

Strategiatyöllä hyvinvointia? Strategiakäytäntöjen kehittyneisyys kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä



Antti Syväjärvi & Jaana Leinonen

ABSTRACT

**Strategy work promoting welfare?
The maturity of the municipal health
and welfare promotion strategy work**

Municipalities play a crucial role in health and welfare promotion. Promotion should have a strong participative, collaborative emphasis and it should be strategically oriented. The purpose of this article was to examine the practices and contents of health and welfare promotion strategy work in municipal context. Empirical data consisted of 1) 46 municipal welfare strategy documents, which were analysed using a special maturity model developed for the study and 2) 26 in-depth interviews collected from municipal managers, sector managers and municipal health coordinators and analysed using content analysis. Findings showed that strategy work is based on the limited conceptions of health and wellbeing, participation and collaboration has not been fully implemented and strategic actors are uncertain about making strategic choices. To develop the maturity of the strategy work, we suggest increasing the polyphonic and collaborative conditions with unifying leadership and with the tools of social marketing.

Key words: Health and welfare promotion, strategy work, strategy, maturity model, municipalities

JOHDANTO

Kuntien rooli hyvinvoinnin edistäjinä on merkittävä. Muun muassa kuntalaki (365/1995), kansanterveyslaki (928/2005), sosiaalihuoltolaki

(1301/2014) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittavat kuntia huolehtimaan kuntalaisten hyvinvoinnista sekä edistämään väestön terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulisi olla kuntastrateginen linjaus, jossa hyvinvointiin liittyvät kysymykset saavat läpileikkaavan huomion kaikissa toiminnoissa (Tukia ym. 2011). Jotta edistäminen olisi lainsäädännössä asetettujen tavoitteiden mukaista, onnistunutta ja vaikuttavaa, kunnilta edellytetään toimivia rakenteita ja käytäntöjä. Edellytetään myös ajantasaista ja monipuolista hyvinvoinnin tietoperustaa, yhteistyöperustaisia strategiatyön käytäntöjä, poikkihallinnollista ja monitoimijaista yhteistyötä tukevia johtamistapoja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tukevaa toimintakulttuuria.

Strategiatyön näkökulmasta yksi tärkeimmistä lähtökohdista on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen selkeä strateginen aseointi. Kuntien tulee asettaa strategisessa suunnittelussaan paikallisiin tarpeisiin perustuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet. Lisäksi kunnissa tulee tehdä aktiivista strategiyhteistyötä eri sidosryhmien kanssa tavoitteiden asettamiseksi ja saavuttamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 1326, 12§.) Edellytetään strategista orientaatiota sekä monitoimijaiseen yhteistyöhön pohjautuvia käytäntöjä, joissa myös kuntalaisten osallisuudella on tärkeä sijansa (ks. Nurmi ym. 2018; Larsen ym. 2014; Rantala ym. 2014; Hoeijmakers ym. 2007).

Kunnat ovat tehneet hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä vaihdellen ja eritasoisin orientaatioin jakautuen edistyneisiin ja alkavan tason kuntiin (Helgesen ym. 2017; Jansson &

Tillgren 2010). Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet kehittämistarpeita pitkäjänteisen poikkihallinnollisen yhteistyön vahvistamisessa, terveys- ja hyvinvointitiedon hallinnassa, kuntalaisosallisuuden hyödyntämisessä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa sekä kyvykkyydessä tehdä vaikuttavaa hyvinvoinnin edistämistyötä (Boswell ym. 2015; Larsen ym. 2014; Pettman ym. 2013). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiaprosessit ovat olleet usein johtokeskeisiä ja muodollisia ja hyvinvointistrategioiden käytännön toimintaa ohjaava rooli on jäänyt heikoksi, strategiset tavoitteet epämääräisiksi ja niiden implementointi jäsentymättömäksi (Tallareknee Grimm ym. 2013; Perttilä & Uusitalo 2007). Toisaalta tutkimukset ovat osoittaneet julkisen hallinnon organisaatioiden strategisessa johtamisessa ylipäättään olevan kehittämistarpeita. Strategioita laaditaan henkilöstöä aidosti osallistamatta ja strateginen suunnittelu asemoituu usein lähinnä kaavamaisina prosesseina jättäen strategian etäiseksi käytännön toiminnasta. (Sorsa 2011; Hendry 2010.)

Vaikka strategiatyön tärkeyttä julkisessa hallinnossa on jo pitkään korostettu ja siihen liittyvät haasteetkin tunnistettu (esim. Poister 2010), on tutkimuksellinen mielenkiinto julkisen hallinnon organisaatioiden strategiatyötä ja sen kehittämistä kohtaan ollut melko vähäistä. Tarkoituksemme on paikata tätä tutkimuksellista aukkoa kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön kontekstissa. Tutkimustehtävämme on tarkastella kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön sisältöjä, käytäntöjä ja niiden kehittyneisyyttä. Strategiatyökäytäntöjen näkökulmista kysymme, ketkä määrittävät hyvinvointistrategiaa ja millaisin strategisoinaatioin, sekä millaisin yhteistyökäytäntöin strategiaa toteutetaan. Strategiatyön sisältöjen osalta kysymme, millaiseen hyvinvointikäsitukseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyö perustuu ja missä määrin hyvinvoinnin eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävät tavoitteet strategiatyötä ohjaavat. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa kuntien strategiatyön käytännöistä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön nykytilasta ja kehittämistarpeista.

Määritämme hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntaorganisaation eri toimijoiden ja

sidosryhmien yhteistyössä toteuttamaksi eri väestöryhmien terveyteen, sosiaaliseen hyvinvointiin, osallisuuteen ja turvallisuuteen sekä elinympäristöön kohdistuvaksi tueksi ja toiminnaksi, joilla pyritään ennaltaehkäisemään ja vähentämään kansalaisten hyvinvointiin liittyviä ongelmia (Tukia ym. 2011; Perttilä & Uusitalo 2007). Strategiatyöllä tarkoitamme hyvinvointistrategian laatimiseen ja toteuttamiseen kiinnittyviä toimintatapoja ja käytäntöjä. Tutkimuksemme kiinnittyy osin käytäntöteoreettiseen näkökulmaan, erityisesti strategia käytäntönä -tarkastelutapaan, jossa strategiaa korostetaan toimintana, tekemisenä ja yhdessä tuottamisena (Vaara & Whittington 2012; Golsorkhi ym. 2010; Jarzabkowski ym. 2007).

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN STRATEGIATYÖ

Strategiatyötä käytännössä

Strateginen suunnittelu ja strategiatyön hallinta on perinteisesti katsottu olleen ylimmän johdon tehtävä. Näkemys perustuu strategiatyöstä rationaalisenä, hierarkkisenä toimintana, jossa johto määrittää toiminnan linjaukset. Myös julkisen hallinnon organisaatioissa strategiatyötä on tehty liikkeenjohdosta perityin strategiaoopin sekä managerialistisen ajattelun periaattein; johto on vastannut strategisesta suunnittelusta ja strategisista valinnoista antaen askelmerkit muulle organisaatiolle niiden toteuttamiseksi. Helin ja Möttönen (2012) sekä Sorsa (2011) ovat kritisoineet kuntien strategiatyön muodostuneen kokoelmaksi hallinnollisia rutiineja, joissa pyrkimyksenä on tehokkaasti johdettu ja hallittu strategiaprosessi, jossa sisältö unohtuu ja joka huipentuu strategiadokumentin hyväksymiseen kunnanvaltuustossa. Tällaista osallisuutta kaihettavaa strategiatyötä on kritisoitu lisäävän henkilöstön strategiavastaisuutta, sitoutumattomuutta ja johtavan epäonnistumisiin strategian implementoinnissa (Mantere & Vaara 2008). Strategiatyön muodostuminen tietyn syklein eteneväksi hallinnolliseksi, paperinmakuiseksi prosessiksi on yksi syy sille, ettei strategiatyöllä aina kyetä tuottamaan muutoksia (Pina ym. 2011) tai saavuttamaan aiottua menestystä (Andrews ym. 2009), kuten hyvinvointia kuntalaisille.

Käytäntöteoreettiseen strategiatutkimukseen kiinnittyvä Strategia käytäntönä (Strategy as Practise) -lähestymistapa kumoaa perinteiset näkemykset strategiatyöstä pyrkien ymmärtämään strategiatyöhön kiinnittyviä toimintatapoja ja todellisuutta syvällisemmin (Golsorkhi ym. 2010; Jarzabkowski ym. 2007). Lähestymistavassa korostuu se, miten strategiaa tehdään ja toteutetaan sekä millaisia dynaamisia mikrotason prosesseja ja rutiineja strategiatyöhön liittyy. Strategiatyö nähdään jatkuvana toimintana ja prosessina, jossa strategia elää ja muokkautuu aina uudelleen. Se on toimintaa, jossa strategian laatiminen ja toteuttaminen ovat osittain rinnakkaisia prosesseja. Koska strategia nähdään sosiaalisesti rakentuneena toimintana, myös strategiatoimijajoukko tulisi olla laajempi verrattuna aiempiin strategiatyön ja johtamisoppien näkemyksiin strategiatyöstä johdon velvoitteena. Strategiaa ovat johdon lisäksi määrittämässä henkilöstöorganisaation eri tasoilta sekä eri sidosryhmät.

Strategia käytäntönä -lähestymistapa nostaa osallisuuden ja yhteistyön keskeisiksi strategiatyön lähtökohdiksi (Kohtamäki ym. 2012). Lähestymistavan mukaan laajaan osallisuuteen kiinnittyvä strategiatyö rikastaa näkemyksiä organisaation toiminnasta ja sen tulevaisuudesta, mahdollistaa yhteisen strategisen identiteetin muodostumisen, vahvistaa keskinäistä luottamusta sekä herättelee organisaation jäseniä pohtimaan strategiaa osana omaa työtään. Yhdessä tekeminen sitouttaa jäseniä mahdollistaen paremman tavoitteiden saavuttamisen ja toiminnan vaikuttavuuden. (Vaara & Whittington 2012.)

Hyvinvointi ja eriarvoisuuden vähentäminen strategiatyön lähtökohtina

Kun aiemmin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyi vahva terveystavoitteisuus sekä vaikuttaminen kansalaisten yksilölliseen terveystyöskäytymiseen ja terveellisten elintapojen omaksumiseen (Karvonen & Sihto 2017), on nykyisin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perustana laajempi ymmärrys hyvinvoinnista. Taustalla ovat Ottawan julistuksen (Ottawa Charter 1986) periaatteet, joissa hyvinvointia ja terveyttä edistäviksi tekijöiksi nostetaan myös elinolot, aineelliset resurssit, ympäristö sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Ihmisen hyvinvointi rakentuu toisaalta yhteiskunnan järjes-

telmä- ja palvelutason sekä toisaalta ihmisten oman kokemus- ja elämismaailman välisessä vuorovaikutuksessa (Beck ym. 1997). Kyse on yksilötason aktiivisesta toimijuudesta oman ja yhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi sekä hyvinvoinnin sosiaalis-rakenteellisista ulottuvuuksista, kuten asuin- ja elinympäristöllisistä tekijöistä (Karvonen & Sihto 2017).

Perttilä ym. (2010) ovat hyvinvointikertomus -työryhmässään määrittäneet hyvinvoinnin ”ihmisen fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaaliseksi, emotionaaliseksi ja hengelliseksi hyväksi oloksi, joka on ihmisen itsensä, hänelle läheisten ihmisten sekä yhteiskuntapolitiikan, palvelujärjestelmän toiminnan ja lähiympäristön tulosta”. Määritelmä kytkeytyy läheisesti elämänlaadun (Quality of Life) käsitteeseen, joka puolestaan perustuu subjektiivisiin ja objektiivisiin ulottuvuuksiin. Cummins (2005) mukaan elämänlaatu koostuu aineellisesta elintasosta, yksilöiden sosiaalisista suhteista ja elämän mielekkyyden kokemuksesta sekä viihtyisästä ympäristöstä. Veenhoven (2000) perustaa elämänlaadun elinoloihin, yksilön sisäisiin voimavaroihin, hyödyksi olemisen tunteeseen sekä elämän merkitykselliseksi kokemiseen.

Määritämme tutkimuksessamme elämänlaadun neljästä ulottuvuudesta käsin Vaaraman ym. (2014) jaottelun mukaan: yksilön fyysinen terveys ja toimintakyky, yksilön psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja osallisuus sekä ympäristölliset olosuhteet, kuten turvallinen asuin- ja elinympäristö sekä palvelujen saatavuus ja toimivuus (esim. julkinen liikenne, sosiaali- ja terveysterveyst, vapaa-ajan palvelut jne.). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyö tulisi pohjautua yhtenäiseen hyvinvointikäsitteeseen ja hyvinvointikäsitteeseen tulisi puolestaan perustua edellä mainittuihin elämänlaadun ulottuvuuksiin (Syväjärvi & Leinonen 2019).

Kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tukeminen sekä näihin liittyvä eriarvoisuuden kaventaminen on nähty keskeisenä yhteiskuntapolitiittisena tavoitteena. Käsitteenä eriarvoisuudella viitataan kansalaisten välisiin hyvinvointieroihin, jotka ovat epäoikeudenmukaisia mutta tarkoituksenmukaisin yhteiskunta- ja hyvinvointipoliittisin ratkaisuin, strategisin valinnoin ja toimenpitein vältettävissä (Povlsen ym. 2011). Sipilän (2015) hallitusohjelmassa eriarvoisuu-

den vähentämistavoitteet konkretisoituivat pyrkimyksinä vahvistaa ja jalkauttaa, Health in All Policies -lähestymistavan mukaisesti, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kaikien hallinnonalojen toimintaan. Marinin (2019) hallitusohjelmassa sosiaaliseen ja sosioekonomiseen eriarvoisuuteen tartutaan muun muassa kansalaisyhteiskunnan vahvistamispyrkimyksin, kumppanuuksin sekä talous- ja koulutuspoliittisin keinoin.

Kunnat ovat tärkeitä eriarvoisuuden, kuten lasten, nuorten tai työttömäksi joutuneiden syrjäytymisuhan tunnistajia ja paikallisina toimijoina pystyvät tehokkaasti ennakoimaan eriarvoisuuteen liittyviä riskejä. Eriarvoisuuden kaventaminen olisi tärkeä tavoite kunnallisessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyössä. Se velvoittaa hallinnon ja politiikan toimijoita huomioimaan ja arvioimaan hyvinvoinnin edistämistavoitteiden ja -toimenpiteiden vaikutuksia väestöryhmien eriarvoisuuteen. Eriarvoisuuden vähentämisen näkökulmasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoimenpiteiden tulisi kiinnittyä haavoittuvassa asemassa oleviin väestöryhmiin, joskin lisäksi edellytetään huomion kiinnittämistä niihin tekijöihin, jotka rajoittavat ko. väestöryhmien hyvinvoinnin saavuttamismahdollisuuksia (Frohlich & Potvin 2008).

Hyvinvoinnin eriarvoisuuden kaventamiseen tärkeä strategia työtä vaatii realististen kaventamistavoitteiden asettamista sekä tavoitteisiin selkeästi kiinnittyvien toimenpiteiden rakentamista (Storm ym. 2011). Lähtökohtana on kyky tunnistaa eriarvoisuuden liittyvät ilmiöt ja riskitekijät. Tämä edellyttää vahvaa tietoperustaisuutta: riittävää, monipuolista ja ajantasaista hyvinvointitietoa kuntalaisista, riittäviä resursseja hyvinvointitiedon hallintaan, toimijoiden valmiuksia analysoida ja tulkita käytettävissä olevaa tietoa sekä foorumeita tiedon jalostamiseksi, yhdistelemiseksi ja hyödyntämiseksi strategiatyössä (Helgesen ym. 2017).

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Empiirinen aineisto

Olemme noudattaneet tutkimuksessamme aineistollista triangulaatiota empiirisen aineiston koostuessa kahdesta toisistaan täydentävästä ai-

neistosta. Ensimmäisen aineiston muodostavat keväällä 2017 Pohjois- ja Etelä-Karjalan sekä Keski-Suomen maakunnan ja sairaanhoitopiirien kunnista (N=46) kerätyt, koko valtuustokauden 2013–2016 kattavat laajat hyvinvointikertomukset eli kunnalliset hyvinvointistrategiat. Strategiadokumenttiaineiston yhteissivumäärä on 620 sivua. Analysoimme dokumenteista kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön nykytilaa ja kehittyneisyyttä. Tätä varten rakensimme Hyte-työn kypsyysanalyysimallin (ks. Taulukko 1).

Kypsyysanalyysi on analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata jonkin asian, ilmiön tai toiminnon edistyneisyyttä. Tarkoituksena on tunnistaa keskeisimpiä organisatorisiin toimintoihin ja prosesseihin liittyviä kehittämiskohteita sekä määrittää edellytykset ja toimenpiteet näiden kohteiden kehittämiseksi ja kehittyneemmälle kypsyystasolle siirtymiseksi (Van Looy ym. 2013). Kypsyysanalyysia on sovellettu useissa yhteyksissä, esimerkiksi arvioitaessa ja kehitettäessä informaatioteknologian käyttöönottoa ja hyödyntämistä organisaatioissa (Kabir & Lazar 2016), organisaation innovaatioprosesseja (Corsi & Neau 2015) sekä organisaatorista oppimista ja tiedolla johtamista (Bellini & Storto 2006). Tässä tutkimuksessa kypsyysanalyysi toimii välineenä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön kehittyneisyyden analysoimisessa sekä keskeisten kehittämis-kohteiden tunnistamisessa.

Toinen aineisto koostuu ko. alueiden kuntien johtaville viranhaltijoille sekä hyvinvoinnin edistämistyön vastuuhenkilöille kohdennetusta 26 yksilohaastattelusta. Syksyllä 2017 toteutetuissa haastattelussa kerättiin käsityksiä ja tulintoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen nykytilasta, sisällöistä ja strategiaperustaisuudesta. Haastattelut toteutettiin syvähaastatteluna (Johnson 2001), jolloin ne edesauttoivat laajan, kokonaisvaltaisen ymmärryksen saavuttamista ja joissa haastateltavat toimivat tärkeinä strategiatyön todellisuuden ja käytäntöjen kertojina ja merkityksellistäjinä. Lisäksi haastattelujen tarkoitus oli teoreettisen otannan periaattein (Strauss & Corbin 1991) täydentää ja testata hyvinvointistrategioiden kypsyysanalyysistä tuotettuja havaintoja.

Analysoimme litteroidut haastattelut teoriaohjaavan sisällönanalyysin periaattein (Krippen-

dorff 2013; Tuomi & Sarajärvi 2013). Ensimmäisessä vaiheessa haastattelujen analyysi eteni aineistolähtöisesti. Haastatteluaineisto käytiin riviltä läpi etsimällä ja kategorisoimalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyöhön liittyviä kuvauksia ja sisältöjä mahdollisimman laajasti. Analyysin toisessa, intensiivisemmässä vaiheessa aineistosta luodut kategoriat yhdistettiin ylätason kategorioiksi, yhtenäisemmiksi kokonaisuuksiksi. Lopuksi yhdistimme analyysimme tuottamat kategoriat tutkimustamme ohjaavaan laajempaan kehykseen, Hyte-kypsyysmallin kriteereihin (ks. Taulukko 1) sekä strategiatyön käytäntöihin ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisältöihin liittyvään teoreettiseen keskusteluun.

Hyvinvointistrategiadokumenttien kypsyysanalyysin toteutus

Kypsyysanalyysimallin kriteerit

Kypsyysanalyysi edellyttää aina toimintaa tarkastelevien ja arvioivien kriteereiden määrittämisen. Kypsyysanalyysimme perustuu kolmeen strategiatyön käytäntöihin (osallisuus, yhteistyö ja kumppanuusperustaisuus sekä strateginen orientaatio) kiinnittyvään kriteeriin sekä kahteen strategiatyön sisältöön (hyvinvointi ja eriarvoisuus) kriteeriin (ks. Taulukko 1).

Osallisuus strategian laadinnassa -kriteerissä tarkastellaan, ketkä hyvinvointistrategiaa laativat ja kuinka laajaa osallisuutta tässä hyödynnetään. Etsimme dokumenteista tietoa toimijoista, jotka strategian sisältöä, linjauksia ja tavoitteita ovat määrittämässä (Vaara & Whittington 2012; Jarzabskowski ym. 2007). Toimijoita voivat olla esimerkiksi kunnanjohtaja, toimialajohto, luottamushenkilöt sekä edustajat kunnan erisidosryhmistä mukaan lukien kuntalaiset. Tarkastelun kautta saadaan kuvaa myös siitä, ketkä eivät tässä työssä ole mukana.

Yhteistyö ja kumppanuudet -kriteerissä analysoidaan, ketkä hyvinvointistrategiaa toteuttavat ja millaisin kokoonpanoin tätä yhteistyötä tehdään (Larsen ym. 2014; Barr 2008). Haimme strategiadokumenteista ilmauksia siitä, toteutetaanko strategiaa yksittäisten sektoreiden vastuin, poikkihallinnollisena yhteistyönä tai laajempina yhteistyökumppanuuksina, joissa myös eri sidosryhmät ovat edistämisen aktiivitoimijoita.

Strategisen orientaation kriteerin avulla selvitetään, millaisia strategisia valintoja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tahtotiloja ja tavoitteita hyvinvointistrategiadokumenteissa ilmaistaan. Analyysissa kiinnitimme huomion siihen, onko strategisia valintoja ja tavoitteita määritelty ja millaisia ne ovat. Lisäksi analysoimme, miten asetetut valinnat ja tavoitteet suhteutuvat dokumentissa mahdollisesti avattuihin hyvinvoinnin ja terveyden haasteisiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää strategista orientaatiota ja strategiatoimijoilta kykyä valintojen tekemiseen. Selkeät, rajatut valinnat antavat suuntaa edistämistyölle ollen samalla ilmaisu pitkäjänteisyyteen pyrkimisestä (de Witt & Meyer 1999).

Hyvinvoinnin ja eriarvoisuuden kriteereissä tarkastellaan, kuinka laajaan hyvinvointikäsitetyseen strategiatyö pohjautuu sekä millainen huomio eriarvoisuudelle strategiatyössä kohdenetaan. Analysoimme hyvinvointikäsitetyksen laajuutta elämänlaadun käsitteen ulottuvuuksien pohjalta (Vaarama ym. 2014). Etsimme teksteistä ilmaisuja siitä, mihin elämänlaadun ulottuvuuksiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö kohdentuu: missä laajuudessa strategiadokumenttien tavoitteissa ja toimenpiteissä painottuvat kuntalaisten fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät sisällöt, sosiaalisten suhteiden ja osallisuuden vahvistaminen sekä palvelujen saatavuus ja elinympäristön kehittäminen. Eriarvoisuuden osalta analysoimme, miten väestön sosioekonominen, sosiaalinen ja terveydellinen eriarvoisuus ja siihen liittyvät riskit strategiatyössä tunnistetaan sekä missä laajuudessa eriarvoisuuden vähentäminen määrittäyty strategiseksi päämääräksi ja toimenpiteiksi.

Kypsyystasot

Kypsyysanalyysin toteutus edellyttää myös kypsyystasojen määrittämisen. Tietyn toiminnon tai prosessin kypsyyttä arvioidaan tyypillisesti 3-5 -portaisella asteikolla (Chaushi ym. 2016). Hyte -kypsyysanalyysimallimme rakentuu neljään kypsyystasoon: alkavaan, kehittyvään, hyvään ja optimaaliseen. Mitä korkeammalle kypsyystasolle kriteerit sijoittuvat, sitä kehittyneempää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyö on. Optimaalinen kypsyystaso

Taulukko 1. Hyte-työn kypsyysanalyysimalli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön kehittäneisyyden arvioimiseksi.

Kriteerit	Alkava	Kehittyvä	Hyvä	Optimaalinen
Osallisuus strategian laadinnassa	Määrittämätön Erittäin suppea Ei koordinoitu	Määritelty Rajoittunut Kapea	Organisatorinen Poikkihallinnollinen	Monitahoinen ja -tasoinen
Yhteistyö ja kumppanuudet	Olematon Eriytyneet	Siilomainen Passiivinen	Jaetun vastuullinen Organisatorinen	Kumppanuksellinen Aktiivinen Yhteisöllinen
Strateginen orientaatio	Asemoimaton	Reaktiivinen operatiivinen	Sopeutuva Johdonmukainen	Proaktiivinen Ohjaava
Hyvinvoinnin ulottuvuudet	Puuttuva Yksiulotteinen	Kaksiulotteinen	Laaja Moniulotteinen	Kokonaisvaltainen Yhdistävä
Eriarvoisuuden tunnistaminen ja aseointi	Ei tunnistettu tai toteava Ei-tavoitteellinen	Tunnistettu Epäjohdonmukainen	Tavoitteellinen Johdonmukainen	Strategisesti aseoitu Systemaattinen

ilmaisee viimeisintä kehitysvaihetta, jossa strategiatyön kehittämiseksi ei käytännössä ole tarvetta. Seuraavaksi avaan kypsyystasot esimerkinomaisesti eri kriteereiden valossa.

Alkavalla kypsyystasolla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei ole strategisesti eikä toiminnallisesti asemoitunut. Strategiatyön vastuutahot ovat ohuet tai määrittämättömät työn ollessa koordinoimatonta. Työ pohjautuu suppeaan, eriarvoisuuden huomiotta jättävään ja yksiulotteiseen, lähinnä terveystieteeseen hyvinvointikäsitteeseen. *Kehittyvällä tasolla* kunnat ovat luomassa strategisia ja toiminnallisia edistämiskäytäntöjä. Strategiatyö kiinnittyy laajemman, joskin vielä suppean asiantuntijuuden hyödyntämiseen. Toiminta on enemmän operatiivista kuin strategista ja yhteistyöperusta on kapeaa, satunnaista ja siilomaista. Käsitteiden hyvinvoinnista on lähinnä kahteen elämänlaadun ulottuvuuteen kiinnittyvä.

Hyvällä tasolla strategiatyö perustuu tavoitteiltaan ja toimenpiteiltään johdonmukaiseen strategiatyöhön. Edelliseen tasoon verrattuna leimaa-antavaa on laajemman osallisuuden (kuntaorganisaation toimialat, luottamushenkilöt) hyödyntäminen sekä vahva kuntaorganisaatorinen yhteistyöperustaisuus. Työtä tehdään poikkihallinnollisesti eri toimialojen ollessa aktiivisesti mukana. Työtä ohjaa ymmärrys hyvinvoinnin eriarvoisuuden haasteista ja riskeistä sekä edellistä kypsyystasoa laajempi hyvinvoin-

nikäsitys. *Optimaalisella tasolla* hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyö on laajaa, monitahoista kokemuserustaa hyödyntävää sekä vahvan kumppanuksellista kuntaorganisaation asiantuntijuuden ja tietoperustaisuuden yhdistyessä eri sidosryhmien voimavaroihin. Perustana on kokonaisvaltainen, kaikki elämänlaadun ulottuvuudet läpileikkaava näkemys hyvinvoinnista. Edistämisen strategiset tavoitteet ja toimintatavat muodostavat selkeän toisiaan tukevan kokonaisuuden. Leimaa-antavaa on eriarvoisuuden vähentämiseen kiinnittyminen sekä vahva proaktiivisuus, yhteisesti hyväksytyt tahtotilat ja tavoitteet.

HAVAINNOT KUNTIEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN STRATEGIAKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄNEISYYDESTÄ

Osallisuus strategian laadinnassa

Tulostemme mukaan laajempi osallisuus ja moniäänisyys jäävät vielä usein hyödyntämättä hyvinvointistrategioiden laadinnassa. Osallisuuden kriteerin osalta noin kaksi kolmasosaa (63 %) analysoidusta strategiadokumenteista sijoittuu alkavalle ja kehittyvälle tasolle (ks. Kuviot 1). Alkavan kypsyystason tilanteessa hyvinvointistrategiadokumentti tulee tehdyksi ja lainsäädännöllinen strategiatyön ja raportoinnin velvoite täytetyksi ollen kuitenkin samalla

osoitus kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön jäsentymättömyydestä. Hyvinvointistrategian valmistelu ja laadinta ovat yksittäisten tahojen, kuten nimetyin hyvinvointikoordinaattorin varassa, jolloin strategian laadinta perustuu yksittäisen toimijan jäsenitelemään tietoon hyvinvoinnin ja terveyden haasteista ja edistämistarpeista.

”Että se ei ole niin kun näyttö mistään hyvästä hyvinvointijohtamisesta, vaan se on väkisin tiristetty hyvinvointikertomus [...] se on aika lailla yksin puurrettu.” (H25)

Kehittyvällä tasolla hyvinvointistrategiaa määritetään suppean toimijajoukon kesken, yleensä kunnan johtoryhmässä, joka koostuu muutamaa henkilöä, kuntajohtajan, toimialajohdon sekä mahdollisen hyvinvointikoordinaattorin kokoonpanosta. Tällöin strategiatyö kiinnittyy kunnan ylimmän johdon ja johtoryhmän käsitteisiin ja tietoperustaan. Ohuen osallisuuden taustasyöt ovat moninaisia. Kyse voi olla siitä, ettei kuntaorganisaatiossa ole käsityksiä ja ymmärrystä toisenlaisesta tavasta tehdä strategiatyötä. Laajemman strategiatyön hyödyntäminen voidaan nähdä hankalana toteuttaa. Taustalla voivat olla juurtuneet hallinnolliset toimintatavat ja niiden tuoma turvallisuuden tunne, mutta myös osaamattomuus, kokemattomuus ja perinteiden sekä esimerkkien puute hyödyntää laajempaa osallisuutta.

Haastatteluissa korostui, kuinka laajemman osallisuuden hyödyntäminen voi aiheuttaa kuluja, hallitsemattomuutta ja strategiaproessin pitkittymistä. Osallisuuden ei myöskään katsottu välttämättä tuovan merkittävää lisäarvoa strategiatyölle. Tulokset osoittavat osallisuuden helposti jäävän muiden toimintaa korostavien arvojen, kuten hallinnon tehokkuuden ja asian- tuntuisuuden jalkoihin. (ks. Liao & Schachter 2018; Molina & McKeown 2012.) Näkemykset perustuvat perinteisiin näkemyksiin tehokkaasta työnjaosta tiukkaan aikataulutetuissa hallinnollisissa, rationaaliseen toimintaan pyrkivissä prosesseissa, joissa johto kantaa vastuun linjauksista ja muu organisaatio implementoinnista.

”Johtoryhmä työstää ja kokoaa sen, koska aika- taulu oli tiukka, meillä ei ollut mahdollisuutta siihen perustaa mitään laajaa työryhmää,

koska sellanen vaatii aina sitten pitkän työstä- misajan, jos on sellanen laaja, moniammatil- linen porukka [...] me päädyttiin, että tehdään tällä meidän olemassa olevalla. (H21)

”On siitä [laajempi osallisuus] joskus keskus- teltu. Mä en muista mihinkähän se [...] Tais olla vähän niin ku semmonen resurssiasia se- ki ja sit ku meil on vähä näistä osallistuvista keskusteluista semmonen kokemus [...] onko se kuitenkaan sitte semmonen, joka sitte niin kun ois oikeesti vaikuttava prosessi.” (H1)

Hyvälle ja optimaaliselle kypsyystasolle osalli- suuden suhteen sijoittuu 37 prosenttia hyvin- vointistrategioista. Osallisuus kiinnittyy kunta- organisaation johtoon, eri professioihin, luotta- mushenkilöihin sekä esimerkiksi vanhus- ja vammaisneuvoston, ja nuorisovaltuustojen edustajiin. Lisäksi hyödynnetään sidosryhmä- organisaatioiden, yleensä järjestöjen, toimijoi- ta. Strategiatoimijoita ovat saattaneet olla myös kuntalaiset, joiden kokemuksesta tietoa on kerätty keskustelutilaisuuksin, hyvinvointi- illoin ja työpajoin.

”Me yritetään mahdollisimman paljon osallistaa eri toimijoita [...] Meillä on ollut siellä johdos- sa sellaisia henkilöitä jo vuosien ajan, jotka on nähneet asioita jo vuosikymmeniksi eteenpäin [...] siellä on tehty sellaista systemaattista työ- tä näitten asioiden eteen.” (H9)

Hyvän ja optimaalisen tason kunnilla on vahvoja perinteitä osallisuuden edistämisestä. Taustalla ovat kuntajohdon ja luottamushenkilöjohdon myönteiset asenteet osallisuutta kohtaan (Liao & Schachter 2018) sekä vakiintunut yhtenäinen näkemys osallisuuden merkityksellisyydestä osana kuntatoimintaa.

Yhteistyö ja kumppanuudet

Yhteistyö- ja kumppanusperustaisuuden osalta alkavalle ja kehittyvälle kypsyystasolle sijoittuu 76 prosenttia hyvinvointistrategiadokumenteis- ta. Alkavalla tasolla hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvän yhteistyön ja kumppa- nuuden mahdollisuuksia ei ole lainkaan tunnis- tettu eikä avattu. Hyvinvointistrategian toteu- tuksen vastuut on määritelty yksittäisen toi-

mialan, yleensä terveydenhuollon, eriytyneelle vastuulle.

Kehittyvällä tasolla kuntaorganisaation toimialojen välinen yhteistyö ja laajemmat kumppanuudet on tunnistettu ja niiden hyödyntäminen on strategiadokumenteissa nostettu esiin pyrkimyksinä ja laajempina tavoitteina. Tavoitteiksi esitetään esimerkiksi kuntaorganisaation poikkihallinnollisen yhteistyön lisäämistä, kuten *”hyvinvointia toteutetaan poikkihallinnollisena yhteistyönä yhdessä eri toimijoiden kanssa”* (D3) tai *”sosiaalitoimessa tullaan tekemään hyvää yhteistyötä koulutoimen ja terveydenhuollon kanssa”* (D20). Tavoitteina on esitetty myös tarpeet kolmannen sektorin kanssa tehtävän yhteistyön vahvistamiselle esimerkiksi seuraavan kaltaisella maininnalla: *”edellytetään laajaa poikkihallinnollista yhteistyötä, jossa myös kolmannella sektorilla on tärkeä rooli”* (D12). Kuntalaisten rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kumppaneina on tavoitteellistettu pyrkimyksinä *”kuntalaisten omatoimisuuden edistämiseen”* (D20) tai *”kansalaisaktiivisuuden tukemiseen”* (D8), mikä on osoitus kuntalaisten voimavarojen tunnistamisesta sekä pyrkimyksistä kannustaa kuntalaisia omaehtoiseen hyvinvointitoimintaan ja osallisuuteen (ks. Majoinen & Antila 2017).

Edellä mainittuja tavoitteita ei ole kehittyvän tason strategiadokumenteissa kuitenkaan konkretisoitu varsinaisiksi toimenpiteiksi, jolloin kyse näyttäisi ennemminkin olevan sanoitetuista pyrkimyksistä yhteistyö- ja kumppanuusperustaisuuteen. Dokumenteissa esitetyissä toimenpiteissä toimialojen välinen yhteistyö näyttäytyy siilomaisena ja toimialaperustaisena – kullekin toimialalle on määritelty yksilöidyt toimenpiteet ja vastuut edistämistyöhön, eivätkä edistämistoimenpiteet kohdennu useamman toimialan väliseen yhteistyönä. Kolmannen sektorin rooli yhteistyötavoitteiden implementoinnissa avataan epäselvästi. Esimerkiksi nuorison hyvinvoinnin lisäämisen tavoitteessa kumppanuuden hyödyntäminen voidaan todeta maininnalla *”hyödyntämällä järjestöjen ja vapaaehtoistoimijoiden resurssit”* (D12) yksilöimättä sitä, mitä kyseiset resurssit ovat, keiden resurssija ne ovat ja mitkä ovat resurssien hyödyntämisen käytännöt.

Neljäsosa (24 %) analysoiduista dokumenteista sijoittuu yhteistyö- ja kumppanuusperustaisuudeltaan hyvälle tai optimaaliselle tasolle.

Tämä näkyy siten, että kuntaorganisaation toimialoille on kohdennettu selkeitä yhteistyöperustaisia toimenpiteitä tiettyjen hyvinvointihaasteiden ratkaisemiseksi. Lisäksi kolmas sektori on kiinnitetty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhdyspintatyöhön ja kuntalaisten mahdollisuuksia osallistua palveluiden suunnitteluun vahvistetaan ja kehitetään. Edistäminen näkyy toimialojen yhteisinä velvoitteina, jaettuina tavoitteina, vastuina ja toimintoina sekä toimijoiden keskinäisenä sitouttamisena.

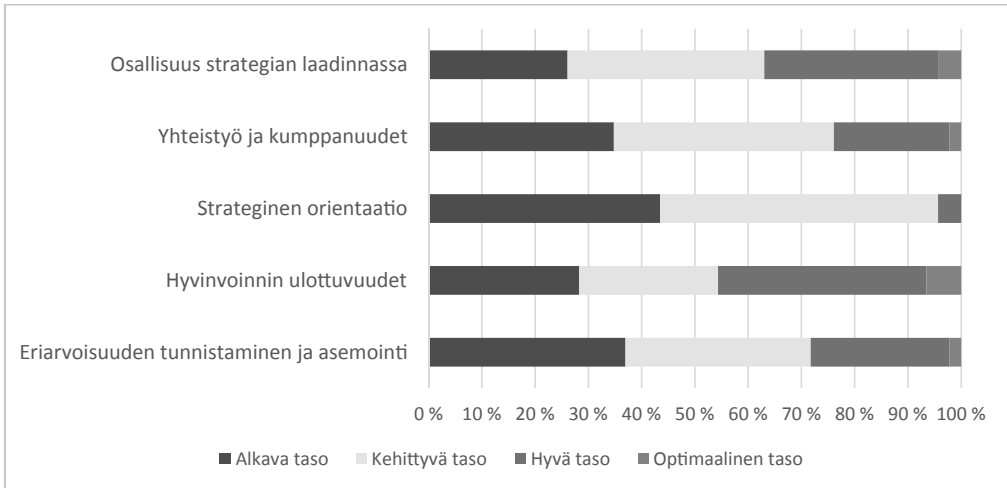
Myös haastatteluisissa korostetaan poikkihallinnollista sekä laajempaa sidosryhmäyhteistyötä. Erityisesti kolmannen sektorin voimavaroja yhteistyökumppanina arvostetaan. Haastateltavien kuvaukset järjestöjen kanssa tehtävästä yhteistyöstä määrittävät kuitenkin usein satunnaisena ja projektiperusteisena (Keast & Mandell 2012) ja myös kuntaorganisaation poikkihallinnolliseen yhteistyöhön nähdään liittyvän haasteita. Pitkään vallinneita hallinnollisia rajoja koetaan vaikeaksi täysin rikkoo (De Montigny ym. 2019), poikkihallinnollisen yhteistyön käytäntöjä ei vielä johdon taholta riittävästi tueta eikä kaikkien toimialojen rooli hyvinvoinnin edistäjinä ole selkiytynyt (Majoinen & Antila 2017).

”Kyllähän johdonkin esimerkki on niin valtava, että miten ne osoittaa sitä, että tehdäänkö asioita yhdessä.” (H22)

”Tarvitaan konkreettisia esimerkkejä yhteistyön säästöjä lisäävistä vaikutuksista, joka siten lisää haluja ja mielenkiintoa yhteistyölle”. (H6)

”Jos organisaatio on siilo-organisaatio, niin sit hommatki siiloutuu. Et jossainhan meil on tämmöset siilo-organisaatiot [...] se vähän niinku mahdollistaa sen siiloutumisen. Mut jossain kunnissahan on myllätty ne organisaatiot hyvinki erilaisiks. Ymmärrän sen mylläämisen. Mäki tykkäisin myllätä erilaisiks. Koska se vahvistais sitä ajatteluu.” (H8)

Poikkihallinnollisen yhteistyön vahvistamiseksi edellytetään yhteistyövelvoitetta sekä eri toimialojen vastuiden korostamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Lähtökohtana ovat konkreettiset esimerkit sekä sellaiset organisaattiorakenteelliset uudistukset, jotka ”pakottavat”



Kuvio 1. Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön kehittyneisyys.

yhteistyöhön (ks. Valaitis ym. 2018; Storm ym. 2011). Erittäin tärkeänä korostuu kuitenkin kuntaorganisaation virkamies- ja poliittisen johdon tuki ja kannustus yhteistyöhön. Johdon myönteinen suhtautuminen ja yhteistyöperustaisuutta vahvistavat johtamiskäytännöt ovat tärkeitä yhteistyön lähtökohtia ja tukevat yhteistyölle myönteisen toimintakulttuurin rakentumista.

Strateginen orientaatio

Hyvinvointistrategioiden strateginen orientaatio asemoituu lähes täysin joko alkavalle tai kehittyvälle (96 %) tasolle. Sekä kypsyysanalyysi että haastatteluaineisto osoittavat kunnissa olevan haasteita keskeisimpien hyvinvoinnin haasteiden määrittämisessä sekä erityisesti näiden haasteiden ykköisessä strategisiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiksi.

Alkavan kypsyystason hyvinvointistrategiat sisältävät runsaasti indikaattoritietoa kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä varsinaisten haasteiden jäädessä kuitenkin erittelemättä ja edistämisen strategiset valinnat tekemättä. Kehittyvän kypsyystason dokumenteissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategisia tavoitteita on nostettu esiin, mikä osoittaa tehdyn analyysia hyvinvoinnin ja terveyden nykytilasta. Asetetut strategiset tavoitteet ovat kuitenkin irrallisia suhteessa tunnistettuihin haasteisiin.

Osassa kehittyvälle tasolle sijoittuvia strategia-dokumenteja tyypillistä voi olla myös asetettujen tavoitteiden suuri lukumäärä, mikä tuottaa rönsyilevän ja epäselkeän vaikutelman strategisesta orientaatiosta. Yksittäisen hyvinvointistrategian strategiset tavoitteet kiinnittyvät esimerkiksi ”*moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen, eri-ikäisten toimintakykyä edistävän palveluverkoston rakentamiseen, koordinoituihin ennaltaehkäiseviin palveluihin siirtymiseen, varhaiseen puuttumiseen, työllisyyteen kiinnittyvän kumppanuuden vahvistamiseen ja työttömyyden vähentämiseen, sekä eri väestöryhmien osallisuuden, toimintakyvyn ja vireyden, vanhemmuuden sekä keskinäisen yhteisöllisyyden vahvistamiseen*” (D21). Tässä esiin nostamassamme dokumentiesimerkissä asetetut tavoitteet näyttäytyvät enemminkin julkilausumina tai toiveina asioiden tavoitetilasta, sen sijaan että ne olisivat osoitus selkeistä strategisista valinnoista ja valintojen määrittämisen taustalla olevasta systemaattisesta strategiatyöstä.

Valintojen tekemiseen liittyy monitulkintaisuutta ja kompleksisuutta (Rose & Cray 2010). Strategisten valintojen määrittäminen ja rajaaminen koetaan vaikeaksi, vaikka haastateltavat tunnistavat niiden tärkeyden. Valintojen tekemisen vaikeutta perustellaan rohkeuden puutteella, strategiatyön osaamattomuudella, ajan ja resurssien vähyydellä, hallitsemattomalla ja koordinoimattomalla moniäänisyydellä sekä

konfliktien välttämällä strategisten valintojen teossa (French & Gordon 2015). Kyse on myös pyrkimyksestä liialliseen konsensushakuisuuteen (Jalonen 2010), poikkeavien näkemysten, mielipiteiden ja riskien välttämiseen kiinnittävään kulttuuriseen toimintatapaan, jonka kääntöpuolena strateginen ote menettää merkitystään.

”Et kyllähän se on, näkyy meillä niin kun ihan päätöksenteossa asti, että just siinä, että, et on kauheen vaikee niin kun ehkä tehdä niitä rajauksia ja päätöksiä just, että mihin keskitytään, koska kuitenkin vähän halutaan niin kun kaikille kaikkee.” (H24)

”Niiden valintojen tekeminen on äärimmäisen hankalaa, et kuka sen loppupeleissä sitten [...] valintojen tekeminen on haasteellista [...], et monesti sinne laitetaan se kaikki kirjo sinne suunnitelmaan. Et uskallettaisi priorisoidakin niitä hyvinvoinnin niinku toimia [...] hyvinvointisuunnittelu on hyvin strategista ajattelua, et sitä kyllä kaivataan.” (H13)

”Ne pitäis olla selkeämmiin ja tiivistetympiin ne tavoitteet, mitä siellä on. Keskittyä nii ku johonki kunnolla eikä kerätä liikaa, liikaa asioita mitä kukaan ei nii ku muista, että mitkä ne on loppujen lopuksi ne painopisteet [...] jos siihen yrittää ympätä kaikki mahdollinen, nii ei se ohjaa sitte yhtään mitään.” (H4)

Myös heikko tietoperustaisuus hankaloittaa strategisten valintojen tekoa. Käytettävissä oleva indikaattoriperustainen hyvinvointi- ja terveystieto koetaan strategiatyön näkökulmasta vanhentuneeksi. Toinen ongelma tietoperustaisuudessa on hyvinvointi- ja terveystiedon hajanaisuus. Runsas tietomäärä on sijoittunut sirpalemaisesti erilaisiin monimutkaisiksi koettuihin tietokantoihin, joista se on työlästä hankkia ja koota yhteen. Tämän seurauksena olennaista tietoa voi jäädä havaitsematta. Lisäksi haasteltavat kokevat yksilölliset kykynsä tulkita ja ymmärtää tiedon sisältöä ja merkitystä puutteelliseksi.

”Niissä [tietokannoissa] on se ongelma, että ne laahaa pahasti jäljessä.” (H12)

”Itekin aina ahdistuu siitä asiasta, koska tietoo on niin paljon, että löydetäänkö me sieltä se oikea asia, tärkeä asia?” (H3)

”Tietetyt isot asiat, niissä nyt tiedetään, mitä pitää seurata, jos halutaan, että kunta kasvaa tai kuntalaisilla menee hyvin. Mut mitä tarkemmalle tasolle mennään, nii ainaki mulla on semmonen mielikuva, et sit häviää se ymmärrys.” (H4)

Yksilöiden osaamisesta, motivaatiosta ja käytettävissä olevista resursseista riippuu, miten laajaa ja perusteellista tiedon hankinta on, miten tietoa tulkitaan, jalostetaan, jaetaan sekä lopulta hyödynnetään strategiatyössä (esim. Helgesen ym. 2017; Chen & Hsieh 2015; Jalonen 2010). Hyvinvointitiedon hankinta ja analyysi voi olla yksittäisen toimijan, kuten hyvinvointikoordinaattorin, varassa. Kunnissa ei myöskään ole riittävästi käytössään foorumeita, joilla hyvinvointitietoa voitaisiin eri tahojen toimesta jakaa ja jalostaa yhteisiksi näkemyksiksi hyvinvoinnin ja terveyden erityishaasteista ja edistämistarpeista.

Hyvinvoinnin ulottuvuudet ja eriarvoisuuden aseointi

Noin puolet (54 %) strategiadokumenteista sijoittuu hyvinvoinnin ulottuvuuksien osalta alkavalle ja kehittyvälle tasolle. Tämä tarkoittaa strategiatyön perustumista yksilöperustaiseen, terveystietoon perustuvaan hyvinvointikäsitteeseen, jolloin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi korostuvat yksilön fyysisen ja psyykkisen terveyden ja kuntoisuuden ylläpitäminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy. Alkavan kypsyystason dokumenteissa (28 %) kuntalaisten hyvinvointi ja terveys edistetään muun muassa *”painon hallinnan tukemisena”*, *”ravitsemuskasvatuksena”* sekä *”tupakoinnin vastaisena kampanjointina”* (D13). Suppea hyvinvointikäsitteeseen on haaste myös yhteistyö- ja kumppanuusperustaisuudelle. Terveystietoon perustuva hyvinvoinnin käsite johtaa tilanteeseen, jossa myös hyvinvoinnin edistämisen vastuu kiinnittyy yksittäisen toimialan, lähinnä terveydenhuollon, vastuulle (Larsen ym. 2014; Tallarek née Grimm ym. 2013).

Hyvälle ja optimaaliselle kypsyystasolle sijoittuu 46 prosenttia hyvinvointistrategioista, mikä ilmentää, että ainakin strategiatasolla on siirrytty terveystavoitteesta käsitteestä kohti kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä hyvinvoinnista. Fyysisen ja psyykkisen terveyden edistämisen lisäksi korostuvat sosiaalisen ulottuvuuden vahvistaminen kuntalaisten osallisuutta, vaikutusmahdollisuuksia ja keskinäistä yhteisöllisyyttä tukemalla sekä ympäristöllisten ulottuvuuksien kehittäminen esimerkiksi turvallisten ja viihtyisien elinympäristöjen kautta. Haastattelut vahvistavat kypsyysanalyysimme tuloksia: kunnat eivät halua edistää hyvinvointia pelkän terveyden ehdoilla eivätkä halua myöskään leimautua pelkiksi terveyden edistäjiksi. Toisaalta käsitteet hyvinvoinnista ja sen edistämisestä ovat kunnissa vielä hakemassa muotoaan yhtenäisten, yhteisesti jaettujen käsitteiden puuttuessa.

”Siis tätä hyvinvointiahan on mitä vaan, mut just se, että se ei ole sitä sosiaali- ja terveydenhuolto.” (H16)

”Pitäis olla tietoa siitä, että mistä me puhutaan kun me puhutaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Mitä kaikkea siihen kuuluu? En varmaan ees tiedä itsekään.” (H6)

”Hyvinvointi on sellanen yläkäsite, että voi ajatella että siihen kuuluu kaikki. Mut et sen takia se onki kelvoton termi [...] tykkään siitä, et asioista puhutaan konkreettisesti eikä semmosilla höttökäsitteillä, koska silloin joku voi tarkoittaa mitä haluaa ja silloin ei oikeesti puhuta samoista asioista.” (H2)

Eriarvoisuuden asemoinnissa tulokset osoittavat, etteivät kunnat ole täysin oivaltaneet strategista hyvinvoinnin edistämisen rooliaan väestöryhmien välisen hyvinvoinnin eriarvoisuuden vähentäjinä. Eriarvoisuuden asemoinnin osalta lähes 70 prosenttia strategiadokumenteista sijoittuu alkavalle ja kehittyvälle kypsyystasolle, joka tarkoittaa, ettei kuntalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja ole strategiassa tunnistettu tai erojen kaventaminen ei kiinnity strategiseksi hyvinvoinnin edistämisen tavoitteeksi. Haastateltavat korostivat kuntien käytössä olevien mahdollisuuksien rajallisuutta eriarvoisuuden haasteiden ratkaisemisessa.

”Ei siitä oo niinku keskusteltu. Ainakaan vielä, että millä tavoin me voitais ihan oikeesti tarttua niihin epäkohtiin tai [...] vähentää sitä eriarvoisuutta.” (H16)

”Ei me niitä niinku tasan, määräänsä enempää pystytä tasaamaan. Ne lähtökohdat kun on niin erilaiset [...] se on vaan niin.” (H12)

”Se rajaaminen, että missä menee se julkisen vallan, missä kunnan vastuun raja ja yksilön vastuun raja menee. Ja että mitä voidaan kunnalta kohtuudella odottaa.” (H2)

Eriarvoisuuteen liittyvät ilmiöt tunnistetaan, mutta tulkitaan enemminkin laajempina, yhteiskunnallisina kompleksisina ongelmina, jotka edellyttävät kansallisia politiikkatoimenpiteitä sekä resursseja ja tukea paikalliselle tasolle. Myös yksilöiden omaa vastuullisuutta korostetaan. Kuntatason strategiseksi tavoitteeksi asetettu eriarvoisuuden vähentäminen nähdään osin mahdollottomana saavuttaa, eikä yksilötasolle kohdennettuja kuntatason hyvinvointitoimenpiteitä nähdä riittävän merkittävänä tai vaikuttavana hyvinvoinnin eriarvoisuuden vähentämiseksi. Kansallisella tasolla esitetyt eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävät tavoitteet eivät siis täysin konkretisoidu kuntatason pitkäjänteisenä toimintana.

Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet Barr ja kumppanit (2008) osoittaessaan kansallisen tason eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävien hyvinvointipolitiikkojen ja -tavoitteiden implementoinnin problemaattisuuden paikallisella tasolla. Kyse on kansallisten eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävien politiikkatoimien puutteesta tai niiden epäselkeydestä, sekä siitä, ettei kansallisella tasolla ole asetettu riittävän selkeitä tavoitteita tai rakennettu kansallisia kuntien toimintaa ohjaavia ja tukevia ohjelmia eriarvoisuuden vähentämiseksi. Tallarek née Grimmin ym. (2013) tutkimus osoittaa kunnissa olevan jopa vaikeuksia tunnistaa rakenteellisia hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuuteen liittyviä ilmiöitä. Kyse on kunnan käytössä olevista tietoyr. resursseista mutta Helgesenin ym. (2017) mukaan myös siitä, miten kunnat ylipäätään omaa vastuutaan ja velvoitettaan hyvinvoinnin edistäjinä jäsentävät ja priorisoivat.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Olemme tarkastelleet artikkelissamme kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia-työn käytäntöjä ja sisältöjä sekä analysoineet niiden kehittyneisyyttä. Tulokset osoittavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia-työn olevan, yksittäisiä poikkeuskuntia lukuun ottamatta, vielä melko vaatimatonta. Vaikka lainsäädäntö velvoittaa kuntia tekemään työtä osallistavasti, yhteistyötä ja kumppanuuksia hyödyntäen sekä pitkäjänteisesti selkein strategisin tavoittein, vain pienessä osassa kuntia nämä edellytykset täysin toteutuvat. Suuri osa kunnista on vasta luomassa omia käytäntöjään.

Haasteena ensiksikin on, että kunnista puuttuu yhteisesti jaettu käsitys ja ymmärrys hyvinvoinnista sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Yhteisesti jaetun hyvinvointikäsitteen puuttuessa eri hallinnonalat kokevat oman roolinsa strategia-työssä epäselvänä eivätkä työhön aktiivisesti sitoudu. Toisen haasteen muodostaa hajanainen hyvinvoinnin tietoperusta, jonka ehdoilla strategia-työtä tehdään. Monessa kunnassa ei ole riittävää osaamista eikä resursseja systemaattiseen tiedon hankintaan, tulkintaan ja jalostamiseen eikä perusteelliseen hyödyntämiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategisista painopistealueista päätettäessä. Kunnissa ei myöskään ole täysin jäsentynyttä käsitystä siitä, mikä on relevanttia hyvinvointitietoa strategia-työssä.

Kolmantena nostamme esiin yhteistyön ja osallisuuden puutteet. Hyvinvointistrategiaa laaditaan monessa kunnassa vielä varsin suppein toimijoin ja perinteisin strategia-työn käytännöin, jolloin hyvinvointistrategialla on riski jäädä irralliseksi dokumentiksi varsinaisesta käytännön toiminnasta. Strategiaa vastaavasti toteutetaan usein yksittäisten toimialojen vastuina ja usein myös yksilötoitteisen, fyysisen terveyteen painottuvaan hyvinvointikäsitteeseen pohjautuen. Yhteistyön ja kumppanuusperustaisuuden merkitys tunnustetaan ja sitä korostetaan, mutta se on harvoin konkretisoitunut aidoksi yhteistyöksi. Strategia-työssä hyödynnetyt kuntalaisten osallistamiskäytännöt noudattavat perinteisiä hallintolähtöisiä tapoja, jolloin ne eivät tavoita kaikkia väestöryhmiä. Hyvinvoinnin marginaaleihin sijoittuvat erityisväestöryhmät jäävät usein strategia-työn ulkopuolelle, mikä ei

tue lähtökohtaista ajatusta siitä, että strategia-työtä voitaisiin tehdä näiden väestöryhmien tarpeet riittävästi huomioiden.

Tärkeät strategia-työn lähtökohdat, osallisuus, yhteistyö ja kumppanuudet, nousevat aineistossamme usein esiin lähinnä tavoitteina ja odotuksina kuin konkreettisina käytäntöinä. Kyse on myös puutteellisesta tietämyksestä ja ymmärryksestä siitä, miten osallisuutta ja yhteistyötä strategia-työssä käytännössä voitaisiin edistää ja mitä näiden käytäntöjen juurruttaminen rakenteilta ja johtamiselta edellyttää. Kokonaisuudessaan tuloksemme tukevat aiempia kansainvälisiä tutkimushavaintoja muun muassa epäselvistä rooleista ja vastuista sekä edistämisen pitkäjänteisyyden ja yhteistyön puutteista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä (ks. Boswell ym. 2015; Larsen ym. 2014; Pettman ym. 2013).

Millä keinoin strategia-työn kehittyneisyyttä kunnissa voitaisiin vahvistaa? Moderni näkemys strategia-työstä perustuu dialogiin ja moniäänisyyteen, keskusteluun strategiasta. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia-työssä tulisi antaa nykyistä enemmän mahdollisuuksia vuorovaikutukselle sekä tiedon ja kokemusten vaihdannalle hyvinvoinnista johdon, kuntaorganisaation eri tasojen ja hallinnonalojen välillä mutta myös kuntaorganisaation ja eri sidosryhmien kesken. Parhaimmillaan tämänkaltainen strategia-työ mahdollistaa hyvinvointiin ja terveyteen kiinnittyvän tiedon jalostamisen ja tehokkaan jakamisen sekä kollektiiviset tiedon tuottamisen käytännöt (ks. Favoreu ym. 2016; Pina ym. 2011), ja siten tehokkaan hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien haasteiden ja ilmiöiden varhaisen tunnistamisen.

Kuntien eri väestöryhmät ovat tärkeitä strategiatoimijoita ja heille tulisi luoda räätälöityjä mahdollisuuksia osallistua tasavertaisina toimijoina hyvinvoinnista ja terveydestä käytyihin keskusteluihin. Kuntalaiset tuottavat tärkeää kokemustietoa strategia-työn perustaksi, jonka lisäksi tämänkaltainen osallistuminen tuottaa kokemuksen yhteisöllisyydestä sekä voimaantumisen tunteen hyvinvoinnin vahvistamiseksi.

Yhtä tärkeää strategia-työssä on hyvinvoinnin tahtotilojen ja strategisten painopisteiden määrittäminen. Strategisen orientaation vahvistaminen edellyttää strategisen toimijuuden tukemista mutta myös tietoperustaisuuden kehittämistä.

Tarvitaan yhtenäisempää, ajantasaisempaa ja vertailukelpoisempaa tietoperustaa hyvinvoinnin ja terveyden ilmiöiden tunnistamiseen mutta toisaalta myös jäsentyneempiä hyvinvointitiedon hallintaan liittyviä käytäntöjä, jotka mahdollistavat tiedon kollektiivisen merkityksellistämisen sekä tukevat strategisten valintojen tekemisessä.

Toimijoiden tietoisuuden lisääminen strategiatyön kehittämistarpeista on tärkeää, joskin edellytetään myös aitoa käytäntöjen ja käytäytymisen muutosta strategiatyössä. Näkemysmme mukaan sosiaalinen markkinointi (French & Gordon 2015; Higgins ym. 1999) on yksi toimintaväline käyttäytymisen muutokselle sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön käytäntöjen kehittämiseksi. Kyse on yhteisen ymmärryksen ja tietoisuuden rakentumisesta tuomalla toimijoita yhteen sekä osallisuutta ja yhteistyöperustaisuutta tukevien strategiakäytäntöjen suunnittelemisesta, toteutuksesta ja juurruttamisesta. Sosiaalisella markkinoinnilla voidaan vahvistaa ja tukea kuntalaisten käyttäytymistä ja pyrkimyksiä osallisuuteen mutta se toimii myös kunta- ja sidosryhmätoimijoiden käyttäytymisen ja asenteiden muuttamisessa. Hallinnon tulisiikin paremmin ymmärtää roolinsa ja tehtävänsä olla luomassa strate-

giatoimijalähtöisiä (kuntaorganisaation jäsenet, kansalaiset ja eri sidosryhmät) osallisuuden ja yhteistyön rakenteita sekä edellytyksiä.

Tarvitaan myös konkreettisia työkaluja, joilla kunnan tai alueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyötä voidaan arvioida ja joiden avulla voidaan jäsentää ja konkretisoida jo tehtyä edistämistyötä sekä tunnistaa siihen liittyvät kehittämistarpeet. Tutkimuksemme tarjoaa tähän yhden työkalun. Rakentamamme hyte-kypsyysanalyysimalli tarjoaa viitekehyksen tehdä myös laajempaa kunta- tai aluetason arviointia ja vertailua strategiatyöstä.

Kokonaisuudessaan tutkimus on tuottanut tietoa strategiatyön käytännöistä, tavoista ja kehittämistarpeista ja kontribuoi osaltaan toistaiseksi verraten vähäistä kuntiint kohdistuvaa strategiatyön tutkimusta sekä avaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen nykytilaa kunnissa kolmen maakunnan alueella. Jatkotutkimuksen tärkeä tehtävä voisi olla puolestaan tuottaa tietoa muun muassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyön johtamisen lähtökohdista sekä vaikuttavuuden edellytyksistä.

Artikkeli on laadittu Suomen Akatemian strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamassa PROMEQ -tutkimushankkeessa (#303615).

LÄHTEET

- Andrews R, Boyne GA, Law J, et al. (2009) Strategy formulation, strategy content and performance. *Public Management Review*, 11(1), 1–22.
- Barr, V., Pedersen, S., Pennock, M. & Rootman, I. (2008). *Health equity through intersectional action: An analysis of 18 country studies*. World Health Organization & Public Health Agency of Canada. Saatavilla osoitteesta: http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf, haettu 4.4.2019.
- Beck, W., Van Der Maesen, L. & Walker, A. (1997). *The Social Quality of Europe*. The Hague, Netherlands: Kluwer Law International.
- Bellini, E. & Lo Storto (2006). The impact of software capability maturity model on knowledge management and organisational learning: empirical findings and useful insights. *International Journal of Information Systems and Change Management*, 1(4), 339–373.
- Boswell, J., Settle, C. & Dugdale, A. (2015). Who speaks, and in what voice? The challenge in engaging the public in health policy decision-making. *Public Management Review*, 17(9), 1358–1374.
- Chaushi, A., Chaushi, B.A. & Ismaili, F. (2016). Measuring e-Government maturity: A meta-synthesis approach. *SEEU Review*, 11(2), 51–67.
- Chen, C-A. & Hsieh, C-W. (2015). Knowledge sharing motivation in the public sector. The role of public service motivation. *International Review of Administrative Sciences*, 81(4), 812–832.
- Corsi, P. & Neau, E. (2015). *Capability Maturity Model*. John Wiley & Sons.
- Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- De Montigny, J. G., Desjardins, S. & Bouchard, L. (2019). The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Glocal Health Promotion*, 26(2), 41–50.
- De Witt, B. & Meyer, R. (1999). *Strategy synthe-*

- sis. *Resolving Strategy Paradoxes to Create Competitive Advantage*. London: International Thomson Business Press.
- Favoreu, C., Carassus, D. & Maurel, C. (2016). Strategic management in the public sector: a rational, political or collaborative approach? *International Review of Administrative Sciences*, 82(3), 435–453.
- French, J. & Gordon, R. (2015). *Strategic Social Marketing*. Sage Publications: London.
- Frohlich, K.L. & Potvin, L. (2008). The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221.
- Golsorkhi, D., Rouleau, L., Seidl, D. & Vaara, E. (2010). *Cambridge Handbook of Strategy as Practice*. Cambridge University Press.
- Helgesen, M.K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(Suppl 18), 77–82.
- Helin, H. & Möttönen, S. (2012). *Kohti aurinkois-ta tulevaisuutta. Suurten kaupunkien strategiat*. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuskatsauksia nro 2/2012. Helsinki.
- Hendry, K.P., Kiel, G.C. & Nicholson, G. (2010). How boards strategise: A strategy as practice view. *Long Range Planning*, 43(1), 33–56.
- Higgins, J.W., Vertinsky, P., Cutt, J.C. & Green, L.W. (1999). Using social marketing as a theoretical framework to understand citizen participation in health promotion. *Social Marketing Quarterly*, 5(2), 42–55.
- Hoeijmakers, M., De Leeuw, E. Kenis, P. & De Vries, N.K. (2007). Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. *Health Promotion International*, 22(2), 112–121.
- Jalonen, H. (2010). Informaation välttäminen kunnallishallinnossa. *Kunnallistieteellinen Aika-kauskirja*, 38(1), 38–67.
- Jansson, E. V.G. & Tillgren, P.E. (2010). Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*, 10. Saatavilla osoitteesta: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-455>, haettu 10.5.2019.
- Jarabkowski, P., Balogun, J. & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5–27.
- Johnson, J.M. (2001). In-depth interviewing. Teoksessa Gubrium, J.E. & Holstein, J.A. (Eds), *Handbook of Interview Research. Context & Method*. (s. 103–119). Thousand Oaks: Sage.
- Karvonen, S. & Sihto, M. (2017). Terveystämien ja eriarvoisuus. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. (toim.), *Terveyst-sosiologian linjoja*. (s. 57–75.) Gaudeamus: Helsinki University Press.
- Keast, R. & Mandell, M. (2014). The collaborative push: Moving beyond rhetoric and gaining evidence. *Journal of Management and Governance*, 18(1), 9–28.
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. Thousand Oaks: Sage.
- Kohtamäki, M., Kraus, S., Mäkelä, M., & Rönkkö, M. (2012). The role of personnel commitment to strategy implementation and organisational learning within the relationship between strategic planning and company performance. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 18(2), 159–178.
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O.A. & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 649–657.
- Liao, Y. & Schachter, H.L. (2018). Exploring the antecedents of municipal managers' attitudes towards citizen participation. *Public Management Review*, 20(9), 1287–1308.
- Majoinen, K. & Anttila, A. (2017). *Hyvinvoinnin edistäminen kunnassa. Sisältö, mahdollisuudet ja haasteet*. Arttu2-tutkimusohjelman julkaisusarja nro 12/2017. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Mantere, S. & Vaara, E. (2008). On the problem of participation in strategy: A critical discourse perspective. *Organization Science*, 19(2), 341–358.
- Molina, A.D. & McKeown, C.L. (2012). The heart of the profession: understanding Public Service Values. *Journal of Public Affairs Education*, 18(2), 375–396.
- Nurmi, H., Syväjärvi, A. & Leinonen, J. (2018). Osallistava toimintaote hyvinvoinnin edistämistyössä. Teoksessa Lammintakanen, J. & Laulainen, S. (toim.): *Kohti vaikuttavaa päätöksentekoa ja johtamista hyvinvointipalveluissa*. (s. 113–126.) Publications of the University of Eastern Finland. General Series. Grano Oy: Kuopio.
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO, Geneva, 1986.
- Perttilä, K. & Uusitalo, M. (2007). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa – rakenteet ja johtaminen kehittämisen haasteena. Teoksessa Perttilä, K. & Uusitalo, M. (toim.), *Terveystämien edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005*. (s. 21–25.) Stakes. Helsinki: Valopaino oy.

- Perttilä K., Orre, S., Koskinen S. & Rimpelä, M. (2010). *Kuntien hyvinvointikertomus -hankkeen asiantuntijoiden työryhmä. Hyvinvoinnin määritelmä*. Saatavilla osoitteesta <https://www.innokyla.fi/documents/784776/31f0afb2-6eb3-4f29-9a4f-b30e9157b103>, haettu 30.4.2019
- Pettman, T.L., Armstrong, R., Pollard, B., Evans, R., Stirrat, A., Scott, I., Davies-Jackson, G. & Waters, E. (2013). Using evidence in health promotion in local government: contextual realities and opportunities. *Health Promotion Journal of Australia*, 24(1), 72–75.
- Pina, V., Toores, L. & Yetano, A. (2011). The implementation of strategic management in local governments. An international Delphi study. *Public Administration Quarterly*, 35(4), 551–590.
- Poister, T. H. (2010). The future of strategic planning in the public sector: Linking strategic management and performance. *Public Administration Review*, 70(1), 246–254.
- Povlsen, L., Borup, I.K. & Fosse, E. (2011). The concept of equity in health promotion articles by Nordic authors. A matter of some confusion and misconception. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(suppl. 6), 50–56.
- Rantala, R., Bortzt, M. & Armada, F. (2014). Intersectoral action: Local governments promoting health. *Health Promotion International*, 29(S1), 92–102.
- Rose, W.R. & Cray, D. (2010). Public sector strategy formulation. *Canadian Public Administration*, 53(4), 453–466.
- Sorsa, V. (2011). Kun strategia tuli kaupunkiin: kuntasektori strategiatyön areenana. Teoksessa Mantere, S., Suominen, K. & Vaara, E. (toim.), *Toisinajattelua strategisesta johtamisesta*. (s. 138–151.) Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Storm, I., Aarts, M.-J., Harting, J. & Schuit, A.J. (2011). Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: An explorative study on the national level. *Health Policy*, 103(2–3), 130–140.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1991). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage Publications. USA.
- Syvjärvi, A. & Leinonen, J. (2019). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyö vaatimantonta – osallisuutta ja yhteistyötä vahvistettava*. Policy Brief. Promeq-hanke. Saatavilla osoitteesta: <https://www.promeq.fi/loader.aspx?id=d78baa87-61d6-4d58-9625-7bade08b9073>, haettu 4.6.2019.
- Tallarek née Grimm, M.J., Helgesen, M.K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: Concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228–235.
- Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. (2011). *Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011*. Raportti nro 55. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2013). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaara, E. & Whittington, R. (2012). Strategy-as-Practice: Taking social practices seriously. *The Academy of Management Annals*, 2012, 1–52.
- Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. (2014). Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L. Moisio, P. & Muuri, A. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. (s. 20–39.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.
- Valaitis, R., Meagher-Stewart, D., Martin-Misener, R., Wong, S.T., MacDonald, M., O-Mara, L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*, 18(420), 1–17.
- Van Looy, A. Backer M, Poels, G. & Snoeck, M. 2013. Choosing the right business process maturity model. *Information & Management*, 50(7), 466–488.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1–39.