



Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2023

Kestävyystavoitteet ja -strategiat yleistyneet kunnissa

PÄÄLÖYDÖKSET

- Paikallisten turvallisuussuunnitelmien määrä vähentynyt kunnissa selvästi.
- Ruokahävikin vähentäminen yleisin kestävyystavoite kunnissa.
- Poikkihallinnolliset hyte-työryhmät yleistyneet 2015–2023.
- Kokopäiväisten hyte-koordinaattorien osuus lisääntynyt selvästi.
- Kunnissa vähän foorumeja, joissa lapset voivat vaikuttaa hyvinvointia ja terveyttä edistävään päätöksentekoon.
- Osallistuva budjetointi yleistynyt kunnissa selvästi.
- Hyvinvointialueet hyvin eri vaiheissa hyte-neuvottelujen ja rakenteiden sopimisessa tai muodostamisessa kuntien kanssa.

Kokonaisuudessaan kuntajohdon hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä (hyte) oli menty eteenpäin kahden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna (taulukko 1). Myönteisestä kehityksestä huolimatta tiedonkeruu nosti esiin myös huolenaiheita sekä selviä kehityskohteita.

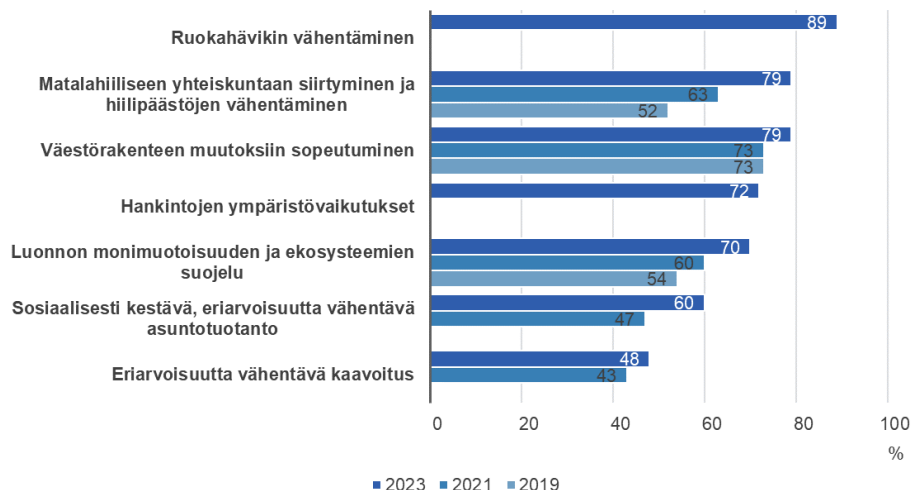
Kunnat olivat asettaneet kestävyystavoitteita ja tehneet kestävyysitoumuksia ja -strategioita yhä yleisemmin (kuvio 1). Yleisimmin kestävyystavoitteita, -sitoumuksia ja -strategioita oli tehty ruokahävikin vähentämiseksi (89 %), matalahiiliseen yhteiskuntaan siirtymiseksi ja hiilipäästöjen vähentämiseksi (79 %) sekä väestörakenteen muutoksiin sopeutumiseksi (79 %). Sosiaalisesti kestävä, eriarvoisuutta vähentävä asuntotuotanto (60 %) ja eriarvoisuutta vähentävä kaavoitus (48 %) eivät ole yleistyneet yhtä nopeasti (Kuvio 1.) Kestävä kehitys oli huomioitu kuntien hyvinvointikertomuksissa ja -suunnitelmissa edelleen melko harvoin (58 %), vaikka tilanne oli kehittynyt myönteisesti edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna.

Voimavarat olivat kehittyneet myönteisesti kahden vuoden takaiseen verrattuna. Suurimassa osassa (95 %) kunnista toimi asiantuntija tai suunnittelija, joka koordinoi hyte-työtä kokopäiväisesti, oman toimen ohella tai osa-aikaisesti tai yhteistoiminta-alueen yhteistyönä. Kokopäiväisesti toimivien asiantuntijoiden tai suunnittelijoiden määrä (42 %) on lähes kaksinkertaistunut (23 % vuonna 2021) edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna.

Paikalliset turvallisuussuunnitelmat (59 %) ovat vähentyneet aiemmista vuosista. Myös lasten mahdollisuudet vaikuttaa hyvinvointia ja terveyttä edistävään päätöksentekoon on selkeä kehittämiskohde. Vain yhdellä kolmesta (33 %) kunnasta oli käytössään lapsiparlamentti. Lasten kyselytunti oli käytössä 16 prosentissa kunnista.

Kuntien ja hyvinvointialueiden välinen yhteistyö oli käynnistynyt vaihtelevasti. Yhteistyörakenne hyvinvointialueen kanssa oli sovittu tai muodostettu monessa kunnassa (72 %). Erot erikokoisten kuntien välillä olivat pieniä samalla kun erot hyvinvointialueiden välillä olivat suuria. Tilanne hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen neuvottelujen osalta oli saman kaltainen. Kaksi kolmesta (68 %) kunnasta oli sopinut hyvinvointialueen kanssa hyte-neuvottelujen toteutuksesta.

Kuvio 1. Kestävyystavoitteet ja kestävyysitoumukset/-strategiat kunnissa 2019, 2021 ja 2023.



Päivi Pelkonen
paivi.pelkonen.fi@thl.fi

Vesa Saaristo
vesa.saaristo@thl.fi

Kirsi Wiss
kirsi.wiss@thl.fi

Tiedonkeruun toteutus:

Tiedonkeruun osallistumispyyntö lähetettiin huhtikuussa 2023 kaikkiin Manner-Suomen kuntiin. Käyttäjätunnukset ja linkki tiedonkeruulomakkeeseen lähetettiin kaikille kunnanjohtajille (N=293) sekä kirjaamoihin. Tiedot pyydettiin kokoamaan johtoryhmän ja hyvinvointikoordinaattorin yhteistyönä.

Tiedot saatiin 288 (98 %) kunnasta. Vastanneet kunnat kattavat 99,3 % koko maan asukasluvusta.

Lisätietoja TEAviisarin tiedonkeruun [verkkosivuilta](#).

Taustaa

Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa. Lisäksi kuntalaki korostaa asukkaiden ja palvelujen käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kunnan toimintaan. Vuoden 2023 alussa tapahtuneen sote-uudistuksen seurauksena sosiaali- ja terveystalvet siirtyivät hyvinvointialueiden järjestettäväksi. Uudistuksesta huolimatta, ensisijainen vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä säilyy edelleen kunnilla siltä osin kuin tehtävä kytkeytyy kunnan lakisääteisiin tehtäviin (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 6§).

Vuoden 2023 alussa otettiin käyttöön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtiosuuden lisäosa eli hyte-kerroin kunnille, jolla halutaan varmistaa kuntien aktiivinen toiminta asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi myös sote-uudistuksen jälkeen (laki kunnan peruspalvelujen valtiosuudesta 618/2021, 15§). Kunnissa tarvitaan selkeitä rakenteita ja prosesseja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön suunnitteluun, koordinoimiseen ja johtamiseen. Tarve esimerkiksi perusopetuksen, liikuntatoimen, kulttuuritoimen, nuorisotoimen, kaavoituksen ja teknisen toimen työn koordinaatioon on sote-uudistuksen jälkeen aivan yhtä suuri kuin ennenkin. Selkeät alueelliset rakenteet mahdollistavat sote-asiantuntemuksen tehokkaan hyödyntämisen kunnan toiminnassa myös jatkossa.

Tässä raportissa tarkastellaan kuntajohdon näkökulmasta kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaedellytyksiä, koordinaatiota ja rakenteita, joita on kehitetty pitkäjänteisesti useissa valtakunnallisissa hankkeissa 2000-luvulla. Tässä julkaisussa raportoidaan vuoden 2023 tilannetta ja soveltuvien osien tietoja verrataan edeltäviin tiedonkeruihin.

Tiedonkeruussa kerätään tietoja terveydenedistämisenaktiivisuuden (TEA) viitekehyksen (sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus, muut ydintoiminnat) mukaisesti (Ståhl & Rimpelä 2010). Tulokset ovat kunta- ja aluekohtaisesti tarkasteltavissa avoimessa ja maksuttomassa [TEAviisarissa](#) sekä kysymyskohtaisesti [perustaulukoissa](#).

Kuntajohdon kokonaisuus kehittyi positiivisesti

Kuntajohdon terveydenedistämisenaktiivisuuden kokonaistulos kuvaa kuntajohdon panostusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edellytysten luomiseen (taulukko 1). Tarkempi tarkastelu osoittaa, että keskeisimmät vahvuudet ovat edelleen väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannassa ja tarveanalyysissä. Edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna selvää kehitystä oli tapahtunut johtamisen ja voimavarojen ulottuvuuksissa. Tuloksia tarkasteltaessa on muistettava, että TEA-pisteitä (taulukko 1) laskettaessa on kuntien tuloksia painotettu väestömäärän suhteen (Saaristo 2012). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi Espoon tuloksilla on suurempi painoarvo kuin Muonion, koska Espoossa on enemmän asukkaita. Raportin osioissa tuloksia ei ole painotettu.

Taulukko 1. Terveystiedon edistämisen aktiivisuuden pisteet* vuosina 2011–2023.

Terveystiedon edistämisen aktiivisuuden pisteet*, koko maa	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Kokonaistulos	62	73	75	79	78	79	84
Sitoutuminen	64	69	71	78	78	80	82
Johtaminen	57	70	71	75	80	77	86
Seuranta ja tarveanalyysi	55	72	82	85	87	88	90
Voimavarat**	-	-	-	-	66	78	86
Osallisuus	72	81	77	79	80	71	77

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

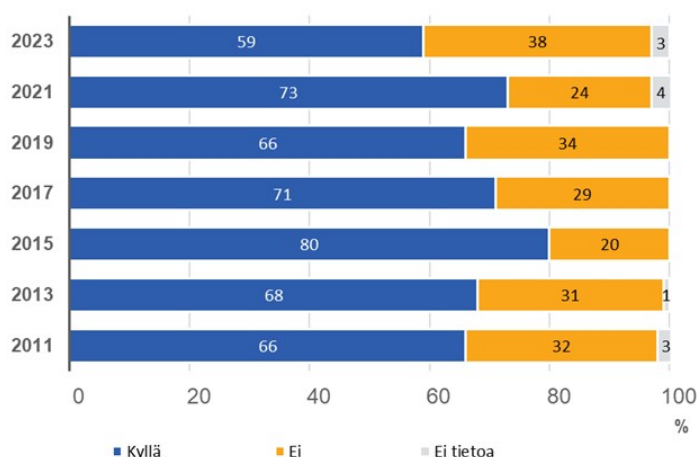
**Tietoa kerätty vuodesta 2019 alkaen.

Sitoutuminen

Paikalliset turvallisuussuunnitelmat vähentyneet merkittävästi

Paikallinen turvallisuussuunnitelma on keskeinen kuntien turvallisuustyön työkalu, jossa linjataan oleellimmat toimenpiteet valtuustokaudelle. Suunnitelman valmistelu ja toimeenpano edellyttävät monialaista koordinaatiota ja raportointia. Sen keskeisinä tavoitteina on ehkäistä onnettomuuksia, tapaturmia, rikoksia ja häiriöitä sekä edistää kuntalaisten turvallisuuden tunnetta. Paikallinen turvallisuussuunnitelma voidaan tehdä joko erillisenä suunnitelmana, alueellisenä tai seudullisena yhteistyönä tai osana laajaa hyvinvointikertomusta. Vuonna 2023 paikallinen turvallisuussuunnitelma oli 59 prosentissa kunnista, mikä on 14 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2021 (kuvi 2). Kunnista 29 prosenttia oli laatinut erillisen suunnitelman (42 % vuonna 2021). 16 prosenttia kunnista oli laatinut paikallisen turvallisuussuunnitelman alueellisenä tai seudullisena yhteistyönä (20 % vuonna 2021) ja 14 prosenttia osana hyvinvointikertomusta ja -suunnitelmaa (11 % vuonna 2021).

Kuvio 2. Paikallinen turvallisuussuunnitelma kunnissa 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023. * Kuvio vaihdettu raporttiin julkaisun jälkeen 10.4.2024



Toimenpiteiden määrittämisessä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi ei suuria muutoksia

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut vuosikymmeniä sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteena. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää monialaisia kansallisia ja paikallisia toimia. Suurin osa kunnista (80 %) oli määrittänyt hyvinvointikertomuksessa toimenpiteitä sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Kunnan

talous- ja toimintasuunnitelmiin toimenpiteitä oli määritelty hieman harvemmin, 77 prosentissa kunnista. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen huomioiminen oli hieman yleistynyt talous- ja toimintasuunnitelmissa (73 % vuonna 2021) ja pysynyt lähes ennallaan hyvinvointikertomuksissa- ja suunnitelmissa (81 % vuonna 2021).

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

Neljä viidestä (81 %) kunnasta oli määrittänyt joko omia tai kansallisista tietolähteistä saatavia mittareita kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi. Kunnista 73 prosenttia käytti omia mittareita ja kansallisia tietolähteitä käytti 63 prosenttia. Kaksi vuotta aiemmin vastaavat osuudet olivat 70 prosenttia ja 55 prosenttia.

Kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu 57 prosentissa kuntien tarkastuslautakuntien arviointikertomuksissa valtuustokauden aikana. Tilanne oli hieman parantunut edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna, jolloin 49 prosentissa tarkastuslautakuntien kertomuksista oli arvioitu hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista.

Sitoumukset ja strategiat kestävän kehityksen edistämiseen yleistyneet

Vuonna 2023 kestävyystavoitteita tai kestävyys sitoumuksia/-strategioita oli asetettu kunnissa yleisimmin ruokahävikin vähentämiseksi (89 %), matalahiiliseen yhteiskuntaan siirtymiseksi ja hiilipäästöjen vähentämiseksi (79 %) ja väestörakenteen muutoksiin sopeutumisiksi (79 %) (kuvio 1). Alle puolet kunnista oli huomionnut eriarvoisuutta vähentävän kaavoituksen (48 %) tavoitteissaan. Vuonna 2021 kestävyystavoitteita oli asetettu yleisimmin väestörakenteen muutoksiin sopeutumisiksi (73 %), matalahiiliseen yhteiskuntaan siirtymiseksi ja hiilipäästöjen vähentämiseksi (63 %) ja luonnon monimuotoisuuden ja ekosysteemien suojelemiseksi (60 %). Kaksi vuotta aiemmin alle puolet kunnista oli huomionnut sosiaalisesti kestävän, eriarvoisuutta vähentävän asuntotuotannon (47 %) ja eriarvoisuutta vähentävän (43 %) kaavoituksen.

Johtaminen

Hyvinvointialueet osallistuneet hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadintaan harvoin

Lähes kaikki (94 %) kunnat olivat laatineet kunnanvaltuuston hyväksymän lakisääteisen hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman (612/2021, 6§). Hyvinvointialueen tulee järjestämislain mukaan tukea kuntaa yhteistyöllä ja asiantuntemuksella. Noin puolet kunnista ilmoitti, ettei hyvinvointialueiden edustajien osallistuminen kuntien hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadintaan ollut vielä ajankohtaista. Niissä kunnissa, joissa hyvinvointialue oli osallistunut hyvinvointikertomuksen- ja suunnitelman laadintaan, yleisimmin olivat osallistuneet hyvinvointialueiden hyvinvointikoordinaattori (22 %), sosiaalihuollon edustaja (19 %) ja terveydenhuollon edustaja (19 %). Hyvinvointialueiden välillä oli suuria eroja osallistumisessa kuntien hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadintaan. Yleisimmin viimeisimmän kunnanvaltuuston hyväksymän hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadintaan olivat osallistuneet kuntaorganisaation eri toimialojen edustajat muun muassa kunnan johtoryhmästä (91 %), kasvatuksesta ja opetuksesta (91 %), kulttuurista ja vapaa-ajasta (91 %). Edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna sosiaalitoimen (67 %) ja terveystoimen (66 %) osuus oli vähentynyt. Vuonna 2021 sosiaalitoimen edustaja oli osallistunut 86 % ja terveystoimen edustaja 85 % kunnista. Muutoksen selittänee 2023 vuoden alussa tapahtunut sote-uudistus.

Kestävä kehitys oli huomionnut hyvinvointikertomuksessa ja -suunnitelmassa edelleen melko harvoin (58 %), vaikka tilanne oli kehittynyt myönteisesti (49 % vuonna 2021) edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna.

Poikkihallinnolliset hyte-työryhmät yleistyneet hieman

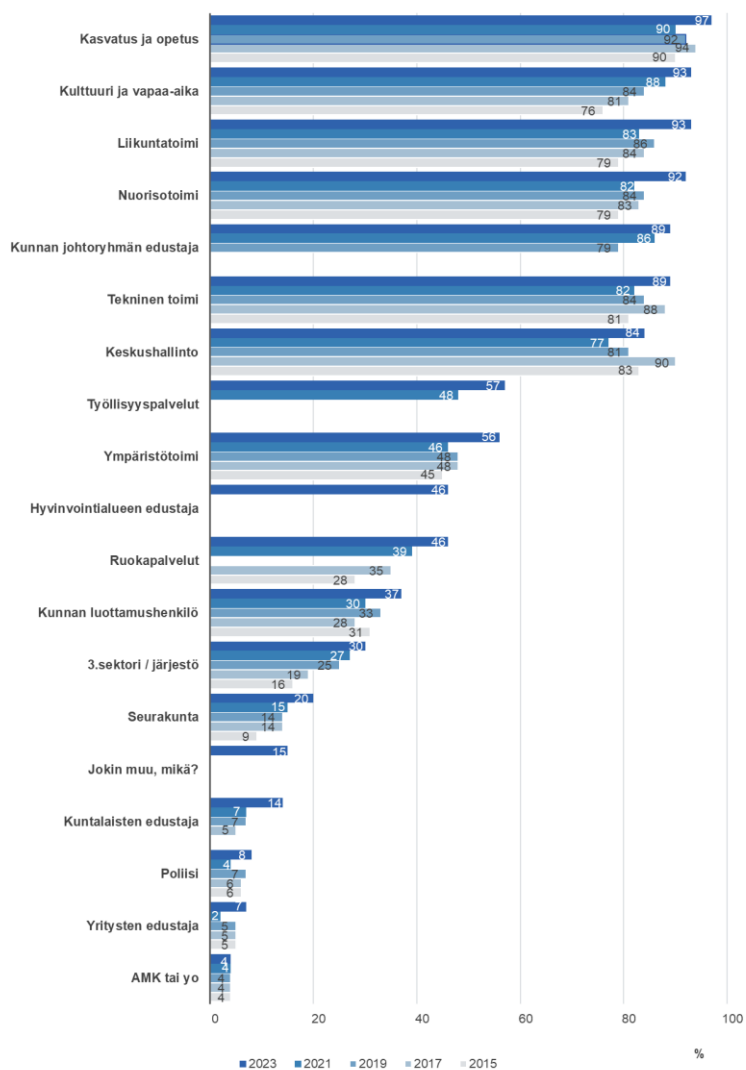
Lähes kaikissa kunnissa (98 %) oli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) työryhmä. Yleisin (62 %) oli eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä, joiden osuus oli kasvanut 5 prosenttiyksikköä edelliseen tiedonkeruuseen

verrattuna. Kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä toimi 26 prosentissa kunnista hyte-työryhmänä. Niiden osuus oli hieman vähentynyt (31 % vuonna 2021) edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna.

Hyte-ryhmiin voidaan kutsua myös muita paikallisia toimijoita kuten järjestöjen, koulutusorganisaatioiden tai yritysten edustajia, jolloin yhteistyöstä näiden tahojen kanssa tulee systemaattisempaa ja tiiviimpää. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät muodostuivat yleisimmin kuntaorganisaation eri toimialojen edustajista (kuvio 3). Suuria muutoksia vuoteen 2021 verrattuna ei ollut tapahtunut.

Alle puolessa (46 %) kunnista hyvinvointialueen edustaja oli kutsuttu mukaan kunnan hyte-työryhmään. Yleisimmin kuntien hyte-työryhmiin oli kutsuttu ja osallistui hyvinvointialueen hyvinvointikoordinaattori (26 %), terveydenhuollon edustaja (25 %) ja sosiaalihuollon edustaja (21 %). Hyvinvointialueen ravitsemusterapeutti tai -suunnittelija (5 %) ja pelastustoimen edustaja (3 %) osallistui kunnan hyte-työryhmään harvoin.

Kuvio 3. Kunnat (%), joissa sektorin edustaja kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään vuosina 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023.

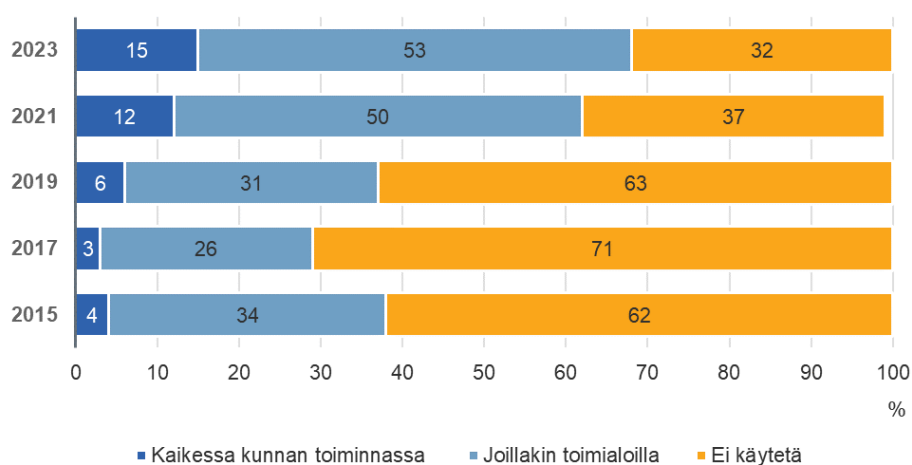


Vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käytössä myönteistä kehitystä

Päätöksen väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän käyttöönotosta oli tehnyt yhä useampi kunta (50 %) edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna (39 % vuonna 2021). Kirjallisen toimintaohjeen vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisesta oli tehnyt 32 prosenttia kunnista. Kirjalliset toimintaohjeet ovat selvästi yleistyneet edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna (22 % vuonna 2021).

Menetelmän suunnitelmallinen käyttö oli yleistynyt kunnissa hieman (kuvio 4). Puolet (53 %) kunnista ilmoitti käyttävänsä ennakoarviointimenetelmää lautakuntapäätösten valmistelussa joillakin toimialoilla ja 15 prosenttia kaikilla toimialoilla. (Ks. lisätietoa arviointimenetelmästä Sundquist & Oulasvirta 2011.)

Kuvio 4. Lautakuntapäätösten valmistelussa käytetään suunnitelmallisesti jotain EVA-menetelmää, 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023.

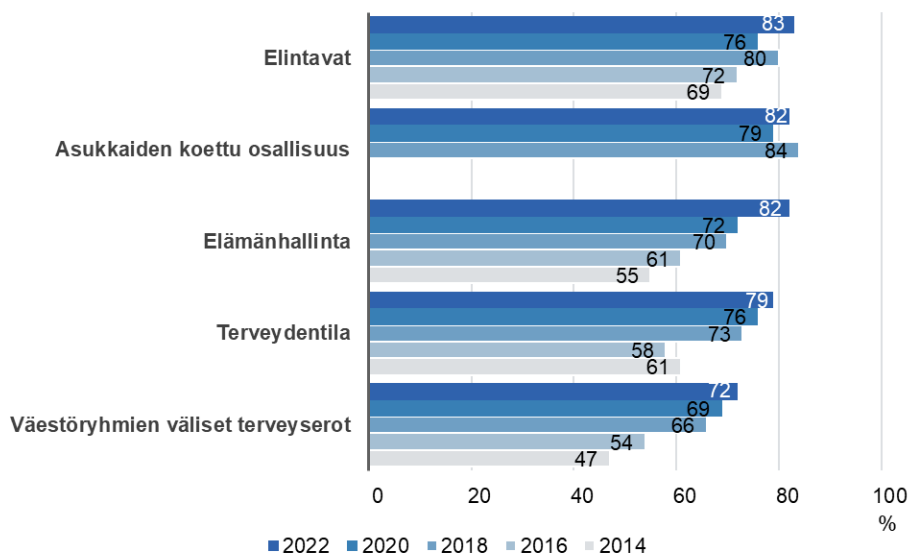


Seuranta ja arviointi

Väestön hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely yhä yleisempää

Vuonna 2022 kuntien johtoryhmissä kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä kuvaavista tiedoista yleisimmin oli käsitelty väestön elintapoja (83 %), koettua osallisuutta (82 %), elämäntilannetta (82 %) (kuvio 5). Terveystilaa (79 %) ja väestöryhmien välisiä terveyseroja oli käsitelty (72 %) hieman harvemmin. Suuria muutoksia kahden vuoden takaiseen tilanteeseen ei ollut tapahtunut.

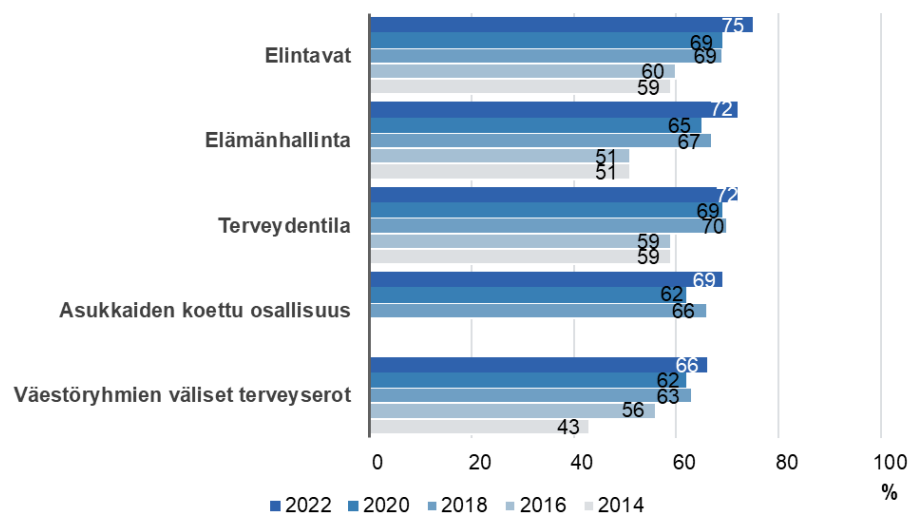
Kuvio 5. Kunnat (%), joissa väestön hyvinvointi- ja terveysteemoja käsitelty kunnan johtoryhmässä vuosina 2014, 2016, 2018, 2020 ja 2022.



Valtuustolle informointi asukkaiden hyvinvoinnin ja terveydentilan muutoksista yleistynyt tasaisesti

Valtuustolle oli vuonna 2022 raportoitu yleisimmin väestön elintavoista (75 %), elämänhallinnasta (72 %) ja terveydentilasta (72 %) (kuvio 6). Asukkaiden koetusta osallisuudesta (69 %) ja väestöryhmien välisistä terveyseroista (66 %) oli raportoitu hieman harvemmin. Suuria muutoksia kahden vuoden takaiseen tilanteeseen ei ollut.

Kuvio 6. Kunnat (%), joissa väestön hyvinvointi- ja terveysteemoja raportoitu kunnanvaltuustolle vuosina 2014, 2016, 2018, 2020 ja 2022.



Voimavarat

Kokopäiväisten hyte-koordinaattorien määrä lisääntynyt selvästi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinointiin oli nimetty henkilö yhteensä 95 prosentissa kunnista vuonna 2023 (89 % vuonna 2021). Pääasiassa (52 %) tehtävää hoidettiin osa-aikaisesti tai oman toimen ohella. Osa-aikaisesti tai oman toimen ohella toimivien henkilöiden osuus oli kuitenkin vähentynyt selvästi edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna (65 % vuonna 2021). Samaan aikaan kokopäiväisten henkilöiden osuus oli lähes kaksinkertaistunut (42 %) edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna (23 % vuonna 2021).

Yhteistoiminta-alueiden yhteisiä henkilöitä oli prosentissa kunnista kuten edellisessäkin tiedonkeruussa.

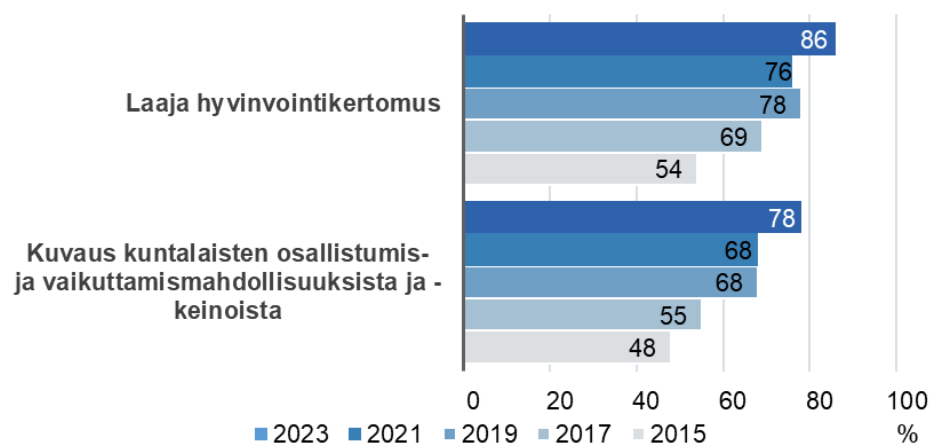
Järjestöyhteistyön koordinaattori oli nimetty 85 % kunnista (71 % vuonna 2021). Yleisimmin (89 %) koordinaattori oli nimetty pienissä alle 10 000 asukkaan kunnissa.

Osallisuuden edistäminen

Verkkosivut osallisuuden edistäjinä – kehitystä tapahtunut selvästi

Laaja hyvinvointikertomus oli kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa kunnan verkkosivuilla 86 prosentissa ja kuvaus kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista ja -keinoista 78 % prosentissa kunnista. Kehitystä edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna oli tapahtunut selvästi (kuvio 7). Keskisuurissa ja isoissa kunnissa asiakirjat olivat kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa selvästi yleisemmin kuin pienissä alle 5 000 asukkaan kunnissa.

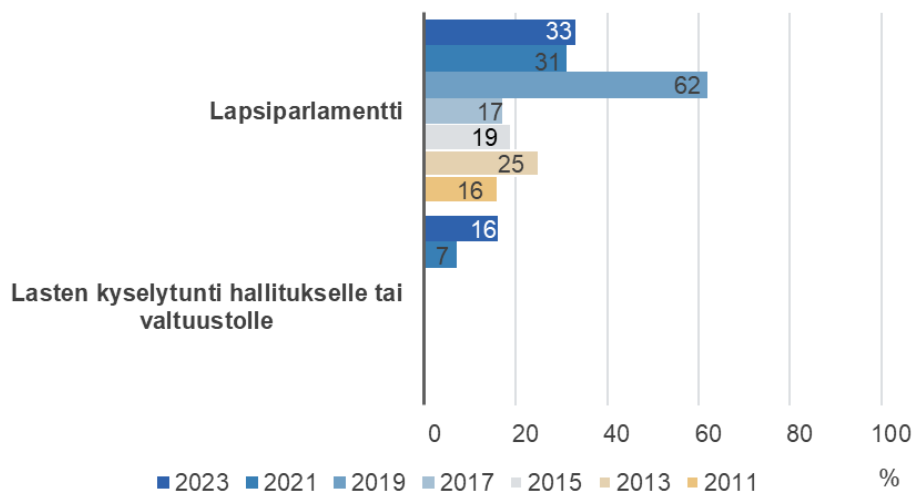
Kuvio 7. Kunnat (%), joissa hyvinvointikertomus/kuvaus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista avoimesti tarkasteltavissa kunnan verkkosivuilla vuosina 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023.



Lasten osallistumismahdollisuuksissa hyvinvointia ja terveyttä edistävään päätöksentekoon runsaasti kehitettävää

Kunnissa toimii vähän foorumeja, joissa lapset voivat vaikuttaa hyvinvointia ja terveyttä edistävään päätöksentekoon. Hallituksen tai valtuuston asettama lapsiparlamentti toimi 33 prosentissa kunnista (kuvio 8). Vuoden 2019 jälkeen lapsiparlamenttien määrä on puolittunut (62 % vuonna 2019). Lasten kyselytunteja hallitukselle tai valtuustolle oli 16 prosentissa kunnista (7 % vuonna 2021).

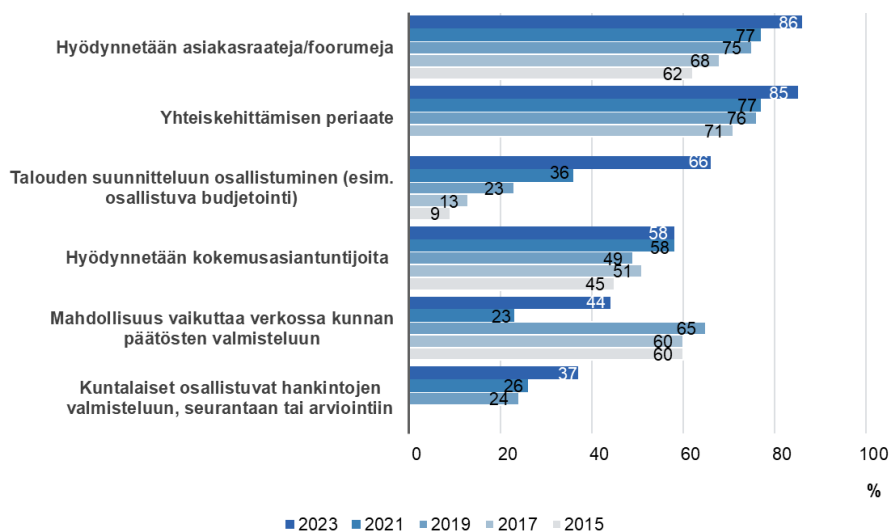
Kuvio 8. Kunnat (%), joissa toimii foorumeja, joissa lapset voivat vaikuttaa hyvinvointia ja terveyttä edistävään päätöksentekoon 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023.



Kuntalaisten osallistumiskeinot palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun kehittyneet

Kunnat tarjoavat kuntalaisille monia eri tapoja osallistua kunnan toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen (kuvio 9). Yleisimmin hyödynnettiin asiakasraateja ja -foorumeja (86 %) ja yhteiskehittämisen periaatetta (85 %). Kuntalaisten mahdollisuudet osallistua talouden suunnitteluun (66 %) olivat parantuneet merkittävästi edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna (36 % vuonna 2021). Harvimminkin kuntalaisilla oli mahdollisuus vaikuttaa verkossa kunnan päätösten valmisteluun (44 %) ja osallistua hankintojen valmisteluun, seurantaan tai arviointiin (37 %).

Kuvio 9. Käytössä olevat keinot, joilla kuntalaiset voivat osallistua palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023, prosenttiosuus kunnista.



Osallisuuden edistäminen kuntasuunnittelussa

Kaksi kolmesta (68 %) kunnasta oli määritellyt osallistumisen edistämisen tavoitteet talous- ja toimintasuunnitelmassa. Tavoitteet olivat yleistyneet edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna 15 prosenttiyksiköllä.

Voimassa oleva osallisuusohjelma oli alle puolessa (43 %) kunnista. Osallisuusohjelma oli osana laajempaa kokonaisuutta 25 prosentissa ja erillisenä osallisuusohjelmana 18

prosentissa kunnista. Muutosta edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna ei ole juurikaan tapahtunut.

Vaihtuvat teemat

Yhteistyörakenne sovittu tai muodostettu vaihtelevasti hyvinvointialueiden kanssa

Kunnan on toimittava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa ja tuettava sitä asiantuntemuksellaan (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 6§). Vuonna 2023 kunnan ja hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisyöhön oli sovittu tai muodostettu yhteistyörakenne 72 prosentissa kunnista. Yleisimmin yhteistyörakenteesta oli sovittu tai muodostettu 10 000–20 000 asukkaan kunnissa (83 %). Hyvinvointialueiden väliset erot olivat suuret. Pisimmällä yhteistyörakenteen sopimisessa ja muodostamisessa oltiin Etelä-Karjalan, Keski-Pohjanmaan, Keski-Uudenmaan, Päijät-Hämeen ja Vantaa ja Keravan hyvinvointialueilla sekä Helsingin kaupungissa, joissa kaikki kunnat (100 %) olivat sopineet hyvinvointialueen kanssa yhteistyörakenteen muodostamisesta. Harvimmin kunnat (20 %) olivat sopineet tai muodostaneet yhteistyörakenteesta Satakunnan hyvinvointialueella.

Hyte-neuvottelujen järjestämisestä sovittu vaihtelevasti hyvinvointialueiden kanssa

Kaksi kolmesta kunnasta (68 %) oli sopinut hyvinvointialueen kanssa hyte-neuvottelujen toteutuksesta. Yleisimmin hyte-neuvottelujen toteutuksesta hyvinvointialueen kanssa oli sovittu isoissa yli 50 000 asukkaan kunnissa (76 %). Hyvinvointialueiden väliset erot olivat suuret. Pisimmällä hyte-neuvottelujen sopimisessa oltiin Helsingin kaupungissa sekä Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Vantaan-Keravan hyvinvointialueilla, joissa kaikki kunnat (100 %) olivat sopineet hyte-neuvottelun järjestämisestä. Harvimmin kunnat (5 %) olivat sopineet hyte-neuvottelujen järjestämisestä Lapin hyvinvointialueen kanssa.

Yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa linjataan monin tavoin

Suurin osa kunnista linjasi kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä vuoropuhelulla järjestöverkostojen kanssa (97 %) ja järjestöavustusten yhteydessä (94 %). Harvimmin kunnat linjasivat yhteistyötä järjestöyhteistyön suunnitelmalla tai -strategialla (37 %) ja alueellisella järjestöyhteistyön suunnitelmalla tai -strategialla (29 %).

thl.fi/tilastot/teaviisari/kuntajohto

Kirjallisuutta

[Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2017](#). THL. Tilastoraportti 38/2017.

[Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2019](#). THL Tilastoraportti 38/2019.

[Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa: – TEA2021](#). THL Tilastoraportti 41/2021.

[Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat](#). THL Tutkimuksesta tiiviisti 31/2015.

Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (618/2021).

Kuntalaki (410/2015).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021).

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

Perustaulukot tuloksista aluehallintovirastojen aluejaon, hyvinvointialueiden, tilastokeskuksen kuntaryhmituksen ja kunnan koon mukaisesti.

Saaristo V. 2012. TEAviisari 2011. Kuntajohdon aineiston muodostaminen ja opiskeluterveydenhuollon indikaattorit. THL Raportti 60/2012. Helsinki.

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

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

Niemi N. 2023. Terveydenedistämisen aktiivisuus kuntajohdossa 2023. Tiedonkeruun luotettavuuden arviointi. Tampereen yliopisto, korkeakouluharjoittelu. THL, Tiedolla johtaminen ja vertaiskehittäminen -yksikkö.

TEAviisari.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Valtiokonttori. Kunnan tilinpäätöstiedot palveluluokkakohtaisesti 2022.

Valtiokonttori. 2023. Kuntatalouden ABC.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISSN 1798-0887

Laatuseroste

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA

Tilastotietojen relevanssi

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

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

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

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

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

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

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

Menetelmäkuvaus

THL kokoaa Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuuteen tarvittavat tiedot eri tietolähteistä. Yhteensä kunnan strategiseen johtamiseen liittyviä indikaattoreita vuonna 2023 on 59 kappaletta, joista 58 kerätään suoraan kuntajohtajilta tai muilta johtavilta viranhaltijoilta tiedonkeruun avulla. Avustukset yhteisöille poimitaan Valtiokonttorilta. Avustukset yhteisöille sisältävät muun muassa yhdistyksille, seuroille ja tiehoitokunnille maksettavat toiminta-avustukset (Valtiokonttori 2023).

Tiedonkeruu kuntien johdolle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä toteutetaan keväisin, kahden vuoden välein parittomina vuosina. Käyttäjätunnukset ja linkki tiedonkeruulomakkeeseen lähetetään kaikille kunnanjohtajille sähköpostilla. Tiedot pyydetään keräämään yhteistyössä hyvinvointikoordinaattorin ja kunnan johtoryhmän kanssa. Vuonna 2023 sähköinen tiedonkeruulomake (pdf) lähetettiin myös kuntien kirjaamoihin. Tietojen toimittamisesta muistutetaan kahdesti sähköpostilla. THL:n yhteyshenkilö on vielä henkilökohtaisesti yhteydessä kaikkiin vastaamattomiin kuntiin soittamalla kesäkuussa.

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

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

Esimerkki indikaattorin pisteytyksestä:

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

Ei tietoa (0 pistettä)

Ei (0 pistettä)

Kyllä (100 pistettä)

Alueiden pistemäärä on kuntakohtaisten tietojen väestömäärällä painotettu keskiarvo.

Vaihtuvien teemojen ulottuvuudessa olevia tietoja käytetään vain kansallisen kehittämistyön tukena. Tietoja ei pisteytetä TEAvisariin. Tietoja hyödynnetään kansallisesti kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuen suunnittelussa.

Tietojen kattavuus

Vuonna 2023 tietonsa toimitti 288 kuntaa (98 % kaikista Manner-Suomen kunnista). Vastanneet kunnat kattoivat 99,3 prosenttia koko maan väestöstä (taulukko 2). Vastausaktiivisuus oli korkein Etelä- ja Itä-Suomen avi-alueilla (100 %) ja matalin Lounais-Suomessa (95 %).

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

Kunnan koko	2011*	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Yhteensä	58 % (195)	67 % (214)	79 % (251)	92 % (270)	93 % (273)	92 % (271)	98 % (288)
Alle 5000	46 % (66)	55 % (77)	69 % (95)	86 % (101)	91 % (113)	90 % (112)	98 % (124)
5000–9999	56 % (49)	69 % (54)	78 % (60)	91 % (73)	92 % (68)	92 % (67)	100 % (70)
10 000–19 999	68 % (32)	77 % (36)	88 % (43)	98 % (41)	90 % (37)	95 % (39)	95 % (41)
20 000–49 999	78 % (29)	78 % (28)	97 % (33)	100 % (34)	97 % (34)	94 % (32)	100 % (32)
50 000 tai yli	100 % (19)	95 % (19)	100 % (20)	100 % (21)	100 % (21)	100 % (21)	100 % (21)

Lähde: teaviisari.fi

*Ahvenanmaan kunnat olivat mukana vuonna 2011

Lomakkeella kerättävät kunnan toimintaa kuvaavat tiedot olivat sellaisia, jotka jokaisen kunnan olisi pitänyt olla mahdollista toimittaa tiedonkeruuta varten. TEAviisarissa hyödynnettävistä yksittäisistä tiedoista (59) kattavan vastauksen (ts. ei yhtään puuttuvaa tietoa) antoi 201 kuntaa. Alle 5 prosenttia puuttuvia tietoja oli 91 prosentissa lomakkeista. Ahvenanmaa ei ole mukana tiedonkeruussa.

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Vuonna 2023 kahdessa kolmesta kunnasta (66 %) tiedot kokosi kunnanjohtaja yhdessä kunnan johtoryhmän kanssa. Lähes neljä viidestä kunnasta (77 %) ilmoitti käsitelleensä tiedonkeruulomaketta kunnan johtoryhmässä. Ohje oli, että lomaketta tulisi käsitellä yhdessä hyvinvointikoordinaattorin kanssa kunnan johtoryhmässä. Lähes puolessa kunnista (43 %) vastauksen valmisteluun oli osallistunut hyvinvointikoordinaattori tai vastaava. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä osallistui tiedonkeruuseen vastaamiseen harvoin (16 %).

Vuonna 2023 aineiston laadun ja luotettavuuden kehittämiseksi kaksi tiedonkeruulomakkeen tietoa tarkistettiin ja käytiin läpi systemaattisesti. Auditointiin valittujen kysymysten Kyllä-vastaukset tarkistettiin käymällä läpi kuntien verkkosivuilta löytyvät tiedot ja kyseiset asiakirjat. Jos asiakirjasta ei löytynyt tietoa, asiakirja tarkistettiin uudelleen. Jos tietoa ei vielä löytynyt, kuntiin oltiin yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse ja pyydettiin tietoihin täydennystä tai vahvistusta.

Tietojen auditointi käsitteli paikallisen turvallisuussuunnitelman olemassaoloa (kysymys 4) sekä kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumisen arviointia tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa (kysymys 11) (Niemi 2023).

Tarkastettuja, auditoituja asiakirjoja oli yhteensä 372 ja niiden perusteella muutettavia tietoja oli yhteensä 41. Yhdenkään kunnan osalta ei muutettu kahta tietoa. Luotettavuuden kannalta oleellista oli, että virheellisten tietojen toimittaminen ei ollut systemaattista. Yksittäiset virheelliset tiedot korjattiin aineistoon ja tarvittaessa tietojen päivittäminen myös myöhemmin eli jälkikäteen on mahdollista.

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntajohdossa kerätään parittomien vuosien keväällä ja kysymykohtaiset perusjakaumat julkaistaan perustaulukoissa ennakkotietona saman vuoden elokuussa kuntakoon, tilastollisen kuntaryhmytyksen, aluehallintoviraston alueen ja hyvinvointialueen mukaan.

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

Uusimmat tiedot (2023) koskevat pääasiassa tiedonkeruuvuotta. Tästä poikkeuksena esimerkiksi väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen raportointia koskevat kysymykset (kuviot 24–25).

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tiedot ja kysymyskohtaiset [perusjakaumataulukot](#) julkaistaan THL:n ylläpitämässä [TEAviisarissa](#). Tilastotietoja voi poimia myös Tilasto- ja indikaattoripankki [Sotkanetistä](#). Sotkanetissä on mahdollista tarkastella vain kokonaispisteitä ja muutamia yksittäisiä indikaattoreita. Ulottuvuuksittain ja kaikkien yksittäisten indikaattoreiden tasolla tiedot ovat saatavilla TEAviisarista. Tiedot raportoidaan voimassa olevalla kuntajaolla. Tilastoraportissa julkaistaan kansalliset päätulokset.

Tilastojen vertailukelpoisuus

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto on kerätty vuosina 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 ja 2023. Tietosisältöön on kehitetty uusia indikaattoreita ja myös tehty pieniä muutoksia. Keskeinen tietosisältö, yhteensä 10 indikaattoria, on pysynyt samana. Vuonna 2015 indikaattoreita oli yhteensä 66, joista 44 oli käytössä myös vuonna 2017. Vuonna 2017 tiedonkeruulomakkeeseen lisättiin vaihtuvat teemat -osio palvelemaan esimerkiksi STM:n hallinnonalan kärkihankkeiden seuranta. Vuonna 2019 mitattiin ensimmäisen kerran kuntajohdon voimavaroja. Vuoden 2023 tiedonkeruussa voimavaroja tarkasteltiin kolmannen kerran.

Ulottuvuuksittain indikaattoreita oli vuonna 2023 seuraavasti: sitoutuminen 24, johtaminen 10, seuranta ja tarveanalyysi 10, voimavarat 2 ja osallisuus 13. Vuoteen 2021 verrattuna sitoutumiseen lisättiin kaksi indikaattoria ja johtamisesta jäi yksi indikaattori pois.

Vuonna 2023 kestävä kehityksen sitoumuksia ja -strategioita kysymystä laajennettiin. Lisäksi kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspintaa koskevia kysymyksiä tarkennettiin ja laajennettiin tuomaan esille sote-uudistuksen tuomia muutoksia. Vaihtuvat teemat -osioon lisättiin kolme uutta kysymystä. Kaksi kysymystä käsitteli kuntien ja hyvinvointialueiden välistä yhdyspintatyöstä ja yksi miten kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä linjataan kunnissa. Vaihtuvat teemat -osion kysymyksiä ei pisteytetä TEAviisariin, vaan ne toimivat kansallisen kehittämistyön tukena.

Vuonna 2023 indikaattoreita oli yhteensä 59 kappaletta, vuonna 2021 yhteensä 58 kappaletta, 2019 yhteensä 66 kappaletta, 2017 yhteensä 50 kappaletta, 2015 yhteensä 72 kpl, vuonna 2015 yhteensä 72 kpl, vuonna 2013 yhteensä 64 kpl ja vuonna 2011 47 kpl.

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

Tilasto sisältää melko kattavasti koko maan tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntien strategisen johtamisen näkökulmasta (98 % kunnista). Kattavuus nousi hieman edellisestä tiedonkeruusta (92 %). Kattavuus oli 93 prosenttia vuonna 2019, 92 prosenttia vuonna 2017, 79 prosenttia vuonna 2015, 67 prosenttia vuonna 2013 ja 58 prosenttia vuonna 2011.

Vuoden 2023 erityiskysymykset

Kaikkiaan 5 kuntaa ei toimittanut tietojaan: Kemi, Merikarvia, Muurame, Pyhärinta ja Vaala.