihmisen elämässä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Haettavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/754315>
- Carey, G., Crammond, B. & Keast, R. 2014. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health* 14(1087), 1–11. Viitattu 31.8.2021. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1087>
- Carey, Gemma & Crammond, Brad. 2015. What Works in Joint-Up Government? An Evidence Synthesis. *International Journal of Public Administration*. Volume 38, Issue 13-14, 1020-1029. Published online: July 2, 2015. Viitattu 29.08.2021. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.982292>
- Christensen, T. & Laegreid, P. 2007. The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review* 67(6), 1059–1060. Viitattu 23.12.2021. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>

Council of the European Union. 2019. The Economy of well-being. – Executive Summary of the OECD Background Paper on “Creating opportunities for people’s well-being and economic growth”. 10414/18 DD 1. Viitattu 13.9.2021. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10414-2019-INIT/en/pdf>

Coverdill, J.E., Finlay, W. Understanding Mills via Mill-type methods: An application of qualitative comparative analysis to a study of labor management in southern textile manufacturing. *Qual Sociol* 18, 457–478. Viitattu: 31.8.2021. <https://doi.org/10.1007/BF02404491>

Eduskunta. 2006. Terveysturvituksen tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveysturvituksen. Eduskunnan kansallisen julkaisu 3/2006. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/ekj_3+2006.pdf

Eskola, Jari & Suoranta, Juhani. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2008, 61-63, 208-212. Tampere. Vastapaino.

EU.2021. Ageing Europe- statistics on population developments. Last edited 9.8.2021. Viitattu 25.8.2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>

European Commission. 2020. Ageing Europe — Looking at the lives of older people in the EU — 2020 edition. Julkaistu 5.11.2020. Viitattu 16.9.2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>

European Commission. 2021a. The 2021 ageing report: economic and budgetary projections for the EU member states (2019-2070). Institutional Paper 148. Brussels: European Union. Viitattu 17.10.2022. <https://data.europa.eu/doi/10.2765/84455>

European Commission. 2021b. Vihreä kirja. Väestön ikääntymisestä. Sukupolvien välisen solidarisuuden ja vastuullisuuden edistäminen. Julkaistu 27.1.2021. Viitattu 30.9.2021. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_f1_green_paper_fi.pdf

European Commission. 2021c. Knowledge for Policy. Competence Centre on Foresight. The Megatrends for Hub. Viitattu 27.09.2021. https://knowledge4policy.ec.europa.eu/foresight/tool/megatrends-hub_en#explore

Eurooppa neuvosto. 2019. Hyvinvointitalous. Yhteenveto asian käsittelystä. Viitattu 30.11.2021. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13432-2019-INIT/fi/pdf>

Eurostat. Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU. Viitattu 27.8.2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>

ETLA. 2021. Väestön ikääntymisen taloudelliset vaikutukset. Julkaistu 19.5.2021. Viitattu 15.9.2021. <https://www.etla.fi/julkaisut/vaeston-ikaantymisen-taloudelliset-vaikutukset/>

Fadjukoff, Päivi. 2018. Hyvinvointiosaamista Suomesta koko maailmalle: edelläkävijänä Keski-Suomen ihmislähtöisen hyvinvoinnin osaamiskeskittymä. Jyväskylän yliopisto. 11-12. Viitattu 18.12.2021. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59284/978-951-39-7494-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Geda, Y. E., Rosebud, O. R., Knopman, D. S., Christianson, T. J. H., Pnakratz, V. S., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Petersen, R. C. & Rocca, W. A. 2010. Physical Exercise, Aging and Mild Cognitive Impairment – A Population-Based Study. *Journal of American Medical Association Neurology*. 2010;67(1):80-86. Viitattu 25.11.2021. DOI: 10.1001/archneurol.2009.297

Griffiths, S, Jewell, T, Donnelly, P. 2005. Public Health in practice: the three domains of public health. *Public Health* Volume 119, Issue 10, October 2005, pages 907-913. Viitattu 12.9.2021. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.01.010>

Grönfors, Matti. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Jyväskylä. WSOY.

Hakamäki, Pia; Alastalo, Hanna; Mäkelä, Matti; Noro, Anja; Saaristo, Vesa; Ståhl, Timo. 2015. Informaatio-ohjaus ei tavoita, osallisuuteen kannustetaan – Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa 2014. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2015, 2. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129571/URN_ISBN_978-952-302-575-2.pdf?sequence=1

Harisalo Risto. 1990. Kunnallishallinnon tarkastelutavat, teoksessa Hoikka P. (toim.)
Vahvistuva kunnallinen itsehallinto ja kunnallinen kansanvalta. Valtion painatuskeskus, Helsinki, s. 9-22.

Hautamäki, Antti & Oksanen, Kaisa. 2014. Hyvinvointiyhteiskunnan uudistaminen kestävän innovaation keinoin. Teoksessa: Hyvinvointitalous. Särkeä, Riitta; Siltaniemi, Aki; Rouvinen-Wilenius, Päivi; Parviainen, Heikki; Ahola, Eija (toim.). SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Aleks Group/Trio-Offset. Helsinki. s 107-118

Heikkilä, Tarja. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Helsinki. Edita publishing Oy. 7.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 213.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2008. Tutkimushaastattelu – Teema-haastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino. 18-27, 184-185.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi. 18-27.

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2013. Liikunta. Teoksessa Heikkinen, E. Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 483.

Hirvilampi, Tuuli. 2015. Kestävän hyvinvoinnin jäljillä. Viitattu 23.11.2021.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154175/Tutkimuksia136.pdf>

Hujala, Anneli & Taskinen, Helena. 2020. Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press. Tampere

Hunt, Sue. Whole-of-government: Does working together work? Asia Pacific School of Economics and Government. Viitattu 29.9.2021.
<https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/43012/2/PDP05-1.pdf>

Hyvinkään kaupunki. 2021. Tervetuloa Pelikirja sivuille. Viitattu 1.10.2021.
https://www.hyvinkaa.fi/globalassets/kaupunki-ja-hallinto/pelikirja/hyvinkaan-pelikirja_print.pdf

Hyypä, Markku T. 2021. Kulttuuri ja Terveys. Viitattu 27.12.2021. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01283>

Ikonen, Jonna; Saaristo, Vesa; Hakamäki, Pia; Saukko, Niina; Wiss, Kirsi; Ståhl, Timo. Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan laskenta. Menetelmäraportti 36/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137165/TYÖ2018_36_HYTE_Menetelmäraportti_web_päivitetty.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Jalonen, Harri. 2007. Kompleksisuusteoreettinen tulkinta hallinnollisen tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamisesta kunnallisen päätöksenteon valmistelutyössä. Tampereen tekninen yliopisto, Tampere.

Jalonen, Harri. 2020. Sote-uudistus – kompleksisuusteoreettinen tulkinta. Hallinnon tutkimus 4/2020. Viitattu 22.10.2022. <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/102254/59586>

Jalonen, Harri. 2021. Katsaus: Sote-uudistus – Mitä, kuka, missä, miten? Focus Localis 1/2021. Viitattu 22.10.2022.
https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/12446/Osuva_Jalonen_2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Juntunen, Saira & Ikola-Norrbacka, Rinna. 2021. Puheenvuoro: Kunta – hyvinvoinnin tekijä vai tukija? Focus Localis 3/2021, Vol 49, 132-139. Viitattu 29.12.2021. <https://journal.fi/focuslocalis/issue/view/7929>

Jurmu, Liisa. 2021. Millaisella asiantuntijuudella tulevaisuuden kuntaa rakennetaan. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamisen ja talouden tiedekunta. Tampereen yliopiston väitöskirjat 399. Viitattu 22.7.2022. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/130812>

Järvenpään kaupunki. 2021. Kaupungin strategia. Viitattu 1.10.2021. <https://www.jarvenpaa.fi/kaupunki-ja-paatoksenteko/jarvenpaa-tietoa/kaupungin-strategia>

Jääskeläinen, J. 2001. Klusteri tieteen ja politiikan välissä - Teollisuuspolitiikasta yhteiskuntapolitiikkaan. ETLA – Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, Sarja A 33. Vantaa.

Kankaanpää, Eila. 2018. Terveystaloustieteen luennot. Itä-Suomen yliopisto. Avoin yliopisto.

Kauhanen, Jussi, Erkkilä, Arja, Korhonen, Maarit, Myllykangas, Markku ja Pekkanen, Juha. 2013. Kansanterveystiede. 4. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy

Kauppinen, Tero J. 1999. Navigoiva johtaminen. Onnistumisen organisointi ja navigointi jatkuvassa muutoksessa. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Kauppinen, Tero J. 2002. Arvojohtaminen. Helsinki. Otava.

Kauppinen, Tero J. & Ogg, Alexander J. 1999. Visioista tuloksiin. Johtaminen organisaation kilpailuvalttina. 2. painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Kestilä, Laura & Martelin, Tuija. 2019. Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 26–45.

Ketels, Christian. 2004. Cluster-based economic development: What have we learned. Harvard Business School. Institute Strategy and Competitiveness. Viitattu 20.9.2021. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/DTI_London_2004.03.16_6d889060-4a92-4e60-9dab-8febde62e3a8.pdf

Kianto, A., Hussinki, H. & Adibe, P. 2019. Kilpailukykyä tietojohdamisella. Tutkimusraportti. Lappeenranta-Lahden teknillinen yliopisto, LUT. Lappeenranta. Työsuojelurahasto. Viitattu 20.10.2022. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/302540/116383-loppuraportti-Loppuraportti%20taitto%20WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kickbusch, I. & Buckett, K. 2010. Health in All Policies: the evolution. Teoksessa Kickbusch, I. & Buckett, K. (toim.) Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. The Department of Health, Government of South Australia. 4–5.

Kivilahti, Katri. Tietojohdaminen hyvinvointijohtamisen ja hyvinvointitalouden tukena. Opinnäytetyö. Tradenomi YAMK. Liiketoiminnan kehittäminen ja johtaminen. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.10.2022. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/703978/Tietojohdaminen%20hyvinvointijohtamisen%20ja%20hyvinvointitalouden%20tukena.pdf?sequence=2>

Kivinen, Aapo; Kortelainen, Mika; Saastamoinen, Antti; Tukiainen, Janne; Vartiainen, Hannu. 2018. Arvioita kuntien käyttötalouden kannustinjärjestelmistä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2018, 8. Viitattu 17.10.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160945/49-2018-Arvioita%20kuntien%20kayttotalouden%20kannustinjarjestelmista.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Klemola, Katja; Uusi-Ilkainen, Jussi; Askola, Tero. 2014. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojohdamisen käsikirja. Helsinki: Sitra. Viitattu 20.10.2022. https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Sosiaali_ ja_ terveyspalveluiden_tietojohdamisen_kasikirja-2.pdf

Kokkinen, Lauri; Lubold, Amanda Marie; Bamba, Marie; Sajadi, Homeira; Shahidi, Faraz Vahi; Hanckel, Benjamin; Green, Judith. 2022. Studing Social Determinants of Health Using fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis: A worked Example. Viitattu 18.7.2022.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622005470?via%3Dihub>.

Kontio, Raija; Koponen, Leena; Sillanpää, Kirsi. 2018. Kilpailukyky muuttuvassa sote-toimintaympäristössä. Yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen. Tutkiva hoitotyö; Helsinki Vol. 16, Iss. 1, (2018):37-40. Viitattu 20.11.2021.
<https://www.proquest.com/docview/2299744935?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

Korpela, Tuula. 2017. Näkökulmia iäkkään turkulaisen kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämiseksi. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK. Kuntoutuksen koulutusohjelma. Viitattu 29.12.2021.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123204/Korpela_Tuula.pdf.pdf?sequence=1

Kuntaliitto. 2021. Tavoitteena ihmiskeskeinen ja systeeminen muutos kunnissa. Heli Hänninen blogi 15.4.2021. Viitattu 14.9.2021. <https://www.kuntaliitto.fi/blogi/2021/tavoitteena-ihmiskeskeinen-ja-systeeminen-muutos-kunnissa>

Kuntaliitto. 2011. Suositus vaikutusten ennakoarvioinnista kunnallisessa päätöksenteossa. Yleiskirje 8/80/2011. Viitattu 29.9.2021. <https://www.kuntaliitto.fi/yleiskirjeet/2011/suositus-vaikutusten-ennakoarvioinnista-kunnallisessa-paatoksenteossa>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. 2021. 29.6.2021/612. Viitattu 2.9.2021.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista.2012. 28.12.2012/980. Viitattu 15.9.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lammi, M., Rouvinen, P. & Saranummi, N. 1995. Terveystalvulo versoo teollisuutta. Hyvinvointiklusterin kilpailukyky. ETLA - Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos. Tampere.

Lappalainen, K. 2018. Change drivers of healthcare governance. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 10(1), 60–78. <https://doi.org/10.23996/fjhw.65423>

Lappalainen, Kari. 2019. Luova hallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Arvoverkkona johdettava alueellinen järjestelmä uudistamisen lähtökohtana. Vaasan yliopisto. Acta Wasaencia 427. Viitattu 29.12.2021.
https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8203/978-952-476-875-7_1.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Laukkanen, Pia & Pekkonen, Anne K. 2013. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa Heikkinen, E. Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 303.

Laurila, Reetta-Kaisa.2020. Toimijuus ikääntyneillä hyvinvointia lisäävänä tekijänä. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalityö. ProGradu. Viitattu 22.7.2022.
<https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/64160>

Lehmusvirta, Nanette. 2016. Terveystalvulo edistämisen haasteet Suomessa hyvinvointitalvulouden näkökulmasta. ProGradu-tutkielma. Taloustiede. Johtamiskorkeakoulu. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.10.2022.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99766/GRADU-1474544351.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lehtonen, L., Hiilamo, H., Erhola, M., Arajärvi, P., Huttunen, J., Kananaja, A., Kekomäki, M., Pohjola, A., Tainio, H., Lillrank, P., Saxell, T., Silander, K., & Vartiainen, P. 2018. Valinnanvapaus soteuudistuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 55(1). <https://doi.org/10.23990/sa.69227>

Lindqvist, Göran; Ketels Christian; Sölvell, Örjan. 2013. The Cluster Initiative Greenbook 2.0. Stockholm. Ivory Tower Ab. Viitattu 29.9.2021. https://clustercollaboration.eu/sites/default/files/document-store/The_Cluster_Initiative_Greenbook_2.0.pdf

- Luoma, Pentti. 2006. Johdatusta kvalitatiiviseen vertailevaan analyysiin (QCA). Viitattu 30.8.2021. <https://www oulu.fi/sosiologia/node/5047>
- Liukkonen, Petri. 2004. Liikuntaklusterin keihäänkärkihankkeen kilpailukyky - tapaustutkimuksen kohteena Seniorikuntoliikuntasali. ProGradu-tutkielma. Liikunnan sosiaalitieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 22.10.2022. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/9762/1/URN_NBN_fi_jyu-2005146.pdf
- Matikainen Esko, Aro Timo, Huunanen-Seppälä Antti, Kivekäs Jukka, Kujala Santero, Tola Sakari (toim). 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. 1.painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Melkas, Tapani. 2013. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. Yhteiskuntapolitiikka 78 (2013):2;181-196. Viitattu 25.10.2021. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104426/melkas.pdf?sequence=2>
- Mikkonen, Juha. 2015. Terveystalouden tasa-arvontulevaisuus. Helsinki. Demos. 9. Viitattu 29.9.2021. <https://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/01/Terveystalouden-tasa-arvon-tulevaisuus.pdf>
- Mäkipää, Erica; Tonteri, Anna; Aalto-Kallio, Mervi. 2021. Vaikuttavuus hyvinvointitaloudessa. SOSTE. Viitattu 24.11.2021. <https://www.soste.fi/hyvinvointitaloudessa-eteenpain/vaikuttavuus-hyvinvointitaloudessa/>
- Mäntsälän kunta. 2021. Mäntsälän kuntastrategia 1.1.2017. Viitattu 1.10.2021. <https://www.mantsala.fi/tiedostot/Katrin%20kansio/kuntastrategia2017-.pdf>
- Nelimarkka, K. & Kauppinen, T. 2007. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Stakes. Oppaita 68. Viitattu 23.10.2021. <https://www.julkari.fi/handle/10024/77751>
- Nurmijärven kunta. 2021. Nurmijärvi-positiivinen ilmio. Viitattu 4.10.2021. https://www.nurmijarvi.fi/wp-content/uploads/2019/10/Nurmijarvi_-_positiivinen_ilmio_-_kuntastrategia_2018-2025.pdf
- OECD. 2019. Fiscal Challenges and inclusive growth in ageing societies. OECD Economic Policy Paper September 2019 No.27, 6-8. OECD Publishing. Viitattu 24.8.2021. https://read.oecd-ilibrary.org/economics/fiscal-challenges-and-inclusive-growth-in-ageing-societies_c553d8d2-en#page1
- OECD. 2020. Beyond Growth: Towards a New Economic Approach, New Approaches to Economic Challenges, OECD Publishing. Paris. Viitattu 22.10.2022. <https://doi.org/10.1787/33a25ba3-en>
- Ollila, E., Baum, F. & Peña, S. 2013. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. Teoksessa Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. & Cooks, S. (toim.) Health in All policies – Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 3–7.
- Orme, Judy; Powell, Jane; Taylor Pat; Grey, Melanie. 2007. Public Health for the 21st Century. New Perspectives on Policy, Participation and Practice. Second Edition. Berkshire. Open University Press. Mc-Graw Hill Education.
- Paahtama, Soile. 2016. Hyvinvoinnin edistämisen käsite ja sisältö. ARTTU2-tutkimusohjelmasarja nro 7/2016. Helsinki. Kuntaliitto. Viitattu 22.10.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2016/1776-hyvinvoinnin-edistamisen-kasite-ja-sisalto-arttu2-tutkimusohjelman>
- Paalumäki, Anni. 2002. Keltaisella johdetut. Artefaktit, johtaminen ja organisaation kulttuurinen identiteetti. Väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja Sarja/Series A 5:2004.
- Pekkanen, Niina. 2020. Vaikutusten ennakoarviointi sosiaali- ja terveystaloudellisten järjestämisen kunnissa. ProGradu. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kansanterveystieteen maisteriohjelma. Tampereen yliopisto. Viitattu 30.9.2021. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/120828>
- Pekkanen, Niina; Saaristo, Vesa; Ståhl, Timo. 2020. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, prosessit ja toimenpiteet kunnissa sekä alueilla. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2020. Helsinki. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139293/URN_ISBN_978-952-343-476-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pentikäinen, Sari. 2014. Kunnan viranhaltijoiden ja valtuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta. Terveyskasvatuksen pro-gradu tutkielma. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45049/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201501121068.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Penttilä, Saara; Piippo, Terttu; Kanste, Outi. 2020. Päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin käyttöön vaikuttavat tekijät kuntien hyvinvointijohtamisessa. Focus Localis 4/2020, 41-64. Viitattu 30.9.2021. <https://www.sayfes.fi/wp-content/uploads/2021/10/Focus-Localis-4-2020-Arviinnin-teemanumero.pdf>

Perttilä, K. & Uusitalo, M. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – rakenteet ja johtaminen kehittämisen haasteena. Teoksessa k. Perttilä & M. Uusitalo (toim) Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005, 21-25. Helsinki. Stakes. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76701/R4-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Pesonen, Hanna-Mari. 2015. Managing Life with a Memory Disorder. The mutual process of those with memory disorders and their family caregivers following a diagnosis. University of Oulu. Faculty of Medicine. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1290. Viitattu 12.9.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526207872.pdf>

Pitkänen, Laura; Haavisto, Ira; Vähäviita, Pauliina; Torkki, Paulus; Leskelä, Riikka-Leena; Komssi, Vesa. 2018. Vaikuttavuus sote:ssa. Suoritteista tuloksiin. Nordig Healthcare Group. 2. Viitattu 28.11.2021. <https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>

Poikajärvi, K. & Perttilä, K. 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Työpapereita 4/2006. Helsinki. Stakes. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77720/Tp4-2006.pdf?sequence=1>

Pokkinen, Krista. 2021. Donitsimallin hyödyntäminen maakunnan kestävässä kehityksessä: Pirkanmaan nykytila-analyysi. Diplomityö. School of Energy Systems, Ympäristötekniikka. Lappeenrannan-Lahden teknillinen yliopisto LUT. Viitattu 22.20.2022. https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/163106/Diplomityo_Pokkinen_Krista.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pornaisten kunta. 2021. Pornaisten kuntastrategia, kehittämisohjelmat 2018-2020. Viitattu 6.10.2021. <https://pornainen.fi/kunta-hallinto/kuntastrategia/>

Porter, Michael E. 1999. What is strategy. Harvard Business Review (November-December).

Porter Michael. Value-based health delivery. Viitattu 24.9.2021. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/2009_027_MHD_final_2d5fe82a-b85f-42d2-970b-e6b77c4d5c4c.pdf

Porter M E, Lee T. 2013. Julkaisussa Teperi J, Porter M E, Vuorenkoski L, Baron J. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra Reports 82

Prohaska, Thomas R., Anderson, Lynda A., Binstock, Robert H. 2012. Public Health for an Ageing Society. Baltimore, Maryland. The John Hopkins University Press.

Puustinen, A. & Jalonen, H. 2020. Kompleksisuusajattelu – ymmärtämistä edistävä uusi lähestymistapa vai vanhaa viiniä uudessa pullossa? Teoksessa Vartiainen, P. & Raisio, H. (toim.) Johtaminen kompleksisessä maailmassa: Viisautta pirullisten ongelmien kohtaamiseen. Helsinki. Gaudeamus. 15–36.

Ragin, CC. 1987. *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press.

Ragin, CC. 2000. *Fuzzy-Set Social Science*. Chicago: University of Chicago Press.

Ragin, CC. 2008. *Redesigning Social Inquiry: Fuzzy Sets and Beyond*. Chicago: University of Chicago Press.

Ragin, CC. 2014. *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press.

Ragin, CC. 2009. Qualitative Comparative Analysis Using Fuzzy Sets (fsQCA). In: Rihoux, B & Ragin, CC (Eds.), *Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. New York: SAGE. 87-121.

Rantanen, Taina & Sakari, Ritva. 2013. Toimintatellit. Teoksessa Heikkinen, E. Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia* (3. uudistettu painos). Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 315.

Raworth, Kate. 2017. A Doughnut for the Anthropocene: humanity's compass in the 21st century. Published May, 2017. Viitattu 15.11.2021. *The Lancet. Planetary Health*.
[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(17\)30028-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(17)30028-1/fulltext)

Raworth, Kate. 2017. *Doughnut Economics. Seven ways to Think Like a 21st Century Economist*. Vermont. Chelsea Green Publishing. White River Junction.

Rissanen, Sari & Lammintakanen, Johanna. 2017. *Sosiaali- ja terveystoiminta*. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Rittel, H. W., & Webber, M. M. 1973. "Dilemmas in a General Theory of Planning." *Policy sciences*, 4(2), 155-169.

Romaniuk, Piotr, Holecki, Tomasz and Woziak-Holecka, Joanna. 2016. Using New Instruments of Clustering Policy in the Health care system. The case of Poland. *Frontiers in Pharmacology*. Published online 2016 Jun 21. doi: 10.3389/fphar.2016.00177

Rotko, T. & Kauppinen, T. 2016. Terveystoiminta 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. Terveystoiminta ja hyvinvoinnin laitosten toiminta. Työpöytä-julkaisusarja 8/2016. Helsinki, 3–4, 20-21, 30, 33, 37. Viitattu 31.8.2021.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/URN_ISBN_978-952-302-638-4.pdf?sequence=1
Ruusuvaara, Johanna & Tiittula, Liisa. 2015. Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. *Vastapaino*. Tampere. 14-15.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna. 2006. *Kvaliteetti - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 30.9.2021. <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus>

Saarni, Samuli. 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. *Terveystoiminta ja hyvinvoinnin laitos*. 2010, 43). Viitattu 24.7.2022.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80403/015a5de8-8d7f-4a78-a5c5-64f7e40e1b5b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku. 2006. *Terveystaloustiede*. 1. painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sitra. 2003. *Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset*. Sitran julkaisija 20/2003.
<https://media.sitra.fi/2017/02/27173305/raportti30-2.pdf>

Sitra.2020. *Megatrendit 2020*. Sitran selvityksiä 162, 2. Viitattu 24.8.2021.
<https://media.sitra.fi/2019/12/15143428/megatrendit-2020.pdf>

Skolnik, Richard. 2016. Global Health 101. Essential Public Health. Third Edition. Burlington. Jones&Bartlett Learning.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2016:2. Viitattu 2.9.2021.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75241/02_2016_Saadოსvaikutusten_arviointi_ihmisiin_fi_nettti_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75241/02_2016_Saadোসvaikutusten_arviointi_ihmisiin_fi_nettti_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Suomi on aloitteellinen hyvinvointitalouden edistämässä. Viitattu 22.11.2021. Haettavissa: <https://stm.fi/hyvinvointitalous-suomessa>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Hyvinvointitalous osaksi tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:1. Viitattu 20.10.2022.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163786/STM_2022_1_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SOSTE. 2014. Hyvinvointitalous. Viitattu 18.9.2021.

https://www.soste.fi/wpcontent/uploads/2018/11/hyvinvointitalous_final.pdf

SOSTE.2017. Investoimalla hyvinvointia. Hyvinvointitaloutta rakentamassa. Viitattu 12.9.2021.

<https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2018/11/investoimalla-hyvinvointia-hyvinvointitaloutta-rakentamassa.pdf>

SOSTE.2021. Hyvinvointitaloudessa eteenpäin. Sosten julkaisuja 1/2021. Viitattu 31.8.2021.

<https://www.soste.fi/hyvinvointitaloudessa-eteenpain/>

STM.2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Viitattu 14.11.2021.

https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466

STM.2016. Säädosvaikutusten arviointi. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten näkökulmasta. Viitattu 27.11.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75241/02_2016_Saadოსvaikutusten_arviointi_ihmisiin_fi_nettti_kansilla.pdf

STM.2018. Kunnat saavat tulevaisuudessa kannustinrahaa asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 66/2018. Viitattu 14.11.2021. <https://stm.fi/-/kunnat-saavat-tulevaisuudessa-rahaa-asukkaiden-hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamiseksi>

STM. 2020. Kansallisen ikäohjelma. STM julkaisuja 2020:31. Viitattu 19.9.2021. <https://stm.fi/ikaohjelma>

STM.2021. Megatrendit vaikuttavat sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. Viitattu 10.10.2021.

<https://stm.fi/megatrendit>

STM.2021. Hyvinvointitalous lisää hyvinvointia ja kestäväää talouskasvua samanaikaisesti. Viitattu 12.9.2021.

<https://stm.fi/hyvinvointitalous>

STM.2022. Kansanterveyden neuvottelukunta. Viitattu 25.11.2021. <https://stm.fi/kansanterveys>

Ståhl, Timo. 2017. Terveyden edistämisen vaikuttaminen ja mittaaminen. Duodecim 2017;133:971–973

Viitattu 27.7.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13735.pdf>

Ståhl, Timo; Saaristo, Vesa; Wiss, Kirsi. 2021. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA

2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 41/2021, 25.11.2021. Helsinki. Viitattu 26.12.2021.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143390/Tilastoraportti%2041_Hyvinvoinnin%20ja%20terveyden%20edist%C3%A4minen%20kuntajohdossa%20%20%20TEA%202021_final_22.12.2021.pdf?sequence=5

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2012. Kuntouttava lähihoito. Helsinki. Edita. 81-87.

- Särkelä, Riitta. 2014. Hyvinvointitalous. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki. SOSTE. Viitattu 22.10.2022. https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2018/11/hyvinvointitalous_final.pdf
- Sölvell, Örjan; Lindqvist, Göran; Ketels, Christian. 2003. The Cluster Initiative Greenbook. Ivory Tower Ab. Bromma, Stockholm. Viitattu 30.11.2021. https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Lindqvist/publication/262673148_The_Cluster_Initiative_Greenbook/links/00b495385de522116e000000/The-Cluster-Initiative-Greenbook.pdf
- TEA viisari. 2017. Kuntien päätösten vaikutuksia hyvinvointiin arvioidaan liian harvoin. Viitattu 12.11.2021. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedote/75>
- Terveydenhuoltolaki 2010. 5§/30.12.2010/1326. Viitattu 15.9.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Mitä on toimintakyky. Viitattu 10.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Tilastokeskus.2021. Väestömäärä Uudenmaan kunnissa. Viitattu 18.10.2021 <https://pxnet2.stat.fi:443/PXWeb/sq/4b400aa4-6b20-478d-8362-9b5c73a18282>
- THL.2016. Mitä on toimintakyky? Viitattu 3.12.2021. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- THL. 2021a. Päätösten vaikutusten ennakoarviointi. Viitattu 28.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/paatosten-vaikutusten-ennakoarviointi>
- THL. 2022.HYTE-kerroin-kannustin kunnille. Viitattu 29.11.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyte-kerroin-kannustin-kunnille>
- Tukia ,H.; Lehtinen, N.; Saaristo, V. & Vuori M. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Peruseraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. Raportti 55/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 22.10.2021. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80419/f112d323-6e1f-4f99-8235-a63b67b7a894.pdf?sequence=1>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 160-165.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 4-9. Viitattu 12.11.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tuusulan kunta.2021. Elämisen taidetta kestävästi kasvavassa Tuusulassa. Viitattu14.10.2021. <https://web.tuusula.fi/kuntastrategia/>
- Uudenmaan liitto.2022. Alue- ja kuntatalous. Viitattu 07.08.2021. <https://uudenmaanliitto.fi/tietoa-uudestamaasta/tilastot/alue-ja-kuntatalous/>
- Uusitalo, M.; Perttilä, K.; Poikajärvi, K.; Rimpelä, M. 2003. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO): Esitutkimusraportti. Aiheita 21/2003. Helsinki: Stakes. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77724/Aiheita22-2003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Uusitalo, M.; Ståhl, T.; Perttilä, K.; Rimpelä, M. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntien suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3, 295-309.
- Vakkala, Hanna & Syväjärvi, Antti. 2020. Tietokulttuurin ulottuvuudet terveydenhuollon uudistuvissa organisaatioissa – vuorovaikutteisen tiedolla johtamisen haaste. Hallinnon tutkimus. Vol 39 Nro 2 (2020) DOI: <https://doi.org/10.37450/ht.98085>

Valkonen, Tarmo & Lassila, Jukka. 2021. Väestön ikääntymisen taloudelliset vaikutukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:36. Helsinki. Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 22.10.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163134/VNTEAS_2021_36.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valtioneuvosto. 2019a. Verkosto opas. Valtioneuvoston kanslian julkaisu 2019:12. Viitattu 26.9.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161513/VNK_12_19_Verkostojohtamisen_opas.pdf

Valtioneuvosto. 2019b. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Viitattu 22.9.2021. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>

Valtioneuvosto. 2019c. Reittiopas vaikuttavuuteen. Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Viitattu 30.8.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161983/2020_1_%20Reittiopas%20vaikuttavuuteen.pdf

Valtioneuvosto. 2021. Tavoitteellinen työ hyvinvointitalouden edistämiseksi jatkuu Suomessa ja kansainvälisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 52/2021. Viitattu 4.11.2021. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/tavoitteellinen-tyo-hyvinvointitalouden-edistamiseksi-jatkuu-suomessa-ja-kansainvalisesti>

Valtiovarainministeriö. 2018. Kunnat saavat tulevaisuudessa kannustinrahaa asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö 26.4.2018. Viitattu 27.12.2021. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/kunnat-saavat-tulevaisuudessa-rahaa-asukkaiden-hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamiseksi>

Valtiovarainministeriö. 2020. Tuottavuusraportin julkistus. Viitattu 20.9.2021. <https://vm.fi/tapahtumat/2020-12-02/tuottavuusraportin-julkistus-2.12>

Valtiovarainministeriö. 2020. Tuottavuus on hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn edistämisen avain. Viitattu 20.9.2021. <https://vm.fi/-/tuottavuus-on-hyvinvoinnin-ja-kilpailukyvyn-edistamisen-avain>

Valtiovarainministeriö. 2021. Kuntatalouden seuranta ja arviointi. Viitattu 14.11.2021. <https://vm.fi/kuntien-talouden-seuranta>

Vartiainen, P., Ollila, S., Raisio, H. & Lindell, J. (2013). Johtajana kaaoksen reunalla: kuinka selviytyä pirullisista ongelmista? Helsinki. Gaudeamus.

Vartiainen, Pirkko, Harri Raisio & Niklas Lundström (2016). Kompleksisuuden johtaminen kohti uutta ymmärrystä. Teoksessa: Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen, 260. Toim. Antti Syväjärvi & Ville Pietiläinen. Tampere: Tampere University Press.

Vidoni, E. D., Billinger, S. A., Lee, C., Hamilton, J. & Burns, J.M. 2012. The Physical Performance Test Predicts Aerobic Capacity Sufficient for Independence in Early-stage Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2012; 35; 2:72-78.

Virta, Susanna. 2016. Vertaileva tutkimus yhdistyneen kansakunnan afrikkalaisten alusmaiden sosiaaliturvan tasosta. Pro-Gradu. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalityön koulutusohjelma. Tammikuu 2016. (33-34). Viitattu 1.8.2022. https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/120709/gradu2016Virta_Susanna_gradu_sosiaalityo%F6.pdf;jsessionid=57E55C40405F330A374F383418335A44?sequence=2

Virtanen, Petri & Stenvall, Jari. 2015. Älykkäiden julkisorganisaatioiden aika. TamPub. Tampere. Viitattu 22.10.2022. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101427/alykkaiden_julkisorganisaatioiden_aika.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ympäristöministeriö. 2006. Ympäristöterveys yhdyskuntasuunnittelussa. Näkökulmia hyvinvointia edistävään elinympäristöön. Suomen ympäristö 12/2006. Edita Prima, Helsinki. Viitattu 21.9.2021.
<https://core.ac.uk/download/pdf/14927334.pdf>

Wilskman, K.; Ståhl, T.; Muurinen, S.; Perttilä, K. 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakesin työpapereita 16/2008. Helsinki
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77219/T16-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health. Viitattu 26.10.2021.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf;sequence=1

WHO Europe. 2010. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Observatory studies series No 20. European Observatory on Health Systems and Policies. Viitattu 30.8.2021.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

WHO. 1997. Health Promotion. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century Jakarta Declaration. Viitattu 22.9.2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-4ICHP-BR-97.4>

WHO. 2019. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Viitattu 29.9.2021. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019>

WHO. 2019. Action plan to improve public health preparedness and response in the WHO Europe Region 2018-2023. Viitattu 31.8.2021. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.982292>

WHO Europe. 2010. Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Observatory Studies Series No 20. The European Observatory on Health Systems and Policies. Viitattu 24.8.2021.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

WHO. 2021. Ageing. Viitattu 26.8.2021. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Zechner, Minna; Vaalavuo, Mari; Linnosmaa, Ismo; Kyyrä, Tomi; Kauppinen, Timo. 2022. Taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys ikääntyvässä yhteiskunnassa. Gerontologia 3/2017. Viitattu 17.10.2022.
<file:///Users/leenazittling/Downloads/117120-Artikkelin%20teksti-248497-1-10-20220920.pdf>

Liite 1 Haastattelupyyntöjen saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Päivitin terveydenhuoltoalan tutkintoani Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa terveystieteiden laitoksella kansanterveystieteiden maisteriksi ja kirjoitan parhaillaan ProGradu tutkielmaani. Tarkoitukseni on luovuttaa työ loppuvuodesta.

Aiheeni on *"Holistinen hallintomalli hyvinvoinnin vahvistajana"*. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen päätöksentekoon osallistuvien henkilöiden tietotasoa siitä, kuinka hyvin he tunnistavat käsitteet holistinen hallintomalli ja funktionaalinen terveystieteiden ja selvitetään, hyödynnetäänkö kunnan strategisessa ja operatiivisessa päätöksenteossa päätösten ennakoarviointia (EVA), toimintakykyä terveyden mittarina ja HYTE kerrointa taloudellisena kannustimena ja johtamisen välineenä. Tutkimus koskee tulevan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen kuntia. Tutkimus on kvalitatiivinen vertaileva tutkimus.

Aineistonhankinta kerätään valmiista dokumenteista sekä asiantuntijahaastatteluiden pohjalta. Asiantuntijahaastattelussa haastatellaan sekä viranhaltijoita että luottamushenkilöitä. Viranhaltijan edustaja on kunnan hyvinvointikoordinaattori ja tapauksessa, jossa kunnalla ei ole hyvinvointikoordinaattoria, haastatellaan hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä vastaavaa henkilöä. Luottamushenkilöpuolelta haastateltava on kunnanhallituksen puheenjohtaja.

Haastattelut toteutetaan työaikana. Haastattelut nauhoitetaan Voice Manager sovelluksella. Haastattelussa ei käsitellä mitään luottamuksellista tietoa, joka ei olisi saatavilla jo valmiista dokumenteista, kuten kunta strategiasta ja toimintasuunnitelmista tai Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen organisoimista indikaattori lähteistä. Haastatteluiden avulla pyritään ymmärtämään syvempiä syitä numeroiden taustalla. Aineiston käytön jälkeen aineistot tuhoetaan. Yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa. Tulokset raportoidaan ns "totuustaulu" muodossa.

Toivottavasti teillä on mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Haastattelu kestää noin 0,45 h. Pyytäisin ehdottamaan Teille sopivaa aikaa 8-16 välisenä aikana viikon 43-44 aikana. Oheistan liitteeksi myös haastattelukysymykset ennakkovalmistelua varten.

Mahdollisia lisätietoja varten voitte olla yhteydessä joko yliopistolle, email xxxxxxxxxxxx tai puhelimitse xxxxxxxxxxxx . Voitte tavoitella myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvinvointijohtamisen yksiköstä, email xxxxxxxxxxxx ja puh xxxxxxxxxxxx.

Lämmin kiitos jo etukäteen myönteisestä suhtautumisestanne haastattelua kohtaan!

Ystävällisin terveisin,

Leena Zittling

terveystieteiden maisteriopiskelija

Tampereen yliopisto, terveystieteiden laitos/kansanterveys

Ohessa Tampereen yliopiston terveystieteiden laitoksella tehtävään Leena Zittling ProGradu tutkielmaan olevat asiantuntijahaastattelu kysymykset fyysistä valmistelua varten

- 1) Eri käsitteiden tunnettuutta koskevat kysymykset?
 - kuvaile miten kunnassa yhteistyö toteutuu eri yhteiskunnan toimijoiden kesken?
 - toteutuuko yhteistyö jonkin toimijan kanssa paremmin/heikommin ja miksi?
 - millaiseen ajattelumalliin hyvinvointijohtaminen pohjaa? Mikä ajattelumallissa on keskeistä?
 - mihin suuntaan hyvinvointijohtamista pitäisi viedä ja miksi?

- 2) Päätösten ennakoarvioinnin kartoitusta koskevat kysymykset päätöksenteossa
 - onko päätösten ennakoarviointi käytössä organisaatiossa, millä tasoilla ja miksi?
 - miten organisaatio on sitoutettu päätösten ennakoarvioinnin käyttöön?

- 3) Kuntastrategiassa oleviin arvoihin liittyvät kysymykset hyvinvointijohtamisessa
 - onko hyvinvointi, terveys tai toimintakyky kuntastrategiassa arvoina ja miten ne ovat jalkautuneet päätöksenteon eri tasoille organisaatiossa?
 - miten arvojen toteutumista seurataan?
 - tulisiko seurantaan tehdä muutoksia ja jos, niin mitä?

- 4) Taloudellisten kannustimien hyödyntämistä koskevat kysymykset
 - millaisia taloudellisia kannustimia organisaatio hyödyntää hyvinvointijohtamisessa?
 - millä aikavälillä seuraatte hyvinvointijohtamisen taloudellisia kannustimia?
 - millaisilla keinoilla muutos taloudellisissa kannustimissa on saavutettu?
 - miten kuvaillet kunnan talousjohtamisessa olevaa toimintaa?

Lisätietoja: Leena Zittling, kansanterveystieteen maisteriopiskelija/Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Kansanterveystiede
Puh: Email