



Turun yliopisto  
University of Turku

# **STRATEGINEN PÄÄTÖKSENTEKO JA TIEDON HYÖDYNTÄMINEN KUNNAN HYVINVOINTIPALVELUISSA**

**- Case: Kaarinan kaupunki**

Liiketaloustiede, Johtamisen ja organi-  
soinnin pro gradu -tutkielma

Laatija:

Kirsi Koski-Pärnä

Ohjaaja:

KTT Päivikki Kuoppakangas

4.4.2018

Pori



Turun kauppakorkeakoulu • Turku School of Economics

Turun yliopiston laatu­järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

## Sisältö

1	JOHDANTO .....	5
1.1	Tutkimuksen taustaa.....	5
1.2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymykset ja rajaukset .....	8
1.3	Tutkimuksen rakenne .....	9
2	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	10
2.1	Tutkimuksen tieteenfilosofiset, metodologiset ja strategiset lähtökohdat ...	10
2.2	Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu .....	11
2.3	Aineiston analyysi .....	14
2.4	Tutkimusprosessi.....	16
3	TIETOA KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUISTA JA NIIDEN KUSTANNUKSISTA, KÄYTÖSTÄ JA TARPEESTA.....	17
3.1	Tutkimuksen käsitteitä .....	17
3.2	Kaarinan kaupunki ja hyvinvointipalvelujen vastualueet, kustannukset ja käyttö.....	20
3.2.1	Hyvinvoinnin edistäminen .....	23
3.2.2	Kotihoito- ja vanhuspalvelut.....	27
3.2.3	Perhe- ja sosiaalipalvelut .....	30
3.2.4	Terveyspalvelut.....	35
3.3	Väestö ja hyvinvointipalvelujen tarve.....	41
4	STRATEGINEN PÄÄTÖKSENTEKO JA TIEDON HYÖDYNTÄMINEN KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUISSA.....	47
4.1	Tutkimuksen käsitteitä .....	47
4.2	Tieto kunnassa.....	50
4.2.1	Tiedon hallinta ja tiedonluonti .....	50
4.2.2	Tiedon tuottaminen, hyödynnettävyys ja luotettavuus .....	53
4.3	Päätöksenteko kunnassa .....	59
4.3.1	Päätöksenteon teoriaa.....	59
4.3.2	Kunnallinen päätöksenteko .....	63
4.4	Strateginen päätöksenteko ja tiedon hyödyntäminen kunnassa .....	71
4.4.1	Strategia päätöksenteon suuntana .....	71
4.4.2	Strateginen päätöksenteko kunnassa.....	76
4.4.3	Tiedon hyödyntäminen strategisessa päätöksenteossa.....	80
5	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	92

5.1	Tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja kehittämisehdotuksia .....	92
5.1.1	Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut, kustannukset, käyttö ja tarve .....	93
5.1.2	Strateginen päätöksenteko ja tiedon hyödyntäminen Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa .....	100
5.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	105
5.3	Jatkotutkimusaiheet.....	107
LÄHTEET.....		109
LIITE 1	PALVELUTASORAPORTTI.....	127
LIITE 2	TEEMAHAASTATTELURUNKO .....	221
LIITE 3	SAATEKIRJE .....	222
LIITE 4	HAASTATTELUT .....	223

## KUVIOLUETTELO

Kuvio 1	Tämän pro gradu -tutkimuksen metodologiatypologia .....	12
Kuvio 2	Tämän pro gradu -tutkimuksen aineiston analyysitavat.....	14
Kuvio 3	Tämän pro gradu -tutkimuksen tutkimusprosessi .....	16
Kuvio 4	Kaarinan kaupungin virasto-organisaatio vuonna 2015 .....	20
Kuvio 5	Tiedon, strategian ja päätöksenteon yhteys .....	47
Kuvio 6	Tiedon hallinnan prosessimalli.....	51
Kuvio 7	Tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa .....	81

## TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1	Asukasmäärän arvioitu kehitys vuoteen 2030.....	42
Taulukko 2	Väestön ikärakenne .....	42
Taulukko 3	Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakenne v. 2014 ja väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä .....	43

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuksen taustaa

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan Suomi on jakautunut kuntiin. Kuntien hallinnon pitää pohjautua kuntalaisten itsehallintoon. Kuntalaissa (365/1995) säädetään kuntien tehtävistä ja hallinnon yleisistä periaatteista. Suomessa kunnat vastaavat hyvinvointipalvelujen järjestämisestä sekä suuresta osasta niiden tuotannosta ja rahoituksesta. Kunnat ovat yhteiskunnallista valtaa käyttäviä hallinnollisia yksiköitä, jotka toteuttavat tehtäviä, joita valtio niille antaa. (Lillrank 2008, 363.) Kuntien tehtävänä on pääasiassa kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen, sillä kunnat palvelevat ihmisten kokonaisyhyvinvointia (Hiironniemi 2013, 53).

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja siihen liittyvistä lakisääteisistä tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään sosiaalihuollon tehtävistä, joista kunnan tulee huolehtia. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan ”*kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin*”. Terveydenhuoltolaissa on myös säädetty muun muassa velvoite kunnille noudattaa Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhdessä valmistelemissä yhtenäisen hoidon perusteita. Terveydenhuoltolain nojalla STM ja THL laativat yhtenäiset hoidon perusteet, joiden täyttymistä THL valvoo ja arvioi kunnissa ja kuntayhtymissä. (Hiironniemi 2013, 42.)

Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä. Kuntalain (365/1995) mukaan kunnan tulee hoitaa lain vaatimat tehtävät joko itse tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa. Kunta voi myös hankkia tehtävien hoitamisen edellyttämiä palveluja muilta palveluntuottajilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa (733/1992) säädetään toiminnan järjestämis- ja muodoista. Lainsäädännössä ei täsmennetä palvelujen saantiehtoja, lukuun ottamatta kuntien erityistä järjestämisvelvollisuutta koskevaa sääntelyä. Palvelujen saanti määräytyy palvelutapahtumassa tehtävän ammatillisen harkinnan ja sen jälkeisen päätöksenteon kautta. (STM 2013b, 13, 15.) Kuntien itsehallintoon perustuen, kunnilla on harkintavaltaa, miten se toteuttaa laissa säädetyt tehtävät. Kunnan tulee toteuttaa tiettyjä palveluja ja tehtäviä, jotka on määritelty laissa terveyden edistämisen ja perusterveydenhuollon osalta. Lähes puolet (47 %) kuntien tehtävistä muodostuu peruspalveluista ja muista hyvinvointipalveluista. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tehtävistä 60 % kohdistuu kuntalaisiin tai eri kohderyhmiin kuten lapsiin, nuoriin, vanhuksiin ja vammaisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön toimialan tehtävät aiheuttavat kunnille suurimmat kustannukset. (Hiironniemi 2013, 40–48.)

Kuntien toiminta ja niiden toimintaympäristöt ovat voimakkaassa muutoksessa. Eri-  
laiset uudistukset ovat näkyneet varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa, joka on strate-  
gisesti kunnan toiminnan keskeisimpiä tehtäväalueita. (Niiranen ym. 2013, 13.) Valtio on  
lisännyt kuntien tehtäviä parin viimeisen vuosikymmenen aikana. Samaan aikaan kuntien  
asukasmäärät ja asukkaiden ikärakenne ovat muuttuneet. (Meklin & Pukki 2017, 38.) So-  
siaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen on välttämätöntä (VM 2012a,  
76) ja sosiaali- ja terveystaloudet ovatkin tällä hetkellä suurten muutosten alaisena. Muu-  
tosta ohjaavat valtakunnalliset hankkeet. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 46.) Hallituk-  
sen esittämän maakunta- ja sote -uudistuksen tarkoituksena on luoda julkiselle sosiaali-  
ja terveydenhuollolle uudenlainen palvelurakenne. Uuden palvelurakenteen mukaan jul-  
kisen sosiaali- ja terveydenhuollon uusi palvelurakenne perustuu kuntaa suurempiin maa-  
kuntiin. Jokainen kunta kuuluu johonkin maakuntaan. Sote-uudistuksessa vastuu palve-  
lujen järjestämisestä siirtyy kunnilta 18 uudelle maakunnalle. (Maakunta- ja sote -uudis-  
tus 2018.)

Sote-uudistuksen tavoitteena on taata koko maahan yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja  
laadukkaat sosiaali- ja terveystaloudet. Sote-järjestäjän väestöä kasvattamalla vähenne-  
tään huomattavasti väestön palvelutarpeeseen ja rahoituskykyyn liittyviä kuntien välisiä  
eroja. (VM 2012a, 76.) Sote-uudistuksella halutaan vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuol-  
lon peruspalveluja. Myös palvelu- ja hoitoketjujen sujuvuutta halutaan parantaa. Uudis-  
tuksen myötä palveluja voitaisiin toteuttaa uusilla tavoilla vaikuttavasti ja kustannuste-  
hokkaasti. (STM 2015.) Palvelujärjestelmän uudistamisessa olennaisinta on sosiaalihuol-  
lon ja terveydenhuollon integrointi. Sen lisäksi tärkeää on yhdistää perustason ja erityis-  
tason tehtäviä samaan rakenteeseen mahdollisimman kattavasti. Ikääntyneiden palvelujen  
uudenlainen haltuunotto on erityisen tärkeää. (VM 2012a, 76.) Sote-uudistuksen yksi ta-  
voite on kustannusten kasvun hillintä. Sote-uudistuksen myötä kustannuspaineet kohdis-  
tuvat maakuntiin palvelujen järjestäjänä. (Meklin & Pukki 2017, 74.) Ikääntyvien määrän  
kasvun ja palvelutarpeen lisääntymisen vuoksi nykyisillä resursseilla ei kyetä vastaamaan  
jatkuvasti kasvavaan palvelutarpeeseen. Tietoon pohjautuvaa arviointia tarvitaan palve-  
lujen kehittämiseen. (STM 2014, 3.) Kunnissa on yhä tärkeämpää myös se, minkä laatui-  
sia palvelut ovat ja ovatko ne yhteneväiset kunnan strategioiden kanssa (Meklin ym.  
2009, 185).

Kunnissa palvelujen saatavuudesta vastaa poliittinen päätöksentekojärjestelmä (Lam-  
mintakanen & Rissanen 2011, 55). Kuntajohtamiseen liittyy erilaisten muutosten myötä  
paljon uudenlaisia haasteita. Kuntien toimintaympäristöt ovat erilaisia ja kunnissa järjes-  
tetään palveluja eri tavoin, jotta palvelutarpeiden, talouden ja valtionohjauksen muutok-  
siin voidaan vastata. Taloudellisen tehokkuuden vaatimukset ja hyvinvoinnille asetetut  
tavoitteet tuovat erilaisia odotuksia kunnille ja johtamiselle. (Engblom-Pelkkala 2013, 3.)  
Rakenteelliset muutokset vaativat uudenlaista osaamista ja johtajuutta kuntien hallin-  
noilta. Johtamis- ja työskentelymenettelyjä tulee uudistaa. (Ollila 2013, 572.) Käynnissä

olevien muutosten myötä kunnissa mietitään uusia toimintatapoja ja uudenlaisia johtamisjärjestelmiä sekä päätöksenteon malleja, sillä kunnalliseen päätöksentekoon liittyy haasteita. Kunnan poliittisen ja toiminnallisen johdon, poliittisten ryhmien ja eri ammattiryhmien erilaiset toisistaan poikkeavat näkemykset saattavat vaikeuttaa päätöksentekoa. Kunnan hallinnon tulee kuitenkin pyrkiä toimimaan yhdessä strategisen toiminnan tavoitteiden saavuttamiseksi. Tarvitaan vahvaa poliittista ja ammatillista osaamista, jotta palveluille asetetut tavoitteet saavutetaan. Yhteiskunnallisten muutosten vuoksi kunnan poliittiselta ja operationaaliselta johdolta odotetaan yhä tiiviimpää yhteistyötä. (Niiranen ym. 2013, 9, 13–14.) Kuntien hyvä johtamisosaaminen parantaa palveluiden toimivuutta ja lisää niiden tuottavuutta (Ollila 2013, 572).

Organisaatio hyödyntää tietoa strategisesti kolmeen tarkoitukseen: toimintaympäristön muutosten ymmärtämiseen, uuden tiedon luomiseen innovaatioihin ja tehdäkseen päätöksiä toimintaan liittyen (Choo 1996, 329). Strategisessa päätöksenteossa tiedon hyödyntäminen on tärkeää (Lesca & Lesca 2014, 3) ja strategisten päätösten tueksi johtajalla tulee olla olennaista strategista informaatiota (Ansoff 1981, 169). Tiedon hyödyntämiseen ja luotettavuuteen liittyy kuitenkin monia haasteita. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 12). Keskeistä kuntien päätöksenteossa on se, millaiseen, mistä saatuun ja millä tavoin valmisteltuun tietoon päätöksiä perustetaan (Niiranen ym. 2013, 14).

Tämä tutkimus oli luoteeltaan tapaustutkimus eli case study. Tutkimuksen case organisaationa toimi Kaarinan kaupunki ja tutkimus tehtiin toimeksiantona. Aloite toimeksiantolle tuli Kaarinan kaupungin perusturvalautakunnalta. Kaarinan kaupungissa ei haluta odotella maakunta- ja sote -uudistuksen toimeenpanoa vaan kunnan toimintaa, palveluita ja päätöksentekoa halutaan jatkuvasti kehittää. Tässä tutkimuksessa tehtiin analyysi Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista. Tutkimuksessa tuotettiin Kaarinan kaupungille tietoa kunnan hyvinvointipalveluista, niiden kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta kunnan päätöksenteon tueksi. Aineistona tässä tutkimuksessa käytettiin terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkanet -tietokannasta poimittuja kuntakohtaisia tilastotietoja sekä aiheeseen liittyviä raportteja ja kirjallisuutta. Tutkimuksessa valittiin vertailuun Kaarinan lisäksi koko maa, Varsinais-Suomi, Lieto, Raisio, Nokia ja Turku. Vertailuun valittiin samat alueet ja kunnat, joita Kaarinan kaupunki on käyttänyt hyvinvointikertomuksessaan (2013–2016). Vertailussa on mukana myös muita kuntia (Rusko ja Naantali) silloin, kun lähteenä on käytetty jotakin muuta lähdettä kuin Sotkanet -tietokantaa. Hyvinvointipalveluiden analyysin valmistuttua Kaarinan kaupungille palautettiin siitä erillinen palvelutasoraportti (Liite 1).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin lisäksi strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa haastatteleamalla hyvinvointipalvelujen päätöksenteosta vastuullisia luottamushenkilöitä ja johtajia. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää Kaarinan kaupungin päätöksenteossa ja hyvinvointipalvelujen johtamisessa.

## 1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymykset ja rajaukset

Tutkimus tehdään toimeksiantona Kaarinan kaupungille. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluja sekä strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä kaupungin hyvinvointipalveluissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista, niiden kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta sekä strategisesta päätöksenteosta ja tiedon hyödyntämisestä hyvinvointipalveluissa. Tässä tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää Kaarinan kaupungin päätöksenteossa ja hyvinvointipalvelujen johtamisessa. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) *Minkälaisia Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut ovat?*
  - Hyvinvointipalvelujen kustannukset, käyttö ja tarve
- 2) *Minkälaista Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen strateginen päätöksenteko on?*
- 3) *Miten ja millaista tietoa hyödynnetään Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen strategisessa päätöksenteossa?*

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena on Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut. Mielenkiinnon kohteena ovat hyvinvointipalvelujen kustannukset, palvelujen käyttö ja tarve tulevaisuudessa. Palvelujen laadun arviointi ja vertailu rajattiin pois, sillä laadunarviointia varten tulisi muun muassa tutkia tarkemmin asiakasnäkökulmaa asiakaskyselyillä ja potilaspalautteilla, palvelujen odotusaikoja ja hoitoon pääsyä, henkilökunnan osaamista ja palvelujen vaikuttavuutta (ks. Koivuranta-Vaara 2011, 9–15). Näin laajaan kartoitukseen ei tämän tutkielman osalta ollut mahdollisuutta. Tutkimuksen tilaajan, Kaarinan kaupungin, pyynnöstä myös erikoissairaanhoidon rajattiin pois tämän tutkimuksen tarkastelusta.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena on myös Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen strateginen päätöksenteko ja tiedon hyödyntäminen. Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana toimi strateginen johtaminen, erityisesti sen osa-alue strateginen päätöksenteko. Teoreettisena lähtökohtana toimi myös tiedolla johtaminen tiedon hallinnan, erityisesti tiedon hyödyntämisen näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaan tietoa, kunnallista päätöksentekoa, strategiaa, strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa. Strategista päätöksentekoa tarkastellaan sekä yksilön, että kunnan näkökulmasta, mutta yksilön päätöksenteon vaiheiden tarkastelu on rajattu tässä tutkimuksessa pois. Tutkimuksessa tarkastellaan myös, miten tiedon hallinnalla voitaisiin tukea tiedon hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa. Tässä tutkimuksessa tiedon



hyödyntämisen tarkastelussa apuna käytetään Choon (1995) tiedonhallinnan prosessimal-  
lia. Choon (1995) mukaan tiedon hallinnan prosesseja ovat tiedon tarpeiden tunnistami-  
nen, tiedon hankkiminen, tiedon järjestäminen ja tallentaminen, tietotuotteiden ja -palve-  
luiden kehittäminen, tiedon jakaminen ja tiedon hyödyntäminen. Prosessin seurauksena  
organisaation toimintaa voidaan muuttaa. Tiedon tarpeiden tunnistamisen yhteydessä tar-  
kastellaan, mitä ja millaista tietoa strategisessa päätöksenteossa tarvitaan. Tiedon hank-  
kimisen osalta tarkastellaan, mistä ja millaista tietoa strategisen päätöksenteon tueksi han-  
kitaan. Tiedon järjestämisen ja tallentamisen osalta mietitään kunnan tietojärjestelmiin  
liittyviä asioita. Tiedon jakamisen osalta tarkastellaan, miten tietoa jaetaan ja luodaan.  
Tiedon hyödyntämisen osalta tässä tutkimuksessa tarkastellaan, miten ja millaista tietoa  
strategisessa päätöksenteossa hyödynnetään.

### 1.3 Tutkimuksen rakenne

Tämä tutkimus koostuu viidestä pääluvusta. *Ensimmäisessä luvussa* eli johdannossa esi-  
tellään tutkimuksen taustaa, tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset, joi-  
hin tutkimus pyrkii vastaamaan. Tutkimuksen *toisessa luvussa* kerrotaan tämän tutkimuk-  
sen toteutuksesta, tieteenfilosofisista, metodologisista ja strategisista lähtökohdista. Li-  
säksi toisessa luvussa käsitellään tutkimuksen tutkimusmenetelmät, aineistonkeruu ja -  
analyysi.

Tutkimuksen *kolmannessa luvussa* tarkastellaan Kaarinan kaupungin hyvinvointipal-  
veluja vastuualueittain Sotkanet -tietokannasta poimittujen tilastotietojen avulla. Erikois-  
sairaanhoito rajattiin toimeksiantajan pyynnöstä pois tarkastelusta. Tutkimuksessa on py-  
rittä arvioimaan ja vertailemaan Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen kustannuk-  
sia, käyttöä ja tarvetta. Tutkimuksessa valittiin vertailuun Kaarinan lisäksi koko maa,  
Varsinais-Suomi, Lieto, Raisio, Nokia ja Turku. Vertailuun valittiin samat alueet ja kun-  
nat, joita Kaarinan kaupunki on käyttänyt hyvinvointikertomuksessaan (2013–2016).

Tutkimuksen *neljännessä luvussa* tarkastellaan tämän tutkimuksen kolmea lähtökoh-  
taa: tietoa, strategiaa ja päätöksentekoa. Luvussa pyritään arvioimaan strategista päätök-  
sentekoa ja tiedon hyödyntämistä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa. Viimei-  
sessä luvussa, *luvussa viisi*, on yhteenveto tuloksista, johtopäätöksiä, kehittämis ehdotuk-  
sia, tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa sekä esitetään jatkotutkimusai-  
heita. Tutkimuksen lopussa on tutkimuksessa käytetyt lähteet ja liitteet.

## 2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 2.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset, metodologiset ja strategiset lähtökohdat

Filosofisten lähtökohtien ymmärtämistä pidetään tärkeänä tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimus pohjautuu piileviin oletuksiin muun muassa ihmisestä, maailmasta ja tiedonhankinnasta. Näitä oletuksia voidaan nimittää filosofisiksi perusoletuksiksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 125.) Tieteenfilosofiset suuntaukset ovat tiedon ja todellisuuden luonteeseen liittyviä tieteellisiä ajattelutapoja ja maailmankatsomuksia, joihin muut tutkimuksen menetelmälliset valinnat perustuvat. Tieteenfilosofiat toimivat tutkimusstrategioiden sekä aineistonkeruu- ja aineistonanalyysimenetelmien perustana. (Koppa 2018.) Empiirisen tutkimuksen lähtökohtana on joko positivismi tai fenomenologia (Hirsjärvi ym. 2007, 125). Positivismi on laaja-alainen tieteenfilosofinen suuntaus, jossa tiedon tuottamisessa korostetaan mahdollisimman objektiivisiä mittauksia määrällisten muuttujien avulla. Fenomenologisessa tieteenfilosofisessa suuntauksessa korostetaan subjektiivisuutta ja ihmisen havaintoihin ja kokemuksiin perustuvaa tiedon tuottamista. (Koppa 2018.)

Metodologia tarkoittaa yleistä lähestymistapaa tutkia tutkimusaihetta (Metsämuuronen 2009, 215). On olemassa laadullista eli kvalitatiivista ja määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta (Hirsjärvi ym. 2007, 131; Räsänen 2005, 85). Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia asioita, vaikka ne ovat monessa mielessä erilaisia (Räsänen 2005, 85, 99). Kvantitatiivinen lähestymistapa pohjautuu positivistiseen tai postpositivistiseen tieteen ideaaliin. Kvalitatiivinen lähestymistapa sen sijaan pohjautuu eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseen käsitykseen tieteestä. (Metsämuuronen 2009, 220.) Eksistentiaalisismi korostaa subjektiivisuutta ja yksilön kokemuksen ainutlaatuisuutta. Hermeneutiikka korostaa tiedon tuottamista kuvaamalla asioiden sekä niiden kontekstien välisiä yhteyksiä. Tärkeää siinä on merkityksiä sisältävien kokonaisuuksien tulkinta ja ymmärtäminen. (Koppa 2018.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa teorioita pyritään testaamaan deduktiivisesti, kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa induktiivinen päättely on keskeisessä asemassa (Räsänen 2005, 87). Deduktiivinen tieteenfilosofinen päättely etenee yleiseltä, teoreettiselta tasolta yksityiskohtiin. Induktiivinen päättely sen sijaan etenee yksityiskohdista yleistämiseen. (Grönfors 2011, 14–15.)

Kvantitatiiviset menetelmät ovat tutkimusmenetelmiä, joiden avulla käsitellään luvuin ilmaistua aineistoa (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 12). Kvantitatiivinen tutkimus nähdään usein objektiivisuuteen pyrkivänä toimintana eli tutkittavia ilmiöitä lähestytään ulkoapäin havainnoiden ja tutkijan vaikutus tutkimuskohteeseen on vähäinen (Räsänen 2005, 86–87). Kvalitatiiviset menetelmät ovat tutkimusmenetelmiä, joilla tutkitaan

ilmiöille niiden omassa ympäristössä annettuja sisältöjä ei-matemaattisen aineiston avulla (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 12). Kvalitatiivinen tutkimus nähdään subjektiivisena toimintana, jossa tutkija on tärkeä osa tutkimuskohdettaan (Eskola & Suoranta 1998, 16–17; Räsänen 2005, 87). Tutkimuksen lähestymistapaa valitessa tutkijan on kyettävä toimimaan loogisesti valintojensa suhteen ja perusteltava valintojaan uskottavasti (Kallio 2006, 528). Tässä tutkimuksessa yhdistettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista lähestymistapaa, joten tutkimus pohjautuu sekä positivistiseen että fenomenologiseen tieteenfilosofiaan.

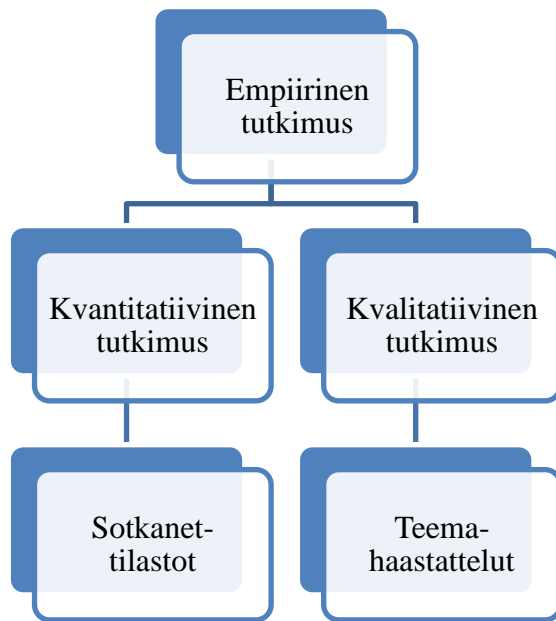
Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus, ja tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimusstrategia tarkoittaa tutkimuksen menetelmällisten valintojen kokonaisuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 128, 133.) Tämän tutkimuksen tutkimusstrategiaksi valittiin tapaus-tutkimus eli case study. Yksittäiseen tapaukseen kohdistettua tutkimusta kutsutaan tapaus-tutkimukseksi (Hirsjärvi ym. 2007, 130). Tapaus-tutkimukseen liittyy epistemologinen kysymys: mitä yhdestä tapauksesta voidaan oppia? Tapaus-tutkimus on kyseisestä tapauksesta oppimista ja tapauksen ymmärtämistä eikä niinkään sen yleistämistä. (Metsämuuronen 2009, 223.) Tapaus-tutkimuksen ajatellaan yleensä rajoittuvan siihen yksikköön, joka on valittu tutkimuskohteeksi, eikä tämän pohjalta voida tehdä yleistäviä johtopäätöksiä muihin samankaltaisiin yksiköihin (Räsänen 2005, 87). Tällainen tulkitseva tutkimus ei sisällä yleisiä säännönmukaisuuksia vaan pikemminkin yksityiskohtia, joiden merkitystä voi arvioida myös muissa samantyyppisissä tapauksissa (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 175).

Tässä tutkimuksessa kyseessä oli toimeksianto Kaarinan kaupungilta, joten tutkimusstrategian valinta oli perusteltua. Tässä tutkimuksessa yhdistyivät sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimusote. Tutkimuksen kvantitatiivisessa osassa tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluja ja tuottaa tietoa hyvinvointipalvelujen kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta hyvinvointipalvelujen strategisen päätöksenteon tueksi. Kaarinan kaupungille toimitettiin tästä myös erillinen palvelutasoraportti (Liite 1), johon tässä tutkimuksessa jatkossa viitataan viitteellä Koski-Pärnä (2015). Tutkimuksen kvalitatiivisessa osassa tavoitteena oli kuvailla strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa.

## **2.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu**

Metodologisella kysymyksellä tarkoitetaan sitä, miten saadaan tietoa siitä, minkä ajatellaan olevan tiedettävissä. Ensin ratkaistaan, millaisella metodologialla tietoa voitaisiin saada. Sen jälkeen valitaan metodi eli tutkimusmenetelmä, joka soveltuu metodologiaan. (Metsämuuronen 2009, 217; Raunio 1999, 27.) Usein tapaus-tutkimuksessa aineistoa kerätään monia tutkimusmenetelmiä käyttämällä (Hirsjärvi ym. 2007, 131; Metsämuuronen

2009, 222–223). Yleensä tutkija kerää itse aineistonsa, mutta on mahdollista käyttää myös valmista aineistoa eli sekundaariaineistoa. Valmista aineistoa voivat olla esimerkiksi yleiset tilastot ja tilastorekisterit sekä tilastotietokannat. Myös arkistojen materiaalit tai aikaisemmat tutkimusmateriaalit voivat olla valmista aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 181–184.) Valmiit aineistot ovat harvoin sellaisessa muodossa, että niitä voisi hyödyntää suoraan tutkimuksessa (Heikkilä 2010, 18). Tässä tutkimuksessa yhdistettiin kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote. Metodeina tässä tutkimuksessa käytettiin Sotkanet -tilastoja ja teemahaastatteluja. Kuviossa 1 on esitetty tämän tutkimuksen metodologiatypologia.



Kuvio 1 Tämän pro gradu -tutkimuksen metodologiatypologia (vrt. Kallio 2006, 518)

Kuvion 1 mukaan tässä tutkimuksessa yhdistettiin kvantitatiivista (Sotkanet-tilastot) ja kvalitatiivista (teemahaastattelut) tutkimusta. Tämän tutkimuksen kvantitatiivisena aineistona käytettiin valmista aineistoa. Aineistona käytettiin Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkanet -tietokannasta poimittuja kuntakohtaisia tilastotietoja. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet sisältää olennaisia väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevia tietoja Suomen kunnista. Tietoja on saatavilla vuodesta 1990 lähtien. Sotkanet on kehitetty sosiaali- ja terveysalan päättäjien ja asiantuntijoiden suunnittelun, seurannan ja päätöksenteon tueksi. Sotkanet -palveluun päivitetään vuosittain uusimmat saatavilla olevat tiedot. Tiedot on yhdistetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja muiden pääasiallisten tiedontoimittajien kuten Tilastokeskuksen ja Kelan tilasto- ja rekisteriaineistoista. (Sotkanet 2013.)

Tässä tutkimuksessa Sotkanet -tilastojen avulla tehtiin analyysi Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista. Analyysissa vertailtiin hyvinvointipalvelujen kustannuksia, käyttöä ja tarvetta. Aineisto kerättiin siten, että hakukenttään syötettiin indikaattori joko vapaahauulla tai valittiin se suoraan valintalistasta siten, että pyrittiin valitsemaan tutkimuksen kannalta olennaisia indikaattoreita. Tutkimuksessa oli tavoitteena tuottaa tietoa Kaarinan kaupungin kaikista hyvinvointipalveluista, joten keskeisimpiä indikaattoreita pyrittiin valitsemaan kaikista hyvinvointipalveluista. Tämän jälkeen valittiin alue, josta tiedot haluttiin. Tässä tutkimuksessa valittiin vertailuun Kaarinan lisäksi koko maa, Varsinais-Suomi, Lieto, Raisio, Nokia ja Turku. Vertailuun valittiin samat alueet ja kunnat, joita Kaarinan kaupunki on käyttänyt hyvinvointikertomuksessaan (2013–2016). Analyysin vertailussa on mukana myös muita kuntia (Rusko ja Naantali) silloin, kun lähteenä on käytetty jotakin muuta lähdettä kuin Sotkanet -tietokantaa. Alueen valinnan jälkeen Sotkanet -tietokannasta valittiin vuodet, joilta tiedot haluttiin. Tässä tutkimuksessa tiedot haettiin vuosilta 2003–2014. Tutkimushetkellä tilastoja löytyi enimmäkseen vain vuoteen 2013 asti. Tilaston keräystiedot ja tilaston sisältö tarkistettiin jokaisen käytetyn indikaattorin info-osasta. Näiden aineistojen ja muiden tutkimuksien avulla tehtiin analyysi Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista ja tuotettiin Kaarinan kaupungille tietoa kunnan hyvinvointipalveluista, niiden kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta. Kaarinan kaupungille palautettiin tästä myös erillinen palvelutasoraportti (Liite 1).

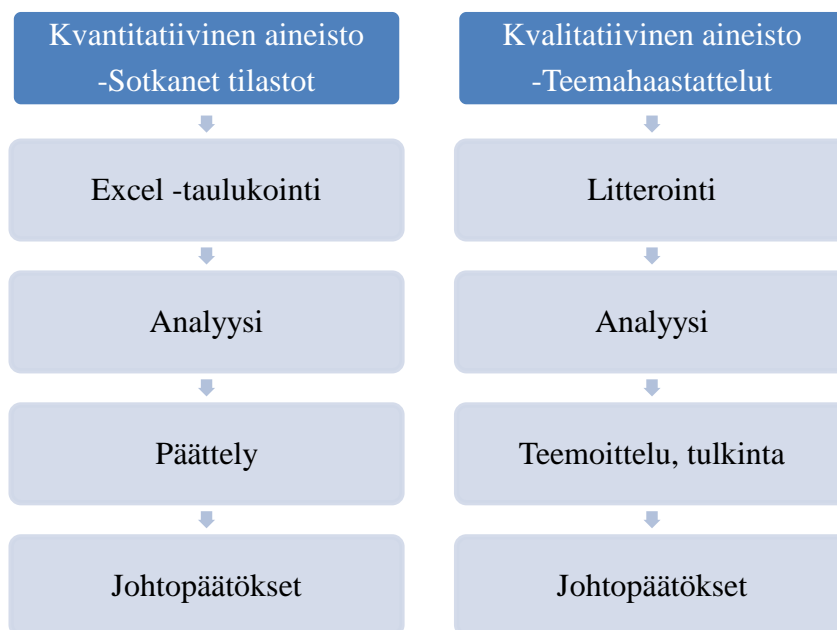
Tässä tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin myös teemahaastattelua, jonka avulla kerättiin tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto. Tutkimuksen teemahaastattelurunko on liitteenä 2. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu suuntautuu etukäteen valittuihin teemoihin. Kysymysten muoto tai esittämisjärjestys on vapaa (Eskola & Suoranta 1998, 64; Hirsjärvi ym. 2007, 203; Metsämuuronen 2009, 247). Teemahaastattelu on avointa haastattelua rajoiltaan tiukempi, mutta toisaalta se mahdollistaa haastateltavalle strukturoituun haastatteluun verrattuna mahdollisuuden kertoa omin sanoin tutkittavasta aiheesta (Eskola & Suoranta 1998, 65). Hyvät kysymykset ovat tutkimuksen tulosten kannalta oleellisia (Yin 2015, 29). Haastattelun etuja ovat muun muassa joustavuus ja se, että vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä osallistumaan tutkimukseen. Haastatteluun liittyy kuitenkin myös haittoja kuten esimerkiksi se, että se vie paljon aikaa. (Hirsjärvi 2007, 200–201.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin teemahaastattelun avulla strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa haastatteleamalla hyvinvointipalvelujen päätöksenteosta vastuullisia luottamushenkilöitä ja johtajia. Teemahaastattelurunko on tutkimuksen liitteenä 2. Ennen haastatteluja haastateltaville lähetettiin sähköpostilla saatekirje (Liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Saatekirjeessä oli myös pyyntö haastatteluajankohdan sopimisesta. Kahteen haastateltavaan oli yhteydessä vielä puhelimitse, koska vastausta sähköpostiin ei saatu. Tässä tutkimuksessa haastateltiin kunnanjohtajaa, kunnan hyvinvointipalveluiden johtajaa ja kunnan

hyvinvointipalveluiden vastualueiden johtajia sekä kaupungin valtuuston, hallituksen ja perusturvalautakunnan puheenjohtajia (Liite 4). Yhteensä haastateltavia oli yhdeksän ja haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Kaikki haastateltaviksi halutut osallistuivat tutkimukseen. Haastattelut kestivät 24–57 minuuttia. Haastattelut tapahtuivat rauhallisissa tiloissa, joissa ei ollut häiriötekijöitä. Kaikki haastattelut tallennettiin kahdella tallennuslaitteella.

## 2.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineistoa voidaan analysoida usealla tavalla. Analyysitavat voidaan jaotella karkeasti kahteen lähestymistapaan. Selittämiseen tähtäävässä tavassa käytetään hyödyksi yleensä tilastollista analyysia ja päättelyä. Ymmärtämiseen tähtäävässä tavassa hyödynnetään usein laadullista analyysia ja tulkintaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.) Tässä tutkimuksessa käytettiin molempia tapoja, sillä tutkimus sisälsi sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa. Kuviossa 2 on esitetty tämän tutkimuksen aineiston analyysitavat.



Kuvio 2 Tämän pro gradu -tutkimuksen aineiston analyysitavat

Kuvion 2 mukaisesti tämän tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto eli Sotkanet -tietokannasta etsityt tiedot tallennettiin Microsoft Office Excel 2007 -ohjelman avulla Excel-taulukkoina tilastomuotoon. Tilastoaineistosta tehtiin tuloksia kuvaavia kuvioita

Microsoft Office Excel 2007 -ohjelman avulla ja taulukkoja Microsoft Office Word 2007 -ohjelman avulla. Tuloksia vertailtiin alueittain (koko maa, Varsinais-Suomi, Kaarina, Lieto, Raisio, Nokia ja Turku) ja vuosilta 2003–2014. Analyysin tuloksista tehtiin päätelyn avulla johtopäätöksiä.

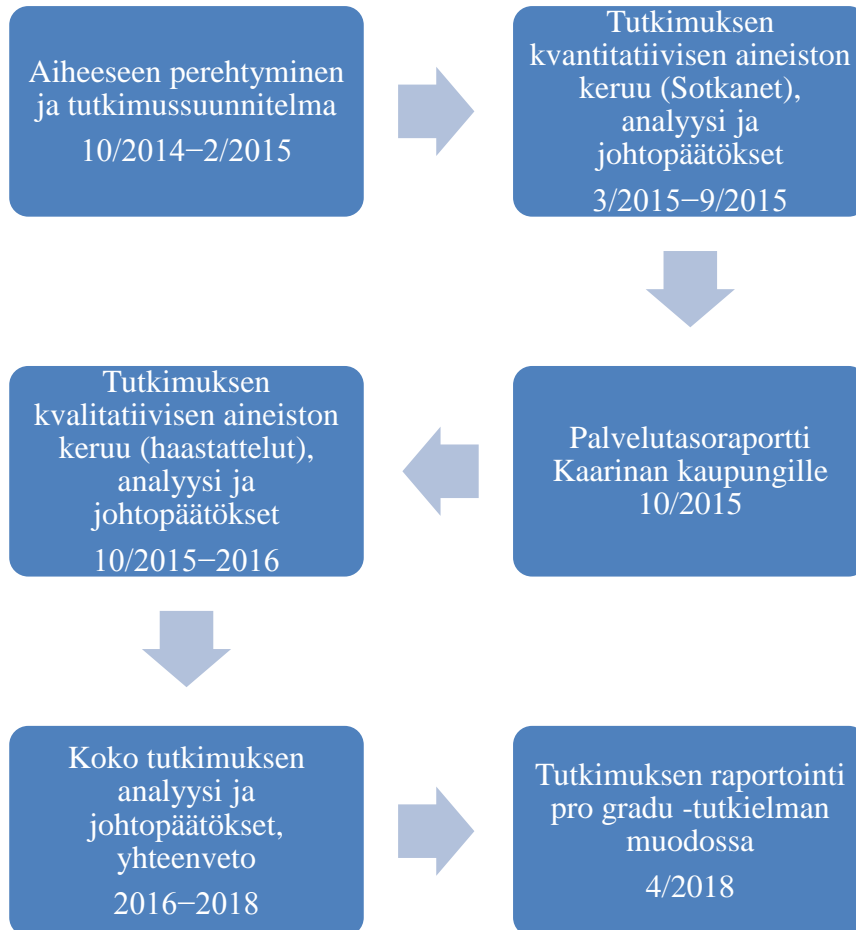
Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analyysin tarkoituksena on selkeyttää aineistoa ja siten tuoda tietoa tutkittavasta asiasta. Hajanainen tutkimusaineisto pyritään tiivistämään selkeäksi informaatioksi. (Eskola & Suoranta 1998, 100.) Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysissä ei ole tarkkoja sääntöjä. Tutkija tekee yleensä jo alustavia valintoja tutustuessaan aineistoon ja teemoittaessaan sitä. Aineiston runsaus tekee analyysivaiheen yleensä haastavaksi. Kaikkea materiaalia ei kuitenkaan ole tarpeen analysoida. (Hirsjärvi ym. 2007, 219–220.) Tämän tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto eli teemahaastattelujen avulla kerätty aineisto tallennettiin tietokoneelle heti jokaisen haastattelun jälkeen. Haastatteluilla saatu aineisto voidaan kirjoittaa puhtaaksi eli litteroida koko kerätystä aineistosta tai valikoiden (Hirsjärvi ym. 2007, 217). Tässä tutkimuksessa kaikki haastatteluilla kerätty aineisto litteroitiin teema-alueiden mukaisesti. Litteroitua materiaalia kertyi yhteensä 40 A4 -sivua fontilla Times New Roman ja fonttikoolla 12.

Kvalitatiivisen aineiston analyysi tarkoittaa kielelliseen muotoon jäsennetyn aineiston tulkintaa. Aineiston pääasiallisia tulkintatekniikoita kutsutaan aineiston teemoitteluksi ja tyypittelyksi tai luokitteluksi ja pelkistämiseksi. (Räsänen 2005, 95.) Tutkimusaineisto toimii tutkijan teoreettisen ajattelun apuvälineenä ja lähtökohtana tulkinnoille (Eskola & Suoranta, 1998, 106). Tässä tutkimuksessa kvalitatiivisen aineiston analyysissä koko litteroidusta materiaalista erotettiin ensin tutkimuksen kannalta olennainen aines. Teemahaastattelun teemat muodostivat aineistolle jäsennyksen, josta analyysi aloitettiin. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 109.) Haastatteluaineiston analyysi tapahtuu kielellisesti erilaisen tekstinjäsennystekniikoiden avulla. Haastattelukatkelmia voidaan eritellä vertaamalla haastatteluja haastateltavien mukaan, mutta myös haastatteluaineistossa esiintyvien teemojen kautta. (Räsänen 2005, 91.) Tässä tutkimuksessa teemahaastattelurunkoa käytettiin apuna seulomalla aineistosta esiin sellaisia tekstikohtia, jotka kertoivat kyseisistä asioista. Aineiston olennaisesta tiedosta tehtiin teemoittain tulkintoja ja tulkinnoista johtopäätöksiä. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 110.)

Eri vastauksien vertailu ja niiden tulkitseminen on haasteellista (Eskola & Suoranta 1998, 106; Räsänen 2005, 92). Teemahaastatteluaineistoa on monesti järkevää tarkastella kvantitatiivisesti. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että aineistosta lasketaan tiettyjen kielellisten ilmausten tai näistä tehtyjen luokitusten esiintymisfrekvenssejä. (Räsänen 2005, 100.) Tässä tutkimuksessa aineistoa luokiteltiin siten, että haastatteluista pyrittiin löytämään samankaltaisuuksia.

## 2.4 Tutkimusprosessi

Tavoitteellinen ja suunnitelmallinen tutkimus on luova prosessi ja se etenee usein vaiheittain. Tutkimusprosessiin kuuluvat perehtyminen aiheeseen, tutkimussuunnitelman laadinta, tutkimuksen toteutus ja raportin laadinta. (Hirsjärvi ym. 2007, 63.) Tämä tutkimus oli vaiheittain etenevä prosessi. Tämän pro gradu -tutkimuksen tutkimusprosessi on kuvattuna kuviossa 3.



Kuvio 3 Tämän pro gradu -tutkimuksen tutkimusprosessi

Kuviosta 3 voidaan havaita, että tämän tutkimuksen tutkimusprosessi alkoi lokakuussa 2014, kun tutkimusaihe saatiin Kaarinan kaupungilta. Tämän jälkeen aiheeseen perehdyttiin ja tehtiin tutkimussuunnitelma. Alkuvuodesta 2015 tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin kautta kerättiin tutkimuksen kvantitatiivinen tutkimusaineisto, analysoitiin se ja tehtiin johtopäätökset. Lokakuussa 2015 palautettiin Kaarinan kaupungille erillinen palvelutasoraportti. Vuoden 2015 lopussa oli vuorossa tutkimuksen kvalitatiivisen aineiston keruu eli suoritettiin teemahaastattelut. Tämän jälkeen haastattelut litteroitiin, aineisto teemoiteltiin, analysoitiin ja tehtiin johtopäätökset. Tutkimus raportoidaan pro gradu -tutkielman muodossa keväällä 2018.



### 3 TIETOA KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUISTA JA NIIDEN KUSTANNUKSISTA, KÄYTÖSTÄ JA TARPEESTA

#### 3.1 Tutkimuksen käsitteitä

Käsite *hyvinvointi* on moniulotteinen ja vaikeasti määriteltävissä oleva käsite. Se voidaan määrittellä monin eri tavoin. Hyvinvointi voidaan määrittellä esimerkiksi hyvinvointiresurssien (taloudelliset tai koulutus) tai hyvinvointitarpeiden tyydytyksen näkökulmasta. Hyvinvoinnin lähikäsitteiksi voidaan ajatella esimerkiksi *elämäntyytyväisyys*, *elämänlaatu*, *elämänhallinta* ja *onnellisuus*. (Rissanen & Lammintakanen 2011, 16.) Hyvinvoinnin osatekijät voidaan jakaa terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin (Vaarama ym. 2010, 11–12). Allardt (1976) määrittelee hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen saa keskeiset tarpeensa tyydytyksi. Hänen mukaansa hyvinvointia voidaan määrittellä elintason ja elämänlaadun kautta. Elintaso liittyy aineellisiin tarpeisiin kuten tulot, asunto ja työllisyys, joiden avulla yksilö voi ohjailta elinehtojaan. Elämänlaatu sen sijaan liittyy ihmisten välisiin sekä ihmisen ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin eli sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Hyvinvoinnin voidaan ajatella koostuvan sekä elintasosta että elämänlaadusta. (Allardt 1976, 32–33.)

Hyvinvoinnin erilaiset määrittelyt nostavat esiin erilaisia tavoitteita ja kohteita johtamiselle. Erona on esimerkiksi se, onko johtajan tavoitteena ehkäisevä (esimerkiksi terveyden edistäminen) vai korjaava (esimerkiksi prosessien sujuminen) työ vai painottuvatko työssä molemmat osa-alueet. (Rissanen & Lammintakanen 2011, 16–18.) Hyvinvointiin vaikuttavat monet eri tekijät, kuten elin- ja työolosuhteet, koulutus, toimeentulo ja elintavat, elinympäristö ja kulttuuri, terveyskäyttäytyminen sekä osallisuus ja yhteisöllisyys. Näihin tekijöihin vaikuttamalla voidaan parantaa merkittävästi väestön terveyttä ja hyvinvointia. (STM 2013a, 9.) Kansalaisten terveys ja toimintakyky vaikuttavat merkittävästi kansalaisten elämänlaatuun, kansantalouteen ja yritysten kannattavuuteen (Parjanne 2008, 141). Taloudellis-poliittinen järjestelmä on merkittävä hyvinvoinnin taustatekijänä (Allardt 1976, 16).

Kunnan taloudellisen toiminnan lähtökohtana ovat ihmisten *tarpeet* (Meklin ym. 2009, 185). Allardt (1976) mieltää, että tarpeet voidaan jakaa kolmeen luokkaan: elintaso (*having*), yhteisyyssuhteet (*loving*) ja itsensä toteuttamisen muodot (*being*). Jotkut tarpeet ovat sen tyyppisiä, että niiden täytyminen voidaan määrittellä yksilöllä olevien resurssien avulla. Toiset tarpeet määrittelevät, miten yksilö käyttäytyy suhteessa muihin ihmisiin esimerkiksi rakkaus ja solidaarisuus. Kolmantena lajina ovat tarpeet, joiden tyydyttäminen määrittellään sen mukaisesti, millainen yksilön suhde on yhteiskuntaan. (Allardt 1976, 37–38.) Kuntien tehtävänä on ihmisten tarpeiden tyydyttäminen ja tämä tapahtuu

tuottamalla hyvinvointipalveluja (Meklin ym. 2009, 185). Riittävät tarpeiden mukaiset palvelut ovat vastineita, joita kansalaiset hyvinvointivaltiolta edellyttävät maksaessaan veroja (Ilmakunnas 2008, 3). Palvelutarpeen määrittelyssä on kysymys myös poliittisista valinnoista, joiden perusteeksi tarvitaan ennakoivaa tietoa (Lehto 2004, 25).

*Palvelut* ovat aineettomia tapahtumia, prosesseja tai muutoksia, joita tuotetaan asiakkaasta lähtevän tarpeen mukaan. Palvelut suoritetaan tuottajan ja asiakkaan yhteistyönä sopimusten ohjaamalla tavalla. (Lillrank 2008, 366.) Palvelut tukevat kunnan asukkaiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä. Ne myös tukevat kuntien päämääriä kuten työurien pidentämistä ja ikäihmisten omien voimavarojen tukemista. Palveluiden tarkoitus on myös aktivoita ja ennaltaehkäistä. (Ilmakunnas 2008, 3.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä pyrkii tuottamaan mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia (Hujanen 2009, 15; Lammintakanen & Rissanen 2011, 45), ei niinkään pelkkiä palveluja (Hujanen 2009, 15).

*Hyvinvointipalvelut* -käsite voidaan tulkita sosiaali- ja terveystalouden kattokäsitteeksi siten, että yleensä hyvinvointipalvelut sisältävät myös muita kuin sosiaali- ja terveystalouden palveluja, kuten koulutus- ja vapaa-ajanpalveluja (Rissanen & Lammintakanen 2011, 24). Hyvinvointipalveluilla voidaan parantaa väestön hyvinvointia ja terveyttä (STM 2013a, 9). Hyvinvointipalveluissa suoritteita ovat esimerkiksi asiakaskäynnit. Hyvinvointipalvelujen tarkoitus ei ole aikaansaada suoritelmää, vaan hyvinvointivaikutuksia. (Lillrank 2008, 366.) Hyvinvointipalvelulla aikaansaatu vaikuttavuus on lopputulos eli eri toimenpiteillä aikaansaatu terveyden myönteinen muutos, terveydentilan kohentuminen alkutilasta lopputilaan (Perttilä ym. 2009, 20). Vaikuttavuus on asiakkaan terveydentilassa tapahtunut muutos, jonka arvon hän voi kokea monin eri tavoin. Palvelujen vaikuttavuus syntyy hyvinvointipalvelun tuottajan, mutta myös asiakkaan omien toimien seurauksena. Esimerkiksi asiakkaan terveyskäyttäytymisellä ja annettujen ohjeiden noudattamisella on suuri merkitys. Suoritteen ja vaikuttavuuden välisen suhteen arviointi on haasteellista, sillä hyvinvointipalvelujen suoritelmät eivät korreloi vaikuttavuuden kanssa yksiselitteisesti. Kokonaiskustannusten ja kansanterveyden välinen suhde ei ole myöskään lineaarinen, koska tietyn tason jälkeen lisäkustannus ei aikaansaa lisähyötyä. Tuottavuuden kannalta ongelmallista on se, että määritelläänkö tuotos suoritteiden vai vaikutusten perusteella. Hyvinvointipalveluja tuottavien organisaatioiden kehittämisessä joudutaan usein tyytymään suoriteperustaiseen tuottavuuteen. (Lillrank 2008, 366–367.) Kuntien on myös vaikea saavuttaa objektiivista tietoa palvelujen tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta (Jalonen ym. 2012, 140). Hyvinvointipalvelujen haasteena onkin vaikuttavuuden määrittely ja mittaus (Lillrank 2008, 370).

*Palvelujen käyttöön* ei vaikuta ainoastaan palvelutarve. Meklinin ja Pukin (2017) mukaan Anderssen (1995) on mieltänyt, että palvelujen käyttöön vaikuttavat kolmenlaiset tekijät: altistavat tekijät (Predisposing Factors), mahdollistavat tekijät (Enabling Factors) ja tarvetekijät (Need Factors). *Altistavia tekijöitä* ovat demografiset tekijät (ikä ja

sukupuoli), sosiaaliset tekijät (koulutus, ammatti, siviilisääty, kulttuuri, sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutussuhteet) ja terveystieteet (tietämys sairauksista ja terveyspalveluista, asenteet, arvot ja uskomukset). *Mahdollistavia tekijöitä* ovat henkilökohtaiset, perheen tai yhteiskunnan voimavarat, jotka edistävät tai estävät palvelujen käyttöä (taloudelliset edellytykset, saatavuus). *Tarvetekijöitä* ovat koettuun tai objektiivisesti arvioituun terveyden tilaan liittyviä seikkoja, jotka aiheuttavat palvelujen kysyntää (oireet, löydökset, perussairaudet, toimintakyky). Palvelujen käyttöön vaikuttavat siis sekä palvelutarve että altistavat ja mahdollistavat tekijät. Alhainen palvelujen käyttö voi kuvastaa, että palvelutarve on alhainen, mutta se voi kertoa myös siitä, että palvelua ei ole saatavissa, vaikka sille olisi tarvetta. Alhainen palvelujen käyttö voi myös kuvastaa sitä, että palvelut on järjestetty hyvin tehokkaasti tai kunnan asukkaat käyttävät muita kuin kunnan tarjoamia palveluja. (Meklin & Pukki 2017, 44, 59.)

Kuntien hyvinvointipalvelujen *kustannukset* syntyvät siitä, että asiakkaat tarvitsevat ja käyttävät palveluja (Meklin & Pukki 2017, 17). Kapiaisen ym. (2014, 14) mukaan Brouwer ym. (2001) sanoo, että kustannuksille on olemassa erilaisia määritelmiä riippuen näkökulmasta. Esimerkiksi kirjanpidossa kustannukset määritellään eri tavoin kuin taloustieteessä. Taloustieteessä palveluiden käytön kustannusten nähdään muodostuvan palveluihin käytettyjen resurssien vaihtoehtokustannuksista. Palvelun kustannus on siis palvelun resurssien arvo parhaassa vaihtoehtoisessa käytössä. Kustannuksia voidaan myös luokitella eri tavoin. Kustannukset voidaan jaotella kiinteisiin ja muuttuviin kustannuksiin. Kiinteät kustannukset eivät ole riippuvaisia toiminnan määrästä kuten muuttuvat kustannukset. Usein käytetään termiä keskimääräiset kustannukset, jotka voidaan laskea muuttuvista, kiinteistä tai kokonaiskustannuksista. (Kapiainen 2014, 14.)

Keskeinen kustannusten vertailuperuste kuntien välisessä vertailussa on asukas. *Asukaskohtaiset kustannukset* muodostuvat tuotettujen ja käytettyjen suoritteiden kustannuksista, ja ne osoittavat, kuinka paljon eri kunnissa muodostuu kustannuksia palvelujen järjestämisestä asukasta kohden. Tämä tieto ei kuitenkaan kerro palvelun tehokkaasta järjestämisestä, sillä kunnan asukaskohtaisten kustannusten ollessa korkeat, voi syy löytyä palvelujen runsaasta käytöstä. Tällöin palvelujen tuottaminen voi kuitenkin olla tehokasta. Suoritekustannukset muodostuvat käytettyjen tuotannontekijöiden määrästä ja hinnoista, ja ne ovat riippuvaisia palvelun tuotantokustannuksista, tuotannon rakenteesta ja kapasiteetista sekä sen käyttöasteesta. Kuntien palveluiden kustannuksia vertailtaessa hyödyllistä on vertailla kuntien palvelujen menojen kasvua prosentteina ja eri tehtävien suhteellisten osuuksien kehitystä. (Meklin & Pukki 2017, 20.)

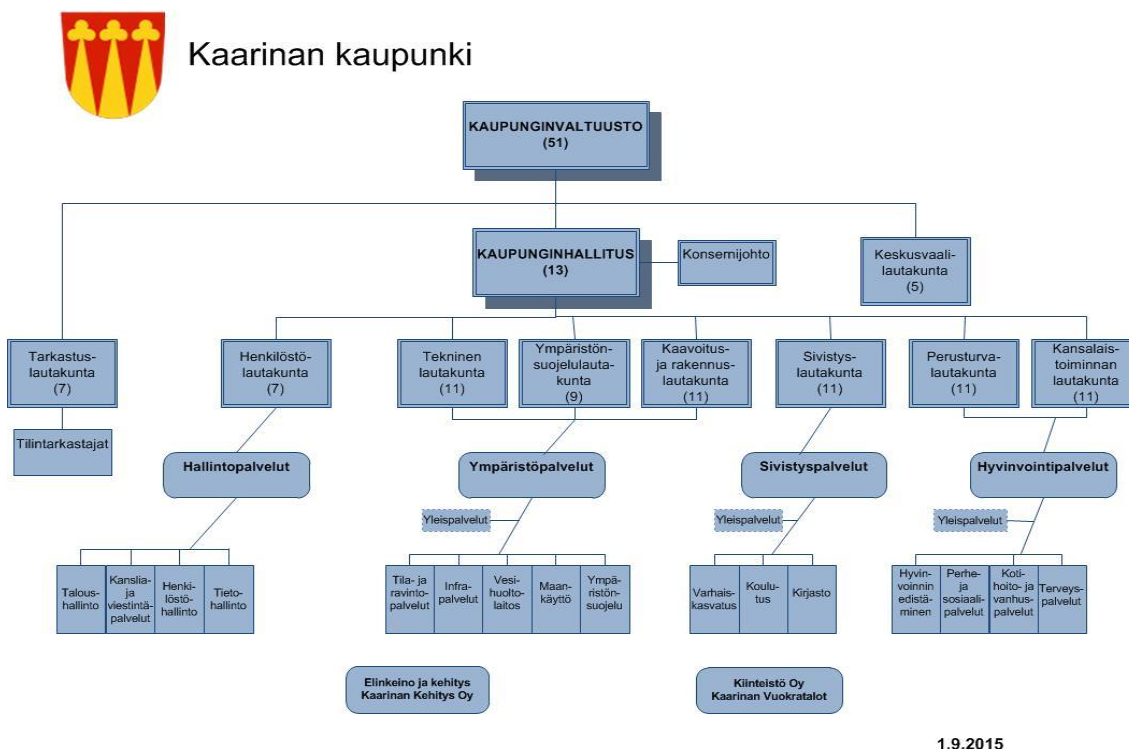
Kuntien hyvinvointipalvelujen asukaskohtaiset nettokustannukset ja niiden erot muodostuvat palvelujen tuottamisesta ja käytöstä. Työterveyspalvelujen ja yksityisten palvelujen käyttö vähentää kunnan asukaskohtaisia hyvinvointipalvelujen kustannuksia. Asukaskohtaisten kustannusten erot kunnissa voivat johtua palvelujen järjestämistavasta,

palvelutasoeroista, kunnan toimenpiteistä, palvelujen käytön määrästä tai palvelumaksujen suuruuden eroista. (Meklin & Pukki 2017, 24.)

Tässä tutkimuksessa kustannuksista puhuttaessa käytetään käsitteitä *asukaskohtaiset kustannukset*, *käyttökustannukset* ja *nettokustannukset*. Nämä käsitteet ovat käytössä tieto- ja indikaattoripankki Sotkanet -tietokannan indikaattoreina. Käyttökustannuksiin sisällytetään toimintamenot, poistot, arvonalentumiset ja vyörytysmenot. Käyttötuloihin sisältyy sekä toimintatulot että vyörytystulot. Käyttökustannukset ja käyttötulot ovat ilmoitettu bruttona. Nettokustannukset ovat käyttökustannuksien ja käyttötulojen erotus. (Sotkanet 2015.)

### 3.2 Kaarinan kaupunki ja hyvinvointipalvelujen vastuualueet, kustannukset ja käyttö

Kaarina on yli 32 000 asukkaan kaupunki Varsinais-Suomessa. Kaarinan naapurikuntia ovat Turku, Parainen, Paimio, Lieto ja Sauvo. Maapinta-alaltaan Kaarina on noin 150 km<sup>2</sup>. Luonto ja merellisyys ovat Kaarinan määräävimmit piirteet. Kaarinan kaupungin toimintaa suuntaavat luottamushenkilöistä koostuvat kaupunginvaltuusto ja kaupunginhallitus sekä lautakunnat. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kuviossa 4 on kuvattuna Kaarinan kaupungin virasto-organisaatio vuonna 2015.



Kuvio 4 Kaarinan kaupungin virasto-organisaatio vuonna 2015 (Kaarinan kaupunki 2015)

Kuviosta 4 voidaan havaita, että ylintä päätösvaltaa Kaarinassa käyttää kaupunginvaltuusto. Tämän jälkeen kaupunginhallitus. Kaarinan kaupungissa oli tämän tutkimuksen tutkimushetkellä vuonna 2015 neljä palvelualueita: hallintopalvelut, ympäristöpalvelut, sivistyspalvelut ja hyvinvointipalvelut. Hyvinvointipalvelut kuuluivat kahden lautakunnan (perusturvalautakunta ja kansalaistoiminnan lautakunta) alaisuuteen. Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluihin kuului tutkimushetkellä neljä vastuualuetta. Vastuualueet olivat hyvinvoinnin edistäminen, kotihoito- ja vanhuspalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut sekä terveysterveystyöt. Hyvinvoinnin edistämisen vastuualueeseen kuuluivat terveyden edistämisen palvelut, kansalaisopisto, kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut, liikuntapalvelut ja nuorisopalvelut. Kotihoidon- ja vanhuspalveluiden vastuualueeseen kuuluivat kotihoitopalvelut, palveluasuminen, omaishoito ja vanhusten laitoshoidot. Perhe- ja sosiaalipalveluiden vastuualueeseen kuuluivat sosiaalipalvelut, lastensuojelupalvelut, perhekeskus, Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö, ehkäisy-, äitiys- ja lastenneuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, puheterapia- ja psykologipalvelut sekä vammaispalvelut. Terveysterveystyöjen vastuualueeseen kuuluivat avosairaanhoidot, mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveyskeskuksen sairaala, työterveyshuolto, hammashuolto, hoitotyö ja tukipalvelut sekä erikoissairaanhoidot. Kaarinan hyvinvointipalvelut ovat taulukkona tutkimuksen liitteenä olevassa palvelutasoraportissa (Liite 1).

Kunnilla on palvelutehtävä, joka tarkoittaa julkisten palvelujen tuottamista ja järjestämistä (Meklin ym. 2009, 182). Palvelut tukevat asukkaiden työ- ja toimintakykyä sekä terveyttä. Palveluiden tarkoituksena on myös aktivoida ja ennaltaehkäistä sekä tukea kuntia saavuttamaan tavoitteitaan. (Ilmakunnas 2008, 3.) Lisäksi kunnilla on viranomaistehtävä. Kunnat ovat julkisia viranomaisia, jotka käyttävät julkista valtaa. Kunnilla on myös poliittinen tehtävä, joka tarkoittaa, että kunnassa toimitaan demokraattisesti ja valtuuston linjausten mukaisesti. Kunnat laativat strategioita, joiden avulla ohjataan kunnan palvelutuotantoa ja kohdennetaan voimavaroja. Kunnan toiminta rahoitetaan kuntalaisten maksamalla veroilla ja valtion kunnalle maksamalla valtionosuuksilla. (Meklin ym. 2009, 182.)

Kunnilla on julkisten hyvinvointipalvelujen järjestämisvastuu (Hallipelto 2008, 47; Rissanen & Lammintakanen 2011, 29; STM 2013a, 11). Kunnan hyvinvointipalvelujen tuottajina voivat olla kunnan omat palveluyksiköt, yritykset tai kolmannen sektorin toimijat (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 18; STM 2013a, 11). Kuntien rooli on muuttunut palveluntuottajasta enemmänkin palvelujen valvojaksi ja tilaajaksi suurten ja pienten palveluyrittäjien lisääntymisen vuoksi (Noro & Finne-Soveri 2008, 134).

Kunnan palvelujärjestelmä on palvelujen kokonaisuus. Kunnat valikoivat erilaisia järjestämistapoja ja tämän vuoksi palvelujen yksittäinen vertailu kuntien välillä ei anna kuvaa kokonaistilanteesta. Kunnissa panostetaan eri tavoin eri palveluihin. (Sotkanet 2015.) Kuntien palvelujen järjestämisessä on suuria eroja siinä, tuottaako kunta itse palvelut vai hankkiiko kunta palvelut ostopalveluna (Meklin & Pukki 2017, 6). Palvelujärjestelmän

johtamisen ja kehittämisen näkökulmasta tärkeää on se, millainen palvelujen tarjonta mahdollistaa laadukkaat palvelut (Rissanen & Lammintakanen 2011, 30).

Terveydenhuollon kustannusten tarkka mittaaminen on haastavaa terveydenhuollon monimutkaisuuden vuoksi (Kaplan & Porter 2011, 50). Kuntien hyvinvointipalvelujen kustannukset syntyvät siitä, millä tavoin kunta järjestää palveluja ja miten kuntien asukkaat näitä palveluja käyttävät. Kuntien hyvinvointipalvelujen kustannuksissa on merkittäviä eroja ja kustannuserojen syyt ovat hyvin moninaisia. Kustannuseroja voivat aiheuttaa esimerkiksi tehokkuuserot, palvelutaso tai palvelujen määrä. (Meklin & Pukki 2017, 6, 16.) Palvelutasolla tarkoitetaan palvelun monipuolisuutta, palvelutuottajan asiantuntemusta ja palvelun laatua. Palveluiden keskittämällä voidaan kohottaa palvelutasoa, mutta toisaalta se taas heikentää palvelujen saavutettavuutta. Palveluyksikköjen koolla, palveluketjujen sujuvuudella ja palvelun tuottajan valitsemisella on vaikutusta palvelujen saavutettavuuteen ja palvelutasoon. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 10, 12.) Kunnissa saatavilla olevien palvelujen monipuolisuuskin voi vaihdella. Monipuolisuus tarkoittaa sitä, että lähes samaan tarpeeseen voi olla tarjolla useita vaihtoehtoisia palveluja. Tämä voi kohottaa kunnan kustannuksia. Asukkaiden palvelujen käyttöön vaikuttaa se, millaisen palvelutason kunta tarjoaa. Palvelua ei voida käyttää, jos sitä ei ole saatavissa. Palvelujen käytössä on eroja kuntien välillä, eivätkä ne johdu suoraan palvelujen laskennallisesta tarpeesta. (Meklin & Pukki 2017, 6–7, 46.)

Terveydenhuollon nousevat kustannukset ovat ongelmana joka puolella maailmaa (Porter & Lee 2013, 51). Myös Suomessa kuntien hyvinvointipalvelujen kustannukset ovat nousseet viime vuosina. Kuntien talouden tilalla on vaikutusta hyvinvointipalvelujen kustannuksiin. Hyvinvointipalvelujen kustannusten kasvulla ja verorahoituksen kasvulla on yhteys, mutta siitä ei ole selvyyttä kumman kasvu selittää toisen kasvua. Viime vuosina kuntien hyvinvointipalvelujen kustannukset ovat kasvaneet verorahoitusta nopeammin. Tämä on johtanut siihen, että kuntien hyvinvointipalvelujen kustannusten osuus kunnan käyttötalouden kustannuksista on kasvanut muiden palvelujen kustannuksella. (Meklin & Pukki 2017, 7.) Hyvinvointipalvelujen kustannusten nousun tasaaminen ei edellytä lääketieteellisiä läpimurtoja tai valtion uusia asetuksia. Se edellyttää uusia tapoja mitata kustannuksia tarkasti ja niiden vertailuja tuloksiin. (Kaplan & Porter 2011, 49.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Kaarinan ja vertailukuntien (Lieto, Nokia ja Raisio) sosiaali- ja terveystoimen kustannuksia. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet vuosittain vuosien 2003–2013 aikana kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio). Vuonna 2013 Kaarinan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset (105 429 000 €) olivat lähes samansuuruiset kuin Nokialla (106 827 000 €). Samana vuonna Liedossa (53 605 000 €) ja Raisiossa (83 708 000 €) kustannukset olivat vähäisemmät. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 139.)

Kaarinan ja Raision taloudellinen kehitys on suhteessa muihin Varsinais-Suomen kuntiin kuitenkin hyvä (VM 2012b, 53). Tässä tutkimuksessa voidaan todeta, että sosiaali- ja

terveystoimen asukaskohtaiset nettokustannukset ovat nousseet vuosittain vuosien 2003–2013 aikana kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio). Vuonna 2013 sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa (3 316 €/asukas) alle koko maan (3 595 €/asukas) keskitason. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 140.) Kokonaistaloudellisesti tarkastellen Kaarina näyttäisi olevan nyt ja tulevaisuudessa koko maan kymmenen vahvimman kunnan joukossa (VM 2012b, 53).

Tulevaisuudessa kuntien taloudellisen rasituksen keventämiseksi kuntien tulisi harkita erilaisia palvelumaksuja. Kunnalliset maksut ovat osittain säädeltyjä, mutta joiltakin osin voidaan pyrkiä tehtävien kustannuksia vastaaviin maksuihin. (Hiironniemi 2013, 91.) Palvelujen hinnoitteluun ja maksuperusteisiin tarvitaan jatkossa selkeyttämistä ja yhtenäistämistä (Mäkitalo ym. 2010, 6). Kuntien kustannusrasitetta voidaan myös keventää palvelusetelien käytöllä (Hiironniemi 2013, 91). Asiakkaan mahdollisuus valita palvelun tuottaja esimerkiksi palvelusetelin turvin kiinnittää huomiota palvelujen laatuun ja hintaan. Se myös edistää palveluinnovaatioiden käyttöönottoa. (Mäkitalo ym. 2010, 7.) Myös asiakkaiden hyvällä sitoutumisella hoitoon on vaikutuksia yksilön ja koko väestön parempaan terveyteen. Tämä taas saattaa vaikuttaa myös terveydenhuollon kustannuksiin. Asiakkaiden parempi sitoutuminen hoitoon saattaa laskea terveydenhuollon kustannuksia. (Hibbard & Greene 2013, 212.)

Seuraavaksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluja, niiden kustannuksia ja käyttöä hyvinvointipalvelujen vastualueiden mukaisesti. Vastualueet tutkimushetkellä olivat hyvinvoinnin edistäminen, kotihoito- ja vanhuspalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut sekä terveystalot.

### **3.2.1 Hyvinvoinnin edistäminen**

Kunnat voivat edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia monin eri tavoin (Meklin & Pukki 2017, 44). Terveyden edistäminen on tärkeää koko yhteiskunnallisen kehityksen kannalta (Parjanne 2008, 141), sillä asukkaiden hyvinvointi on kuntien talouteen suuresti vaikuttava tekijä (Meklin & Pukki 2017, 44). Vaikuttamalla ihmisten elintapoihin ja ehkäisevillä palveluilla voidaan vähentää palvelujärjestelmiin kohdistuvaa kysyntää ja kokonaiskustannuksia (Mäkitalo ym. 2010, 8). Myös asiakkaiden sitouttaminen terveyden edistämiseen on terveydenhuollon strategioiden uudistamisessa yhä tärkeämpää (Hibbard & Greene 2013, 207). Kunnassa voidaan paremmin puuttua ongelmiin, ehkäistä niiden syntyä ja ryhtyä toimiin, joilla hyvinvointia ja terveyttä voidaan vaikuttavimmin edistää, kun kunta tuntee asukkaiden hyvinvoinnin ja terveydentilan. (Meklin & Pukki 2017, 44–45). Kuntien tulisi jatkossa keventää palvelurakennetta. Palvelurakennetta voidaan keventää sijoittamalla palveluketjun alkupäähän. Varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisevä työ ovat tärkeitä toimintatapoja. Ennaltaehkäisevän työn kuten neuvolapalvelujen tai

liikuntapalvelujen toteuttaminen järjestöjen toimintana uudistaisi palvelurakennetta. Toimintojen kohdentamista tulisi suunnitella yhteistyössä entistä enemmän, jotta palvelujen vaikuttavuus parantuisi. (Hiironniemi 2013, 91.)

Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen hyvinvoinnin edistämisen vastuualueeseen tutkimushetkellä kuuluivat terveyden edistämisen palvelut, kansalaisopisto, kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut, liikuntapalvelut ja nuorisopalvelut.

### **Terveyden edistämisen palvelut**

Kaarinan kaupungin terveyden edistämisen palveluissa pyritään vaikuttamaan kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen ehkäisevän työn keinoin. Tavoitteena on parantaa kuntalaisten hyvinvointia ja toimintakykyä auttamalla heitä tekemään terveytensä kannalta parempia valintoja. Suuri osa eri ongelmista ja sairauksista voidaan ehkäistä terveyden edistämällä ja ehkäisevän työn avulla. (Kaarinan kaupunki 2015.) Huomion kiinnittäminen ennalta ehkäisevään toimintaan on yhä tärkeämpää kunnille (Kunnat.net 2015).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kunnan terveydenedistämistäktiivisuutta. Pistemäärä asteikolla 0–100 kuvaa, miten hyvin terveydenedistämistäktiivisyys toteutuu kunnassa. Pistemäärä on terveydenedistämistäktiivisuuden ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on oletetun hyvän käytännön ja hyvän laadun mukaista. (Sotkanet 2015.) Terveydenedistämistäktiivisyys kunnan strategisessa johtamisessa oli vuonna 2013 Kaarinassa (70 pistettä) lähes samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa (72 pistettä). Nokialla (89 pistettä) ja Turussa (80 pistettä) terveydenedistämistäktiivisyys kunnan strategisessa johtamisessa oli vuonna 2013 hieman korkeampi kuin Kaarinassa (70 pistettä). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 149.)

Elämäntavat ja ympäristö ovat merkittäviä väestön terveyteen vaikuttavia tekijöitä (Folland ym. 2013, 103). Vaikka monet perinteiset kansantaudit ovat Suomessa vähentyneet, tilalle ovat tulleet toisenlaiset terveysongelmat. Elintapoihin liittyvät sairaudet ovat lisääntyneet. (STM 2013a, 8.) Terveyden edistämisen näkökulmana on nähtävä koko ihmisen elinkaari, lapsuudesta vanhuuteen (Parjanne 2008, 148). Kunnan tulisi hyvinvointikertomuksessaan raportoida kuntalaisten hyvinvoinnin tilaa sekä kunnan toimenpiteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi (Meklin & Pukki 2017, 44). Haasteena on, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tulokset näkyvät usein vasta pitkällä aikavälillä (Perttilä ym. 2009, 8). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vaikuttavuuden arvioinnissa on vaikea osoittaa, miten toiminta vaikuttaa lyhyellä aikavälillä (esimerkiksi vuodessa) (Hujanen 2009, 15).



## **Kansalaisopisto**

Kansalaisopistotoiminta on kunnalle vapaaehtoista toimintaa (Hiironniemi 2013, 32), joka aktivoi ja antaa mahdollisuuden kansalaisten oma-aloitteellisuudelle (VM 2012a, 84). Kaarinan kansalaisopisto järjestää opetusta n. 12 600 tuntia lukuvuodessa. Opetus toteutetaan lähipalveluna eri kaupunginosissa. Opetusta on enimmäkseen iltaisin eri oppilaitosten tiloissa. Muihin vapaan sivistystyön oppilaitoksiin nähden Kaarinan kansalaisopiston toimintakulut ovat alhaiset ja kilpailukykyiset. Vuonna 2013 kansalaisopiston nettokustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa (22 €/asukas) saman suuruiset kuin Raisiossa (22 €/asukas), mutta alhaisemmat kuin Liedossa (39 €/asukas). Opetustunnin hinta oli Kaarinassa (55 €/opetustunti) alhaisempi kuin Turussa (73 €/opetustunti), mutta korkeampi kuin Liedossa (35 €/opetustunti) ja Raisiossa (52 €/opetustunti). (Kortelainen ym. 2014, 103.)

## **Kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut**

Kunnan tehtävänä on edistää ja tukea sekä järjestää kulttuuripalveluja kunnassa (Kuntien kulttuuritoiminnasta annettu laki 728/1992). Kunnalliseen kulttuuritoimintaan kuuluvat yleinen kulttuuritoiminta ja avustukset. Avustustoiminnalla luodaan edellytyksiä kulttuurin harrastamiselle ja ammatilliselle taidetoiminnalle. Kunnan vahvuuksista ja mielenkiinnonkohteista riippuen kulttuuripalveluja voivat olla kirjastot, museot, teatterit, orkesterit ja taideoppilaitokset. Monipuoliset kulttuuripalvelut edistävät ihmisten hyvinvointia ja luovat alueelle elinvoimaisuutta. On kustannustehokasta ehkäistä terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien syntyä myös kulttuurisilla keinoilla ja menetelmillä. Huomion kiinnittäminen ennalta ehkäisevään toimintaan on yhä tärkeämpää kunnille. (Kunnat.net 2015.) Hyvinvoinnin edistäminen näkyy yhä enemmän myös kuntien kulttuuritoiminnan tavoitteissa. Kunnissa on huomattavasti eroja siinä, miten vahvasti kulttuuritoiminnan merkitys hyvinvoinnin edistämisessä ja osana strategiaa nähdään. (Ruusuvirta 2009, 49.)

Kaarinan kaupunki järjestää ja mahdollistaa monipuolisesti ja muihin kuntiin nähden kilpailukykyisesti erilaisia kulttuuripalveluita. Kaarinassa monia kulttuuritapahtumia järjestetään yhteistyössä eri yhdistysten kanssa. Lisäksi kunta on mukana Varsinais-Suomen alueen monissa tapahtumissa. Kaarinan kaupunki pyrki tukemaan kulttuuritoimintaa lajiin katsomatta. Kaarinan kulttuuritoiminnan vahvuuksia ovat monipuolisuus, joustavuus sekä se, että kulttuuritoiminta pyritään viemään kuntalaisten keskuuteen. Kaarinan kulttuuritoiminnan heikkous on resurssipula niin budjetillisesti kuin tilallisestikin. Kaarinassa kulttuuritoiminnan kehittämiskohteena ovat tiedotus ja käytännön järjestelyt, joihin tarvittaisiin lisää resursseja. (Lehtimäki 2013, 19, 36–38.)

Kulttuuritoiminnan käyttötalouden prosentuaalinen osuus kunnan koko käyttötaloudesta oli vuonna 2011 Kaarinassa (1,29 %) pienempi kuin Turussa (2,58 %), Naantalissa (1,65 %) ja Ruskolla (1,49 %), mutta suurempi kuin Raisiossa (1,12 %) ja Liedossa (1,04 %). Kulttuuritoiminnan osuus oli kaiken kaikkiaan pieni kaikissa vertailukunnissa (Turku, Kaarina, Naantali, Raisio, Rusko ja Lieto) vuonna 2011. Kulttuuritoiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2011 olivat Kaarinassa (57,24 €) pienemmät kuin Turussa (180,25 €), Naantalissa (108,18 €), Raisiossa (79,12 €) ja Ruskolla (65,62 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (56,98 €). Kulttuuritoiminnan asukaskohtaisissa nettokäyttökustannuksissa Kaarina jäi kuntien vertailussa häntäpäähän vuonna 2011. (Lehtimäki 2013, 5–7.) Osana kulttuuripalveluita Kaarinassa järjestetään kansalaistoimintaa, johon kuuluvat esimerkiksi omakotiyhdistykset, eläkeläisyhdistykset, kansainväliset ystävyysseurat ja kotiseutuyhdistykset (Kaarinan kaupunki 2015).

### **Liikuntapalvelut**

Liikuntalain (1054/1998) mukaan kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikkumiseen ja tämä tapahtuu paikallisen ja alueellisen yhteistyön sekä terveyttä edistävän liikunnan kehittämällä, kansalaistoimintaa tukemalla, liikuntapaikkoja tarjoamalla sekä järjestämällä liikuntaa huomioonottamalla myös erityisryhmät. Lähiliikuntapaikat lisäävät terveemmän elämän mahdollisuuksia (Parjanne 2008, 158). Monissa kunnissa terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää liikuntaa korostetaan tärkeänä osana hyvinvoinnin edistämistä. Liikuntapalvelut koetaan kunnissa tärkeänä kuntalaisten terveyden ylläpitäjänä. Haasteena nähdään vähän liikuntaa harrastavien kuntalaisten tavoittaminen. (Ruusuvirta 2009.) Kaarinan kaupunki järjestää liikuntapalveluja monipuolisesti ja palvelut ovat hyvin saavutettavissa. Vuonna 2013 Kaarinan (79 €/asukas) liikuntapalveluiden nettokustannukset asukasta kohden olivat pienemmät kuin Turussa (103 €/asukas) ja Raisiossa (112 €/asukas), mutta suuremmat kuin Liedossa (72 €/asukas) ja Ruskolla (43 €/asukas) (Kortelainen ym. 2014, 104).

### **Nuorisopalvelut**

Nuorisolain (72/2006) kunnan tehtäviin kuuluu nuorisotyö- ja politiikka, joihin sisältyvät nuorten kasvatuksellinen ohjaus, toimintatilat ja harrastusmahdollisuudet, tieto- ja neuvontapalvelut, nuorisoyhdistyksien ja muiden nuorisoryhmien tuki, liikunnallinen, kulttuurinen, kansainvälinen ja monikulttuurinen nuorisotoiminta, nuorten ympäristökasvatus, nuorten työpajapalvelut ja etsivä nuorisotyö ja muita tarvittavia toimintamuotoja. Kaarinan kaupunki järjestää erilaisia palveluja nuorille lain edellyttämällä tavalla.

Palveluja ovat muun muassa nuorisoavustukset ja avun saaminen opiskelu- tai työnhaussa sekä elämänhallinnassa. Kaarinan kaupungin nuorisopalvelut pitävät yllä avointa nuorisotalotoimintaa. Kaarinassa on viisi nuorisotilaa. Nuorisotyötä ovat erityisnuorisotyö ja etsivä nuorisotyö. Näiden avulla yritetään ehkäistä nuorten syrjäytymistä yhteiskunnasta. (Kaarinan kaupunki 2015.) Vuonna 2013 Kaarinan nuorisopalveluiden nettokustannukset asukasta kohden (24 €/asukas) olivat pienemmät kuin Turussa (45 €/asukas), Raisiossa (34 €/asukas) ja Ruskolla (32 €/asukas), mutta hieman suuremmat kuin Liedossa (22 €/asukas) (Kortelainen ym. 2014, 104).

Kilpailukyky- ja elinvoimapolitiikan näkökulmasta suurten kaupunkiseutujen on pysyttävä tarjoamaan sekä hyviä peruspalveluja että myös monenlaista toimintaa ja kulttuuria. Näin kaupunkiseudut pystyvät kasvattamaan sosiaalista pääomaa ja juurruttamaan osaajia kaupunkiseutuun. Hyvinvoinnin edellytysten luomisella sekä kulttuuri-, liikunta- ja vapaa-ajanpalveluilla on tärkeä merkitys tässä tavoitteessa. (Kortelainen ym. 2014, 103.) Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut ovat tärkeitä väestön hyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja osallisuuden edistämiseksi. Ne ehkäisevät sosiaalista ja tiedollista syrjäytymistä. (VM 2012a, 83–84.)

### **3.2.2 Kotihoito- ja vanhuspalvelut**

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) mukaan kunnan velvollisuutena on muun muassa ”*tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista*” sekä turvata iäkkäiden henkilöiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Tulevaisuudessa vanhuspalvelut ovat yhä tärkeämmässä asemassa kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä palvelun järjestäjän ja palvelun käyttäjän että henkilöstön ja talouden näkökulmasta (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 19). Ikääntyneiden palveluiden johtamisessa riittää haasteita, sillä se vaatii ymmärtämistä asiakkaiden monenlaisista ongelmista ja hoitovaihtoehtoista sekä henkilöstöressurssien turvaamista (Noro & Finne-Soveri 2008, 115).

Kunnilla on paljon harkintavaltaa siinä, miten se haluaa järjestää ikäihmisten palvelut. Kalliiden laitospaikkojen vähentäminen ja tehostetun palveluasumisen tai kotona asumisen tukeminen on ollut jo pitkään tavoitteena. Kuntien sosiaali- ja terveysmenojen keskimääräistä kalliimpia tekijöitä on laitospaikkojen suhteellisen suuri osuus. Vanhusten elämänlaadun kannalta laitoshoido on usein huonompi vaihtoehto kuin kodinomaisen, erilaisiin tukipalveluihin perustuvia asumismalli. Palveluasuminen on yleensä asiakkaalle kalliimpaa kuin laitoshoido, joka on puolestaan kunnille kalliimpi vaihtoehto. (Mäkitalo ym. 2010, 5–6.) Kaarinan vuonna 2014 valmistunut Suomen ensimmäinen senioreiden perhehoitokylä on esimerkki innovatiivisesta tavasta toteuttaa vanhuspalveluita (Koski-

Pärnä 2015, 160). Tämän tutkimuksen tutkimushetkellä kotihoidon- ja vanhuspalveluiden vastuualueeseen kuuluivat kotihoitopalvelut, palveluasuminen, omaishoito ja vanhusten laitoshoido.

### **Kotihoitopalvelut**

Kunnat tarjoavat kotipalveluja muun muassa vanhuksille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille (Valvira 2012, 1). Kotipalvelut ovat tarkoitettu niille, jotka eivät selviydy ilman apua jokapäiväisistä toiminnoistaan (Kaarinan kaupunki 2015). Kotipalvelujen tavoitteena on auttaa asiakkaita tulemaan toimeen itsenäisesti, tukea heidän toimintakykyään ja vähentää laitoshoidon tarvetta (Valvira 2012, 1). Kaarinassa kotihoitopalveluihin kuuluvat kotihoito, kotihoidon palveluohjaus, perhehoito, tukipalvelut (muun muassa ateriapalvelu ja turvapalvelu), sotainvalidien palvelut ja veteraaniaasiat. Kotihoito on kotiin annettua lyhytaikaista tai pitkäaikaista hoitoa ja palvelu on ympärivuorokautista. Kaarinassa kotihoitopalvelujen sujumisesta huolehtii kotihoidon johtaja yhdessä 54 hoitoalan koulutuksen saaneen työntekijän kanssa (Kaarinan kaupunki 2015).

Kotipalveluiden tarve kasvaa jatkuvasti sekä Suomessa (Valvira 2012, 1) että muissa maissa (Genet ym. 2011, 1). Moni hoivan tarpeessa oleva kuluttaisi hoitopalveluja mieluummin kotonaan, vaikka palveluasumista tuettaisiin enemmän (Pursiainen & Seppälä 2013, 21). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden lukumääriä. Tarkastelussa käytettiin indikaattoria, joka kertoo, kuinka monta prosenttia 65 vuotta täyttäneistä saa säännöllisesti kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoidoa vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna. Tässä tutkimuksessa voidaan todeta, että säännöllisen kotisairaanhoidon piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kaarinan kaupungissa (6,1 %) kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä oli vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna vuonna 2014 koko maan (6,0 %) keskiarvon tasolla. Liedossa (5,2 %) ja Raisiossa (4,6 %) oli vähemmän kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kuin Kaarinassa (6,1 %). Nokiolla (6,6 %) ja Turussa (6,9 %) oli enemmän kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kuin Kaarinassa vuonna 2014. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 156.)

Yksinasumisen yleistymisen lisäksi kotihoidon tarvetta (Kangasharju 2007, 3). Palvelurakennetavoitteiden mukaisesti 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. Ikääntyneiden kotona asumista tukevat palvelut ja hoitaminen vaativat kuitenkin lisää voimavaroja ja resursseja peruspalveluihin. (Kortelainen ym. 2014, 52.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotipalveluiden käyttökustannuksia. Tuloksien perusteella voidaan todeta, että kotipalveluiden käyttökustannukset ovat kaksinkertaistuneet vuosien 2003 ja 2013 aikana sekä Kaarinassa että vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja

Raisio). Kotipalveluiden käyttökustannukset olivat Kaarinassa (3 786 000 €) alhaisemmat kuin Nokialla (5 244 000 €), mutta korkeammat kuin Liedossa (1 902 000 €) ja Raisiossa (2 087 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 157.)

## **Palveluasuminen**

Kaarinan kaupunki järjestää vanhuksille tehostettua palveluasumista, johon kuuluvat pitkäaikainen ja lyhytaikainen palveluasuminen sekä kriisihoito. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu asiakkaille, joilla on ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon tarve, mutta ei tarvitse jatkuvaa sairaalatasoista hoitoa. Kaarinassa on neljä pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen yksikköä. Lisäksi tehostettua palveluasumista on tarjolla yksityisissä yksiköissä, joiden kanssa Kaarinan kaupunki on tehnyt puitesopimuksen tai jotka Kaarina on hyväksynyt tehostetun palveluasumisen palvelusetelituottajaksi. (Kaarinan kaupunki 2015.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin tehostetun palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden määriä. Tarkastelussa käytettiin indikaattoria, joka kertoo tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalisen osuuden vastaavan ikäisestä väestöstä. Tämän tutkimuksen mukaan tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä on kasvanut vuosien 2003–2013 välisenä aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Asiakkaiden prosentuaalinen osuus väestöstä vuonna 2013 oli Kaarinassa (8,8 %) suurempi kuin keskimäärin koko maassa (6,5 %), Varsinais-Suomessa (5,7 %) ja muissa vertailukunnissa. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 158.)

## **Omaishoito**

Omaishoidon asiakkaita ovat omaishoidettavat vanhukset ja vammaiset perheineen. Omaishoidon palveluihin kuuluvat palveluohjaus, kotona asumista tukevat palvelut ja omaishoidon tukipalkkiot. Omaishoidon tuki tarkoittaa kokonaisuutta, joka koostuu ”*hoitettavalle annettavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista*”. Omainen tai muu läheinen henkilö voi toimia omaishoitajana. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin omaishoidon tukea saaneiden asiakkaiden määriä. Tarkastelussa käytettiin indikaattoria, joka kuvaa omaishoidon tukea saaneiden 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalista osuutta vastaavaan ikäiseen väestöön verrattuna. Tämän tutkimuksen tuloksien perusteella voidaan todeta, että Kaarinassa omaishoidon tukea saaneiden 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavan

ikäisestä väestöstä on lisääntynyt vuosien 2003 ja 2014 aikana. Vuonna 2014 prosentuaalinen osuus oli Kaarinassa (8,1 %) korkeampi kuin keskimäärin koko maassa (6,3 %), Varsinais-Suomessa (6,1 %), Liedossa (4,2 %), Nokialla (4,7 %) ja Turussa (5,8 %). Raisiossa (8,2 %) omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneiden osuus oli lähes samalla tasolla kuin Kaarinassa (8,1 %) vuonna 2014. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 159.)

### **Vanhusten laitoshoido**

Kaarinassa 29 -paikkaisessa Valmakodissa tarjotaan vanhuksille laitoshoidoa moniammatillisen hoitotiimin toteuttamana (Kaarinan kaupunki 2015). Tässä tutkimuksessa selvitettiin vanhusten laitospalveluiden käyttökustannuksia. Tässä tutkimuksessa selvisi, että vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset ovat pienentyneet Kaarinassa vuosien 2003–2013 aikana. Vuonna 2013 käyttökustannukset olivat Kaarinassa (1 756 000 €) pienemmät kuin Nokialla (4 138 000 €) ja Raisiossa (4 233 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (171 000 €). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 160.) Kuntien tulisi tulevaisuudessa keventää palvelurakennetta. Yksi keskeinen keino hallita kustannuksia on laitospalveluista avopalveluihin siirtyminen. (Hiironniemi 2013, 91.)

### **3.2.3 Perhe- ja sosiaalipalvelut**

Tämän tutkimuksen tutkimushetkellä perhe- ja sosiaalipalveluiden vastuualueeseen kuuluivat sosiaalipalvelut, lastensuojelupalvelut, perhekeskus, Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö, ehkäisy-, äitiys- ja lastenneuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, puheterapia- ja psykologipalvelut sekä vammaispalvelut.

### **Sosiaalipalvelut**

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan kunnan on järjestettävä sosiaalipalveluja asukkaalleen. Sosiaalipalveluiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksilöiden ja perheiden hyvinvointia ja sosiaaliturvaa. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.) Sosiaalipalvelut palvelevat Kaarinassa kaikenikäisiä kuntalaisia. Sosiaalipalvelut tarjoavat muun muassa neuvontaa ja ohjausta. Palvelut sisältävät asiakkaan palvelutarpeiden arviointia. Osa asiakkaista on toimeentulon hakijoita, mutta asiakkaina on enenevässä määrin myös muita asiakasryhmiä kuten esimerkiksi lapsiperheitä. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Laki toimeentulotuesta (1412/1997) määrittelee, että toimeentulotuen tavoitteena on henkilön ja perheen toimeentulon turvaaminen ja itsenäisen selviytymisen edistäminen.

Toimeentulotuella turvataan asiakkaan vähintään tarvitsema toimeentulo. Tässä tutkimuksessa selvitettiin toimeentulotuen saaneiden asiakkaiden määriä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että toimeentulotukea saaneiden henkilöiden prosentuaalinen määrä on vähentynyt 1,5 % Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Toimeentulotuen saaneita henkilöitä oli Kaarinassa (4,1 % asukkaista) vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (7 % asukkaista), Varsinais-Suomessa (5,8 % asukkaista), Nokiolla (5,2 % asukkaista), Raisiossa (8,3 % asukkaista) ja Turussa (7,3 % asukkaista), mutta enemmän kuin Liedossa (3,6 % asukkaista) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 161.)

Maksetun toimeentulotuen määrään vaikuttaa kunnan toimeentulotuen myöntämiskäytäntö (Sotkanet 2015). Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös toimeentulotuen kustannuksia. Huolimatta siitä, että toimeentulotukea saaneiden henkilöiden prosentuaalinen määrä on hieman vähentynyt Kaarinassa, ovat toimeentulotuen kustannukset nousseet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2014 aikana. Vuonna 2014 toimeentulotuen kustannukset per asukas olivat Kaarinassa (75 €/asukas) alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa (136 €/asukas), Varsinais-Suomessa (97 €/asukas), Nokiolla (89 €/asukas), Raisiossa (199 €/asukas) ja Turussa (120 €/asukas), mutta korkeammat kuin Liedossa (52 €/asukas). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 162.)

### **Lastensuojelupalvelut**

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia lastensuojelusta ja viranomaisella on ilmoitusvelvollisuus havaitsemastaan lastensuojelutarpeesta. Lastensuojelupalvelut on tarkoitettu lapsiperheille, jotka tarvitsevat apua lasten arjessa ja perheen kriisitilanteissa. Lastensuojelutyöhön kuuluvat lastensuojelutarpeen selvitys, avo- huollon tukitoimet, sijaishuolto ja jälkihuolto. (Kaarinan kaupunki 2015.) Lastensuojelun tarve on lisääntynyt koko maassa (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 21). Tämän tutkimuksen mukaan lastensuojeluilmoitusten määrä on lisääntynyt vuosien 2008–2013 välisenä aikana myös Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. Kaarinassa ilmoitusten määrä on yli kaksinkertaistunut vuosien 2008–2013 välisenä aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa tehtiin enemmän lastensuojeluilmoituksia kuin muissa vertailukunnissa. Kaarinassa tehtiin 845 kpl, Liedossa 307 kpl, Nokiolla 593 kpl ja Raisiossa 534 kpl lastensuojeluilmoitusta vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 163.) Yhdestä lapsesta on saatettu tehdä monta ilmoitusta. Lukumääriin on laskettu mukaan kaikki tehdyt ilmoitukset. (Sotkanet 2015.)

Tässä tutkimuksessa huomattiin, että 0–17-vuotiaiden lasten, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, prosentuaalinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä on lisääntynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa vuosien 2008–2013 välisenä aikana. Kaarinassa näiden lasten prosentuaalinen osuus (6 %) oli

samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa (6 %) ja Varsinais-Suomessa (6,5 %) vuonna 2013. Liedossa (3,8 %) ja Nokialla (4,9 %) lasten prosentuaalinen osuus oli pienempi kuin Kaarinassa (6 %) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 164.)

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan lastensuojeluilmoituksen tulisi olla käsitelty seitsemän arkipäivän kuluessa. Tämän tutkimuksen mukaan lastensuojeluilmoitukset tai vastaavat yhteydenotot ratkaistiin Kaarinassa 100 %:ssa tapauksista vuonna 2014 lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa, kun keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa ratkaisuprosentti oli noin 95 %. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 164.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannuksia. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset ovat Kaarinassa nousseet vuosien 2006 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 käyttökustannukset olivat Kaarinassa (2 866 000 €) pienemmät kuin Nokialla (3 483 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (1 437 000 €) ja Raisiossa (2 782 000 €). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 165.)

## **Perhekeskus**

Perhekeskus on moniammatillinen varhaista tukea antava yksikkö. Se tuottaa Kaarinan Olkkarin, perheneuvolan, neuvolan perhetyön, lastensuojelun lähityön ja lastenvalvojan palvelut. Perhekeskuksen toiminnan tavoitteena on edistää perheiden palvelujen keskitämisen ”siirtymistä erityispalveluista yleispalveluihin ja työskentelyn siirtymistä lasten ja perheiden arjen toimintaympäristöihin kuten kouluun, päivähoitoon tai vapaa-aikaan”. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Perhekeskukseen kuuluvassa perheneuvolassa työskentelee psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja lastenvalvoja sekä ostopalveluina toteutettuna lastenpsykiatrin resurssi (Reiman 2015). He auttavat lapsiperheitä ratkaisujen löytämisessä perhe-elämän ja kasvatuksen pulmiin. Perheneuvolan palvelut ovat tarkoitettu Kaarinan, Paimion ja Sauvon lapsiperheille. (Kaarinan kaupunki 2015.) Perhekeskuksessa työskentelee lisäksi perhetyöntekijöitä, perheohjaajia ja kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa. He tarjoavat muun muassa tehostetun perhetyön ja muita lastensuojelun avohuollon palveluja sekä sosiaalihoitolain (1301/2014) mukaisia lapsiperheiden palveluja. (Reiman 2015.)

Osa Kaarinan kaupungin perhekeskuspalveluja on perheneuvola, jossa lapsiperheitä autetaan ratkaisujen löytämisessä perhe-elämän ja kasvatuksen pulmiin (Kaarinan kaupunki 2015). Tässä tutkimuksessa selvitettiin kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakasmääriä. Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaiden määrä on vaihdellut Kaarinassa vuosittain. Vuonna 2014 Kaarinassa (195 kpl) oli asiakkaita vähemmän kuin Liedossa (267 kpl), Nokialla (900 kpl) ja Raisiossa (329 kpl). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 166.)



## **Äitiys- ja lastenneuvolat**

Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden tavoitteena on tukea vanhemmuutta sekä edistää vanhempien, perheiden ja lasten terveyttä ja hyvinvointia. Neuvolapalveluiden saavutettavuus Kaarinassa on hyvä, sillä toimipisteitä on useampia eri puolilla kaupunkia. Äitiys- ja lastenneuvolassa toteutetut asiakkaan seurantatarkastukset tehdään valtakunnallisten suositusten mukaisesti. (Koski-Pärnä 2015, 167–169.) Tämän tutkimuksen mukaan äitiysneuvolan lääkärinkäynnit ovat pysyneet Kaarinassa melko samalla tasolla vuosien 2003–2012 aikana. Vuonna 2012 Kaarinassa (267 käyntiä/1 000 naista kohti) oli äitiysneuvolan lääkärinkäyntejä keskimäärin enemmän kuin koko maassa (189 käyntiä/ 1 000 naista kohti) ja Varsinais-Suomessa (228 käyntiä/ 1 000 naista kohti). Äitiysneuvolan muut kuin lääkärinkäynnit ovat lisääntyneet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2012 aikana. Kaarinassa (954 käyntiä/1 000 naista kohti) oli vuonna 2012 enemmän äitiysneuvolan muita kuin lääkärinkäyntejä kuin koko Suomessa (790 käyntiä/1 000 naista kohti), Varsinais-Suomessa (780 käyntiä/1 000 naista kohti) ja muissa vertailukunnissa (Turku, Raisio, Nokia ja Lieto). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 168.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös lastenneuvoloiden käyntimääriä. Kaarinassa (3325 käyntiä/1 000 0–7-vuotiasta kohti) oli vuonna 2012 lastenneuvolakäyntejä keskimäärin enemmän kuin koko maassa (2914 käyntiä/1 000 0–7-vuotiasta kohti), Varsinais-Suomessa (3057 käyntiä/1 000 0–7-vuotiasta kohti) ja vertailukunnista Liedossa, Nokialla ja Turussa. Kaarinassa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa lastenneuvolakäynnit ovat lisääntyneet vuosien 2003–2012 aikana. Keskimäärin koko maassa lastenneuvolakäyntien määrän kasvu on ollut vähäisempää kuin Kaarinassa. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 169.)

## **Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto**

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on koululaisten ja opiskelijoiden terveen kasvun ja kehityksen tukeminen sekä terveyden edistäminen. Tarkastukset tehdään valtakunnallisten suositusten mukaisesti. (Kaarinan kaupunki 2015.) Tämän tutkimuksen mukaan käynnit koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ovat hieman lisääntyneet Kaarinassa vuosien 2003–2012 aikana. Kaarinassa (2205 käyntiä/1 000 7–18-vuotiasta kohti) oli vuonna 2012 keskimäärin enemmän kouluterveydenhuollon käyntejä kuin koko maassa (1938 käyntiä/1 000 7–18-vuotiasta kohti), mutta vähemmän kuin keskimäärin Varsinais-Suomessa (2278 käyntiä/1 000 7–18-vuotiasta kohti) ja vertailukunnista Liedossa, Raisiossa ja Turussa. Opiskeluterveydenhuollon käynnit (sekä lääkärinkäynnit että muut kuin lääkärinkäynnit) ovat Kaarinassa lisääntyneet vuosien 2003–2012 aikana. Vuonna 2012 opiskeluterveydenhuollon lääkärikäyntejä oli Kaarinassa (170 käyntiä/1 000 16–25-

vuotiasta) enemmän kuin keskimäärin koko maassa (110 käyntiä/1 000 16–25-vuotiasta), Varsinais-Suomessa (108 käyntiä/1 000 16–25-vuotiasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Myös muita kuin lääkärinkäyntejä oli Kaarinassa (652 käyntiä/1 000 16–25-vuotiasta) keskimäärin enemmän kuin koko maassa (615 käyntiä/1 000 16–25-vuotiasta), Varsinais-Suomessa (506 käyntiä/1 000 16–25-vuotiasta), Liedossa, Nokiolla ja Turussa. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 170–174.)

## **Vammaispalvelut**

Vammaispalvelulain (380/1987) mukaan kuntien tehtävänä on järjestää vammaispalveluja. Lain mukaan kuntien tehtävänä on järjestää laissa vammaisuuden perusteella annettavat palvelut ja tukitoimet, sopeutumisvalmennus, henkilökohtainen apu, taloudelliset tukitoimet sekä korvausta asunnon muutostöistä ja asuntoon sisältyvistä välineistä ja laitteista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.) Vammaisille annettava tuki on usealle hallinnonalalle ulottuva joukko erilaisia tehtäviä. Palvelujen saumaton kytkytyminen toisiinsa ja tehtävien koordinointi on tärkeää sekä kuntien että asiakkaiden kannalta. (Hiironniemi 2013, 63.)

Kaarinan kaupunki tarjoaa vammaispalvelulain mukaisia palveluja, ohjausta ja neuvontaa (Kaarinan kaupunki 2015). Tässä tutkimuksessa voidaan todeta, että vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden määrä on Kaarinassa kasvanut vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Kaarinassa (157,2/100 000 asukasta) oli vuonna 2013 enemmän asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa (96,7/100 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (100,5/100 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 175.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös vammaispalvelujen kustannuksia. Vammaispalvelulain perusteella järjestettyjen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset ovat kasvaneet vuosien 2003–2013 välisenä aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Turussa. Kustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa (151,70 €/asukas) korkeammat kuin keskimäärin koko maassa (94,2 €/asukas) ja Varsinais-Suomessa (91 €/asukas) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Myös vammaishuollon laitospalvelujen käyttökustannukset ovat nousseet Kaarinassa vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Kaarinassa (926 000 €) vammaishuollon laitospalveluiden käyttökustannukset olivat vuonna 2013 matalammat kuin Nokiolla (1 151 000 €). Liedossa (646 000 €) ja Raisiossa (253 000 €) käyttökustannukset olivat alhaisemmat kuin Kaarinassa (926 000 €) vuonna 2013. Vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset ovat pysyneet Kaarinassa lähes samalla tasolla vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Vuonna 2013 vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset olivat Kaarinassa (527 000 €) pienemmät kuin Nokiolla (1 099 000 €) ja Raisiossa (810 000

€), mutta suuremmat kuin Liedossa (335 000 €). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 176–178.)

### 3.2.4 Terveyspalvelut

Terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuollon palveluihin ja erikoissairaanhoidon palveluihin. Perusterveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan kunnan järjestämiä palveluja (väestön terveydenseuranta, terveyden edistäminen ja erilaiset palvelut), jotka tuotetaan kunnan terveystalossa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaanhoidon erikoisalojen tutkimuksia ja hoitoja. Erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään suurimmaksi osaksi sairaaloissa. (STM 2018.) Tämän tutkimuksen tutkimushetkellä terveyspalveluiden vastuualueeseen kuuluivat avosairaanhoito, mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveystaloksen sairaala, työterveyshuolto, hammashuolto, hoitotyö ja tukipalvelut sekä erikoissairaanhoito. Tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoito rajattiin tutkimuksen tilaajan (Kaarinan kaupunki) pyynnöstä pois.

*”Kaarinan terveyspalvelut vastaa Kaarinan ja Liedon Littoisten asukkaiden perusterveydenhuollon palveluista”* (Kaarinan kaupunki 2015). Terveyspalveluiden saavutettavuus on hyvä, sillä terveyspalveluita on saatavilla kolmessa eri toimipisteessä eri puolilla kaupunkia (Koski-Pärnä 2015, 178). Tässä tutkimuksessa selvitettiin perusterveydenhuollon nettokustannuksia. Perusterveydenhuollon nettokustannukset (mukaan lukien hammashuolto) asukasta kohden ovat kasvaneet vuosien 2003–2013 aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa ja kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Kaarinassa (488 euroa/asukas) perusterveydenhuollon nettokustannukset (euroa/asukas) olivat vuonna 2013 alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa (672 euroa/asukas), Varsinais-Suomessa (600 euroa/asukas), Liedossa (627 euroa/asukas), Raisiossa (589 euroa/asukas) ja Turussa (571 euroa/asukas). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 178.)

### Avosairaanhoito

Kaarinan kaupungissa avosairaanhoitoon palveluihin kuuluvat lääkärin, terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan vastaanottopalvelut, jotka ovat saatavilla kolmessa toimipisteessä. Palveluihin kuuluu myös perusterveydenhuollon päivystyksen järjestäminen. (Kaarinan kaupunki 2015.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon käyntejä. Vuonna 2012 Kaarinassa (2273 käyntiä/1 000 asukasta kohti) oli perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon käyntejä 1 000 asukasta kohden enemmän kuin keskimäärin koko maassa (1967 käyntiä/1 000 asukasta kohti), Varsinais-Suomessa (2046

käyntiä/1 000 asukasta kohti), Liedossa (2054 käyntiä/1 000 asukasta kohti) ja Turussa (1485 käyntiä/1 000 asukasta kohti). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 181.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös perusterveydenhuollon käyttökustannuksia. Kaarinassa perusterveydenhuollon avohoidon käyttökustannukset ovat nousseet. Vuonna 2006 kustannukset olivat 7 146 000 € ja 9 839 000 € vuonna 2013. Kustannukset ovat kuitenkin hieman laskeneet vuodesta 2012 (10 237 000 €). Kaarinassa kustannukset olivat vuonna 2013 pienemmät kuin Nokiolla (11 835 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (6 354 000 €) ja Raisiossa (8 951 000 €). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 180.) Kaarinassa (41 päivää) odotusaika terveyskeskuslääkärille on pidempi kuin Nokiolla (11 vrk), mutta melko samanpituisen kuin Raisiossa (32 arkipäivää) (Koski-Pärnä 2015, 181).

### **Mielenterveys- ja päihdepalvelut**

Kaarinan kaupungissa on useita mielenterveys- ja päihdeongelmissa tukevaa palvelua. Osa palveluista on kaupungin tarjoamia ja osa kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin. Tarjolla on myös monia vertaistukimuotoja. Kuntalaisten käytettävissä ovat perusterveydenhuollon yleiset palvelut kuten lääkärin ja hoitajien vastaanottopalvelut. Kaarinassa toimii myös mielenterveys- ja päihdeyksikkö Vintti, johon osa Kaarinan mielenterveys- ja päihdepalveluista on keskitetty. (Kaarinan kaupunki 2015). Tässä tutkimuksessa selvitettiin perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määriä. Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit) ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2011–2013 välisenä aikana. Sen sijaan koko maan tasolla, Varsinais-Suomessa, Nokiolla ja Raisiossa käynnit ovat lisääntyneet. Mielenterveyskäyntejä tuhatta asukasta kohden oli Kaarinassa (16 kpl/1 000 asukasta kohti) vuonna 2013 vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (108 kpl/1 000 asukasta kohti), Varsinais-Suomessa (68 kpl/1 000 asukasta kohti) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja Raisio). (Sotkanet 2015, Koski-Pärnä 2015, 182.) Suomessa mielenterveyshäiriöt ovat eniten työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien joukossa (STM 2013a, 9).

Tässä tutkimuksessa selvisi myös, että päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden määrä on vähentynyt Kaarinassa vuosien 2003–2014 välisenä aikana. Vuonna 2014 Kaarinassa (1,8 asiakasta/1 000 asukasta) oli vähemmän päihdehuollon avopalveluiden asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa (8,5 asiakasta/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (6,8 asiakasta/1 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Päihdehuollon käyttökustannukset ovat kuitenkin kasvaneet vuosien 2003–2013 välisenä aikana Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 185.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös päihdehuollon käyttökustannuksia. Päihdehuollon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa (1 127 000 €) korkeammat kuin Liedossa (220 000 €) ja Nokiolla (516 000 €), mutta alhaisemmat kuin Raisiossa (1 961 000 €). Myös päihdehuollon nettokustannukset asukasta kohden ovat kasvaneet. Päihdehuollon nettokustannukset vuonna 2013 olivat Kaarinassa (34,50 €/asukas) keskimäärin samalla tasolla verrattuna koko maan keskiarvoon (34,80 €/asukas). Kaarinassa vuoden 2013 kustannukset olivat korkeammat kuin Liedossa (11,40 €/asukas) ja Nokiolla (15,50 €/asukas), mutta selvästi matalammat kuin Raisiossa (76,20 €/asukas) ja Turussa (64,30 €/asukas). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 185–186.) Päihdehuollon nettokustannukset eivät osoita kaikkia päihdepalveluista tulevia kustannuksia, joten päihdehuollon nettokustannukset antavat vain osittaisen kuvan päihdeongelmien laajuudesta (Aro ym. 2014, 35).

### **Terveyskeskuksen sairaala**

Kaarinan terveystieteiden sairaalassa hoidetaan kahdella vuodeosastolla potilaita, jotka tarvitsevat yleislääkäritasosta sairaanhoitoa. Osastot ovat 36- ja 28-paikkaisia. Sairaalaan hoitoon kuuluu muun muassa ikäihmisten intervallihoidot, toipuminen leikkausten jälkeen, katkaisuhoidot ja eri syistä johtuvan yleistilan laskun hoitaminen kaikenikäisillä, pois lukien lapset. (Kaarinan kaupunki 2015). Tässä tutkimuksessa selvitettiin perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilasmääriä. Tuloksien perusteella voidaan todeta, että Kaarinan perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä on lisääntynyt vuosien 2003–2013 aikana. Vuonna 2013 hoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä oli Kaarinassa (29,1 potilasta/1 000 asukasta) hieman koko maan keskiarvoa (27,3 potilasta/1 000 asukasta) korkeampi. Nokiolla (11 potilasta/1 000 asukasta), Turussa (14 potilasta/1 000 asukasta) ja Liedossa (21,3 potilasta/1 000 asukasta) perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaiden lukumäärä on vähäisempi kuin Kaarinassa (29,1 potilasta/1 000 asukasta) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 187.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon keskimääräistä hoitoaikaa. Käytetty luku kertoo kaikkien perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden vuoden aikana päättyneiden hoitajaksojen kokonaispituuksien keskiarvon. Sairaalahoitoon sisältyy julkisen sektorin (kunnat, kuntayhtymät ja valtio) ja yksityisen sektorin järjestämä sairaalahoito. Mukana ovat terveystieteiden yleislääkärijohtoiset vuodeosastot ja kuntien/kuntayhtymien muualta hankkima yleislääkäritasoinen vuodeosastohoito. (Sotkanet 2015.) Indikaattori kuvaa perusterveydenhuollon sairaalapalveluiden käyttöä alueellisesti ja jonkin verran myös iäkkäämmän väestönosan sairastavuutta (Aro ym. 2014, 29). Tämän tutkimuksen mukaan vuosien 2003–2013 välisenä aikana keskimääräinen hoitoaika perusterveydenhuollon vuodeosastolla on

lyhentynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Raisiossa ja Turussa. Vuonna 2003 keskimääräinen hoitoaika Kaarinassa oli 29,9 päivää, kun vuonna 2013 hoitoaika oli 16,6 päivää. Kaarinan kaupungissa (16,6 päivää) keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla oli lyhyempi kuin keskimäärin koko maassa (21,6 päivää) vuonna 2013. Keskimääräinen hoitoaika Kaarinassa oli myös lyhyempi kuin muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 188.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös vuodeosastohoidon käyttökustannuksia. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset ovat kasvaneet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio) vuosien 2006–2013 aikana. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa (5 701 000 €) korkeammat kuin Liedossa (3 920 000 €), Nokiolla (2 840 000 €) ja Raisiossa (4 574 000 €). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 189.)

## **Työterveyshuolto**

Työntekijöiden hyvinvoinnista ja työkyvystä huolehtimisen tärkeys kasvaa, kun työelämän vaatimukset lisääntyvät ja työvoima ikääntyy ja vähenee. (Parjanne 2008, 156.) Työterveyshuollon käyttöä tutkittaessa on todettu, että 61–65-vuotiaiden työterveyshuollon palveluiden käyttö on lähes kaksinkertaista verrattuna alle 55-vuotiaiden käyttöön (Jokimäki 2011, 28). Kaarinan kaupungilla on omat työterveyshuollon palvelut. Kaarinan kaupunki tarjoaa työterveyshuollon palveluja Kaarinassa toimiville yrityksille, yrittäjille ja maanviljelijöille. Voimassa oleva työterveyshuoltosopimus on edellytyksenä palveluiden saamiselle. Kaarinan työterveyshuollossa työskentelee työterveyslääkäreitä, viisi työterveyshoitajaa, työfysioterapeutti ja työterveyspsykologi. (Kaarinan kaupunki 2015.)

## **Hammashuolto**

Kaarinan kaupungissa on kolme suun terveydenhuollon toimipistettä. Hammashuolto on tarkoitettu kaikenikäisille Kaarinan kaupungin asukkaille ja Kaarinassa koulua tai oppilaitosta käyville ulkokuntalaisille. Hammashuolto on maksullista yli 18 vuotta täyttäneille. (Kaarinan kaupunki 2015.) Tämän tutkimuksen mukaan suun terveydenhuollon kaikkien ammattihenkilöiden käyntimäärät ovat pysyneet Kaarinassa lähes samalla tasolla vuosien 2003–2012 aikana. Vuonna 2012 suun terveydenhuollon käyntejä oli Kaarinassa (1 114 kpl/1 000 asukasta) enemmän kuin keskimäärin koko maassa (932 kpl/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (1 028 kpl/1 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Hammaslääkärikäynnit ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2003–2012 aikana. Suun terveydenhuollon käynnit terveystieteiden keskuksissa muun

ammattiryhmän kuin lääkäreiden luona olivat Kaarinassa (338 kpl/1 000 asukasta) korkeammat kuin keskimäärin koko maassa (245 kpl/1 000 asukasta) ja Varsinais-Suomessa (298 kpl/1 000 asukasta) sekä vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja Turku) vuonna 2012. Raisiossa (357 kpl/1 000 asukasta) käyntimäärät olivat korkeammat kuin Kaarinassa vuonna 2012. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 190–192)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös hammashuollon käyttökustannuksia. Hammashuollon käyttökustannukset ovat nousseet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio) vuosien 2003–2013 aikana. Vuonna 2013 kustannukset olivat korkeammat Kaarinassa (3 423 000 €) kuin Liedossa (2 013 000 €), Nokiolla (2 725 000 €) ja Raisiossa (2 945 000 €). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 193.)

### **Hoitotyö ja tukipalvelut**

Hoitotyön palvelujen tehtävänä on hoitotyön kehittäminen ja johtaminen terveystalouden vastuualueella ja hyvinvointipalvelujen toimialalla yhteistyössä muiden vastuualueiden kanssa. Tukipalveluja ovat laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut ja fysioterapiapalvelut. Laboratoriopalveluja tarjotaan Kaarinassa kolmessa toimipisteessä. Laboratorionäytteet tutkitaan pääosin pääterveysasemalla. Vain 15 % näytteistä tutkitaan muualla. (Kaarinan kaupunki 2015.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin laboratoriopalvelujen kustannuksia. Kaarinassa, Nokiolla ja Raisiossa laboratoriotoiminnan kustannukset ovat nousseet vuosien 2009–2013 aikana. Kaarinassa kustannukset olivat vuonna 2013 (986 000 €) kuitenkin alhaisemmat kuin vuosina 2011 ja 2012 (1 010 000 €). Laboratoriotoiminnan kustannukset olivat Kaarinassa (986 000 €) lähes samalla tasolla kuin Nokiolla (970 000 €), mutta korkeammat kuin Liedossa (610 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 194.)

Kaarinan pääterveysasemalla tarjotaan kuvantamisen palveluja (Kaarinan kaupunki 2015). Tämän tutkimuksen mukaan kuvantamistutkimusten kustannukset ovat laskeneet Kaarinassa vuosien 2011–2013 aikana. Vuonna 2011 kustannukset olivat Kaarinassa 558 000 € ja 415 000 € vuonna 2013. Raisiossa (659 000 €) kustannukset olivat korkeammat kuin Kaarinassa (415 000 €), Liedossa (198 000 €) ja Nokiolla (345 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 195.)

Fysioterapiapalvelut kattavat fysioterapian, apuvälineiden lainauksen ja lääkinnällisen kuntoutuksen (Kaarinan kaupunki 2015). Tämän tutkimuksen mukaan Kaarinassa fysioterapian käynnit ovat vähentyneet vuosien 2011–2013 aikana. Vuonna 2011 käyntejä oli 208/1 000 asukasta kohti ja 46/1 000 asukasta kohti vuonna 2013. Kaarinassa (46 käyntiä/1 000 asukasta kohti), Nokiolla (35 käyntiä/1 000 asukasta kohti) ja Raisiossa (1 käynti/1 000 asukasta kohti) käyntejä oli vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (208 käyntiä/1 000 asukasta kohti), Varsinais-Suomessa (238 käyntiä/1 000 asukasta kohti),

Turussa (346 käyntiä/1 000 asukasta kohti) ja Liedossa (259 käyntiä/1 000 asukasta kohti) vuonna 2013. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 195.)

Kuntien palvelurakennetta voitaisiin keventää elämänkaaren mukaisten palvelujen kehittämisen avulla. Elämänkaaren mukaisesti kohderyhmiin kohdennetut palvelukokonaisuudet (esimerkiksi lasten- ja nuorten palvelut) edesauttaisivat saamaan saumattomia palveluita ja välttäisi toimintojen ja resurssien käytön päällekkäisyyksiltä. (Hiironniemi 2013, 107–108.) Suuri osa kansalaisista on sekä sosiaalipalvelujen että terveyspalvelujen tarpeessa oman hyvinvointinsa tukemiseksi. Erityisesti ikääntyneet palvelujen tarvitsijat, päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevat sekä lapset ja perheet ovat tällaisia asiakas- ja potilasryhmiä. Ihmisistä ja perheistä on olennaista huolehtia kokonaisuutena. (VM 2012a, 71.)

Terveyspalvelujen käyttöä tutkittaessa on todettu, että vanhemmat ikäluokat käyttävät eniten terveyspalveluja. Alle 26-vuotiaat sen sijaan käyttävät vähiten terveyspalveluja. (Jokimäki 2011, 25.) Toisaalta ainakin eräässä tutkimuksessa on todettu, että tulevat vanhukset ovat valmiita tarvittaessa maksamaan terveyspalveluista sekä muun muassa kodinhoito-, turvallisuus- ja viriketoimintapalveluista (Pursiainen & Seppälä 2013, 21). Suurin osa kunnan hyvinvointipalvelujen kustannuksista kertyy pienen väestönosan palveluista. Vain noin 10 % väestöstä tarvitsee paljon palveluja. Tämä osuus vastaa 80 % kunnallisten hyvinvointipalvelujen kustannuksista. Suuri osa palvelujen käyttäjistä käyttää sekä sosiaali- että terveyspalveluja. Tämän vuoksi olisi olennaista, että jollain on kokonaisuudesta vastuu. (STM 2014, 16.)

Väestön ikääntymisen terveydenhoitokustannuksilla on merkittäviä seurauksia terveydenhuollon organisaatioille ja niillä on suuri merkitys palvelujen strategisen suunnitteluun (Caley & Sidhu 2010, 117). Kuntien palvelujärjestelmien ongelmia ovat muun muassa niiden monimutkaisuus ja toimintojen päällekkäisyys (Rissanen & Lammintakanen 2011, 31). Palvelujen päällekkäisyyttä ja rinnakkaisuutta tulisi tarkastella kriittisesti, sillä yksittäinenkin muutos voi tehostaa jotakin prosessia, kohentaa tulosta asiakkaan hyväksi tai vähentää kunnan kustannuksia. Tähän tarvitaan eri tahojen yhteistyötä. Kuntien tulisi miettiä, mikä taho pystyisi hoitamaan palvelut taloudellisimmin ja vaikuttavimmin. (Hiironniemi 2013, 111.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset riippuvat suurelta osin myös kuntalaisten palvelutarpeista (VM 2012a, 75). Terveydenhuollon palvelujen tulisi olla asiakaskeskeisiä ja palvelujärjestelmän tulisi olla asiakkaan tarpeita korostavaa (Rissanen & Lammintakanen 2011, 31; Porter & Lee 2013, 51). Palveluprosesseja tulisi johtaa kokonaisuutena siten, että asiakas voi luottaa siihen, että hän saa tarvitsemansa laadukkaat palvelut asiakaskeskeisenä kokonaisuutena silloin, kun niille on tarvetta (VM 2012a, 73).

Väestönmuutos vaikuttaa kunnan hyvinvointipalvelujen kustannuksiin. Väestöä menettävissä kunnissa asukaskohtaiset kustannukset kasvavat enemmän kuin kunnan



kustannukset, mutta väestöltään kasvavissa kunnissa asia on päinvastainen. Tämä selittyy sillä, että suuri osa hyvinvointipalvelujen kustannuksista ovat kiinteitä. Kiinteät kustannukset muuttuvat hitaasti asukasmäärän muuttuessa. Myös väestön ikärakenne ja sen muutos vaikuttavat kunnan palveluiden kustannuksiin. Palvelutarve voi esimerkiksi kasvaa, vaikka väestö vähenee, sillä samanaikaisesti väestö ikääntyy. (Meklin & Pukki 2017, 7.) Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan väestönkehitystä ja arvioidaan hyvinvointipalvelujen tarvetta.

### 3.3 Väestö ja hyvinvointipalvelujen tarve

Hyvinvointipalvelujen tarve vaihtelee kunnittain (Meklin & Pukki 2017, 72). Kunta päättää minkälaiseen palvelutuotantoon keskitytään palveluvalikoiman ja asiakkaiden tarpeiden mukaan. Palvelutuotanto on hyvälaatuista ja tuloksellista, kun vaikuttavat palvelut kohdistetaan niille, jotka niitä eniten tarvitsevat. Kunnan poliittisten päätöksentekijöiden tulisikin osata suunnata hyvinvointipalvelut niitä eniten tarvitseville ja niistä eniten hyötyville. (Kangasharju 2008, 193–196.) Palvelujen suunnittelussa väestön palvelutarpeita on pyrittävä ennakoimaan (Lehto 2004, 25).

Hyvinvointipalvelujen tulisi kattaa riittävästi kunnan asukkaiden tarpeet (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 10). Palveluiden tarpeeseen vaikuttavat muun muassa eliniän pidentyminen, palvelujen saatavuutta ja laatua koskevan vaatimustason kasvu, työvoiman tarve, väestön yleisen terveyden ja toimintakyvyn kehitys, työllisyyden ja varallisuuden kasvun vaikutukset palvelujen kysyntään sekä kansalaisten oma varautuminen yksityisten hyvinvointipalvelujen hankintaan (Hallipelto 2008, 47–48). Suomalaisten terveydentila vaihtelee alueittain, jonka vuoksi myös palvelujen tarve vaihtelee alueittain. Palvelutarpeen arviointiin tarvitaan alueellisia tietoja terveydentilasta ja palvelutarpeista. (Luoto 2004, 86.) Palvelujen tarvetta määriteltäessä väestön lukumäärä ja ikärakenne ovat muun muassa keskeisiä tekijöitä (Luoto 2004, 86; Aro ym. 2014, 18; Meklin & Pukki 2017, 64).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin asukasmäärän kehitystä, väestön ikärakennetta ja väestöennusteita. Vuoden 2014 loppuun mennessä Kaarinassa oli 32 148 asukasta ja asukasmäärän ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä noin kymmenellä prosentilla. Vuonna 2030 Kaarinassa ennustetaan olevan 35 656 asukasta. Taulukossa 1 on kuvattuna asukasmäärän arvioitua kehitystä vuoteen 2030 asti.

Taulukko 1 Asukasmäärän arvioitu kehitys vuoteen 2030 (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 141)

Alue	Väestön lukumäärä v. 2014	Väestöennuste v. 2020	Väestöennuste v. 2030	M %
Koko maa	5 471 753	5 631 017	5 847 678	6,9
Varsinais-Suomi	472 726	484 209	499 915	5,8
Kaarina	32 148	33 668	35 656	10,9
Lieto	19 209	19 010	20 836	8,5
Nokia	32 848	36 160	39 494	20,2
Raisio	24 371	25 660	26 631	9,3
Turku	183 827	185 500	191 503	4,2

Taulukosta 1 voidaan havaita, että väestöennusteen mukaan tarkastelukunnista Kaarina (10,9 %) ja Nokia (10,9 %) kasvavat suhteellisesti eniten asukasluvultaan vuoteen 2030 mennessä. Tarkastelusta käy ilmi, että Kaarina (10,9 %), Lieto (8,5 %), Raisio (9,3 %) ja Nokia (20,2 %) ovat kaupunkeja, joiden asukasmäärän kasvu on ennusteen mukaan suhteellisesti nopeampaa kuin Turussa (4,2 %), Varsinais-Suomessa (5,8 %) ja koko maassa (6,9 %). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 141.)

Taulukosta 2 ilmenee koko maan, Varsinais-Suomen ja vertailukuntien (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) väestön ikärakenne vuonna 2014.

Taulukko 2 Väestön ikärakenne (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 141)

Alue	0–14-vuotiaat, % väestöstä v. 2014	15–64-vuotiaat, % väestöstä v. 2014	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä v. 2014
Koko maa	16,4	63,7	19,9
Varsinais-Suomi	15,5	63,4	21,1
Kaarina	19,3	62,1	18,6
Lieto	21,1	61,8	17,1
Nokia	19,9	62,0	18,2
Raisio	16,0	63,8	20,2
Turku	12,9	67,3	19,8

Taulukosta 2 havaitaan, että prosentuaalisesti tarkasteltuna vuoden 2014 loppuun mennessä Kaarinassa (19,3 %) oli enemmän 0–14-vuotiaita kuin keskimäärin Turussa (12,9 %), Varsinais-Suomessa (15,5 %) ja koko maassa (16,4 %), mutta vähemmän kuin

Liedossa (21,1 %) ja Nokiolla (19,9 %). Samana vuonna 15–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus väestöstä on kaikissa vertailukunnissa lähes samalla tasolla kuin koko maassa (63,7 %). Ainoastaan Turussa (67,3 %) tämän väestöryhmän prosentuaalinen osuus oli vuonna 2014 keskimääräistä suurempi. 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli Kaarinassa (18,6 %) hieman pienempi kuin Raisiossa (20,2 %), Turussa (19,8 %), Varsinais-Suomessa (21,1 %) ja koko maassa (19,9 %). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 141.)

Vuoden 2012 väestöennusteen (vuodet 2020 ja 2030) mukaan 0–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa hieman kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus sen sijaan nousee tulevaisuudessa kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 141–144.) Myös Meklinin ja Pukin (2017, 65) tutkimuksessa havaittiin, että yli 64-vuotiaiden osuus on kasvanut kunnissa.

Asukasmäärän muutoksen lisäksi palvelujen tarpeen ja järjestämisen näkökulmasta tärkeää on kunkin ikäryhmän asukasmäärän muutos (Meklin & Pukki 2017, 64). Työikäisten ja lasten määrä ei ennusteta vähentyvän tulevaisuudessa paljoa, mutta heidän suhteellinen osuutensa väestöstä vähenee. Koko väestön keski-ikä ennustetaan nousevan edelleen ja siihen vaikuttaa yli 65-vuotiaiden määrän ja suhteellisen osuuden lisääntyminen. (Kauhanen ym. 2013, 94–95.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakennetta ja väestöennusteita. Taulukosta 3 ilmenee Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakenne vuonna 2014 ja väestöennuste vuosina 2020 ja 2030. Väestöennuste on vuodelta 2012 (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 144).

Taulukko 3 Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakenne v. 2014 ja väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 144)

Ikäryhmä	Väestön lukumäärä v. 2014	Ikäryhmä	Väestöennuste v. 2020	Väestöennuste v. 2030
0–14-vuotiaat, % väestöstä	19,3	0–15-vuotiaat, % väestöstä	19,9	18,8
15–64-vuotiaat, % väestöstä	62,1	16–64-vuotiaat, % väestöstä	58,3	55,8
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	18,6	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	21,8	25,4

Taulukosta 3 havaitaan, että ennusteen mukaan Kaarinan kaupungissa lasten ja nuorten sekä työikäisten prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa. Sen sijaan 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa ennusteen mukaan. Väestöennusteen mukaan Kaarinassa on vuonna 2030 väestöstä neljäsosa yli 65-vuotiaita. Vuodesta 2014 vuoteen 2020 tämän ikäryhmän kasvun ennustetaan Kaarinassa olevan yli 3 % ja vuodesta 2014 vuoteen 2030 lähes 7 %. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 144.) Ennusteiden mukaan vuoteen 2030 mennessä kaikissa maakunnissa yli 20 % väestöstä on yli 65-vuotiaita (VM 2012a, 38). 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan yli kaksinkertaistuvan Kaarinassa vuoteen 2029 mennessä (Kortelainen ym. 2014, 50). 85-vuotiaiden määrä lisääntyy jatkossa erityisen nopeasti (Kauhanen ym. 2013, 95). Kuntien ikärakenteen muutokset tulevat todennäköisesti lisäämään palveluiden tarvetta (Meklin & Pukki 2017, 64).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös lapsiperheiden osuutta väestöstä. Lapsiperheeksi luokitellaan perheet, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia. Lapsiperheiden prosentuaalinen osuus on pysynyt Kaarinassa lähes samana vuosien 2003–2014 välisenä aikana. Vuonna 2014 lapsiperheiden prosentuaalinen osuus Kaarinassa (44,6 %) oli hieman korkeampi kuin Turussa (35,4 %), Raisiossa (40,5 %), Varsinais-Suomessa (38,2 %) ja koko maassa (38,9 %). (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 145.)

Yhteiskunnallisesti ajatellen väestörakenteen muutos tuo haasteeksi huoltosuhteen heikkenemisen. Lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden eli demografinen huoltosuhde nousee lähitulevaisuudessa nopeasti. (Kauhanen ym. 2013, 95.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin väestöllistä huoltosuhdetta. Huoltosuhteen arvo on sitä korkeampi, mitä enemmän on lapsia ja/tai eläkeikäisiä. Väestöllinen huoltosuhde on heikentynyt vuodesta 2003 vuoteen 2014 Kaarinassa sekä kaikissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Vuonna 2014 huoltosuhde oli Kaarinassa 61,2, Varsinais-Suomessa 57,7 ja koko maassa 57,1. (Sotkanet 2015; Koski-Pärnä 2015, 146.) Ennusteiden mukaan huoltosuhde heikkenee Kaarinassa edelleen tulevaisuudessa (Kortelainen ym. 2014, 49). Tulevina vuosina huoltosuhde kehittyy epäedulliseen suuntaan koko Suomessa. Ikääntyneen, yli 65-vuotiaiden, väestön määrä lisääntyy olennaisesti suhteessa työikäiseen väestöön. (Sitra 2014, 9.)

Palveluiden tarve kasvaa tulevaisuudessa ja siihen vaikuttaa erityisesti 75 ja 85 vuotta täyttäneiden määrän kasvu. Kaarinassa 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan yli kaksinkertaistuvan vuoteen 2029 mennessä. Väestöstä 75 vuotta täyttäneiden osuus on Kaarinassa ja Raisiossa korkeampi kuin Turussa vuoteen 2029 mennessä (Kortelainen ym. 2014, 50–51.) Muistiongelmien ovat lisääntyviä terveysongelmia Suomessa. Arviolta joka neljäs 75 vuotta täyttänyt tarvitsee muistiongelmien vuoksi huolenpitoa tulevina vuosina. (STM 2013a, 9.) Eläkeikäisten vanhetessa he käyttävät yhä enemmän hyvinvointipalveluja. 85 vuotta täyttänyt kuluttaa hoito- ja hoivapalveluja keskimäärin saman verran kuin kuusi 65–84-vuotiasta yhteensä. (Parkkinen 2007, 25.) Hoivan ja hoidon tarve

lisääntyy yleensä vasta parina viimeisenä elinvuotena (Parkkinen 2007, 30; Parjanne 2008, 153).

Ikääntyneiden määrän kasvaessa hyvinvointipalvelujen tarve kasvaa, mutta tarve ei kuitenkaan kasva samassa suhteessa ikääntyneiden määrän kanssa, sillä ihmiset ovat nykyään terveempiä ja toimintakykyisempiä. Palvelujen tarpeen kasvu riippuu hyvin paljon siitä, miten terveys ja toimintakyky tulevaisuudessa kehittyvät. (Parjanne 2008, 142.) Tulevien vanhusten hoivatarpeet ja -toiveet vaihtelevat huomattavasti (Pursiainen & Seppälä 2013, 21). Kansanterveydellisesti ajatellen ikääntyvien toimintakyky on merkittävä asia (Kauhanen ym. 2013, 96). Eläkeikäisen väestön toimintakyvyn koheneminen elinajan pidentyessä on kuntatalouden kannalta hyvin tärkeää. Tulevaisuudessa säästyisi merkittävästi kustannuksia, jos eläkeikäiset olisivat tulevaisuudessa paljon paremmassa kunnossa kuin samanikäiset nyt eivätkä he käyttäisi kunnallisia palveluja niin paljon kuin samanikäiset nyt. (Parkkinen 2007, 30.) Eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn kohentaminen on olennainen tavoite terveydellisessä ja sosiaalisessa mielessä. Tulevina vuosina säästetään pitkäaikaishoidon kustannuksissa, jos hoidon tarvetta onnistutaan siirtämään myöhemmälle iälle. Erityisen tärkeää on aivoterveysten edistäminen, muistisairauksien ennaltaehkäisy ja oikea-aikainen lääke- ja muu hoito, joilla voidaan vaikuttaa palvelutarpeen kehittymiseen. Ikääntyneiden palvelutarpeiden muutokset asettavat erityisiä haasteita ikääntyneiden palveluista vastaaville toimijoille. (VM 2012a, 48.)

Hyvinvointipalvelujen käyttö näyttäisi keskittyvän toisaalta sekä nuorimmille että vanhimmille kotitalouksille ja toisaalta kotitalouksille, joissa on lapsia (Jokimäki 2011, 27). Lapsiperheille tarkoitettut palvelut ovat suuressa muutoksessa niiden rakenteiden, toimintatapojen ja palvelutarpeiden osalta (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 21). Kaarinan kaupunki onkin kohdistanut voimavaroja lasten, nuorten ja lapsiperheiden peruspalveluihin. Jatkossa Kaarinan kaupungin on niiden lisäksi suunnattava laajennuksia ja voimavaroja ikääntyneiden peruspalveluihin. 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. (Kortelainen ym. 2014, 52.) Ikääntyneiden palvelutarpeiden muutos tulevaisuudessa asettaa paljon haasteita (ikäntyneiden palveluista vastaaville tahoille) (VM 2012a, 48; Kallio 2010, 30). Kunnat ovat pyrkineet etsimään ratkaisua siirtämällä hyvinvointipalvelujen tuotantoa yksityiselle sektorille, yhdistämällä kuntia ja siten kasvattaneet tuotantoyksikkökojoja, kuntien välistä yhteistyötä lisäämällä ja palvelutuotantoa keskittämällä (Kallio 2010, 31). Myös väestön sairastavuuden ja sosioekonomisen rakenteen muutos voivat lisätä palvelujen tarvetta (Meklin & Pukki 2017, 65).

Palvelutarpeen kasvu on johtanut resurssipulaan ja vaatimukseen tehostaa palvelujen tuotantoa (Kallio 2010, 30). Kuntien palvelurakenteen muutos on tulevaisuudessa tarpeen osittain ikärakenteen muutoksesta johtuen, mutta myös pyrkimykset siirtyä ennakoiviin ja keveämpiin palvelumuotoihin edellyttävät muutoksia. Kasvavia hyvinvointipalvelu-alueita tulevaisuudessa ovat muun muassa nuorisotyön eri muodot, terveydenhuollon valinnat ja sairaanhoidon palvelut, yli 75-vuotiaiden sosiaalihuollon tarvearviointi,

omaishoidon tukeen sisältyvät tehtävät, kuntouttava työtoiminta, toimeentulon myöntäminen, palveluseteleihin kuuluvat tehtävät, sosiaalityö, päihdehuollon palvelut ja yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta. (Hiironniemi 2013, 97.) Kuntien tulisi osata varautua vuosien kuluessa tapahtuvaan väestönmuutokseen (Meklin & Pukki 2017, 7).

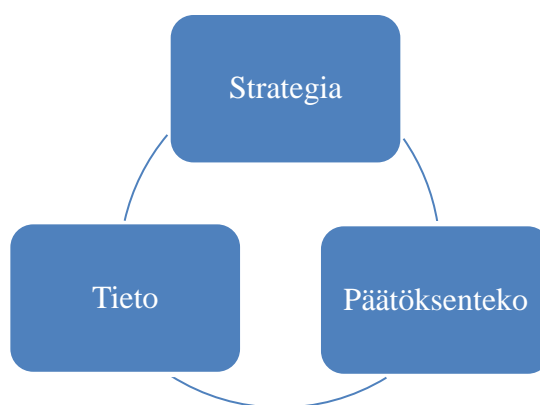
Kilpailukyky- ja elinvoimapolitiikan näkökulmasta suurten kaupunkiseutujen on pystyttävä tarjoamaan sekä hyviä peruspalveluja että myös monenlaista toimintaa ja kulttuuria. Näin kaupunkiseudut pystyvät kasvattamaan sosiaalista pääomaa ja juurruttamaan osaajia kaupunkiseutuun. Hyvinvoinnin edellytysten luomisella sekä kulttuuri-, liikunta- ja vapaa-ajanpalveluilla on tärkeä merkitys tässä tavoitteessa. (Kortelainen ym. 2014, 103.) Olennaista on, että kunnassa on eri toimialojen osalta vastuullinen taho tai viranomainen, joka huolehtii kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalveluiden tuottamisesta ja jakelusta. Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut ovat tärkeitä väestön hyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja osallisuuden edistämiseksi. Ne ehkäisevät sosiaalista ja tiedollista syrjäytymistä. (VM 2012a, 83–84.) Palvelujen tarvetta pienentävä tekijä on väestön terveydentilan ja toimintakyvyn kohoaminen (Kangasharju 2007, 4).

Palvelutarpeen lisääntyessä ja kuntien talouden heiketessä kaikkiin palveluihin ei voida panostaa samalla tavoin ja on säästettävä jostain. Kyse on arvoalinnoista ja priorisoinnista. (Kallio 2010, 91.) On tehtävä valikointia, jotta vähillä voimavaroilla saataisiin aikaan mahdollisimman paljon hyvinvointia. Kunnan on tehtävä päätöksiä voimavarojen kohdentamisesta (allokointi). Kunnan on myös toimittava tuloksellisesti eli pyrittävä saamaan aikaan mahdollisimman paljon hyvinvointia käytössä olevilla voimavaroilla. Tuloksellisuus edellyttää kunnalta taloudellisuutta (kustannukset/suoritteet), tuottavuutta (suoritteet/tuotannontekijät) ja vaikuttavuutta (suoritteet saavat aikaan toivottuja vaikutuksia). (Meklin ym. 2009, 188.)

Ikääntyvien määrän kasvun ja palvelutarpeen lisääntymisen vuoksi nykyisillä voimavaroilla ja henkilöstöllä ei pystytä vastaamaan lisääntyvään palvelutarpeeseen. Tietoon pohjaavaa arviointia tarvitaan palvelujen kehittämiseen. (STM 2014, 3.) Kunnissa on yhä tärkeämpää myös se, minkä laatuisia palvelut ovat ja ovatko ne yhteneväiset kunnan strategioiden kanssa (Meklin ym. 2009, 185). Kunnissa palvelujen saatavuudesta vastaa poliittinen päätöksentekojärjestelmä (Lammintakanen & Rissanen 2011, 55). Seuraavaksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa.

## 4 STRATEGINEN PÄÄTÖKSENTEKO JA TIEDON HYÖDYNTÄMINEN KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUISSA

Tietoa tarvitaan päätöksentekoon organisaation strategian muokkaamisessa. Organisaation johdon strateginen tietoisuus on riippuvaista tiedosta ja strategisia päätöksiä tehdään tiedon avulla. (Thompson 1993, 424.) Tämän tutkimuksen oletuksena on, että *tieto*, *strategia* ja *päätöksenteko* liittyvät olennaisesti yhteen (Kuvio 5).



Kuvio 5 Tiedon, strategian ja päätöksenteon yhteys

Kuvion 5 mukaan strategia edellyttää tietoa ja päätöksentekoa. Päätöksenteko perustuu yleensä rationaaliseen tietoon, mutta se voi perustua myös intuitioon eli kokemuspäiseen tietoon. Päätökset joudutaan käytännössä tekemään rajoittuneen rationaalisuuden vallitessa eli puutteellisen tiedon ja päättelyn varassa. Näistä lisää tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

### 4.1 Tutkimuksen käsitteitä

Käsite *tieto* on perinteisesti määritelty hyvin perustelluksi uskomukseksi (Huotari ym. 2005, 38). Tieto jaotellaan usein dataan (*data*), informaatioon (*information*) ja tietoon (*knowledge*) (Davenport & Prusak 1998, 1; Huotari ym. 2005, 38). Voidaan ajatella, että data jalostuu informaatioksi ja informaatio jalostuu tiedoksi. Data on erillistä ja objektiivista faktaa tapahtumista. Data on jäsenneiltyjä kirjauksia tapahtumista. Informaatio sen sijaan on dataa, jolla on merkitys ja tarkoitus. Informaatio kulkee organisaation tietojärjestelmissä (Davenport & Prusak 1998, 1–3; Huotari ym. 2005, 38) ja se on konkreettista. Tieto ja informaatio käsitteinä eivät ole synonyymeja. Tieto on abstraktia (Nonaka &

Konno 1998, 41) ja se syntyy, kun informaation vastaanottaja tulkitsee informaation. Informaatio muuttuu tulkinnan kautta osaksi ihmisen tietorakennetta. Tieto on ymmärrystä. (Huotari ym. 2005, 39.)

Tieto voi olla eksplisiittistä (*explicit knowledge*) eli käsitteellistä. Se on muodollista ja systemaattista tietoa, joka voidaan esittää sanoin tai numeroin. Eksplisiittinen tieto on helposti jaettavissa olevaa tietoa. Tällaista tietoa voi helposti käsitellä tietokoneella ja lähettää sähköisesti. Tieto voi olla myös hiljaista tietoa (*tacit knowledge*). Tällainen tieto ei ole helposti nähtävillä olevaa tai määriteltävissä. Se on subjektiivista ja intuitiivista. Hiljainen tieto on hyvin henkilökohtaista ja vaikeasti muotoiltavissa. Sitä on vaikea jakaa toisten kanssa. Hiljainen tieto perustuu yksilön toimintaan, kokemuksiin, käsityksiin, arvoihin ja tunteisiin. Hiljainen tieto voidaan jakaa kahteen eri ulottuvuuteen, tekniseen ja kognitiiviseen. Tekninen ulottuvuus sisältää yksilön vaikeasti havaittavissa olevat kyvyt ja taidot. Ne ovat usein vuosien kokemuksen tuotosta. Kognitiivinen ulottuvuus sisältää yksilön psyykkiset mallit, uskomukset ja käsitykset. Se sisältää yksilön käsitykset todellisuudesta ja vision tulevaisuudesta. (Nonaka & Takeuchi 1995, 8–9; Nonaka & Konno 1998, 42.) Tieto voi olla myös kulttuurillista. Kulttuurinen tieto syntyy ja sitä voidaan jakaa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa organisaatioissa. Kulttuurinen tieto liittyy organisaation toimintaa ohjaaviin arvoihin, oletuksiin ja uskomuksiin ja se sisältää paljon hiljaista tietoa. (Huotari ym. 2005, 68–69.)

Tieto käsittää ihmisen ihanteet, arvot, tunteet ja mielikuvat. Subjektiiviset oivallukset, intuitio ja aavistukset ovat myös olennainen osa tietoa. (Nonaka & Takeuchi 1995, 9.) Intuitio on kokemusperustaista tietämystä, josta ihmiset eivät tarkkaan tiedä, mistä ovat he ovat tietonsa saaneet. Intuitio syntyy yleensä nopeasti ja ihminen vain tietää, miten toimia. Intuitio on laaja-alaisen kokemuksen muovaamaa tietämystä ja toimintaa. (Harisalo 2009, 173–174.) Intuitio ei ole satunnaista arvaamista, vaan se syntyy kokemuksista, ajatuksista, valinnoista ja tunteista, joita tiedostamattomat henkiset prosessimme käsittelevät (Santalainen 2006, 350).

Tiedolla voidaan myös tarkoittaa tutkimustietoa tai arvotietoa. Näyttöön perustuva ajattelu (*evidence based*) on tullut osaksi hyvinvointialan opetusta, tutkimusta ja käytäntöä. Käytännössä siihen on viitattu esimerkiksi Käypä hoito -suosituksilla. (Rissanen & Lammintakanen 2011, 34.) Tiedolla voidaan tarkoittaa tieteellistä tutkittua tietoa tai muunlaista tietoa kuten selvityksistä, arvioinneista, indikaattoreista ja barometreista saatua tietoa (Lähteenmäki-Smith & Kuitunen 2015, 116).

*Tiedon hyödyntäminen* voidaan määritellä päätöksentekijän tiedon hankinnaksi ja käsittelyksi strategisten päätösten käsittelyssä (Gänswein 2011, 47). Choon (1995) mukaan tiedon hyödyntäminen on osa tiedon hallintaa. Tiedon hallinta on organisaation oppimis-toimintaa tukevien prosessien kierre: tiedon tarpeiden tunnistaminen, tiedon hankkiminen, tiedon järjestäminen ja tallentaminen, tietotuotteiden ja -palveluiden kehittäminen, tiedon jakaminen ja tiedon hyödyntäminen. Tiedon hyödyntämistä voidaan kuvata



dynaamisena ja vuorovaikutteisena prosessina, joka voi johtaa merkitysten luomiseen tai päätöksentekoon. (Choo 1995.)

Käsite *päätöksenteko* voidaan määritellä siten, että se on valintojen tekemistä erilaisten vaihtoehtojen välillä. Päätöksentekotilanteessa on ainakin kaksi vaihtoehtoa, joista päättäjän tulee valita. Päätös sisältää analyttisesti kuitenkin monia eri elementtejä. (Paloheimo & Wiberg 2008, 261.) Päätöksenteon voidaan ajatella olevan prosessi, jossa etsitään parasta mahdollista päätösvaihtoehtoa (Autero 2009, 111–112). Päätöksenteko liittyy usein olemassa olevan ongelman ratkaisuun. Päätöksenteko voidaankin määritellä myös ongelman ratkaisuksi. (Thompson 1993, 61.)

Päätöksenteko voidaan jaotella yksilölliseen, interaktiiviseen ja kollektiiviseen päätöksentekoon. *Yksilöllisessä päätöksenteossa* ihminen tekee itse itsensä koskevia päätöksiä. Yksilöllinen päätöksenteko ei ole kuitenkaan muista ihmisistä riippumatonta vaan ihminen ottaa päätöksenteossaan huomioon erilaisia yhteisöllisiä normeja. *Interaktiivisessa päätöksenteossa* ihmiset ovat keskenään vuorovaikutuksessa tietoisesti. Ihmiset pyrkivät vaikuttamaan toisiin ihmisiin, jotta pystyvät edistämään omien tavoitteidensa toteutumista. *Kollektiivinen päätöksenteko* tapahtuu erilaisissa organisaatioissa. Ihmiset perustavat organisaatioita ja tekevät päätöksiä organisaatioiden nimissä. Yksilöllinen päätöksenteko on monesti nopeaa ja intuitiivista. Yksilöllisessä päätöksenteossa ei useinkaan voida erottaa niin useita erilaisia vaiheita kuin esimerkiksi kunnallisessa päätöksenteossa. (Paloheimo & Wiberg 2008, 261–262, 270.)

*Strategia* on liikkeenjohdon tutkimuksessa ja koulutuksessa paljon käytetty käsite. Strategia on lähtökohta tai päämäärä. Se on kattava, sisäistä yhtenäisyyttä ja eheyttä luova käsite. (Huotari 2012, 57, 67.) Strategia -käsitteellä pyritään kuvaamaan toimijan tahtotilaa (Lammintakanen & Rissanen 2011, 41). Strategia voidaan määritellä myös organisaation keskeisten tavoitteiden ja toiminnan suuntaviivojen valinnaksi. Strategian lähtökohta on organisaation toimintaympäristö ja strategian tavoitteita ja toimintalinjoja toteutetaan organisaatiossa yhdessä määrätietoisesti. (Kamensky 2006, 20–21.) Strategia luo suunnitelman ja keskeiset valinnat tulevaisuudessa menestymiselle (Larjomaa 2015, 171).

Mintzberg (1987b) esittää strategialle viisi määritelmää. Strategia voidaan määritellä tietoisena suunnitelmana (*plan*) tai suuntaviivana tilanteeseen. Tälle määrittelylle on tyyppillistä, että strategia kehitetään tietoisesti ja tarkoituksellisesti ennen toimintaa. Strategia voi olla spesifinen juoni (*ploy*) vastustajan tai kilpailijan voittamiseksi. Strategia voidaan määritellä myös mallina (*pattern*) tai tarkemmin sanottuna toimintamallina. Strategia nähdään johdonmukaisena suunniteltuna tai suunnittelemattomana käyttäytymisenä. Mintzbergin mukaan strategia on myös positio (*position*), jossa strategia tarkoittaa välittävää voimaa organisaation ja sen toimintaympäristön välillä. Viidennen määritelmän mukaan strategia tarkoittaa perspektiiviä (*perspective*), jonka mukaan organisaation strategia ei koostu vain positioista vaan myös sen tavasta nähdä maailmaa. Strategia on organisaation jäsenten jaettu näkökulma ajatella ja toimia. (Mintzberg 1987b, 11–16.)

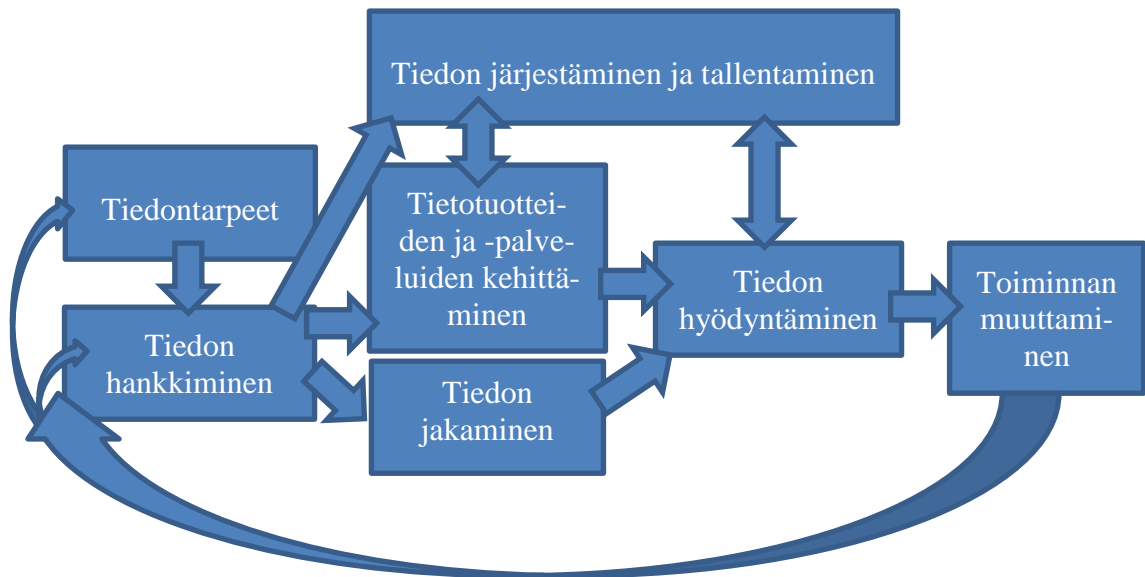
Mintzberg (1987a, 67) esittää myös, että strategia on sekä suunnitelma tulevasta että malli menneisyydestä. Tehokkaat strategiat voivat kehittyä hyvin eri tavoin. Strategia voi muodostua tai se voidaan muotoilla. Toisin sanoen toteutunut strategia voi syntyä vastauksena kehittyvään tilanteeseen tai strategia voidaan prosessin avulla muotoilla, jonka seurauksena strategiaa aletaan toteuttamaan. (Mintzberg 1987a, 68, 70.) Strategiaa tarvitaan organisaatioissa muun muassa organisaation suunnan näyttäjäksi, toiminnan koordinoimiseen, organisaation määrittelemiseen, epävarmuuden vähentämiseen ja yhdenmukaisuuden välittämiseen (Mintzberg 1987c, 25–29).

*Strateginen päätöksenteko* on strategisen johtamisen ydintä (Lesca & Lesca 2014, 3). Se tarkoittaa organisaation strategisten toimintasuuntien valitsemista. Strateginen päätöksenteko on yleensä organisaation ylimmän johdon toimintaa. (Ansoff 1981, 164, 169.) Strategisessa päätöksenteossa tulisi olla useita perusteltuja valinnan vaihtoehtoja, joista lopullinen päätös tehdään (Santalainen 2006, 356).

## 4.2 Tieto kunnassa

### 4.2.1 Tiedon hallinta ja tiedonluonti

Tiedolla johtaminen on hyödyllinen lähestymistapa organisaatioiden johtamiseen. Tiedolla johtamisella pyritään tiedon puutteesta johtuvan epävarmuuden vähentämiseen ja tiedon paljoudesta ja toimintatilanteen monimutkaisuudesta johtuvan monitulkintaisuuden hallintaan. Tiedolla johtamisella voidaan tarkoittaa toiminnasta tulevan tiedon (esimerkiksi palvelun tuotantokustannukset) ja toimintaan vaikuttavan ulkoisen tiedon (esimerkiksi palvelutarpeet) yhdistämistä päätöksentekotilanteessa tavalla, joka vie organisaatiota tavoitteiden suuntaan. (Jalonen 2015, 40–41, 48.) Tiedolla johtamisen vahvalla kehittämisellä on vaikutuksia organisaation tehokkuuteen (Pee & Kankanhalli 2015, 188). Choon (1995) mukaan tiedon hallinnan perustavoitteena on hyödyntää organisaation tietoresursseja ja informaatiomahdollisuuksia, jotta organisaatio voi oppia ja sopeutua muuttuvaan toimintaympäristöönsä. Tiedon hallintaa voidaan ajatella joukoksi prosesseja. Choo erottelee kuusi erillistä, mutta toisiinsa liittyvää tiedon hallinnan prosessia. (Kuvio 6).



Kuvio 6 Tiedon hallinnan prosessimalli (mukaellen Choo 1995)

Kuvion 6 mukaan tiedon hallinnan prosesseja ovat tiedon tarpeiden tunnistaminen, tiedon hankkiminen, tiedon järjestäminen ja tallentaminen, tietotuotteiden ja -palveluiden kehittäminen, tiedon jakaminen ja tiedon hyödyntäminen. Nämä prosessit voivat johtaa organisaation toiminnan muuttamiseen. *Tietotarpeet* koostuvat kahdesta erottamattomasta osasta: tarpeeseen liittyvästä aiheesta (mitä tietoja tarvitaan) ja tietojen hyödyntämisen tilanteesta johtuvat tilannetta koskevat vaatimukset (miksi tietoja tarvitaan ja miten niitä käytetään). *Tietojen hankkimisella* pyritään tasapainottamaan kaksi vastakkaista vaatimusta. Toisaalta organisaation tietotarpeet ovat laaja-alaisia, mikä heijastaa toimintaympäristön muutosten ja tapahtumien monimuotoisuutta. Toisaalta yksilön kognitiivinen kapasiteetti on rajoitettu, joten organisaation on väistämättä valikoitava tietoa. *Tiedon järjestämistä ja tallentamista* voidaan helpottaa soveltamalla erilaisia tietojärjestelmiä. Vaikka tällaiset järjestelmät on säädetty tuottamaan korkeata suorituskykyä, ne ovat tehottomia ja joskus kykenemättömiä hakemaan tietoa, jonka päätöksentekijät tarvitsevat suunnittelua ja päätöksentekoa varten. Organisaatiot, joilla on huomattava määrä toimintatietoa, saattavat joutua organisoimaan ja yhdistämään operatiivisia tietoja useista lähteistä ja tarjoamaan tehokkaita analyysityökaluja, joiden avulla päätöksentekijät voivat ohjata raakatiedot strategiseen päätöksentekoon. *Tietotuotteiden ja -palveluiden kehittämisessä* tavoitteena on tarjota käyttäjille tärkeitä tietoja ja tietoa sellaisessa muodossa, joka lisää tiedon käyttökelpoisuutta. *Tiedon jakaminen* edistää entistä laajempaa organisaation oppimista, tekee olennaisten tietojen hakemisen todennäköisemmäksi ja mahdollistaa uusien näkemysten luomisen yhdistämällä erilaisia tietoja. *Tiedon hyödyntäminen* on dynaaminen ja vuorovaikutteinen sosiaalinen prosessi, joka voi johtaa merkitysten tekemiseen tai päätöksentekoon. (Choo 1995.) Tässä tutkimuksessa käsitellään tiedon

hyödyntämistä ja siihen liittyviä prosesseja tarkemmin kappaleessa 4.4.3 Tiedon hyödyntäminen strategisessa päätöksenteossa.

Tämän tutkimuksen haastatteluissa esiin nousi tiedonluonnin (*knowledge creation*) käsite. Organisaatioissa yksilöt hyödyntävät informaatiota luomalla tietoa. Tieto ei ole vain faktoja ja dataa vaan tietämystä, joka edesauttaa organisaatiota toimimaan tarkoituksellisesti. (Choo 1995.) Nonakan ym. (2000) mukaan organisaation tietopääoma voidaan jakaa kokemusperäiseen tietopääomaan (henkilöstön osaaminen ja taidot), käsitteelliseen tietopääomaan (kuvien, symbolien ja kielen avulla muodostetut käsitteet), rutiininomaiseen tietopääomaan (organisaatiokulttuuri, toimintatavat ja muu tietotaito) ja systeemiseen pääomaan. Systeemiseen pääomaan kuuluu organisaation käytössä oleva eksplisiitinen tieto kuten teknologia (laitteet, ohjelmistot), ohjekirjat ja sopimukset. (Hakala 2006, 135.) Nonakan ja Takeuchin kehittämän tiedonluonnin teorian mukaan organisaation tiedonluonti on prosessi, jossa yksilöt luovat tietoa organisaatiolle. Yksilöllä oleva tieto hyödyttää sekä kollegoita että koko organisaatiota. (Nonaka ym. 2006, 1179.) Tiedonluonti on spiraalimainen eksplisiittisen tiedon ja hiljaisen tiedon vuorovaikutteinen prosessi. Näiden kahden tiedon vuorovaikutus johtaa uuden tiedon luomiseen. (Nonaka & Konno 1998, 42.) Tiedonvaihdon ja tulkinnan avulla organisaatio yhdistää hiljaisen ja eksplisiittisen tiedon ja tällä tavoin tuo esille uusia merkityksiä organisaation toiminnalle (Choo 1995). Kun organisaatiossa luodaan jotakin uutta, tarvitaan siihen mukaan koko organisaatio ja kaikki siihen kuuluvat työntekijät. Uuden tiedon luominen ei ole vain oppimista muilta tai tiedon hankkimista. Tietoa tulee rakentaa yhdessä, mikä vaatii usein säännöllistä ja intensiivistä kanssakäymistä ja vuorovaikutusta organisaation jäsenien kesken. (Nonaka & Takeuchi 1995, 10.)

Kunnassa oleva tieto saadaan paremmin käyttöön eri asiantuntijoiden yhteistyöllä (THL 2011, 12). Kunnassa tulisi järjestää luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välisiä epävirallisia keskustelutilaisuuksia (Möttönen 2012, 34). Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus ja tiedon rakentaminen yhdessä koettiin tärkeiksi. Tämän tutkimuksen tutkimustulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa, sillä haastatteluissa ilmeni, että tarvittaisiin erilaisia tilaisuuksia, joissa voitaisiin keskustella päätettävistä asioista ja kuunnella asiantuntijoita. Eräs haastateltavista koki, että tieto syntyy yhteisessä dialogissa, jossa jokaisella on mahdollisuus nähdä asiat laajemmin.

*”...päätöksenteon perusteeksi tuleva tieto, niin se syntyy tämmöisessä vuorovaikutuksessa.” (H7)*

*”...kaikkea tietoa ei edes ole olemassa, mut sitä voidaan heti alusta saakka alkaa rakentaa yhdessä.” (H1)*

Organisaation innovaatiotehokkuudella viitataan organisaation kykyyn tuottaa uutta tietoa. Se edellyttää tietoa ja ymmärrystä, mutta myös luovuutta. (Hakala 2006, 197.) Organisaatiossa tietoa voidaan ryhmätasolla vahvistaa ja selventää vuoropuhelun, keskustelun, kokemusten jakamisen ja havainnoinnin avulla (Nonaka & Takeuchi 1995, 13). Organisaation informaatiokulttuuri vaikuttaa siihen, miten ihmiset luovat ja jakavat tietoa (Choo 2013, 775). Sosiaalinen vuorovaikutus ja organisaation tuki vaikuttavat organisaatiossa tiedon jakamiseen (Amayah 2013, 454). Tässä tutkimuksessa osa haastatelluista toi esiin tiedon jakamisen tärkeyden. Kokonaisuuksia ymmärtää paremmin, kun saa tietoa monelta eri toimialalta ja eri asiantuntijoilta.

*”Tavallaan jokainen pyrkii sieltä omalta toimialaltaan tuomaan sit sitä informaatiota muille, jolloin paremmin ymmärtää sen kokonaisuudenkin.” (H1)*

Tiedolla on suuri rooli organisaation kilpailukykyyn edistämässä (Nonaka & Takeuchi 1995, 3). Tiedonluonti tiimeissä tai projekteissa on keskeistä organisaation arvontuotannossa. Tiedonluonnin onnistuminen riippuu johdon käsityksistä vastuusta, oikeuksista ja taloudellisesta tuesta. Ylimmän johdon tulee ymmärtää, että tieto vaatii hoitoa, tukea, kehittämistä ja välittämistä. (Nonaka & Konno 1998, 41, 53.) Johdon ja esimiesten on käytettävä selkeää ja ymmärrettävää kieltä, jotta kaikki työntekijät ymmärtävät asiat paremmin (Larjomaa 2015, 165). Organisaation tiedonluonnin prosessissa lähiesimiehillä on keskeinen rooli. He yhdistelevät työntekijöiden ja johtajien hiljaista tietoa, tekevät siitä eksplisiittistä tietoa ja sisällyttävät sen uuteen tuotteeseen tai palveluun. (Nonaka & Takeuchi 1995, 16.) Kyky hyödyntää koko henkilöstön hiljaista tietoa on haasteellisinta suurissa organisaatioissa (Boardman 2011, 37). Seuraavaksi tässä tutkimuksessa käsitellään tiedon tuottamista, hyödynnettävyyttä ja luotettavuutta.

#### **4.2.2 Tiedon tuottaminen, hyödynnettävyys ja luotettavuus**

Kunnat ovat itse hyvin tärkeitä tiedon tuottajia (THL 2011, 15). Kunnan jokainen toiminta tuottaa ja käyttää jonkinlaista tietoa. Mitä enemmän kunta harjoittaa toimintaansa sitä enemmän tietoa kertyy. Tieto ei ainoastaan vaikuta siihen, miten yksilö toimii, vaan se myös huomattavasti parantaa kunnan kykyä hyödyntää toimintojen välisiä yhteyksiä sekä kunnan sisällä että sen ulkopuolella. (Porter & Millar 1985.) Tässäkin tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että Kaarinan kaupunki tuottaa itse paljon tietoa erilaisten indikaattorien muodossa.

Choon (1995) mukaan tiedon hallinnan prosesseihin kuuluu tiedon järjestäminen ja tallentaminen, joka tarkoittaa erilaisten tietojärjestelmien soveltamista. Sähköiset

tietojärjestelmät mahdollistavat kunnassa muun muassa toimintatietojen seurannan ja niiden tuottama tieto edistää palvelujen laatua. Sosiaali- ja terveydenhuollossa keräämstä toimintatiedosta erotellaan valtakunnallisen tilastoinnin edellyttämät tiedot. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 226, 230.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä tieto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä löytyy alue- ja kuntakohtaista vertailutietoa. Tietoa löytyy myös muun muassa Tilastokeskuksen, Kuntaliiton, Kelan, Eläketurvakeskuksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Syöpärekisterin Internet -sivuilta. (THL 2011, 15–17.)

Tiedon tuottaminen ja sen hyödynnettävyys liittyvät toisiinsa monin tavoin. Tiedon tuottamisen ja analysoinnin teknologiat ovat kehittyneet paljon. Tiedon saatavuus ei nykyään ole ongelma vaan pikemminkin sen käyttö ja analysointi. (Virtanen ym. 2015, 11, 14.) Tietojärjestelmät ovat joskus tehottomia hakemaan tietoa, jonka päätöksentekijät tarvitsevat suunnittelua ja päätöksentekoa varten (Choo 1995). Johtamisen näkökulmasta tarkasteltuna tiedon hyödynnettävyyden parantamiseksi tiedonkeruuta ja indikaattoreita tulisi kehittää. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 226, 230.) Johto ei tarvitse lisää dataa, lisää tekniikkaa tai lisää nopeutta, vaan tiedon määrittämistä (Drucker 2000, 117). Tiedon määrä lisääntyy jatkuvasti ja tiedosta on tullut yhteiskunnassa haaste. Tiedon määrän lisääntyminen ei tarkoita tiedon laadun paranemista. Sama tieto ei ole kaikille ns. oikeaa tietoa eikä kaikille myöskään yhtä tärkeää tietoa. Eri alan asiantuntijat joutuvat näkemään valtavasti aikaa ja vaivaa etsiäkseen itselleen juuri sen olennaisen tiedon. (Hakala 2006, 64, 69.)

Tiedon hyödynnettävyyteen ja luotettavuuteen liittyy monia haasteita. Tiedonkäytön haasteita kunnissa ovat muun muassa tiedon yksipuolisuus ja kapea-alaisuus, tiedot ovat epävarmoja, tietoa ei haluta tai tietoa ei haluta antaa, resurssien puute ja tiedon käsittelyyn ei ole aikaa. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 12.) Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneväisiä näiden tulosten kanssa, sillä tässä tutkimuksessa haastateltavien mukaan kunnan itse tuottamaan tietoon liittyy ongelmia kuten tiedon puutteellisuus ja epäluotettavuus. Ongelman koetaan olevan koko valtakunnan tasolla muissakin kunnissa. Haastateltavien mukaan tiedon luotettavuutta tulee jatkuvasti itse arvioida. Ammattitaito ja asiantuntemus auttaa tiedon luotettavuuden arvioinnissa.

*”Se data (Kunnan omat seurannat, indikaattorit) on tosi puutteellista.”*  
(H6)

*”Joskus ihan selkeesti huomaa, ett ei tää voi pitää paikkaansa.”* (H7)

*”...ei voi sokeasti luottaa siihen tietoon, mitä tuonne kertyy.”* (H9)

Tiedon hyödynnettävyyteen liittyy myös muita ongelmia. Tieto voi olla esimerkiksi hajallaan tai yhteen sopimattomissa järjestelmissä (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 233). Tietoa ei joko ole, sitä ei löydy tai sen käyttö ja tulkinta on vaikeaa (THL 2011, 5). Organisaatioiden ongelmia usein on, että tietoa kerätään liian vähän tai liian paljon (Lesca & Lesca 2014, 5). Perinteiset kunnan tietojärjestelmät ja niiden tuottamat tilastot eivät riitä, kun halutaan tietoa siitä, suuntautuvatko palvelut oikeille ihmisille tai ovat palvelut vaikuttavia (Jormalainen 2010, 17–18). Tiedon hyödynnettävyyttä vaikeuttaa myös tiedon jakautuminen useisiin eri tietojärjestelmiin (Sitra 2014, 6). Sosiaali- ja terveystoimen välisten asiakastietojärjestelmien yhteiskäyttö on hyvin alkeellisella tasolla (Jormalainen 2010, 21). Tietojärjestelmien tulisi tukea strategista päätöksentekoa ja tietojärjestelmiä tulisi kehittää siten, että ne tukevat tietojen saumatonta integrointia. Tietojärjestelmien tulisi tuottaa paremmin jäseneltyä tietoa. (Intezari & Gressel 2017, 85.) Tämä tutkimus antaa viitteitä samansuuntaisiin tuloksiin kuin aikaisemmat tutkimukset, sillä tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat, että kunnan tietojärjestelmät ovat vanhentuneita. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon eri tietojärjestelmät vaikeuttavat hyvinvointipalvelujen tiedon käytettävyyttä. Kunnassa pitäisi pystyä seuraamaan kuinka moni kuntalainen käyttää sekä sosiaali- että terveystalveluja. Nykyisillä tietojärjestelmillä se ei ole mahdollista. Haastateltavat kokivat, että tietoa jopa kerätään liikaa ja se on liian vaikeaselkoista. Tietoa on paljon, mutta sen hyödyntäminen on haasteellista.

*”...kuntien tietojärjestelmät on ihan onnetoman vanhentuneet ja surkeet.” (H6)*

*”...kerätään liikaa tietoa, se on liian vaikeaselkoista ja epämääräistä...” (H9)*

Tiedon tulisi olla tiiviissä ja helposti tulkittavassa sekä vertailukelpoisessa muodossa. Tietoa tulisi kerätä useista lähteistä ja monilla eri menetelmillä. (THL 2011, 7, 12.) Kuntien tiedonkeruuta tulisi kehittää. Lisäksi myös eri kuntien tiedonkeruumenetelmiä tulisi yhdenmukaistaa. Tiedon vertailtavuutta hankaloittaa kunnittain vaihtelevat toimintatavat sekä puutteellinen ja epäyhtenäinen tieto. (Kapiainen ym. 2014, 99.) Kuntien tuottaman tiedon oikeellisuudella on suoraa vaikutusta käytettävissä olevan tilastotiedon laatuun ja luotettavuuteen (THL 2011, 15).

Kunnissa tietoja kirjataan asiakastietojärjestelmiin eri tavoin ja tämä vaikuttaa tilastointiin vääristävästi. Tämän vuoksi tilastotietojen oikeellisuus, luotettavuus, tarkoituksenmukaisuus ja tulkinta koetaan kunnissa ongelmaksi. Tästä taas seuraa, että tilastojen hyödyntämiseen kuntien väliseen vertailuun suhtaudutaan epäilevästi. Tilastojen tuottamista pidetään kunnissa epäluotettavana. (Jormalainen 2010, 22.) Julkisella sektorilla suoritettujen tiedon hyödyntämiseen vaikuttaa eniten luottamus tiedon oikeellisuuteen (Zhang

ym. 2016, 423). Kansallisesta kehittämistyöstä huolimatta hoitotyön kirjaamistavat vaihtelevat huomattavasti. Kirjaamismallit eivät ole levinneet valtakunnalliseen käyttöön. Myöskään kansallisesti yhtenäistä näkökulmaa kirjaamisen sisältöön ja toteutukseen ei ole tavoitettu. (Nykänen & Junttila 2012, 4.) Tulevaisuudessa pitäisi pyrkiä hoitotyön kirjaamisessa siihen, että kirjaamisen painopiste on potilaan hoidon kirjaamisessa, eikä eri ammattiryhmien työhön perustuvassa, eri järjestelmiin ja erilaisella terminologialla suoritettavassa kirjaamisessa. Tulevaisuudessa myös luokitusten käyttö tulisi olla joustavaa. Jatkossa myös potilas-ammattilainen vuorovaikutusta tukevien sovellusten tarve lisääntyy. Olennaista on kehittää tehokkaita ja kannettavia kirjaamissovelluksia. Myös yhteistyötä ja vuorovaikutusta tukevia tieto- ja viestintätekniisiä ratkaisuja tulisi kehittää. (Nykänen & Junttila 2012, 35.) Paremmalla tiedon hallinnalla voitaisiin myös muuttaa työntekijöiden asenteita kirjaamista kohtaan ja lisätä heidän tietämystään kirjaamisen tärkeydestä (Laihonen & Sillanpää 2014, 119).

Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa sillä, tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat sitä mieltä, että kuntien kirjaamistapoja ja tietojärjestelmiä tulisi kehittää. Haastatteluissa selvisi, että kunnan tietojärjestelmät ovat haastateltavien mielestä liian monimutkaisia ja sen vuoksi esimerkiksi kirjaamisessa syntyy virheitä. Virheet kirjaamisessa vaikuttavat kunnan kerryttämien tilastojen oikeellisuuteen ja luotettavuuteen.

*”Niin ihan jo siel tiedon alkulähteellä syntyy aika paljon virheitä...Ja siitä aiheutuu se, ett se kertyvä tieto ei oo luotettavaa.” (H9)*

Keskeistä on myös palvelujen järjestämisen tulevaisuutta koskevat tiedot kuten ennusteet palvelutarpeista. Palvelujen tarpeesta ja resursseista voi muodostua virhepäätelmiä, jos tietoa on liian vähän. Toisaalta liian suuri tietomäärä voi vaikeuttaa oleellisen tiedon erottamisen epäoleellisesta. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 224–225.) Myös liika tieto voi olla ongelma (Porter & Millar 1985). Kunnan tiedonkeruu keskittyy usein määrälliseen tietoon kuten asiakkaiden lukumääriin, kokonaiskustannuksiin ja palvelukäyntien lukumääriin. Laadullista tietoa kuten esimerkiksi tietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta tarvittaisiin enemmän. (Jormalainen 2010, 21.) Laadullisen tiedon kerääminen voi kuitenkin olla kallista (Folland ym. 2013, 204). Haasteena on myös, miten kansalaisten itse tuottama tieto terveydestään ja eri viranomaisten tietovarannot yhdistetään (STM 2014, 17). Myös tässä tutkimuksessa rationaalisen tiedonkeruun lisäksi tieto palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta koettiin tärkeäksi. Laadullisen tiedon keruuseen koettiin kuitenkin liittyvän haasteita, koska laadun mittaaminen on haasteellista.

*”Eli ei tuotettais vaan suoritetietoa vaan myös vaikuttavuus tietoa.” (H6)*



*”...tällaisen rationaalisen tiedon kerääminen on ensin sitä pohjaa ja sen jälkeen siihen päälle voitais sitten lisätä niitä kriteerejä, jotka liittyy siihen laatuun. (H5)*

Tiedon tuottamisessa vertailutietoon panostaminen on kunnissa entistä tärkeämpää. Benchmarking -toiminta on toiminnan laadun kehittämisen menetelmä, jossa olennaista on valittujen indikaattoreiden seuranta ja toiminnan kehittäminen seurantatiedon perusteella. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 232.) Kuntien tulisi harjoittaa benchmarking -toimintaa saavuttaakseen parhaat mahdolliset toimintatavat (Porter 1996, 61). Julkisen sektorin palveluiden tuottamiseen liittyy yhä enemmän yhteistyötä eri toimijoiden kesken (Laihonen & Sillanpää 2014, 112). Favoreun ym. (2016, 435) tutkimuksen mukaan verkostoituminen ja yhteistyö on tärkeää julkisissa organisaatioissa. Tämä tutkimus tuotti samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, sillä tässä tutkimuksessa benchmarking -toiminta, yhteistyö ja verkostoituminen koettiin hyvin tärkeiksi tiedon tuottamisen osana. Haastateltavat kertoivat, että kunnat pyrkivät tiiviiseen yhteistyöhön seutu- ja aluetasolla. Tietoa vaihdetaan sekä muiden kuntien että valtion ministeriöiden viranhaltijoiden kesken.

*”Sit meil on aika tiivis yhteistyö täs niin kun seudulla ja alueella. Seudun sote- johtajat tapaa ja tota noin sitä tietoo varmasti vaihtuu ihan niin kuin näin.” (H2)*

*”Eli tää on tällaista benchmarkkausta samalla. Se on tosi tärkeetä täs tiedon tuottamisessa strategisen päätöksenteon tueksi. Me varastetaan muilta ideoita ja parastetaan niitä.” (H7)*

*”Yhä tärkeämmäksi on tullut tämmönen seudullinen yhteistyö.” (H9)*

Verkostoitumisella voidaan saada organisaation osaamista, jota organisaatiossa ei ennestään ole. Vaikka jaetun tiedon voidaan ajatella olevan kaksinkertaistettua tietoa, tiedon jakaminen voi tarkoittaa kuitenkin myös organisaation kilpailuedun menetystä. (Hakala 2006, 198–199.) Kunnat toimivat myös erilaisissa olosuhteissa ja tämän vuoksi suoria vertailuja käyttämällä voidaan saada harhaanjohtavia tuloksia (Martin & Smith 2005, 599–600). Kuntien ja kuntayhtymien kirjanpidossaan hyödyntämä tehtäväluokitus on riippuvainen kunnan organisaatiosta eikä välttämättä noudata tilastoluokitusta. Tämän vuoksi tietojen luotettavuus on vaihtelevaa. Tiedot eivät myöskään välttämättä ole täysin vertailukelpoisia kuntien kesken. Kuntia vertailtaessa on huomioitava myös erot palvelujen tuotantotavoissa ja toimintojen järjestämisessä. Monilla kunnilla osa toimintaa on organisoitu liikelaitosmallin mukaiseksi liiketoiminnaksi. Kuntien liikelaitosten menot ja

tulot ovat tilastossa taulukoitu erikseen, sillä ne eivät sisälly tehtäväkohtaisiin menoihin ja tuloihin. (SVT 2014.) Tässäkin tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että kuntien keräämissä kustannustiedoissa on eroja ja siten ne eivät ole toisiinsa rinnastettavissa tai vertailtavissa. Kunnat sisällyttävät eri asioita esimerkiksi kokonaiskustannuksiin. Eräs haastateltavista koki, että tarvittaisiin myös vertailutietoa yksityissektoriin nähden. Tällaisen tiedon saaminen on vaikeaa.

*”...ois selkeet ohjeet, miten tieto ilmoitetaan niin ei tarttis aina arvuutella, ett onko nää vertailukelpoisii vai ei.” (H2)*

Tiedon avoimuus ja sen hyödyntäminen sekä sähköisten palveluiden ja terveysteknologian kehityksen tukeminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää (STM 2014, 4). Teknologian hyödyntäminen on edelleen kunnille todellinen mahdollisuus, jota ei ole riittävän systemaattisesti hyödynnetty. Monia tehtäviä tai niiden osia voitaisiin poistaa kokonaan suunnitelmallisella työllä. Teknologian avulla voidaan merkittävästi uudistaa hoitokäytäntöjä ja prosesseja sekä lisätä laatua ja turvallisuutta. Kuntien tulisi muun muassa lisätä sähköistä asiointia ja kehittää yhtenäisempiä tietojärjestelmiä. (Hiironniemi 2013, 91, 94.) Terveystieteiden teknologinen muutos saattaa vähentää kustannuksia, jos se parantaa olemassa olevan tuotantoteknologian tuotteita. Teknologinen muutos saattaa toisaalta myös lisätä kustannuksia, jos se korostaa uusia tuotteita tai vanhempien tuotteiden korkealaatuisempia versioita. (Folland ym. 2013, 127.)

Kunnissa päätöksiä halutaan tehdä parhaan mahdollisen tiedon pohjalta, mutta käytännössä se voi olla vaikeaa (THL 2011, 5). Tiedolla johtaminen edellyttää kunnassa systemaattisesti ja luotettavasti tuotettua tietoa. Tiedon tulisi myös olla objektiivista, oikea-aikaista ja sisällöllisesti tarkoituksenmukaista. (Virtanen ym. 2015, 16.) Uuden tiedon jatkuva soveltaminen käytäntöön on yksi johtamisen tavoite (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 221). Terveystieteiden tutkimuksessa tarvitaan lisääntyvien tehokkuusvaatimusten vuoksi kohdennettua, järjestelmällistä ja helposti saatavilla olevaa tietoa. Tietoa tarvitaan varsinkin palvelujen vaikuttavuudesta. (Simonen ym. 2009, 494.) Palvelujen arviointiin liittyy monimutkaisia tietolähteitä ja prosesseja. Organisaatiokohtaisilla arvioinneilla saadaan vain osittainen kuva palvelun vaikuttavuudesta. Julkisen sektorin hyvinvointipalveluiden vaikuttavuuden arvioimiseksi tarvitaan systemaattisempaa tiedon hallintaa. (Laihonen & Sillanpää 2014, 112.) Tiedon hallinta on tiedon kokonaisvaltaista kehittämistä, jossa päämääränä on organisaation strategisten tavoitteiden saavuttaminen. Tulevaisuuden haasteena on, että kunnat pystyisivät paremmin hyödyntämään ja hallitsemaan omaa tiedollista kapasiteettiaan. Kunnan pitäisi myös kyetä suodattamaan kaikesta tarjolla olevasta informaatiosta juuri se olennainen osa, joka on tarpeen kunnan kehittämisessä ja päätöksenteossa. (Hakala 2006, 129, 132.) Kappaleessa 4.4.3 käsitellään tarkemmin tiedon

hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa, mutta sitä ennen seuraavissa kappaleissa käsitellään päätöksenteon teorioita ja kunnallista päätöksentekoa.

### 4.3 Päätöksenteko kunnassa

#### 4.3.1 *Päätöksenteon teoriaa*

Päätöksenteko on oleellinen osa johtajuutta (Adair 2009, 2). Päätöksenteosta on olemassa monia erilaisia teorioita. *Klassinen päätösteoria* perustuu täydellisen rationaalisuuden olettamukselle. Teorian lähtökohtana on päätöksentekijä (yksilö tai organisaatio). Teorian mukaan päätöksenteko on loogista, järkevää ja ymmärrettävää toimintaa. Rationaalinen päätöksenteko edellyttää täydellistä tietämystä päätettävästä asiasta ja vallitsevista olosuhteista. Rationaalisuus edellyttää, että kaikki päätösvaihtoehdot voidaan järjestää hierarkkisesti vaikuttavuuden ja tehokkuuden perusteella. (Harisalo 2009, 146–149.) Täydellisen rationaalisuuden mukaan myös kaikki yhteiskunnalliset ongelmat ovat täysin tunnistettu ja huomioitu (Autero 2009, 111). Rationaalinen päätöksenteko on kaikkien organisaatioiden keskeinen tavoite (Salminen 2004, 60).

Organisaation päätöksenteko ei kuitenkaan ole käytännössä täysin rationaalista vaan sitä rajoittavat monet erilaiset tekijät. Muun muassa päättäjien arvot, tunteet, kokemukset ja omat pyrkimykset rajoittavat rationaalisuutta. Ihmiset tekevät päätöksiä omiin kokemuksiin ja tunteisiin perustuen ja ne voivat merkitä päätöksenteossa enemmän kuin heille tarjottu tieto. Myös relevantin tiedon hankinta rajoittaa päätösten rationaalisuutta. Tiedon etsintä ja hankinta vaativat päätöksentekijöiltä resursseja kuten aikaa ja rahaa. Päättäjillä on usein käytössään vain rajallisesti tietoa. Myös päätösten kohteena olevien asioiden luonne vaikeuttaa päätösten rationaalisuutta. Epävarmuutta aiheuttaa, kun päättäjiltä puuttuu tietoa ja he eivät pysty ennakoimaan kehitystä luotettavasti. (Harisalo 2009, 149–153.)

Herbert A. Simonin *teoria rajoitetusta rationaalisuudesta* on hallintotieteen perusteoria, jota on sovellettu laajasti hallintotoiminnan eri alueille. Teoria korostaa päätöksentekijän käyttäytymistä valintatilanteessa. (Salminen 2009, 85.) Päätöksenteko on väistämättä rajoitettua, sillä ihmisten kyky etsiä, ottaa vastaan ja käsitellä tietoa on rajallista (Harisalo 2009, 156). Hallinnollinen päätöksenteko jaetaan Simonin mukaan neljään eri vaiheeseen: 1) tilanteen ja ympäristön hahmottaminen päätöksentekoa varten, 2) eri toimintavaihtoehtojen hahmottaminen, 3) valinta eri toimintavaihtoehtojen välillä ja 4) tehtyjen päätösten evaluointi. Simon korostaa hallinnon päätöksenteossa rationaalisuutta, tehokkuutta ja päätöksentekosuorituksen maksimointia. Kiinnostus kohdistuu tehokkaan päätöksenteon rajoitteisiin. (Salminen 2009, 85–86.) Simon on tuonut esille muun muassa

ihmisen rajoittuneisuuden päätöksenteossa, sillä ihmisen on mahdotonta ymmärtää kaikki päätökseen vaikuttavat seikat. Ihminen on tietojensa, tapojensa, arvostustensa ja käsitystensä vuoksi siihen rajallinen. (Vuori 2007, 42.) ”*Economic man*” käsitteeseen Simon sisällyttää merkityksen, että tietyt tavoitteet voidaan tavoittaa maksimaalisesti tietyin resurssein. Hallinnon päätöksentekijä on kuitenkin enemmänkin ”*administrative man*” -mallin mukainen toimija. Tällöin rationaalisuus on rajoittunutta. (Salminen 2004, 63; Salminen 2009, 86.)

Simon jakaa teoriassaan rationaalisuuden kahteen osaan. Proseduraalinen (menettelytapa) rationaalisuus on kiinnostunut menettelytapojen tuloksellisuudesta eli huomioidaan, miten päätöksiä tehdään. Substantiaalisella (sisällöllinen) rationaalisuudella taas tarkoitetaan sitä, mitä päätöksiä tehdään. Rajoitettu rationaalisuus voidaan selittää esimerkiksi päätöksentekijän rajallisilla tiedoilla. Päätöksentekijä ei välttämättä ole riittävän monen alan asiantuntija. Rajoitettu rationaalisuus voi selittyä myös päätöksenteon seurauksilla. Seurausten ennakointi voi olla hankalaa. Rajoitettu rationaalisuus selittyy myös päätösvaihtoehtojen rajallisuudella. Päätöksentekijän mieleen ei välttämättä tule kaikki mahdolliset päätösvaihtoehdot. Vallitsevasta tilanteesta merkittävästi poikkeavat vaihtoehdot voivat jäädä huomiotta tai niiden toteutus vallitsevassa poliittis-hallinnollisessa järjestelmässä on epärealistista. (Salminen 2009, 86–87.)

Simon on esittänyt myös jaottelun päätöksentekotyypeistä, jotka ovat ohjelmoituja tai ohjelmoimattomia päätöksiä. Ohjelmoidut päätökset ovat rutiininomaisia, yleensä toistuvia päätöksentekotilanteita, joihin organisaatiot usein kehittävät prosesseja päätöstilanteiden käsittelyä varten. Päätöksentekotekniikoita tällöin ovat muun muassa vakiintuneet tavat ja rutiinit. Ohjelmoimattomat päätökset ovat ainutkertaisia päätöksentekotilanteita, joita yritetään hallita yleisten päätöksentekotekniikoiden kuten esimerkiksi arvioinnin, intuition ja luovuuden sekä nyrkki- ja peukalosääntöjen avulla. (Salminen 2009, 87–88.)

*Inkrementaalisen päätöksenteon teorian* mukaan päätöksenteko perustuu tapoihin ja tottumuksiin eikä niinkään rationaaliseen harkintaan. Päätöksenteko on lähinnä aikaisemmin opittujen rutiinien toistamista ja päättäjä tekee vain vähäisiä muutoksia koskevia päätöksiä. Tämä Charles Lindblomin kehittämä teoria korostaa, että päättäjä tekee vain harvoin suurisuuntaisia ja kokonaisvaltaisia päätöksiä. Kun huomataan, että jokin valittu toimintalinja ei toimi, usein päädytään vain vähittäisiin, inkrementaalisiin muutoksiin kokonaisvaltaisen tilanteen arvion sijaan. Asioita ei tarvitse kuitenkaan päättää lopullisesti vaan asioihin voidaan tarvittaessa palata myöhemmin uudelleen ja oppia virheistä. Kunnallinen päätöksenteko on usein melko inkrementaalista, sillä esimerkiksi budjettia laadittaessa pohjana on yleensä edellisen vuoden budjetti, johon tehdään joitakin muutoksia. (Paloheimo & Wiberg 2008, 264, 267–268.) Tämän tutkimuksen mukaan päätöksenteko Kaarinassa on haastateltavien mukaan melko joustavaa ja tehtyjä päätöksiä voidaan tarvittaessa muuttaa. Varsinkin hyvinvointipalveluja koskevassa päätöksenteossa joudutaan

välillä tekemään uusia päätöksiä, kun huomataan, että jokin ei toimikaan kuten aikaisemmin on päätetty.

*”Kaarina on aika joustava siinä mielessä, että jos osoittautuu tarvetta muuttaa jotakin, sitä muutetaan.” (H4)*

*”...jos päätös tehdään ja tunnustetaan, että se on väärä päätös, niin sit tehdään uusi päätös.” (H8)*

*Innovatiivisessa päätöksenteossa on rationaalisen tai rajoitetusti rationaalisen päätöksenteon ominaisuuksia, sillä innovatiivisessa päätöksenteossa vaihtoehtoja arvioidaan ns. puhtaalta pöydältä ja pyritään löytämään paras vaihtoehto. Innovatiivisuus on kuntien välisessä kilpailussa selvä kilpailuvaltti, sillä ihmiset muuttavat kuntiin, jossa päätöksenteko on innovatiivista ja osataan vastata yhteiskunnan muutosten haasteisiin. (Paloheimo & Wiberg 2008, 268–269.)*

James Marchin *päätöksenteon rosakorimalli* korostaa päätöksenteon kaoottisuutta ja satunnaisuutta. Sattumanvaraista on, mistä asioista päätöksiä tehdään, mitä asioita pidetään tavoittelemisen arvoisina ja millä tavoin vaihtoehtojen paremmuutta punnitaan. Päätöksenteossa ei ole rationaalisuutta eikä inkrementaalista jatkuvuutta vaan päätökset tehdään satunnaisesti. (Paloheimo & Wiberg 2008, 265.) Roskakorimalli on tarkoitettu tilanteisiin, joissa ominaista on epävarmuus, ennakoimattomuus, epäselkeys ja epäjatkuvuus. Päätöksenteossa voi esimerkiksi olla osallisina useita erilaisia osallistujia, joilla kaikilla on omat ja toisistaan poikkeavat intressinsä ja pyrkimyksensä. Päätöksenteon roskakorimalli on kyseessä myös tilanteissa, joissa päätöksentekijät eivät ole täysin perillä päätettävän asian luonteesta, ratkaisuvaihtoehdoista ja valintojen vaikutuksista. Päätöksenteon epävarmuudesta on kyse myös silloin, kun päättäjät eivät tiedä, keneltä tai mistä saisivat sellaista tietoa ja osaamista, joka voisi auttaa heitä tekemään päätöksiä. (Harisalo 2009, 167–168.)

Rationaalisen ajattelun lisäksi päätöksenteossa vaikuttavat muun muassa aiemmat kokemukset, ammattitaito, tavat ja tottumukset, asenteet ja uskomukset sekä intuitio toiminnasta. Näiden avulla päätöksentekijä kokee ja tulkitsee tapahtumia ja tekee päätelmiä toimintaympäristöstään. (Autero 2009, 125.) Päätöksiä voi tehdä intuitiolla, poliittisella valinnalla ja rationaalisella analyysillä (Choo 1995). Päätöksentekijät käyttävät usein intuitiota päätöksenteossaan (Khatri & Ng 2000, 57) ja Adairin (2009, 97) mukaan tämä lisää päätöksenteon tehokkuutta. Päätöksenteossa voi hyödyntää intuitiota varsinkin tilanteissa, jotka muuttuvat nopeasti ja päätöksiä on tehtävä pikaisesti vähäisen tiedon avulla. Intuition perustana toimiva kokemus auttaa päättäjiä tunnistamaan ongelmista olennaiset asiat ja etsimään niihin ratkaisuja. (Harisalo 2009, 173.) Intuitio ja kokemus eivät

kuitenkaan riitä tilanteissa, joissa organisaatiot kohtaavat uusia ja aikaisempaan kokemukseen liittymättömiä ongelmia (Ansoff 1981, 169).

Kaufmann ym. (2014) ja Calabretta ym. (2017) ovat todenneet, että päätöksenteossa sekä intuitio että rationaalinen analyysi voivat olla hyödyllisiä tapoja. Niiden yhdistelmä päätöksenteossa edistää päätöksenteon tehokkuutta. Kokemusperäisen intuition tulisi toimia ohjeena rationaalisessa päätöksenteossa. Johtajan tulisi olla kokonaisvaltaisia päätöksenteossaan ja käyttää sekä rationaalista että intuitiivista lähestymistapaa. (Kaufmann ym. 2014, 110–111.) Erityisesti toimintaympäristön monimutkaisuus ja kyky reagoida nopeasti vaatii usein intuitiota (Calabretta ym. 2017, 396). Myös Hickson ym. (2003, 1803) ja Frishammar (2003, 321) ovat sitä mieltä, että kokemusperustainen ja tietoperustainen lähestymistapa yhdessä tehostavat päätöksentekoa. Päätöksentekijät hyödyntävät päätöksenteossaan usein sekä kokemusperäistä tietoa (intuitiota) että rationaalista tietoa. Päättäjän oma kokemusperustainen tieto antaa pohjaa sille, millaista rationaalista tietoa päätöksenteon tueksi tarvitaan. (Frishammar 2003, 321.) Tässä tutkimuksessa saatiin samantyyppisiä tuloksia kuin aikaisemmat tutkimukset antavat, sillä tämän tutkimuksen mukaan päätöksiä tehdään sekä rationaalisesti että intuitiivisesti. Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat sitä mieltä, että päätöksenteossa pyritään rationaalisuuteen ja päätöksenteon tueksi koetaan tarvittavan tietoa. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että päätöksiä ei tulisi tehdä intuitiivisesti (”mutulla”). Jotkut haastateltavista sen sijaan kertoivat, että päätöksiä tehdään myös intuitiivisesti, omaan kokemukseen ja tietämykseen perustuen.

*”Tietohan pitäis olla kaiken pohjana...Heikko lenkki on ehkä sit siinä kohdassa, jos päätöksiä tehdään ilman tietoa, ett tehdään niinku muttu tuntu-malta tai siksi ku on ennen tehty.” (H4)*

*”Must tuntuu, ett kyl mä aika paljon niinku mutulla päätän.” (H6)*

Rationaalisten menettelytapojen käyttö päätöksenteossa saattaa lisätä kustannuksia. Kokemukseen perustuvaa intuitiota käytettäessä päätös voi todennäköisesti myös johtaa tyydyttävään lopputulemaan. (Kaufmann ym. 2014, 104.) Johtajat, jotka noudattavat rationaalista lähestymistapaa hankkivat tietoa ja käyttävät runsaasti jäsenettyä/strukturoidua tietoa, käyvät ajoissa läpi useampia päätöksentekoprosessin vaiheita. Tässä prosessissa tiedon rooli on keskeinen epävarmuuden vähentämisessä. Tiedon laadulla on suuri merkitys päätöksentekoprosessissa. (Citroen 2011, 493.) Herbert A Simonin (1978) mukaan tietoa tarvitaan päätöksentekotilanteen havaitsemiseen, vaihtoehtojen hahmottamiseen ja sopivan vaihtoehdon valintaan. Päätöksen voidaan ajatella olevan onnistunut, jos päätöksenteon eri vaiheiden tietoperusta on kunnossa ja tehdyt päätökset osoittautuvat myöhemmin järkeviksi. (Jalonen 2015, 46.) Päätöksentekoa voidaan kehittää, kun ymmärretään

päätöksenteon rationaalisuuden rajoittuneisuus ja yritetään vähentää virheiden todennäköisyyttä. Päätäjien tulee huomioida päätöksenteossa muun muassa toiminnan tavoitteet, eri vaihtoehtojen laaja-alainen etsintä, vaihtoehtojen kustannusten ja hyötyjen arviointi sekä tiedon etsintä ja analysointi. (Harisalo 2009, 173.) Seuraavaksi tässä tutkimuksessa käsitellään tarkemmin kunnallista päätöksentekoa.

#### **4.3.2 Kunnallinen päätöksenteko**

Julkisen hallinnon päätöksenteon perusteet on kirjattuna Suomen perustuslakiin (Harjula ym. 2004, 67). Kunnallisessa päätöksenteossa päätöksenteko perustuu usein valintaan etukäteen annetuista vaihtoehdoista. Päätöksentekoon kuuluvat kategorisesti muotoillen päätöksentekijät, päätökset ja päätöksentekojärjestelmä. Päätöksentekijöitä voi olla yksi tai päätös tehdään ryhmässä. Todellisuudessa kunnassa päätöksentekijöitä on monta. Päätökset voivat olla yksittäisiä päätöksiä tai useita päätöksiä sisältäviä päätösketjuja. Kunnassa poliittinen päätöksentekijä tai päättävässä asemassa oleva viranhaltija kuuluu poliittis-hallinnolliseen päätöksentekojärjestelmään. (Salminen 2004, 59.)

Kunnallinen päätöksenteko perustuu kuntien demokratiaan. Kunnan asukkaat valitsevat vaaleissa kunnan valtuuston eli kunnan ylimmän päättävän toimielimen. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 56.) Valtuusto toimii yhteistyössä kunnanhallituksen kanssa. Näiden lakisäateisten kunnan toimielinten lisäksi kunnassa on lautakuntia, joille delegoidaan yleensä yhden hallinnon toimialan asioiden valmistelu ja päätösvalta. (Wilskman ym. 2004, 39.) Muita kunnan toimielimiä ovat johtokunnat ja toimikunnat. Myös kansalaisjärjestöt, yritykset ja kunnan asukkaat osallistuvat päätöksentekoon eri tavoin. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 56.)

Kuntaorganisaation peruslähtökohtana on kunnallishallinnon dualistinen rakenne, jossa poliittinen ja operatiivinen johtaminen yhdistetään. Päätöksenteossa tämä edellyttää toimivaa vuorovaikutusta ja sujuvaa yhteistyötä. Kuntien toimintarakenteet ovat moninaisia, mutta päätöksentekorakenteet ovat yleensä hyvin hierarkkisia, klassisen weberiläisiä. (Niiranen ym. 2013, 14, 18.) Kuntien kaksoisjohtajuuden taustalla on Max Weberin (1922) kehittämä klassinen byrokratian ideaalimalli. Teoriamallissa julkinen toimeenpanovalta ja poliittinen päätöksentekovalta ovat eroteltu. Kansalaisia edustavien poliittisten päättäjien eli luottamushenkilöiden tehtävänä on visioiden, päämäärien ja yleisten toiminnan periaatteiden luominen sekä tehdä päätöksiä. Valmistelua ja toimeenpanoa edustavien viranhaltijoiden tehtävänä on toteuttaa luottamushenkilöiden päätöksiä käytännössä. (Weber 1922, 63–118.)

Kunnan duaalimallin ideaalilanteessa kunnan poliittinen johto eli luottamushenkilöt, jotka edustavat kuntalaisia huolehtivat, että kunta pystyy vastaamaan toimintaympäristön muutoksiin. Luottamushenkilöiden tulee varmistaa, että kunta ohjautuu

toimintaympäristön tarpeiden ja vaatimusten mukaisesti. Luottamushenkilöiden tehtävänä on kunnan tavoitteiden asettamista ja suunnan näyttämistä. (Möttönen 2012, 11.) Luottamushenkilöiden työssä korostuvat vastuu toiminnasta kuntalaisille ja kunnan tahdon määrittely (Lammintakanen & Rissanen 2011, 56). Kunnassa luottamushenkilö toimii kuntalaisten edustajana ja päätöksentekijänä. Hänen tulisi kohdella päätöksenteossaan kaikkia kunnan asukkaita tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti. (Niiranen ym. 2013, 16.) Päätöksenteossa tulisi ottaa huomioon väestöryhmien erilaiset tarpeet, jotta kuntalaisten terveyseroja voitaisiin vähentää (THL 2011, 8).

Poliittisen päätöksentekojärjestelmän rinnalla kunnissa toimii viranhaltijajärjestelmä. Viranhaltijat tuottavat valmistelu- ja päätöksenteko-organisaatioissa vaihtoehtoja poliittisille päätöksentekijöille. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 56.) Kunnan viranhaltijajohto huolehtii duaalimallin mukaan kunnan sisäisestä yhtenäisyydestä ja toimimisesta yhteisten tavoitteiden suuntaan (Möttönen 2012, 11). Kunnan poliittisilla päättäjillä eli luottamusmiehillä on oltava mahdollisuuksia saada tietoa päätöksenteon tueksi. Kunnallisessa päätöksentekoprosessissa tiedon tuottaminen on usein esittelijöiden eli viranhaltijoiden tehtävä. (Möttönen 2012, 11; Niiranen ym. 2013, 40.) Kuntajohtajien ja muiden virkamiesten on laadittava rajattu esityslista poliittista päätöksentekoa varten. Heidän on myös vietävä poliittiset päätökset käytäntöön. Kunnan virkamiehet ovat myös vastuussa kunnan palvelujärjestelmän organisoimisesta, arvioinnista ja toimivuudesta. (Kallio 2010, 60.)

Johtamisessa on tärkeää tunkea poliittiseen päätöksentekoon liittyvät prosessit. Asiantuntijoiden on helpompi tehdä yhteistyötä ja pyrkiä yhteisiin tavoitteisiin sekä välttyä ristiriitaisilta päätöksiltä, kun he tuntevat julkisen toiminnan logiikan. Poliittisen päätöksentekoprosessin vaihemalleja on useita. Prosessi voidaan ilmaista muun muassa kolmivaiheisena: 1) politiikan muotoutumisen ja teon vaihe, 2) valinnan, ratkaisun ja päätöksenteon vaihe ja 3) toimeenpanon ja siihen liittyvän valvonnan vaihe. Prosessi voidaan kuvata myös kuusivaiheisena: 1) aloite, 2) muotoilu, 3) päätös, 4) toimeenpano, 5) arviointi ja 6) uudelleenmuotoilu. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 46–47.) Toisaalta kunnallinen päätöksenteko voidaan jakaa myös neljään vaiheeseen: 1) asian vireille tulo, 2) valmistelu, 3) esittely ja 4) päätös. Uuden asian voi laittaa vireille kuntalainen tai viranhaltija. Eri viranhaltijat valmistelevat asiaa ja laativat päätösesityksen. Kunnan luottamusmiehet tekevät päätöksen. Päätös voi olla valmistellun esityksen mukainen tai luottamusmiesten osaltaan muokkaama. Kunnan viranhaltijalla on virkavastuu siitä, että päätös on lainmukainen. Luottamushenkilöllä taas on poliittinen vastuu siitä, että päätös on kuntalaisten kannalta heidän tarpeitaan vastaava. (Wilskman ym. 2004, 39–40.)

Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että Kaarinassa kunnan päätöksenteko etenee perinteisen kunnallisen päätöksentekoprosessin mukaisesti. Aloitteen jälkeen viranhaltijat valmistelevat ja sitä kautta asiat menevät eteenpäin lautakuntien, hallituksen tai valtuuston päätettäväksi. Kaarinassa on kaksi lautakuntaa,



perusturvalautakunta ja kansalaistoiminnan lautakunta, jotka tekevät päätöksiä hyvinvointipalveluiden osalta.

*”...käytännössä se prosessi useimmiten etenee siten, että viranhaltijat valmistelevat ja sitä kautta menevät sitten päätökset eteenpäin.” (H4)*

*”Lautakuntien kautta tietysti hallitukseen ja sieltä valtuustoon. Valtuusto käyttää ylintä päätäntävaltaa.” (H8)*

Tämän tutkimuksen haastatteluissa kävi ilmi, että Kaarinan kaupungissa päätökset tehdään yleisen kunnallisen päätöksenteko käytännön mukaisesti. Päätöksentekoa on kaksitasoista, operatiivista ja poliittista. Viranhaltijat tekevät operatiiviseen johtamiseen liittyviä päätöksiä. Lautakunnat, hallitus ja valtuusto tekevät poliittisia päätöksiä. Päätöksenteko riippuu siitä, minkä tasoisesta päätöksestä on kyse. Isot merkitykselliset päätökset menevät lautakunnista kaupungin hallituksen tai valtuustoon päätettäväksi. Talousarvioprosessissa päätetään yleensä kunnan suurimmat päätökset kuten isot investoinnit, uudet vakanssit ja määrärahojen allokointi.

*”...virkamiehet tekee sellaisia päätöksiä, jotka on operatiivisia ja sitten strategiset päätökset tekee perusturvalautakunta, tai siis lautakunnat.” (H2)*

*”...kyl sitä niinku toiminnallista päätöksentekoa tehdään jatkuvasti tässä työssä, mut sitte tämmöset niinku budjettiin liittyvät isommat päätökset tehdään sit lautakunnassa.” (H3)*

*”...erilaisten vastuualueitten johtajat ja esimiehet tekevät päätöksiä, mut sit on tämmösiä isompia linjauksia, jotka on sit tietenkin poliittisia päätöksiä.” (H9)*

Käytännössä luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden tehtävät sekoittuvat usein keskenään. Kunnan toiminnasta on monesti hankalaa erottaa, mikä on luottamushenkilöiden osuus ja mikä viranhaltijoiden vaikutusta. (Möttönen 2012, 11.) Viranhaltijoilla ja luottamushenkilöillä on erilaiset roolit, arvot ja perustat toiminnalleen, mutta osa tehtävistä on osittain päällekkäisiä (Niiranen ym. 2013, 20). Tämä tutkimus tuotti samankaltaisia tuloksia kuin aikaisemmat tutkimukset, sillä tämän tutkimuksen haastatteluissa tuli esiin, että Kaarinassa päätöksentekoon liittyy kunnalliseen päätöksentekoon liittyviä tyypillisiä haasteita eikä päättäjien roolijako ole aina kovin selkeä.

*”Vuorotellen välillä, ett oleks sää veronmaksaja vai oman henkilöstöryhmän vai tota nii asiakaspiirin edunvalvoja eli ne menee välillä sit vaan ristiin. Se on semmoinen julkisen sektorin suola tähän strategiseen päätöksentekoon.” (H2)*

Belløn ja Spanon (2015) tutkimuksen mukaan julkisen sektorin johtajat ovat sitä mieltä, että poliitikoilla on vaikutuksia päätöksentekoprosessissa muun muassa siihen, mitä tavoitteita on asetettava etusijalle. Tämä heikentää päätöksenteon tuotoksien harkintaa. (Belló & Spano 2015, 354.) Kunnan poliittisen johdon tulisi huolehtia pitkän aikavälin strategisista linjauksista ja viranhaltijoiden tulisi ottaa vastuu operatiivisesta päätöksenteosta. Jos kunnan poliittinen johto sotkeutuu operatiiviseen toimintaan, ollaan tilanteessa, jossa viranhaltijat valmistelevat asiat lisätäkseen maallikkojen tietämystä päätöksenteon pohjaksi. (Nivala 2006, 139.) Tämän tutkimuksen haastatteluissa ilmeni myös, että poliittinen päätöksenteko ja operatiivinen päätöksenteko menevät joskus sekaisin. Viranhaltijat eivät saisi sekaantua poliittiseen päätöksentekoon ja päättää esimerkiksi siitä, mitä palveluja tuotetaan. Luottamusmiehet sen sijaan päättävät palvelutarjonnasta, mutta eivät voi päättää esimerkiksi siitä, miten palvelu järjestetään operatiivisesti.

*”Vastuualuejohtajien ei pidä lähteä sekaantumaan poliittisiin kysymyksiin. Samaa toivois politiikan puolelle...Mä ajattelen niin, ett molemmat pysyköön lestissään” (H6)*

Johtaja osallistuu poliittisen päätöksentekoon yleensä ainakin päätöksen toimeenpanon vaiheessa, mutta myös muissa vaiheissa. Johtaja voi nostaa esiin asioita, jotka vaativat laajempaa päätöksentekoa. Valmisteluvaiheessa johtaja voi vaikuttaa asiantuntijana päätöksen sisältöön. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 47–48.) Tämän tutkimuksen haastatteluissa esiin nousi se, että merkittävä kohta strategisessa päätöksenteossa on päätös siitä, että jotakin asiaa aletaan valmistella. Päätöksentekijät eivät päättäne asioista, joita joku viranhaltija ei ole ensin alkanut valmistella.

*”...varsin merkittävä asia on se päätös siitä, ett aletaan valmistella, koska muutenhan se asia ei tuu ikinä sinne päätöksentekijöille.” (H6)*

Tässä tutkimuksessa kunnan päätöksenteon valmisteluprosessi koettiin hyvin tärkeäksi. Päätöksenteko on helpompaa silloin, kun asia on valmisteltu hyvin. Tärkeä huomio oli se, että hyvin suuri osa asioista menee kunnan päätöksenteossa läpi sellaisenaan eli viranhaltijan valmisteluesityksen mukaisena. Toisaalta välillä on vaikea ennakoida, mikä päätöksenteon lopputulema on. Se voi olla myös täysin erilainen kuin valmistelussa on ollut tavoitteena.

*”Mut kuvaavaa on mun mielest päätöksenteossa, se ett kuinka paljon meidän päätöksiä menee ihan semmosena läpi, niin se on kyl hirveen iso prosentti.” (H5)*

*”...vaikea on ennakoida, mikä se lopputulema on, koska se saattaa olla ihan erilainen, mikä on ollut se tarkoitus silloin, ku on lähetty siihen valmisteluun.” (H6)*

Tämän tutkimuksen eräs haastatelluista koki, että asian valmistelutyössä ja asian esittelyssä voitaisiin hyödyntää viranhaltijoiden ohella enemmän myös esimiestasoa. Päätettävän asian esittelyssä mukana olisi myös esimies, jonka alaisuuteen päätettävä asia liittyy. Näin toimimalla saataisiin juuri siihen nimenomaiseen asiaan liittyvää tiettyyn asiaan liittyvää asiantuntemusta, jota ei välttämättä löydy kokonaisuuksia hallitsevalta toimialan johtajalta.

*”Meil on hyvät esimiehet tuolla, niin käytetään enemmän niidenkin asiantuntemusta hyväkseen.” (H8)*

Demokraattisten yhteisöjen kuten kunnan päätöksenteossa on ominaisuuksia päätöksenteon roskakorimallista. Kunnan päätöksenteossa saattaa olla sattumanvaraista, mitkä asiat tulevat poliittisen keskustelun ja päätöksenteon esityslistalle sekä mitä päätösvaihtoehtoja otetaan huomioon. Päätöksenteossa on usein myös sattumaa, mitkä poliittiset ryhmät muodostavat monipuoluejärjestelmässä voittavan liittouman. (Paloheimo & Wiberg 2008, 269.) Usein päätös voi perustua myös hyvin suppeaan näkemykseen (Valtioneuvoston kanslia 2009, 12). Poliitikassa vaaditaan usein kykyä reagoida nopeasti asioihin ja tästä syystä kokonaiskuvan muodostamiseksi tarvittava useiden eri tietolähteiden huomioiminen ei aina onnistu (Lähteenmäki-Smith & Kuitunen 2015, 117). Gomesin ym. (2017, 982) mukaan usein ratkaistaan lyhyen tähtäimen ongelmia sen sijaan, että hyödynnettäisiin kehittyneempää tietoa kokonaisuuksista ja lopputuleman arvioista. Tässäkin tutkimuksessa esiin nousi yhteneväisiä tuloksia aikaisempien tutkimusten kanssa, sillä haastatteluissa ilmeni, että päätöksenteossa välillä ongelmallista on kokonaiskuvan puuttuminen. Usein tehdään vain yksittäisiä päätöksiä eteen tulevista asioista, eikä mietitä tehtävien päätösten kokonaisuutta.

*”Mä oon yllättynyt siitä, miten vähän katsotaan sitä kokonaiskuvaa eli me aina päätetään sitä yhtä eteen tulevaa asiaa...” (H1)*

Päätöksenteko on sekä johtamisen että poliittisen toiminnan ydintä. Päätöksenteossa tehdään arvovalintoja ja sovitetaan yhteen faktatietoa ja arvoja. (Lammintakanen & Risänen 2011, 47.) Kunnan kaikkeen toimintaan koskeviin päätöksiin liittyy poliittista, eettistä ja käytännöllistä harkintaa (Sefton ym. 2004, 13). Kunnan poliittinen päätöksenteko on usein perusolemukseltaan enemmän arvojen kohdentamista kuin rationaalista ja tarkkaan esimerkiksi tutkimustietoon perustuvaa valintaa (Askim 2007, 455). Toisin siis kuin tehokkaissa yrityksissä, joissa strateginen päätöksenteko on enemmän rationaalista kuin intuitiivista ja poliittista (Elbanna & Naguib 2009, 437). Toisaalta Cheng ym. (2010, 1373) ovat todenneet, että nopeampi päätöksenteko, joka perustuu intuition ja kokemukseen, mutta johon liittyy samanaikaisesti asianmukainen poliittinen käyttäytyminen, voi vaikuttaa positiivisesti organisaation suorituskykyyn. Virtasen ym. (2015, 9) mukaan erilaisilla uskomuksilla kuten esimerkiksi erilaisilla poliittisilla ideologioilla on huomattava merkitys kunnan päätöksenteossa. Tämä asia tuli esiin myös tämän tutkimuksen haastatteluissa. Päätäjien oma arvomaailma ja puolueiden sisäiset arvomaailmat vaikuttavat päätöksentekoon joskus hyvinkin paljon. Päätös voi lopulta perustua päättäjän omiin arvoihin ja kokemuksiin, vaikka perusteltua tietoa olisi päätettävästä asiasta paljon.

*”...kyllähän siel on aina sitten myöskin niitä, jotka sitten – ne järkisyyt unohdetaan kokonaan.” (H5)*

*”Aika usein se päätös voi olla omaan arvomaailmaankin liittyvä...nii et sä välttämättä aina saa tukea tiedosta tai selvityksistä.” (H8)*

Johtamisen duaalimalliin liittyy usein poliittisia ja ammatillisia intressejä sekä erilaisia jännitteitä. Kunnallisen päätöksenteon haasteena on usein eri osapuolten toisistaan poikkeavat näkemykset. (Niiranen ym. 2013, 13, 44.) Arvovaltakäsitteet voivat vaikeuttaa päätöksentekoa (Wilskman ym. 2004, 40). Tässä tutkimuksessa osa haastateltavista koki, että toimialojen tai luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välistä vastakkainasettelua ei ole tai sitä ei ainakaan saisi olla. Moni haastatelluista oli sitä mieltä, että kaikkien tulisi yhdessä pyrkiä kunnan tavoitteiden mukaiseen toimintaan.

*”En oo myöskään huomannut, ett täällä olis semmosta vastaikkain asettelua, ei toimialojen välillä eikä myöskään niin, kun viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välillä.” (H4)*

*”Että me ei tavallaan olla niin ku mitenkään eri puolilla, vaan päinvastoin me ollaan niin ku samaa puolta ja me yritetään samoja asioita. Siitä on turha tehdä sellaista vastakkainasettelua.” (H1)*

Päätökset eivät synny yksistään tiedon varassa vaan tärkeää on miettiä myös, mitä halutaan, mihin on varaa ja miten erilaiset ja ristiriitaisetkin arvonäkökohdat huomioidaan (Hovi & Mäkelä 2013, 275). Kunnan poliittisen ja operationaalisen johdon yhteistyön tulisi olla sujuvaa, jotta kunta pystyy vastaamaan kuntalaisten palvelutarpeisiin. Kunnallisen päätöksenteon ja yhteistyön sujuvuuden kannalta olennaista on toimiva vuorovaikutus, avoimuus ja luottamus eri toimijoiden kesken. (Niiranen ym. 2013, 14, 44–45.) Keskinäinen luottamus on päätöksenteon perusta (Wilskman ym. 2004, 40). Poliittisen ja operationaalisen johdon ongelmakohdat voivat liittyä viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden keskinäiseen luottamukseen (Niiranen ym. 2013, 12) ja heidän välilleen voi syntyä luottamuspula (Wilskman ym. 2004, 40). Luottamuksen puute voi hankaloittaa päätöksenteon sujuvuutta (Niiranen ym. 2013, 46). Poliittisen ja toiminnallisen johdon keskinäinen luottamus ja hyvä vuorovaikutus nousi myös tässä tutkimuksessa esiin. Haastattelussa kävi ilmi, että luottamus, sen rakentaminen ja säilyttäminen virkamiesten ja luottamushenkilöiden välillä nähtiin tärkeänä asiana sekä päätöksenteon että kunnan menestymisen kannalta. Osa haastateltavista toivoi lisää luottamusta virkamiesten ja luottamushenkilöiden väliseen yhteistyöhön.

*”Luottamuksen säilyttäminen on kans hyvin tärkeätä, virkamieskuntaan ja toisiin poliitikkoihin nähden silloin, kun tehdään strategiaa päätöksiä.”*  
(H5)

*”Ja sit ehkä se luottamus on sellainen haaste, että miten sitä saatais lisää puolin ja toisin.”* (H1)

Avoimuus ja vuorovaikutus edistävät luottamuksen syntymistä (Niiranen ym. 2013, 47). Luottamushenkilöt tarvitsevat ja käyttävät tarkkaa tietoa kunnan suorituskyvystä koko päätöksenteko prosessin ajan (Askim 2007, 455). Kunnan luottamushenkilöiden tulisi myös oppia vaatimaan päätösten tueksi enemmän tietoa päätöksen erilaisista vaikutuksista ja eri vaihtoehdoista (Sundqvist & Oulasvirta 2011, 30). Myös taloudellista arviointia tulisi vaatia enemmän (Sefton ym. 2004, 27). Gomesin ym. (2017, 982) mukaan poliitikot tukevat ajatusta siitä, että tuloshakuisen suorituskykytietoon olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Päätöksentekoon liittyvät tosiasialliset tiedot tulisi olla jokaisen nähtävillä, vaikka päätökset lopulta perustuisivatkin osittain myös arvoihin ja poliittisiin näkemyksiin (Arinder 2016, 398). Tämä tutkimus tuotti samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmat tutkimukset, sillä tämän tutkimuksen haastattelussa ilmeni, että päätöksenteon tukena tulee olla riittävästi tietoa, aikaa ja yhteistyötä. Asioista halutaan puhua avoimesti. Eräs haastatelluista koki, että ennen päätöksentekoa järjestettäisiin vapaamuotoinen keskustelutilaisuus, jossa kunnan luottamusmiehet voisivat saada tietoa päätettävästä asiasta. Asiasta voitaisiin keskustella ja voisi esittää kysymyksiä.

Kunnallista päätöksentekoa rajoittavat yhteiskunnan vaikutukset ja muutokset sekä riippuvuus muista kunnista ja rajalliset resurssit. Sosiaali- ja terveystalouden lakisääteisyys rajoittaa myös osittain kunnan itsenäistä päätöksentekoa. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 56.) Poliitikot joutuvat miettimään eri päätösvaihtoehtoja myös kansalaisten yleisen mielipiteen mukaisesti. On olemassa myös muita päätöksenteon raameja kuten taloudellinen kilpailukyky, käytettävissä olevat resurssit ja sosiaalipoliittiset tarpeet. (Kallio 2010, 38.) Organisaatiot, jotka ovat tiukan julkishallinnon ja kunnallisen lainsäädännön alaisuudessa eivät useinkaan ole yhtä joustavia ja tehokkaita päätöksentekoprosessissa kuin esimerkiksi yksityisen sektorin organisaatiot (Kuoppakangas 2014, 135).

Tehokkuus, rationaalisuus ja sosiaalinen vastuu ovat periaatteita, jotka vaikuttavat julkisten organisaatioiden päätöksentekoon (Bercu 2013, 27). Julkinen organisaatio on yleensä vastuussa monille eri tahoille kuten poliitikoille, palvelun käyttäjille, medialle ja työntekijöille. Nopeampi päätöksenteko voisi tasapainottaa julkiselle organisaatiolle tyyppistä hidasta päätöksentekoa. Keskitetyllä tai hajautetulla päätöksenteolla ei kuitenkaan ole vaikutuksia julkisten palveluiden suorituskykyyn. Hajautettu päätöksenteko sopii organisaatioihin, jotka korostavat tulevaisuudennäkymiä. Päätöksenteon keskittämällä voi olla vaikutuksia organisaation strategiseen suuntaan ja organisaation strategialla on vaikutusta organisaation suorituskykyyn. (Andrews ym. 2007, 70–71.) Organisaatioiden tulisi olla joustavia ja vastata ympäristön muutoksiin nopeasti (Porter 1996, 61). Tähän auttaisi, että kunnassa päätösvaltaa siirrettäisiin toiminnan tasoille, joita muutos koskettaa (Möttönen 2012, 48). Myös tässä tutkimuksessa eräs haastatelluista koki, että kunnan päätöksentekoprosessi on välillä liian aikaa vievä ja päätösvaltaa tulisi antaa takaisin myös toiminnan alemmille tasoille. Poliittinen päätöksenteko on välillä liian hidasta yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten suhteen.

*”Päätöksentekoprosessin tulisi edetä jossain tapauksissa vähän nopeammin. Valtaa takaisin alemmille tasoille.” (H8)*

Toinen tämän tutkimuksen haastatelluista mielsikin myös, että kunnan operatiivinen päätöksenteko on selkeämpää ja nopeampaa kuin kunnan poliittinen päätöksenteko.

*”Sit on tietysti semmosia alemman tason päätöksiä, joita viranhaltijat tekee ilman mitään poliittista tasoa ja se on silloin aika paljon suoraviivaisempaa ja selkeempää.” (H6)*

Päätöksenteko vaikuttaa kunnan toimintaan olennaisesti, sillä perusluonteeltaan kaikki organisaatiot ovat päätöksentekoa. Johtajien on päätettävä kunnan tulevasta suunnasta ja keinoista, joilla tavoitteet saavutetaan. Päätöksenteon seurauksena kunta tuottaa palveluja ja saavuttaa tavoitteitaan. (Harisalo 2009, 145.) Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon

palvelujen päätöksenteon tulisi yhdistyä kunnan muuhun päätöksentekoon. Väestön hyvinvoinnilla ja terveydenedistämällä tulisi olla kunnan päätöksenteossa riittävä painoarvo, jotta kunta pystyisi edistämään väestön hyvinvointia ja terveyttä kaikessa päätöksenteossään. (VM 2012a, 71, 73.) Terveyden edistämisen päätöksissä on huomioitava monia näkökulmia ja pyrittävä arvioimaan päätösten vaikutuksia sekä yhteiskunnallisella tasolla että eri väestöryhmissä (Parjanne 2008, 148). Tiedon avulla kunta voi rakentaa strategian mukaisia hyvinvointipalveluja. Tähän voidaan kunnissa pyrkiä johtamalla osaamista ja päätöksentekoa niin, että se vastaa strategiaa. (Huotari ym. 2005, 14.) Kunnan menestyminen muuttuvassa toimintaympäristössä on mahdollista, jos sen johto keskittyy strategiseen päätöksentekoon (Ansoff 1981, 167). Strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä käsitellään lisää tämän tutkimuksen seuraavissa kappaleissa.

## **4.4 Strateginen päätöksenteko ja tiedon hyödyntäminen kunnassa**

### **4.4.1 *Strategia päätöksenteon suuntana***

Viime vuosien aikana strateginen johtaminen ja suunnittelu ovat levinneet myös yhä enemmän julkisen sektorin kehittämiskieleen (Huotari 2012, 57). Yksityisellä sektorilla strategia nähdään usein keinona voittaa markkinoilla olevat kilpailijat. Julkisella sektorilla strategia on enemmänkin asianmukaisesti käsitteellistetty tapa, jolla organisaatiot voivat parantaa suorituskykyään ja tarjota parempia palveluja. (Boyne & Walker 2010, 185.) Strategisessa suunnittelussa julkisen sektorin organisaatioiden on otettava huomioon useita asioita kuten muun muassa valtion rahoitus, sisäinen ympäristö ja organisaation aikaisempi strategia (Akingbola 2006, 265). Keskeistä strategiatyössä on tavoitteiden asettaminen (Lammintakanen & Rissanen 2011, 43). Strategian tarkoituksena on mahdollistaa kunnan haluamien tulosten saavuttaminen. Jos strategiaa noudattamalla ei saavuteta haluttuja tuloksia, on strategiaa syytä miettiä uudelleen. (Drucker 2000, 57.) Johtamisen näkökulmasta poliittinen päätöksenteko ja strategian luonti ovat usein sitoutuneet yhteen. Johtajan keskeinen tehtävä on integroida poliittisen päätöksenteon tuottamat tavoitteet ja organisaation strategiat eri sidosryhmien yhteistyön avulla. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 39, 58.) Favoreun ym. (2016, 435) mukaan julkisten organisaatioiden johtajille erityisen tärkeää on kyky luoda vuorovaikutusta eri sidosryhmien välillä.

Strategian laatiminen, toteuttaminen, arviointi ja uudistaminen ovat aina sidoksissa ulkoisen toimintaympäristön muutoksiin. Pelkkä toimintaympäristön muutosten seuraaminen ei riitä vaan on mietittävä, mitä tämä tarkoittaa meidän kunnassamme. Kaikki muutokset eivät näy kaikissa kunnissa samalla tavoin. (Harjula ym. 2004, 48.) Strategian laadinnassa kunnan tulee pyrkiä ennakoimaan toimintaympäristön muutoksia. Jos kunta ei

huomioi tulevaisuuden haasteita, se ei pysty toimimaan menestyksellisesti. (Drucker 2000, 87.) Strategiset suunnitelmat ovat tarpeen ihmisten suuntaamisessa. Strategia ei voi täysin ennakoida ympäristön nopeita muutoksia, vaikka se olisikin hyvin mukautuvainen. Henkilöstön päivittäisessä toiminnassa organisaation strategian tulee huomioida tiedon merkitys. (Gonçalo & de Lourdes Borges 2010, 554.) Tieto voi auttaa strategian toimeenpanossa. Erilaisia tietojärjestelmiä käyttämällä organisaatiot pystyvät mittaamaan toimintaansa tarkemmin ja johtajat voivat toteuttaa strategioita onnistuneesti. (Porter & Millar 1985.)

Tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat strategiaa muun muassa yhteiseksi suunnaksi, toiminnan pohjaksi ja ideologiseksi taustaksi. Strategia luo toiminnalle viitekehyksen, jonka puitteissa eri toimintoja ja palveluja tuotetaan. Haastateltavat kokivat, että strategia on yhteisesti päätetty toimintalinja, jonka mukaan päätöksiä tehdään. Haastateltavien mukaan kaikkien päätösten tulisi olla linjassa strategian kanssa.

*”Mä ajattelen, ett strategian tarkoitus olis se, että siin olis niinku tavallaan se suurissa mittakaavoissa kerrottu se tie, mitä me haluamme kulkea.” (H6)*

*”On tavallas yhteinen suunta, jota kohdin niinku mennään.” (H4)*

*”Ett tämä on nyt se, mikä yhteisesti on päätetty, ett tän strategian mukaisesti toimitaan ja niiden päätöstenkin pitäisi olla tavallaan linjassa sen yhteisesti päätetyn kanssa.” (H3)*

Jokaisen kunnan voimavarat ovat niukat ja se pakottaa kuntia valitsemaan ne tarkoitukset, joiden saavuttamiseksi ne haluavat käyttää voimavaransa. Menestyäkseen kunnan on käytettävä niukat resurssinsa huolellisesti mietittyihin tarkoituksiin. (Harisalo 2009, 239.) Kunnan strategiaan kirjataan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja painoalueet, joihin kunta sitoutuu. Strategian toimeenpano -ohjelmaan kirjataan keinot ja voimavarat, joilla tavoitteisiin pääsy toteutetaan. (THL 2011, 32.) Kaarinan kaupungin strategian 2014–2020 toiminta-ajatuksena on järjestää ”kaarinalaisten hyvinvointia edistävät, hyvät kunnalliset palvelut oikeudenmukaisesti ja oikea-aikaisesti”. Kaarinan kaupungin arvoina ja periaatteina on olla asukaslähtöinen ja yritysystävällinen, avoin, rohkea ja oikeudenmukainen. Strategisina päämäärinä on ”hyvinvoinnin edistäminen ennakkoivasti, laatu- ja kustannustietoinen johtaminen, ekologisesti viihtyisä ympäristö ja luovuus”. Strategisten päämäärien saavuttamisessa seudulliset yhteistyöhankkeet ja niissä onnistuminen on yksi Kaarinan kaupungin kriittisistä menestystekijöistä. Muita kriittisiä menestystekijöitä strategisten päämäärien saavuttamiseksi ovat muun muassa organisaation kehittäminen niin, että se vastaa kaupunkilaisten palvelutarpeita, esimiesten



aktiivinen ja osaava tietohallintojohtaminen, ympäristövastuun kasvattaminen, innovatiivisuuden tukeminen ja muutosherkkyiden edistäminen. (Kaarinan strategia 2014–2020.)

Tässä tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että Kaarinan kaupungin strategia päivitetään valtuustokausittain eli neljän vuoden välein. Haastateltavien mukaan strategiaa tulisi voida päivittää useammin myös tarpeen mukaan, jos esimerkiksi osoittautuu, että strategia ei ole tarkoituksenmukainen. Strategian tulisi olla tarpeen tullen muuttuva ja joustava. Strategiaa tulisi tarkastella toiminnan ohessa jatkuvasti ja päivittää toimintaympäristön muutosten mukaisesti.

*”Strategia päivitetään neljän vuoden välein eli valtuustokausittain on ollut tapana.” (H1)*

*”...strategiaa pitää päivittää tarvittaessa, vaikka ei ollut tarkoitus vielä ens vuonna päivittää.” (H5)*

Kunnan ylimmällä johdolla on vastuu strategisesta johtamisesta ja sen tehtävänä on varmistaa, että kunta noudattaa valittuja strategisia linjauksia. Strategiasta tulisi muodostua kuntaan yleinen viitekehys, jonka avulla kaikki kunnan työntekijät voivat nähdä itsensä osana laajempaa kokonaisuutta. (Harisalo 2009, 240.) Lammintakasen ja Rissanen (2011, 48) mukaan monissa tutkimuksissa on osoitettu, että kuntien strategioita ei tunneta tai niihin ei sitouduta. Strategiatyö ei saisi olla vain ylimmän johdon työtä, vaan sen tulisi jalkautua koko organisaatioon. Strategiaan sitoutuminen ja sen toteuttaminen vaativat hyvää johtamista. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 48, 58.) Organisaatiolle on erittäin tärkeää, että siellä jaetaan ymmärrystä siitä, mitä organisaatio edustaa ja mihin se tähtää (Nonaka & Takeuchi 1995, 9).

Kunnan strategiaprosessin toteuttaminen tuloksellisesti ja demokratian mukaisesti vaikuttavat monet tekijät kuten esimerkiksi kunnan johdon strategisen johtamisen tapa, poliittisen ja operationaalisen johdon vuorovaikutus ja kuntalaisten osallistuminen (Niiranen ym. 2013, 19). Kansalaisia tulisi tukea osallistumaan päätöksentekoon ja yhteisölliseen toimintaan (STM 2014, 14). Viranhaltijoilla on johtajina hyvin suuri osuus siinä, että arjen toiminnassa sitoudutaan strategiaan painotuksiin. Hyvän johtamisen edellytys on johtajan sujuva yhteistyö kuntalaisten sekä muiden kunnan viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden kanssa. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 58.) Kunnan poliittisella johdolla tulisi olla kykyä havaita kunnan ja oman toimialan strategiset tavoitteet ja kokonaisuus. Kunnan strategia tulisi pystyä yhdistämään omaa poliittista linjaa noudattavaan toimintatapaan. (Niiranen ym. 2013, 11.) Strategian tulisi aina olla esillä toiminnallisten linjausten tekemisessä ja resursoinnissa (Niemi 2009, 24). Kunnan strategian toteutusta tukevat tiedon lisäksi resurssit ja osaaminen (THL 2011, 7).

Tässä tutkimuksessa moni haastateltavista koki, että Kaarinan kaupungin strategia on käytännönläheinen ja toimiva. Strategia ei ole haastateltavien mielestä liian irrallinen asia vaan se on rakennettu sellaiseksi, että se koskettaa kaupungin kaikkia toimialoja ja työntekijöitä toiminnan eri tasoilla. Strategian koettiin palvelevan hyvin hyvinvointipalveluiden toimialaa, sillä strategiassa on painotettu muun muassa hyvinvoinnin edistämistä ja ennalta ehkäisevää ajattelutapaa. Osa haastateltavista koki, että strategiassa on hyviä konkreettisiakin tavoitteita, joita pystyy omalla toiminnallaan toteuttamaan ja edistämään. Haastatteluissa ilmeni myös, että strategia on tärkeä osa kunnan talousarviota ja käyttötaloussuunnitelmaa. Kunnan talousarvion ja strategian avulla toiminnalle luodaan tavoitteita. Toiminnan tavoitteiden tulisi olla linjassa kaupungin strategian kanssa. Eri vastuualueet pystyvät strategian kautta miettimään omia toiminnan tavoitteitaan ja kehityskohteitaan. Kaiken toiminnan tulisi myös olla strategian mukaista. Strategia koettiin tärkeäksi myös palveluiden kehittämisessä. Ensisijaisesti strategialla pyritään parantamaan palveluja.

*”Kaarinassa on aika hyvin mietitty tää strategia käytännönläheiseksi.”*  
(H4)

*”...pitää löytyä sielt strategiasta tavallaan se pohja, miks jotain tavoitteita tehdään.”* (H3)

*”...kaikki tietty pyrkii siihen, ett palveluit parannetaan.”* (H8)

*”Silloin, kun palveluita kehitetään, niin olis hirveän hyvä, ett ylipäätään olis joku visio ja joku strategia, minkä mukaan mennään.”* (H9)

Toisaalta osa haastatelluista kuitenkin koki, että strategia jää tavoitteiltaan liian yleiselle tasolle. Strategia saisi olla vieläkin konkreettisempi ja selkeämpi, jotta se toimisi paremmin myös työntekijöiden eikä vain johdon keskuudessa. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että strategia jää liian yleiseksi ja se voisi olla yksityiskohtaisempi. Strategia koettiin osittain hyvin tulkinnanvaraiseksi, mutta jotkut haastateltavista kokivat sen toisaalta myös positiivisena asiana. Jotkut haastateltavista kokivat, että strategian tulkinnanvaraisuuden vuoksi jokaisella voi olla hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, mitä esimerkiksi jollakin arvolla strategiassa tarkoitetaan. Strategiaan pystyy vetoamaan, vaikka päätettävistä asioista olisi toisistaan täysin vastakkaisia mielipiteitä.

*”Strategia vois olla myös jotenkin konkreettisempiakin tavoitteita.”*(H1)

*”...strategia on aika lavea.”* (H3)

*”Kyl se sillain on aika tulkinnanvarainen...tällä strategialla voi perustella mitä tahansa.”(H6)*

Mitä konkreettisempi strategia on, sitä helpompi se on muistaa. Henkilöstön tulisi osallistua strategian laatimiseen, jotta strategia muuttuu käytännön toiminnaksi. (Larjomaa 2015, 171.) Henkilöt, jotka ovat olleet mukana strategian luonnissa, ymmärtävät ja sisäistävät strategian paremmin kuin muut. Strategia toteutuu vain operaatioilla, käytännön työnteolla. (Kamensky 2006, 306–307.) Henkilöstöä ja asiakkaita tulisi enemmän osallistaa mukaan strategiaprosessiin (Boardman 2011, 30). Tämän tutkimuksen mukaan Kaarinassa strategiatyö on kehittynyt viime vuosina ja strategian kehitysprosessiin ollaan yhä enemmän motivoituneita ja sitoutuneita. Haastateltavat kokivat, että strategiatyö on kehittynyt viime vuosien aikana Kaarinassa merkittävästi ja strategiaa työstetään yhdessä. Strategian toteutumista tulee myös yhdessä tavoitella.

*”No päätöksenteossa mun mielestä se on Kaarinassa nyt merkittävästi kehittynyt tämä strategia kuvio.” (H7)*

*”...että strategiset tavoitteet toteutuu, niin mikään yksikkö ei ehkä kykene tekemään sitä niinku yksinään omin voimin...” (H4)*

Strategian tehokas toteuttaminen organisaatiossa edellyttää sen tehokasta jalkautusta (Poister 2010, 246). Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivatkin strategian jalkauttamisen tärkeäksi. Jokaisen työntekijän tulisi tuntea strategia ja toiminnan tavoitteet. Henkilökunnan tulisi myös hahmottaa, että jokaisen työ on tärkeä osa koko kokonaisuutta. Strategian jalkautus on onnistunut, kun jokainen Kaarinassa työskentelevä osaa nimetä kunnan strategisia tavoitteita ja toimii tavoitteiden mukaisesti omassa työssään.

*”Henkilökunnan tulee hahmottaa, että mun työ on yksi tärkeä osa koko tätä Kaarinan kuvioo.” (H7)*

*”Halutaan, ett se (strategia) koskee jokaista Kaarinassa työskentelevää viranhaltijaa tai työntekijää niin, ett me toimitaan tietyllä tavalla.” (H4)*

*”Sil on äärettömän suuri merkitys, ett just se strategia jalkautuu sinne ihan alas asti.” (H5)*

Strategia auttaa kuntia tehostamaan toiminnallisten painopisteiden käsittelyä. Strategiaa toteuttaessaan kunnan on monesti valittava kahdesta tai useammasta vaihtoehdosta.

Strategian avulla pystytään valitsemaan se toiminnallinen painopiste, joka edistää parhaiten kunnan tahtotilaa. Strategian toteuttaminen edellyttää jatkuvaa päätöksentekoa. (Harisalo 2009, 239.) Organisaation tulee tehdä kompromisseja strategian mukaisesti saavuttaakseen kilpailuetua (Porter & Millar 1985). Strategiset valinnat luovat perustan päätöksenteolle. Kunnan eri tasoilla tehtävät päätökset on johdettava strategisista valinnoista. (Harisalo 2009, 260.) Tässä tutkimuksessa haastateltavien mukaan päätöksiä pyritään tekemään ja perustelemaan strategialähtöisesti. Haastateltavat kuvasivat, että päätöksenteossa he pyrkivät ratkaisemaan asioita strategian mukaisesti.

*”Aika monta päätöstä perustellaan nimenomaan strategialähtöisesti.”*  
(H2)

*”...ku ratkaisen asioita, niin mä pyrin ratkaisemaan niitä sen strategian mukaisesti.”* (H6)

*”...jos tulee kinkkinen paikka nii sillon voi tuolt (strategiasta) hakee sitä tukee, ett minkä toimintatavan valitsee.”* (H3)

Tulevaisuudessa tulisi pyrkiä strategisesta suunnittelusta laajempaan strategisen johtamisen prosessiin, jotta organisaation strategiasta voidaan luoda entistä merkittävämpi. Tämä edellyttää muun muassa organisaation kokonaisstrategian tavoitteiden jatkuvaa hallintaa ja strategian tehokasta toteutusta. (Poister 2010, 246.) Kokonaisvaltaisen strategisen suunnitteluprosessin toteuttaminen auttaa kuntaa esittämään selkeän strategisen vision, joka on linjassa operationaalisten toimintasuunnitelmien ja talousarvion kanssa. Kokonaisvaltaisesti luotu strategia voi johtaa kuntaa menestyksellisesti sen pyrkiessä palvelun tarjoamistavoitteeseensa. (Plant 2009, 43.) Tutkimuksen seuraavassa kappaleessa käsitellään strategista päätöksentekoa kunnassa.

#### **4.4.2 Strateginen päätöksenteko kunnassa**

Strateginen johtaminen on organisaation visioiden ja näkemysten pohtimista ja kehittämistä. Se on myös näiden visioiden jakamista muille ja pyrkimystä saada organisaatio toteuttamaan näitä näkemyksiä. (Ansoff 1981, 158.) Strateginen johtaminen on työskentelyä sen eteen, että päätökset ja toimenpiteet kaikilla organisaation tasoilla ovat muuttaman keskeisen strategian, jotka ovat kriittisiä organisaation menestymiselle pitkällä tähtäimellä, mukaisia (Poister 2010, 246). Strategisen johtamisen tehtävänä on huolehtia organisaation rationaalisesta käyttäytymisestä. Tämä tehtävä voidaan jakaa kolmeen osatehtävään: legitimoiva johtaminen, päätösten johtaminen ja toiminnan johtaminen.

*Legitimoiva eli laillistava johtaminen* tarkoittaa organisaation tavoitteiden ja menestyksen kriteerien luomista. *Päätösten johtaminen* liittyy strategisten valintojen tekemiseen ja siihen sisältyy sekä realististen tavoitteiden luominen että strategisten suuntien valitseminen. *Toiminnan johtaminen* tarkoittaa sitä, miten organisaatio saadaan toimimaan valitun strategian mukaisesti. Siihen liittyy muun muassa johtajien mobilisoiminen strategisten päätösten johtamiseen ja työntekijöiden saaminen toteuttamaan päätöksiä sekä päätösten toimeenpanon koordinoiminen ja ohjaaminen. Johtamisen jakaminen ensi tapahtuvaan suunnitteluun ja sitä seuraavaan toimeenpanoon vastaa strategista todellisuutta, jossa päätökset ja toiminta voidaan nähdä yhteen muotoutuvana ja monimutkaisena jatkumoiden ja palautteiden mallina. Strateginen johtaminen on onnistunutta, kun organisaatio saavuttaa tavoitetasonsa. (Ansoff 1981, 159–160, 170.) Julkisella sektorilla strategiseen johtamiseen tulisi yhdistää rationaalinen, poliittinen ja yhteistyöhön perustuva logiikka (Favoreu ym. 2016, 435).

Strategisten päätösten johtaminen on johtamisen monimutkaisin ja tärkein osa (Ansoff 1981, 167). Strategisen ajattelun myötä organisaatiossa vältetään hätiköity päätöksenteko ja liian nopea sitoutuminen. Strategisen ajattelun tulisi tuottaa useita perusteltuja valinnan vaihtoehtoja, joista päätös tehdään. (Santalainen 2006, 356.) Strategisen päätöksenteon tavoitteena on taata kunnan menestys sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Se on tapa ajatella kunnan arvoja ja päämääriä ja niiden edistämiseksi vaadittavia vaihtoehtoja. (Harrisalo 2009, 237.) Strategiseen päätöksentekoon sisältyy kolme vaihetta: ennakointi, päätöksenteko ja päätösten toimeenpano. On tärkeää pyrkiä ennakoimaan, sillä ennakointi on strategisen päätöksenteon ydintä. Olennaista on etsiä merkkejä toimintaympäristön muutoksista, jotta ne pystytään huomioimaan strategisessa päätöksenteossa. (Lesca & Lesca 2014, 3, 6, 8.) Strategista päätöksenteko hankaloituu, jos toimintaympäristön analyysi on liian kapea-alaista. Päätöksentekoa hankaloittaa myös tiedon kulku ja keskittäminen sekä politiikan aiheuttamat rajoitukset organisaatiossa. (Papulova & Gazova 2016, 578.) Nykyaikana tärkeää on kyky tehdä nopeitakin päätöksiä jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Muutoksien ennakointi hyödyttää strategisessa päätöksenteossa. Ennakoinnilla pyritään tekemään organisaation tulevaisuuden mahdollisuudet näkyviksi. Organisaatioilta löytyy usein tahtotilaa, mutta ennakointi ei ole systemaattista ja laaja-alaista. (Boardman 2011, 8.) Myös tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat ennakoivan työn ja ennakoinnin päätöksenteossa tärkeiksi. Päätöksiä tehtäessä tulisi aina pyrkiä ennakoimaan päätösten seurauksia. Haastateltavat kokivat, että Kaarinassa on viime vuosina panostettu paljon ennakoivaan työhön.

*”Me ollaan panostettu paljon ennakoivaan työhön.” (H2)*

*”...nimenomaan semmoista tulevaisuus perspektiiviä eli osata ennakoida.” (H7)*

Ennakointi vaatii toimintamallien kehittämistä ja aktiivista otetta organisaation johdolta. Tuloksena voi parhaimmillaan olla parempi strategia ja paremmat palvelut. (Boardman 2011, 47.) Organisaation johdon tulee tehdä strategisia päätöksiä, jotka ovat tärkeitä organisaation menestymisen kannalta sekä nykyhetkessä että tulevaisuudessa. Strategia, joka toimii tänään, ei välttämättä toimi huomenna. (Lesca & Lesca 2014, 3.) Kunnan johdolla tulisi olla kykyä arvioida päätösten vaikutuksia sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä (Niiranen ym. 2013, 9). Strategisen päätöksenteon tehokkuutta lisää päätöksentekijöiden keskinäinen osaamis pohjainen luottamus toisiinsa. Kun päätöksentekijät luottavat toistensa osaamiseen, päätöksenteko sujuu tehokkaammin. (Parayitam & Papenhausen 2018, 2.) Luottamuksen vaikutuksesta päätöksentekoon käsiteltiin jo tämän tutkimuksen kappaleessa 4.3.2 Kunnallinen päätöksenteko, jossa päätöksentekijöiden keskinäinen luottamus koettiin tärkeäksi päätöksenteossa.

Strategisten päätösten vaikutuksia tulee arvioida myös etukäteen, sillä päätökset ovat usein laajoja ja ne vaikuttavat kuntalaisiin ja kunnan talouteen. Kunnallisessa päätöksenteossa vaikutusten ennakoarviointi lisää luottamushenkilöiden arvopohjaista päätöksentekoa ja käynnistää arvokeskustelun halutuista vaikutuksista. Ennen päätösten tekoa olisi hyvä laatia vaihtoehtoisia päätösesityksiä ja arvioida niiden vaikutuksia kokonaisvaltaisesti. Tämä lisää päätöksenteon avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Usein kunnan päätöksenteossa valmistelija puoltaa esityksessään vain yhtä esitystä, mutta usein perustelee, miksi jokin muu vaihtoehto ei sovi. Päätösten ennakoarvioinnin tavoitteena on, että poliittiset päätöksentekijät ja kuntalaiset voivat halutessaan tutustua asian taustoihin ja perusteluihin paremmin. (Sundqvist & Oulasvirta 2011, 6, 10.) Tähän liittyy oleellisesti myös tiedonluonti, jota käsiteltiin tämän tutkimuksen kappaleessa 4.2.1 Tiedon hallinta ja tiedonluonti, jossa todettiin, että haastateltavat kokivat yhteisten keskustelutilanteiden ja tiedon jakamisen olevan tarpeen ennen päätöksentekoa.

Ennakoarvioinnin yhteydessä voidaan myös arvioida toteuttaako jokin päätös kunnan yleisiä tavoitteita. Arvioinnin yhteydessä voi ilmetä, että kunnan strategiset tavoitteet eivät toteudu arjen päätöksiä tehtäessä. Päätösten vaikutukset ovat usein toisiinsa nähden ristiriitaisia. Kunnalla ei esimerkiksi ole varaa kaikkiin terveyttä edistäviin toimenpiteisiin, mutta pitkällä aikavälillä tarkasteltuna johonkin hankkeeseen sijoittaminen voi tuottaa taloudellisesti edullisemman lopputuleman. Haasteena on, että taloudelliset vaikutukset ovat usein nähtävissä vasta monen vuoden kuluttua. (Sundqvist & Oulasvirta 2011, 12, 14.)

Erilaisista päätöksistä johtuvia kaikkia seurauksia ei myöskään ole mahdollista ennakoita (Niiranen 2015, 315). Päätökset tehdään usein siinä tiedossa, että päätöksentekoprosessi on jatkuvaa ja lisäpäätöksiä tarvitaan tulevaisuudessa. Ei ole olemassa absoluuttisen oikeita päätöksiä, mutta johdon tehtävänä on tehdä sillä hetkellä paras päätös tulevaisuuden kannalta. (Kuoppakangas 2013, 157; Kuoppakangas 2014, 130.) Strateginen päätöksenteko sisältää strategista epävarmuutta. Strateginen epävarmuus tarkoittaa sitä

epäsuhtaa sen välillä, mitä tiedetään ja mitä tulisi tietää, jotta voidaan tehdä vastuullinen päätös. Epävarmuuden vuoksi kunnan strategisten suunnittelijoiden ja päättäjien tulisi määrittellä kriittiset tavoitteet, joita tavoitella. On epärealistista yrittää maksimoida päätöksestä seuraavat hyödyt. (Ben-Haim 2015, 72.) Priorisointi on yksi strategia terveydenhuollon mahdollisuuksien ja käytettävissä olevien resurssien välisen epätasapainon ratkaisemiseksi. Se on terveystalouden tavoitteellista ja tietoista ohjaamista halutun tavoitteen suuntaisesti. Priorisointipäätöksiin liittyy usein hankalia arvovalintoja. (Lammintakanen 2013, 270–271.) Priorisoinnin käsite nousi esiin myös tämän tutkimuksen haastatteluissa. Erään haastateltavan mukaan strategisessa päätöksenteossa on tehtävä priorisointia myös kuntatasolla.

*”...kyl kuntatasollakin on pakko priorisoida.” (H9)*

Julkisella sektorilla annetaan paljon painoarvoa strategiseen suunnitteluun osana johtamisen prosessia, mutta toteutussuunnitelma, selkeät toimenpiteet ja oikeiden tulosten saaminen usein viivästyvät tai jopa jäävät puuttumaan (Nartisa ym. 2012, 240). Strategisten päätösten toimeenpanokyky on parhaimmillaan keskisuurissa organisaatioissa. Suurissa organisaatioissa organisaatiokoko jähmettää toimeenpanoa ja pienissä organisaatioissa taas vähäiset resurssit aiheuttavat haasteita. (Boardman 2011, 37.) Tässä tutkimuksessa esiin nousi se, että usein erilaiset hankkeet vaan luisuvat toimintatavoiksi eikä selkeää arviointia välttämättä edes tehdä. Strategiseen pohdintaan tulisi olla enemmän aikaa, jotta voitaisiin myös paremmin arvioida tehtyjen päätösten ja toimenpiteiden vaikutusta.

Päätöksenteon yhteydessä on hyvä arvioida päätöksen vaikutusta koko päätöksentekoprosessin ajan. Ennakkoarviointi, toimeenpanon aikainen arviointi ja päätöksen jälkeinen arviointi muodostavat parhaimmillaan strategisen päätöksenteon kokonaisuuden. Päätösten vaikutuksia tulisi arvioida sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. (Sundqvist & Oulasvirta 2011, 12, 15.) Kuntien strategisessa päätöksenteossa päätösten vaikutuksia tulisi arvioida eri näkökulmista: yhteiskunnalliselta, rakenteelliselta ja eri väestöryhmien kannalta. Voimavarojen kohdentaminen terveyttä vaikuttavimmin edistäviin toimiin edellyttää riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista, niiden vaikuttavuudesta ja kustannuksista. (Perttilä ym. 2009, 8.)

Kunnan taloudellinen arviointi on erityisen tärkeää strategisessa päätöksenteossa (Sefton ym. 2004, 13; Jolicoeur & Barrett 2005, 52). Taloudellisen arvioinnin tavoitteena on antaa tietoa päätöksentekijöille niukkojen resurssien parhaasta käytöstä. Palvelu voi olla tehokasta palvelun käyttäjien tarpeiden tyydyttämistä, mutta se ei välttämättä ole kustannustehokasta. Kustannustehokasta palvelu on, jos samanlaiset vaikutukset voitaisiin saada vähemmällä kustannuksella tai jos saadaan paremmat vaikutukset samoilla kustannuksilla. (Sefton ym. 2004, 13.) Beckett-Camaratan (2003) mukaan strateginen suunnittelu yhdessä talousarvion kanssa vaikuttavat merkittävästi kunnan taloudelliseen

suorituskykyyn. Strateginen suunnittelu ja talousarvio yhdessä muodostavat strategisen päätöksenteon prosessin. (Beckett-Camarata 2003, 23.) Taloudellisen arvioinnin tulisi olla osa kunnan laajempaa arviointistrategiaa. Kunnolla tehty taloudellinen arviointi antaa tärkeää tietoa päätöksentekijöille, jotka joutuvat tekemään hankalia päätöksiä vähäisten resurssien kohdentamisesta. Haasteena on, että perusteellinen taloudellinen arviointi vaatii kuitenkin usein paljon resursseja. (Sefton ym. 2004, 118–120.) Kunnan strategisessa päätöksenteossa ongelmallista on, että palvelujen kustannukset syntyvät ensin ja hyödyt näkyvät vasta myöhemmin (Meklin ym. 2009, 192). Tässä tutkimuksessa moni haastateltavista toi esiin, että kunnan vuosittainen talousarvio on merkittävin kunnan strategisen päätöksenteon aiheista. Valmistelussa ovat mukana kaikki toimialat. Uutta talousarviota aletaan valmistelemaan melkein heti, kun edellinen on tullut hyväksytyksi.

*”...se (talousarvion teko) on ehkä semmoinen massiivisin päätöksenteko prosessi, ett siin on käytännössä kaikki alueet mukana valmistelemassa.”*  
(H6)

Julkisen sektorin hyvinvointialan strateginen johtaminen ja monitahoisten päätösten tekeminen vaatii vahvaa johtamista, poliitikkojen sitoutumista, ulkoista ohjausta, sidosryhmiä ja sosiaalista valvontaa (Lega 2012, 183). Strategisessa päätöksenteossa kunnan päättäjillä odotetaan olevan myös yhä laajempi tietoperusta (Niiranen ym. 2013, 9). Onnistunut strateginen päätöksenteko edellyttää kokonaisuuksien hahmottamista ja näkemysten muodostamista (Kamensky 2006, 23), hyviä sosiaalisia taitoja (Leder ym. 2016, 1), älyllisiä kykyjä, ongelmanratkaisutaitoja ja luovuutta sekä tiedon hyödyntämistä (Ansoff 1981, 170). Tämän tutkimuksen seuraavassa kappaleessa käsitellään tiedon hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa.

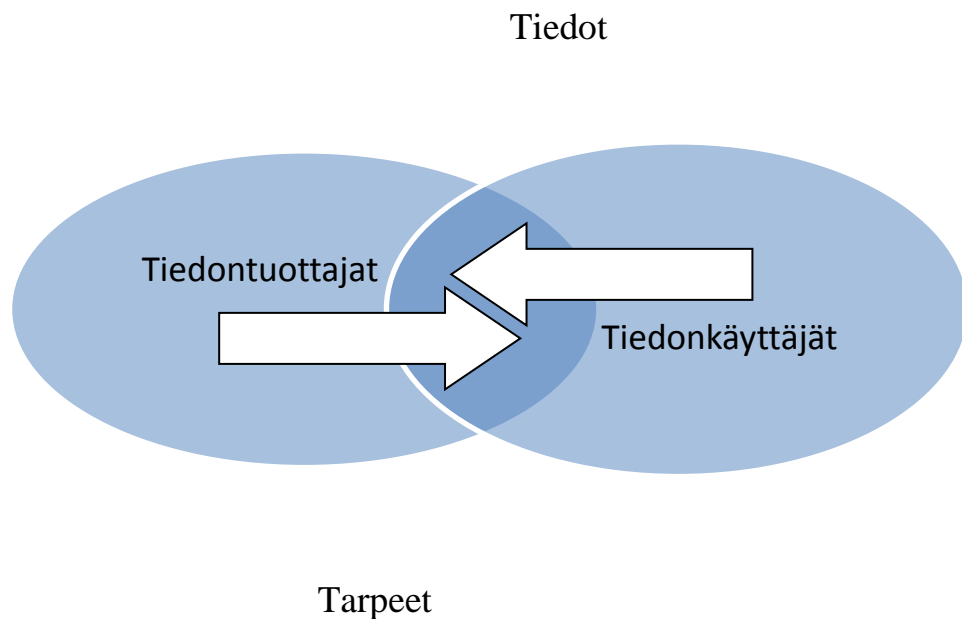
#### **4.4.3 Tiedon hyödyntäminen strategisessa päätöksenteossa**

Tiedolla johtamiseen ja tiedon hyödyntämiseen päätöksenteossa liittyy oletus rationaalisuudesta (Niiranen 2015, 313). Organisaatio hyödyntää tietoa strategisesti kolmeen tarkoitukseen: toimintaympäristön muutosten ymmärtämiseen, uuden tiedon luomiseen innovaatioihin ja tehdäkseen päätöksiä toimintaan liittyen (Choo 1996, 329). Tiedon hyödyntäminen strategisessa päätöksenteossa on tärkeää (Lesca & Lesca 2014, 3) ja tietoa hyödynnetään strategisessa päätöksenteossa, jotta päätöksiin liittyvää epävarmuutta voidaan vähentää tai poistaa (Frishammar 2003, 320). Älykäs organisaatio pystyy mobilisoimaan organisaatiossa olevat erilaiset tiedot organisaation suorituskyvyn parantamiseksi. Organisaation tulisi pyrkiä tavoitteisiin muuttuvassa ympäristössä mukauttamalla käyttäytymistään organisaation sisäisen ja sen toimintaympäristön tiedon mukaan.



Organisaation tulisi osata luoda, hankkia, organisoida ja jakaa tietoa sekä hyödyntää tätä tietoa käyttäytymisensä suunnitteluun. Organisaation kehittyminen riippuu kriittisesti tiedon hallinnasta - kyvystä hyödyntää organisaation tietoresursseja. (Choo 1995.) Tiedon hyödyntäminen on Choon (1995) mukaan yksi tiedon hallinnan prosesseista kuten jo aikaisemmin tämän tutkimuksen kappaleessa 4.2.1 Tiedon hallinta ja tiedonluonti kerrottiin. Tiedon hyödyntämiseen liittyvät olennaisesti myös tietotarpeet ja tiedon hankkiminen.

Tuomiston ym. (2017, 31) mukaan tiedon hyödyntämistä voidaan jäsentää tiedon hyödyntäjiin, tuottajiin ja näiden välillä liikkuvaan tietoon sekä tiedon tarpeisiin. (Kuvio 7)



Kuvio 7 Tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa (Tuomisto ym. 2017, 31)

Kuviossa 7 tiedonkäyttäjiä eli tiedon hyödyntäjiä ovat kunnan päätöksentekijät, tiedon tuottajia ovat yliopistot, tutkimuslaitokset, tutkimusyritykset ja muut tiedon tuottajat kuten media. Myös viranhaltijat tuottavat itse paljon tietoa, mutta ensisijaisesti he välittävät tietoa. Vain osa tuotetusta tiedosta on päätöksenteon kannalta olennaista. (Tuomisto ym. 2017, 31.) Päätöksentekoa varten tuotettua tietoa voivat hyödyntää kunnan poliittiset päättäjät, hallinnon viranhaltijat ja kuntalaiset. Kunnan tietotuotannon ja tiedon hyödyntämisen mekanismit ovat moninaisia, epäselviä ja vaikeasti tulkittavia. Voidaan pohtia, mikä tieto on arvokasta siinä mielessä, että sitä todella hyödynnetään päätöksenteossa. Kiinnostus kohdistuu erityisesti niitä tahoja kohtaan, jotka tilaavat ja rahoittavat päätöksenteossa tarvittavaa tietoa ja tulkitsevat sitä päätöksentekijöille. (Virtanen ym. 2013, 19.) Kunnassa päätöksiä tehdään usein ryhmässä. Päätöksenteossa pystytään hyödyntämään

tietoa paremmin, kun päätöksentekoryhmässä ei ole kilpailua ryhmän eri päättäjien kesken. Tietoa myös jaetaan ryhmän kesken, kun ryhmän sisällä vallitsee luottamus. Jos ryhmässä on epäluottamusta, tietoa voidaan pimittää toisilta. Kaiken kaikkiaan tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa on vielä tärkeämpää kuin tiedon jakaminen. (Toma & Butera 2009, 802–803.) Keskeistä kunnallisessa päätöksenteossa on se, millaiseen, mistä saatuun ja millä tavoin valmisteltuun tietoon kunnan johto perustaa päätöksensä (Niiranen ym. 2013, 14). Parhaimmillaan päätöksenteossa käytetty tieto on ajantasaista, kodifioitua, systemaattisesti tuotettua ja luotettavaa. Tosiasiassa päätöksenteossa käytettävä tieto voi olla vaikeaselkoista ja hankalasti tulkittavaa (Virtanen ym. 2015, 14) kuten tässäkin tutkimuksessa on todettu jo aikaisemmin luvussa 4.2.2 Tiedon tuottaminen, hyödynnettävyys ja luotettavuus.

Choon (1995) mukaan yksi tiedon hallinnan prosesseista on tiedon tarpeiden tunnistaminen. Strategisten päätösten tueksi johtajalla tulee olla olennaista strategista informaatiota (Ansoff 1981, 169). Faktapohjaisen tiedon puute johtaa yleensä ei-faktaan perustuvaan argumentointiin. Tällöin päätöksentekoprosessi voi pitkittyä ja johtaa kokonaisuuden kannalta huonoon lopputulokseen. (Sitra 2014, 9.) Johtaja tarvitsee sekä sisäistä että ulkoista toimintaympäristöä koskevaa tietoa. Sisäinen tieto koskee taloutta, henkilöstöä ja asianhallintaa. Ulkoinen tieto on muun muassa vertailutietoa esimerkiksi saman kokoluokan kunnista ja kunnan asukkaiden tarpeista. Johtamisessa tätä tietoa hyödynnetään suunnitteluun, päätöksentekoon, toimeenpanoon, seurantaan ja raportointiin. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 224, 229.)

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalijohdon tiedontarpeita tutkittaessa on todettu, että tiedon tulisi olla mahdollisimman reaaliaikaista, tiiviisti esitettyä ja jo valmiiksi analysoitua tietoa. Tietoa on paljon, mutta se ei välttämättä ole johtamisen kannalta olennaista tietoa. (Jormalainen 2010, 17.) Myös Askim (2007, 466) on todennut, että tietoa on paljon, mutta tiedon tulisi olla paremmin analysoitua. Tämän tutkimuksen haastatteluisissa ilmeni, että tilastotietoa kerätään paljon, mutta sen hyödyntäminen strategisessa päätöksenteossa on riittämätöntä. Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa siinä, että tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat, että tiedon hyödyntämisen kannalta käytettävissä olevan tiedon tulisi olla analysoitua. Tilastollisen tiedon tulkintaan ei riitä aika eikä ammattitaito. Pelkkä luku ei riitä vaan se vaatii lukujen tulkintaa ja analysointia. Tilastollisesta tiedosta tulisi pystyä hahmottamaan, mitä vaikuttavia asioita lukujen taustalla on. Tietojärjestelmiä tulisi kehittää siten, että ne tuottaisivat paremmin analysoitua tietoa. Analysoitua tietoa pystyy paremmin hyödyntämään strategisessa päätöksenteossa.

*”...tieto on hyvin kapea alaista, että se ei oo sellaista kokonaisuutta katsovaa ja silloin tulee helposti sitä osaoptimointia.” (H1)*

*”Pelkät luvut ei hirveesti kerro vaan se, ett olis analysoitu sitten, mitä ne luvut todennäköisesti merkitsee.” (H2)*

*”Analysoitua tietoa. Eli tulkita, analysoida sitä tietoa, ett mitä nää tarkoittaa. Taustoittaa. Semmonen varmaan meil on haaste.” (H7)*

Toiminnan arviointi ei voi perustua pelkkiin lukuihin. Jos esimerkiksi valitukset organisaation toiminnasta ovat lisääntyneet, se ei välttämättä tarkoita, että organisaation toiminta olisi huonontunut. Valitusten määrä voi johtua esimerkiksi siitä, että palautteen antaminen on aiempaa helpompaa tai tiedottaminen on parantunut. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 168.)

Kunnan johdon ja päätöksentekijöiden saatavilla tulisi olla tietoa, jonka perusteella palvelut ja resurssit pystytään kohdistamaan tehokkaasti hyvinvointia tuottaviin kohteisiin. Tiedon tulisi olla sellaisessa muodossa, että sitä hyödyntämällä voitaisiin hahmottaa kokonaisuuksia ja sitä voitaisiin hyödyntää strategisessa päätöksenteossa. Tiedon avulla tulisi pystyä arvioimaan panosten ja tulosten välisiä riippuvuussuhteita, perustelemaan tehtäviä päätöksiä ja myös arvioimaan tehtyjen päätösten vaikutuksia. (Sitra 2014, 9.) Tämän tutkimuksen haastateltavat olivat sitä mieltä, että strategisen päätöksenteon tueksi tarvitaan monipuolista tutkimustietoa, vaikuttavuustietoa ja tietoa, josta voisi tehdä oikeata kustannusvertailua. Myös tietoa ennakoivien toimien taloudellisista vaikutuksista tarvitaan. Tiedon tulisi ehdottomasti olla luotettavaa. Eräs haastateltavista koki, että päätöksenteon tueksi tarvitaan myös käytännön ohjeita lakien soveltamiseen.

*”...ennakoivien toimien taloudelliset vaikutukset, nii siit ei vieläkkää oo...” (H3)*

*”Tutkimustieto eli ei pelkästään vanhaan totuttuun tapaan perustuvaa.” (H4)*

*”Me tarvittais ensinnäkin vaikuttavuus tietoa. (H6)*

*”Ennen kaikkea luotettavaa. Se on se ydinkysymys.” (H9)*

Strategisessa suunnittelussa tarvitaan muun muassa kansallisesti tuotettuja vertailukelpoisia tietoja, sillä niiden avulla voidaan nähdä kunnan tilanne suhteessa muihin kuntiin ja koko Suomen tilanteeseen (THL 2011, 15). Valtakunnalliset tilastot antavat kuitenkin usein liian yleistä tietoa yksittäisen kunnan strategisen päätöksenteon ja toiminnan ohjauksen kannalta (Jormalainen 2010, 21). Tässäkin tutkimuksessa haastatteluissa esiin nousi se kysymys, että miten valtakunnallisesti tuotettu tieto soveltuu Kaarinan toiminnan

kehittämiseen. Valtakunnallisesti tuotetun tiedon perusteella tehtävät toimintamuutokset eivät välttämättä sovellu oman kunnan toimintaan.

*”Tutkimuksetkin on aina yleensä johonkin tiettyyn tapaukseen liittyviä, ei ne välttämättä sovi Kaarinaan ollenkaan ja sen toimintaan.” (H8)*

*”Sit viel semmonen tieto, mikä on valtakunnan tasolla, ett miten sen suhteuttaa siihen omaan kaupunkiin.” (H7)*

Organisaatiot eivät ole tietoisia tietojohdamisen todellisista vaikutuksista. Tietojohdamisella on todettu olevan vaikutuksia sekä organisaation innovaatioihin että suorituskykyyn. (López-Nicolás & Meroño-Cerdán 2011, 502.) Kaikki strategiset valinnat eivät ole välttämättä optimaalisia ja tämä johtuu usein johdon saaman informaation irrationaalisuudesta. Tähän syynä voi olla esimerkiksi organisaation toimintaympäristön puutteellinen seuranta ja ymmärtäminen. (Ansoff 1981, 166.) Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat, että strategisen päätöksenteon kannalta tiedon tulisi olla riittävän pitkältä ajalta kerättyä. Mitä muutoksia on tapahtunut esimerkiksi kymmenen, kahdenkymmenen vuoden aikana. Lisäksi tulisi myös arvioida, mitä niille muutoksille halutaan tehdä. Päätöksenteossa tulisi reagoida pitkän ajan muutoksiin eikä tehdä isoja päätöksiä kovin lyhyen seuranta-ajan puitteissa. Toisaalta strateginen päätöksenteko vaatii myös kykyä reagoida joihinkin asioihin hyvin nopeasti.

*”...jos ajatellaan strategista päätöksentekoa, niin riittävän pitkät trendit.” (H2)*

Kunnan strategisen päätöksenteon lähtökohtana on tieto kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä sen muutoksista. Olennaista on palvelujärjestelmän kyky vastata hyvinvointitarpeisiin. (THL 2011, 8.) Kuntalaiset ovat julkisten palvelujen asiakkaita. Kunnan johtamistoiminta lähtee kunnan perustehtävään integroituneista asiakastarpeista. (Nivala 2006, 135.) Toimivien palveluiden kehittämiseen tarvitaan tietoa asiakkaista (Nonaka ym. 2006, 1184). Kuntalaisten tyytyväisyys saamiinsa palveluihin liittyy palveluiden saatavuuteen ja laatuun (Nivala 2006, 136). Osallistamalla niitä väestöryhmiä, joihin kunnan päätökset kohdistuvat, saadaan tietoa kuntalaisia koskevista vaikutuksista ja päätösten merkittävydestä (Sundqvist & Oulasvirta 2011, 31). Kuntalaisten osallistaminen on tärkeää, mutta tutkimuksien mukaan kuntalaisten osallistaminen osaksi kunnan valmistelu- ja päätöksentekoprosesseja on vähäistä. Kuntalaisilta saadun kokemuksellisen tiedon hyödyntäminen on tärkeää päätöksenteon tietopohjan monipuolistamiseksi. (Jalonen ym. 2012, 142.) Organisaation tulisi nähdä asiakkaiden kokemukset strategisena arvona (Gonçalo & de Lourdes Borges 2010, 567). Tämän tutkimuksen tulokset olivat

yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa sillä, tässä tutkimuksessa moni haastateltavista toi esiin, että strategisessa päätöksenteossa sekä palveluiden ja toiminnan kehittämässä asiakkaiden näkökulma tulisi huomioida paremmin. Kuntalaisia tulisi osallistaa enemmän ja heiltä tulisi kerätä tietoa palveluiden kehittämiseksi. Kuntalaisilta saattua tietoa voitaisiin hyödyntää strategisessa päätöksenteossa.

*”Tarttis löytää semmoset palvelut, mitkä kokonaisuutena hyödyttäis kuntalaisia. ” (H9)*

*”...ku tavoitteena olis löytää ne asiakkaiden tarpeet ja tota niin sen tyypistä vois olla hyvinkin niinku tohon strategiseen päätöksentekoon.” (H2)*

*”...meidän pitäis palvelujen kehittämiseen kerätä asiakkailta sitä tietoa ja ideoita, mitä he toivoo uudelta palvelulta. Sekä määrällistä tietoa että sitä laadullista tietoa, miten asiakas kokee sen palvelun ja miten se palvelu vastaa asiakkaan tarpeita.” (H7)*

*”Palveluiden suunnittelussa varmaan semmoista asiakaskartoitusta pitäis tehdä enemmän.” (H2)*

Kuntien ydinrooleina on kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen, ja kunnan ja kuntalaisten tulevaisuuden kehitysedellytysten ja toimintakyvyn turvaaminen. Kuntien uutta ideoiva, järjestelmällinen ja konkreettinen kehitystyö on tarpeen tulevaisuudessa. Kansalaiset ovat voimavara, jota kunnat eivät ole onnistuneet vielä kytkemään riittävästi mukaan julkisen hallinnon ongelmien ratkaisuprosessiin. Tulevaisuudessa kansalaisten vastuuta ja osallistumista tulisi lisätä. Tämä ei tarkoita kunnan vastuun ja tehtävien vähentämistä, mutta se parantaisi kunnan tuloksellisuutta. (Hiironniemi 2013, 83, 90, 110.) Kansalaisten rooli on muuttumassa aktiivisemmaksi ja palvelujen vuorovaikutteisuus lisääntyy. Palvelujen käyttäjän osallistuminen palvelujen kehittämiseen ja arviointiin on olennaista. (STM 2014, 4.)

Choon (1995) mukaan yksi tiedon hallinnan prosesseista on tiedon hankkiminen. Niiranen ym. (2013, 12) ovat todenneet, että kunnassa tietoa hankitaan eri lähteistä kuten muun muassa kirjallisuudesta, mediasta, aikaisemmista päätöksistä, kuntalaisilta ja organisaation työntekijöiltä. Zardon ja Collien (2015) tutkimuksen mukaan julkisen terveydenhuollon toimintaympäristössä päättäjät hankkivat tietoa yleisimmin organisaation sisäisistä dokumenteista ja datasta sekä erilaisista raporteista. Tietoa hankitaan myös eri asiantuntijoilta (lainsäädäntö, oikeudelliset asiat, muu asiantuntemus ja kokemus). (Zardo & Collie 2015, 8.) Tämän tutkimuksen tulokset toivat esiin samankaltaisia tuloksia kuin nämä aikaisemmat tutkimukset, sillä tässä tutkimuksessa haastateltavat kertoivat työssään ja päätöksenteossään hyödyntävänsä tietoa, jota hankkivat muun muassa mediasta,

toisilta viranhaltijoilta ja kunnan hyvinvointikertomuksesta. Haastateltavat hyödyntävät päätöksenteossa myös vertailevaa kuntatietoa, erilaisia tilastoja, kunnan omaa talousarviota ja tilinpäätöksiä. Tietoa hankitaan myös Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta (THL), Työterveyslaitokselta, ministeriöistä erilaisten tutkimusten ja raporttien muodossa. Osa haastateltavista mainitsi myös kansainväliset tutkimukset sekä tieto- ja indikaattoripankki Sotkanetin. Haastateltavat kertoivat myös, että muiden kuntien toiminnan ja päätöksenteon seuraaminen ja seudullinen yhteistyö ovat tärkeitä tiedon hankkimisen kanavia. Van Helden (2016) on todennut, että poliitikot hyödyntävät päätöksenteossaan kirjanpidollisia asiakirjoja kuten budjetteja ja osavuosikatsauksia harvoin systemaattisesti. Poliitikot hyödyntävät näitä asiakirjoja usein koko päätöksentekoprosessin ajan tarkkaan silloin, kun he osallistuvat keskusteluihin kiistanalaisista hankkeista. (van Helden 2016, 537.)

Kuntien sosiaalitoimen johtajia tutkittaessa todettiin, että usein johtaja itse hankkii tietoa monista eri lähteistä ja analysoi sitä itsekseen oman päätöksenteon tueksi (Jormalainen 2010, 21). Esittelijöiltä saatava tieto on usein luottamushenkilöille yksi pääasiallinen tiedon saamisen kanava. Päätöksenteon suhteen kunnan poliittinen johto on melko riippuvainen siitä, kuinka luotettavaa ja käytettävää tietoa esittelijät tuottavat. Luottamushenkilöstä itsestään riippuu, hankkiiko hän lisää tietoa itse. (Niiranen ym. 2013, 12.) Vogel ja Hattke (2018) ovat todenneet, että tiedon hyödyntäminen vaikuttaa päätöksentekijän omaan suorituskykyyn. Mitä enemmän päätöksentekijä hyödyntää tietoa, sitä paremmin päätöksentekijä itse suoriutuu päätöksenteossaan. (Vogel & Hattke 2018, 390.)

Kunnan strategisen päätöksenteon perustana on kunnan asukkaiden hyvinvointia kuvaava tieto ja seurantajärjestelmä, joka sitä tuottaa (THL 2011, 7). Haasteena on, miten eri palveluiden puitteissa syntynyttä tietoa voidaan parhaiten hyödyntää (Vuokko ym. 2011, 62) ja miten tietoa hyödynnetään varsinkin johtamisessa (HoiData 2009, 42). Kunnallisessa päätöksenteossa suorituskykyraportit eli BSC (Balanced Scorecard) -raportit ja kunnalliset vuosikertomukset ovat vaikuttavia tietolähteitä. Sen sijaan kansalliset tietokannat ja kuntien tilastot ovat vähemmän arvostettuja. (Askim 2007, 466.) Kunnissa käytetään paljon resursseja tiedon keräämiseen ja tilastointiin, mutta tiedon hyödyntäminen on usein puutteellista (Boardman 2011, 16; Jalonen ym. 2012, 141). Tiedon tulisi olla esitettävissä siten, että se edistää päätöksentekoa ja seuranta (STM 2014, 17).

Strategiset päätökset tehdään käytännössä hyvin erilaisissa olosuhteissa hyvin erilaisien persoonien tekemänä. Tämän seurauksena päätöksenteko voi vaihdella täysin harkitusta ja täydellisin tiedoin tehdystä päätöksestä sellaiseen, joka vain seuraa päätöksentekijän intuitiota. Näin ajateltuna myös yhden ainoan päätöksentekijän rooli on olennainen isossakin organisaatiossa. (Brettel 2011.) Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat sitä mieltä, että strategiset päätökset tulisi olla tietoon perustuvia, mutta käytännössä päätöksiä tehdään myös hyvin vähäisin tiedoin.

*”Mä oon yllättynyt siitä, millaisilla tiedoilla näin isoja päätöksiä kunnissa tehdään tai en mä tiedä mitä kunnissa tehdään, mut meillä tehdään.” (H1)*

*”En mä nyt sanois, että täällä kauheen tietoon perustuvaa johtamista on.” (H6)*

*”Jos ajattelee, niin strateginen päätöksenteko tulis olla nimenomaan tiivistettynä tiedolla johtamista. Ei semmoista mutu juttua.” (H7)*

Päätäjien yhteiset keskustelut asioista, jotka vaikuttavat valintoihin ja vaihtoehtoihin ovat paremmin hallinnassa, ja päätöksenteko on helpompaa, kun tarjolla on enemmän oleellista ja asiaankuuluvaa tietoa. (Citroen 2011, 493.) Johtamisen näkökulmasta olennaista on, miten tutkimustieto ja asiantuntijakokemus voidaan integroida siten, että parhaat mahdolliset käytännöt saadaan toteutetuksi palvelutuotannossa. (Rissanen & Lamintakanen 2011, 34.)

Tutkimustiedon hyödyntämiseen päätöksenteossa korostuu tutkimuksen yhteiskunnallinen merkitys. Tutkimustiedon hyödyntämiseen päätöksenteossa vaikuttaa se, miten poliittinen päätöksenteko ymmärretään, onko se rationaalisuuteen pyrkivää valintaa vai arvojen allokointia. (Niiranen 2015, 305–306.) Lampisen (1985) mukaan tutkimustieto voi laajentaa päätöksentekijän tietoperustaa ja näkemystä käsiteltävistä ongelmista ja niiden ratkaisuvaihtoehdoista. Tutkimustieto antaa myös perusteita päätökselle. Joskus päätöksentekoa halutaan siirtää esimerkiksi vaikuttavuustiedon puuttumiseen vedoten. Päätöksentekoa voidaan haluta siirtää myös puutteellisen tiedon vuoksi ja silloin kyseessä voi todellakin olla tilanne, että tietoa päätöksen erilaisista vaikutuksista ei ole riittävästi. Toisaalta tutkimustietoon vetoaminen voi toimia keinona lykätä päätöstä myös intressiriitoja sisältävässä tilanteessa. (Niiranen 2015, 310.) Eräs haastatelluista nosti tämän asian esiin myös tässä tutkimuksessa. Usein pyydetään lisää selvityksiä, kun asiassa ei päästä yksimielisyyteen. On ymmärrettävä, että joskus päätös on vaan tehtävä ja katsottava sen seuraukset.

*”Joskus se päätös vaan on tehtävä.” (H8)*

Tieteellinen tieto ei voi yksinään ohjata poliittista päätöksentekoa, sillä henkilökohtaiset kokemukset ja mielipiteet, puolueen näkemys ja kuntalaisten mielipiteet vaikuttavat myös. Vaihtoehtoja punnitaan usein ideologisten näkökulmien kautta. Olennaista on myös, mikä tieto on päätöksenteon kannalta käyttökelpoista. (Lähteenmäki-Smith & Kuitunen 2015, 115–116.) Tieteellisen tiedon ja tutkimustiedon systemaattinen hyödyntäminen päätöksenteossa nousee esille muun muassa eri toimenpideohjelmien ja reformien yhteydessä. Myös OECD korostaa raporteissaan tiedon hyödyntämistä päätöksenteossa.

(Niiranen 2015, 306.) Brunssonin (1985) mukaan epäonnistumisen ja virheiden teon pelossa tutkimustietoa ei kuitenkaan välttämättä hyödynnetä, vaikka odotukset uusista ja luovista toimintatavoista olisivat näkyvillä ja tutkimustieto tukisi uusia ratkaisuja (Niiranen 2015, 307–308). Zardo ja Collie (2015, 1) ovat todenneet, että julkisen terveydenhuollon toimintaympäristössä päättäjät hyödyntävät tutkimustietoa vähiten eri tiedontyyppien hyödyntämistä vertailtaessa. Myös Strausin ym. (2011, 6) mukaan päätöksentekijöiden tutkimustiedon hyödyntämisessä on puutteita. Tämän tutkimuksen mukaan moni haastateltavista kertoi hyödyntävänsä tutkimustietoa päätöksenteossaan. Tutkimustiedon hyödyntämisessä haasteena nähtiin kuitenkin muun muassa ajalliset resurssit, tiedon tulokinnallisuus ja tiedon luotettavuuden arviointi.

*”...kyl mä nyt ite etin tutkimustietoo sitten niinku sen tekemisen perusteluksi.” (H3)*

*”Tietoa on, mutt tiedonkin suhteen semmonen kriittisyys siihen.” (H4)*

Hyvinvointipalvelujen johtamisen tueksi ei ole saatavilla tulevaisuuteen katsovaa tietoa, joka kertoisi kuntalaisten hyvinvoinnin kehittymisestä. Johdon saatavilla oleva tieto on taaksepäin katsovaa. Seurantamittarit ovat usein operatiivisia ja toimintokohtaisia. Tällainen tieto ei tue kunnan strategista päätöksentekoa. (Sitra 2014, 6.) Johansenin ym. (2018, 133) tutkimuksen mukaan julkisen sektorin päätöksentekijät hyödyntävät suorituskykytietoa päätöksenteossaan vähemmän kuin samassa asemassa olevat päättäjät yksityisellä sektorilla ja voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa. Johtajat, jotka tietoisesti hyödyntävät suorituskykytietoa päätöksenteossaan, varmistavat, että tieto on laadukasta. Saatavilla oleva laadukas tieto edistää tiedon hyödyntämistä. (Kroll 2015, 201.) Tämän tutkimuksen vastauksista ilmeni, että osa haastateltavista oli sitä mieltä, että tietoa päätöksenteon tueksi ei ole riittävästi. Koettiin, että indikaattorit ovat huonoja ja tietojärjestelmät vanhoja eivätkö ne tuota sellaista tietoa, jota strategisessa päätöksenteossa voitaisiin hyödyntää. Osa haastateltavista taas oli sitä mieltä, että tietoa päätöksenteon tueksi on riittävästi. Osa sen sijaan oli sitä mieltä, että tietoa on, mutta se on vääränlaista tai sitä ei voida vertailla tai hyödyntää päätöksenteossa oikealla tavalla. Tiedon luotettavuus nousi esiin myös tiedon hyödyntämisessä päätöksentekoon. Kun tietoa on riittävästi, myös päätöksenteko on helpompaa. Tärkeää on pystyä erottamaan valtavasta tietomäärästä se päätöksenteon kannalta oleellinen tieto.

*”Kyl sen huomaa siinä päätöksenteossa, ett jos se tietopohja on riittävän kattava, niin kyl myöskin päätöksenteko on silloin helppoa.” (H5)*



*”...kun puhutaan hyvinvoinnin puolelta niin tiedosta se ei oo kiinni. Sitä niinku valtakunnallisesti kerätään riittävästi meidän seudulla...” (H2)*

*”Tietoa on määrällisesti ihan riittävästi, mut ongelma on se, ett se ei oo luotettavaa. (H9)*

Tässä tutkimuksessa haastateltavat kertoivat kunnan hyödyntäneen päätöksenteossa erilaisia tietolähteitä. Päätöksenteossa käytetään tietoa, jota saa kunnan hyvinvointikertomuksesta sekä ministeriöiden, kuntaliiton ja kunnallisalan tutkimussäätiön tutkimuksista. Päätöksenteossa käytetään keskisuurten kuntien vertailutietoa ja tehdään tiivistä seutuyhteistyötä. Tietoa päätöksenteon tueksi saadaan eri indikaattoreista, omilta yhteistyökumppaneilta ja tuttavilta sekä eri asiantuntijoilta.

Kaarinassa päätöksenteossa on hyödynnetty myös tämän tutkimuksen osana tehtyä palvelutasoraporttia. (Liite 1) Haastateltavat pitivät palvelutasoraporttia hyvänä tietolähteenä päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa. Raporttia pidettiin kattavana tiedonlähteenä ja siinä koettiin olevan päätöksenteon kannalta olennaista tietoa. Toisaalta raportti aiheutti myös jonkin verran keskustelua tiedon luotettavuudesta Sotkanet -tilastojen osalta, sillä vuonna 2013 Kaarinan kaupungin tilastoinnissa oli ollut ongelmaa. Tämän vuoksi vuoden 2013 tilastoissa olevat käyntimäärät eivät ole luotettavia. Tämä vaikutti myös osaan raportissa esitettyihin tuloksiin.

*”Toivoisin, että just tän tyyppistä (palvelutasoraportti) tietoa meillä olis enemmän käytössä.” (H1)*

*”Tää toimii sellaisena työkaluna meidän toimintojen suunnittelun suhteen.” (H4)*

*”Raportti on kattavampi, mitä odotettiin. Oikein ansiokas työ. Olet todella paneutunut tähän kunnolla.” (H6)*

*”Tää on hyvä päättäjille...tää palvelutasoraportti toimii sellaisena yhtenä keskeisenä tietolähteenä.” (H7)*

Koska kunnan poliittinen päätöksenteko on syklistä, tulee eri tilanteissa ja eri menetelmin tuotetun tiedon olla tehokkaasti hyödynnettävissä päätöksenteon tukena. Ennen päätöksentekoa tuotettu vaikutustieto luo pohjaa päätösten jälkikäteiselle vaikuttavuusarvioinnille. Ennen päätöksentekoa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää myös päätöksenteon seuraavissa vaiheissa. Ennen päätöksentekoa tehdyn vaikutusarvioinnin tavoitteena on tuottaa päätöksentekijöille tietoa valmisteilla olevan asian eri toteuttamisvaihtoehdoista

sekä niiden vaikutuksista. Vaikutusten arviointi ennen päätöksentekoa on luonteeltaan ennakoivaa, joten siihen sisältyy riskejä. Esimerkiksi tietyn päätöksen vaikutuksia tai pitkän aikavälin vaikutuksia voi olla vaikea arvioida ja ennustaa. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 6, 10.) Hyvinvointi- ja terveysvaikutusten ennakoarviointi on kuitenkin tarpeen vakiinnuttaa osaksi päätöksentekoa (STM 2014, 13).

Päätöksen jälkeen tehtävä arviointi eli vaikuttavuusarviointi antaa tietoa päätöksentekijöille siitä, onko toivotut tavoitteet saavutettu. Arviointi antaa myös tietoa siitä, onko havaittu sellaisia vaikutuksia, joita ennen päätöksentekoa ei kyetty ennakoimaan. Vaikuttavuusarvioinnin tehtävä on mahdollistaa toimenpiteiden kehittämisen siten, että asetetut päämäärät saavutetaan paremmin ja se myös mahdollistaa valmistelijoiden ja päätöksentekijöiden oppimisen. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 11).

Tiedon hyödyntämiseen liittyy tärkeänä osana myös organisaation informaatiokulttuuri. Informaatiokulttuuri on osa organisaatiokulttuuria ja se liittyy organisaation suhtautumiseen siellä esiintyvään tietoon ja siihen, miten tietoa hyödynnetään. Organisaation informaatiokulttuurilla on vaikutusta organisaation tehokkuuteen. (Choo 2013, 775, 778.) Choon ym. (2006, 493) mukaan informaatiokulttuuri on sosiaalisesti jaettu käyttäytymismalleja, normeja ja arvoja, jotka määrittelevät tiedon tärkeyden ja hyödyntämisen organisaatiossa. Arvot ovat syviä uskomuksia tiedon roolista ja kontribuutiosta organisaatiossa. Normit ovat sääntöjä tai sosiaalisesti hyväksytyjä standardeja, jotka määrittelevät, millainen tietokäyttäytyminen on normaalia tai odotettua organisaatiossa. Arvot ja normit yhdessä muovaavat ihmisten ja ryhmien tietokäyttäytymistä organisaatiossa. Tietokäyttäytyminen on normien ja arvojen ilmenemismuoto, jota säätelevät sosiaaliset roolit, säännöt ja määräykset.

Choo ym. (2008, 794) esittävät kuusi tietokäyttäytymistä ja arvoa organisaation informaatiokulttuurissa. *Tiedon eheys* (information integrity) tarkoittaa tiedon hyödyntämistä luottavaisella ja periaatteellisella tavalla. *Tiedon muodollisuus* (information formality) on halukkuutta hyödyntää ja luottaa viralliseen tietoon epävirallisen tiedon sijaan. *Tiedon hallinta* (information control) tarkoittaa sitä, missä laajuudessa tietoa hyödynnetään suorituskyvyn hallintaan ja valvontaan. *Tiedon avoimuus* (information transparency) tarkoittaa avoimuutta virheiden ja epäonnistumisien raportoinnissa. *Tiedon jakaminen* (information sharing) on halukkuutta jakaa tietoa muille asianmukaisesti ja yhteistyössä muiden kanssa. *Ennakointi* (proactiveness) tarkoittaa uuden tiedon aktiivista hyödyntämistä innovaatioihin ja nopeaa reagoimista muutoksiin.

Informaatioarvoilla ja informaatiokulttuurilla on aina vaikutuksia siihen, miten ihmiset jakavat ja hyödyntävät tietoa organisaatiossa. Organisaatioiden tulisi huomioida tämä myös strategisessa suunnittelussa. (Choo ym. 2006, 491.) Tiedon hyödyntäminen strategisessa päätöksenteossa on tärkeää. Tiedon hyödyntämisen tehokkuus kuitenkin vaihtelee yksilön ja organisaation ympäristön piirteiden mukaan. Organisaatioiden ei tule pelkää mukautua toimintaympäristön olosuhteisiin vaan myös organisaatioissa toimivien

yksilöiden toimintaan. Yksilön toiminnalla on suuri vaikutus siihen, miten tietoa organisaatiossa hyödynnetään. Strategisen päätöksenteon tehokkuuteen organisaatiossa vaikuttavat muun muassa tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa, poliittinen käyttäytyminen ja erilaiset sosiaaliset prosessit. (Gänswein 2011, 241–243.) Oikea tieto oikeaan aikaan on tärkeää, mutta erityisen tärkeää on, miten päättäjät hyödyntävät sitä strategisessa päätöksenteossään (Thompson 1993, 403–404). Paremman tiedon hallinnan ja tiedon hyödyntämisen avulla organisaatio voi sopeutua paremmin muuttuvaan toimintaympäristöönsä ja tehdä strategisia päätöksiä toiminnan muuttamisesta (Choo 1995).

## 5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 5.1 Tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja kehittämisehdotuksia

Tämä tutkimus tehtiin toimeksiantona Kaarinan kaupungille. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluja sekä strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä kaupungin hyvinvointipalveluissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista, niiden kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta sekä strategisesta päätöksenteosta ja tiedon hyödyntämisestä hyvinvointipalveluissa. Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana toimi strateginen johtaminen, erityisesti sen osa-alue strateginen päätöksenteko. Teoreettisena lähtökohtana toimi myös tiedolla johtaminen tiedon hallinnan, erityisesti tiedon hyödyntämisen näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa tehtiin analyysi Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista. Tutkimuksessa tuotettiin Kaarinan kaupungille tietoa kunnan hyvinvointipalveluista, niiden kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta kunnan päätöksenteon tueksi. Tämän tutkimusosan empiirisenä aineistona käytettiin terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkanet -tietokannasta poimittuja kuntakohtaisia tilastotietoja sekä aiheeseen liittyviä raportteja ja kirjallisuutta. Tutkimuksessa valittiin vertailuun Kaarinan lisäksi koko maa, Varsinais-Suomi, Lieto, Raisio, Nokia ja Turku. Vertailuun valittiin samat alueet ja kunnat, joita Kaarinan kaupunki on käyttänyt hyvinvointikertomuksessaan (2013–2016). Vertailussa oli mukana myös muita kuntia (Rusko ja Naantali) silloin, kun lähteenä oli käytetty jokin muuta lähdeä kuin Sotkanet -tietokantaa. Hyvinvointipalveluiden analyysin valmistuttua Kaarinan kaupungille palautettiin siitä erillinen palvelutasoraportti (Liite 1).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin lisäksi strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa haastattelemalla hyvinvointipalvelujen päätöksenteosta vastuullisia luottamushenkilöitä ja johtajia. Tämän tutkimusosan empiirinen aineisto koostui yhteensä yhdeksästä temahaastattelusta.

Tämä tutkimus oli tapaustutkimus eli case study ja tutkimuksen case organisaationa toimi Kaarinan kaupunki. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää Kaarinan kaupungin päätöksenteossa ja hyvinvointipalveluiden johtamisessa. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita kaupunkeja tai kuntia, mutta tutkimus auttaa ymmärtämään kunnan hyvinvointipalveluja ja toimintaa, strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä osana sitä. Seuraavaksi tutkimuksessa esitetään kappaleessa 5.1.1 Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden (kustannukset, käyttö ja tarve) tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja kehittämisehdotukset. Kappaleessa 5.1.2 sen sijaan esitetään strategisen päätöksenteon ja tiedon hyödyntämisen tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.

### **5.1.1 Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut, kustannukset, käyttö ja tarve**

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena oli Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut. Mielienkiinnon kohteena olivat hyvinvointipalveluiden kustannukset, palvelujen käyttö ja tarve tulevaisuudessa. Palvelujen laadun arviointi ja vertailu sekä erikoissairaanhoidon rajattiin tässä tutkimuksessa pois. Tämän tutkimuksen ensimmäinen tutkimuskysymys oli: *Minkälaisia Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut ovat?* Tätä kysymystä lähestyttiin hyvinvointipalveluiden kustannusten, käytön ja tarpeen näkökulmista. Kysymykseen vastattiin tämän tutkimuksen luvussa 3. Aikaisempien tutkimusten sekä tämän tutkimuksen mukaan hyvinvointipalveluiden kustannukset ovat nousseet viime vuosien aikana. Kaarinan taloudellinen kehitys on ollut suhteessa muihin Varsinais-Suomen kuntiin kuitenkin hyvää ja kokonaistaloudellisesti tarkastellen Kaarina näyttäisi olevan nyt ja tulevaisuudessa koko maan kymmenen vahvimman kunnan joukossa (VM 2012b, 53). Vuonna 2013 sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokustannukset olivat Kaarinassa alle koko maan keskitason. Vaikuttaisi siis siltä, että Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut ovat kokonaisuutena kustannuksiltaan hyvällä tasolla. Hyvinvointipalvelujen taloudellinen kehitys näyttäisi olleen melko vakaata.

Seuraavaksi tässä tutkimuksessa esitetään tämän tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia, johtopäätöksiä ja kehittämisehdotuksia Kaarinan hyvinvointipalveluiden vastuualueiden mukaisesti. Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluihin kuului tämän tutkimuksen tutkimushetkellä neljä vastuualuetta. Vastuualueet olivat hyvinvoinnin edistäminen, kotihoito- ja vanhuspalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut sekä terveystoimen palvelut. Lisäksi esitetään tulokset ja johtopäätökset väestön ikärakenteesta ja hyvinvointipalvelujen tarpeesta. Lopuksi vielä johtopäätöksiä ja kehittämisehdotuksia hyvinvointipalveluista kokonaisuutena. Tuloksia arvioitaessa on huomioitava, että kunnan palvelujärjestelmä on aina eri palvelujen kokonaisuus. Eri kunnat valikoivat erilaisia palvelujen järjestämistapoja. Tämän vuoksi yksittäisten palvelujen vertailu kuntien kesken ei kerro kokonaistilannetta. Kunnissa panostetaan eri tavoin eri palveluihin. (Sotkanet 2015.)

#### **Hyvinvoinnin edistäminen**

Terveydenedistämisaktiivisuus kunnan strategisessa johtamisessa oli vuonna 2013 Kaarinassa lähes samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa. Terveyttä ei voida edistää pelkästään terveydenhuollon keinoin, vaan siihen tarvitaan kaikkia sektoreita ja näiden välistä yhteistyötä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on kaikkien hallinnonalojen yhteinen tehtävä ja se tulisi huomioida myös Kaarinan kaupungin johtamisessa.

Kaarinan kaupunki järjestää monipuolisesti ja muihin kuntiin nähden kilpailukykyisesti kansalaisopistotoimintaa ja erilaisia kulttuuripalveluita. Aikaisemman tutkimuksen

perusteella Kaarinan kulttuuritoiminnan heikkous on kuitenkin resurssipula sekä budjetillisesti että tilallisesti arvioituna (Lehtimäki 2013). Turussa esimerkiksi museo- ja teatteritoiminta on laajempaa kuin Kaarinassa, jossa tätä toimintaa ei kaupungin tarjoamana ole. Tämä vaikuttaa tietenkin myös asukaskohtaisiin nettokäyttökustannuksiin, jotka Lehtimäen (2013) tutkimuksen mukaan olivat Kaarinassa kuntien vertailussa pienet.

Kaarinan kaupunki järjestää myös liikuntapalveluja monipuolisesti ja palvelut ovat hyvin saavutettavissa. Kortelaisen ym. (2014) tutkimuksen mukaan liikunta- ja nuorisopalveluiden nettokustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa vuonna 2013 pienemmät kuin useimmissa vertailukunnissa. Aikaisemman tutkimuksen mukaan monipuoliset kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut ovat tärkeitä väestön hyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja osallisuuden edistämiseksi (VM 2012a), joten Kaarinan tulisi edelleen jatkossakin panostaa hyvinvoinnin edistämiseen osana palveluja. Hyvät kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut ovat merkittäviä palveluja hyvinvoinnin edistämisessä.

Hyvinvoinnin edistämisen näkökulma tulisi näkyä kaikissa kunnan palveluissa. Kunnan asukkaiden hyvinvointi on kunnan talouden ja kehityksen kannalta olennaista. Ennaltaehkäisevä työ kunnissa nähdään aikaisempien tutkimusten perusteella merkittäväksi osaksi kunnan hyvinvointipalveluja. Haasteena Perttilän ym. (2009) mukaan on, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tulokset näkyvät usein vasta pitkällä aikavälillä. Hyvinvoinnin edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kustannussäästöjä ei siis pysty arvioimaan vasta kuin monen vuoden kuluttua.

### **Kotihoito- ja vanhuspalvelut**

Kotisairaanhoidon piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus on noussut viimeisten vuosien aikana Kaarinassa. Tästä selittyy se, että kotipalveluiden käyttökustannukset ovat myös lisääntyneet huomattavasti. Kaarinassa kotisairaanhoidon asiakkaiden määrä oli kuitenkin samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa vuonna 2013. Omaishoidon tukea saaneiden 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus on myös lisääntynyt vuosien 2003–2014 aikana. Vuonna 2014 omaishoidon tukea saaneiden prosentuaalinen osuus oli Kaarinassa korkeampi kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Turku) Kortelainen ym. (2014) ovat todenneet, että palvelurakennetavoitteiden mukaisesti 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. Kaarinassa tulisi siis kiinnittää huomiota kotipalveluiden kehittämiseen jatkossakin. Myös Valviran (2012) ja Genetin ym. (2011) tutkimuksissa on todettu, että kotipalveluiden tarve kasvaa jatkuvasti.

Tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus on lisääntynyt sekä Kaarinassa että koko Suomessa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio, Turku). Huomioitavaa on, että asiakkaiden

prosentuaalinen osuus väestöstä vuonna 2013 oli Kaarinassa suurempi kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa. Tehostetun palveluasumisen palvelujen käyttö on siis suurta. Tämä tulos selittyy sillä, että Kaarinassa on neljä tehostetun palveluasumisen yksikköä, joihin mahtuu paljon asiakkaita. Toisaalta vanhus-ten laitospalveluiden käyttökustannukset ovat pienentyneet Kaarinassa vuosien 2003–2013 aikana ja ne olivat vuonna 2013 muihin kuntiin (Nokia, Raisio) nähden alhaisemmat. Tehostettu palveluasuminen on kunnalle kuitenkin taloudellisempi vaihtoehto kuin laitoshoido (Mäkitalo ym. 2010), joten tehostetun palveluasumisen tarjoaminen on jatkossakin Kaarinan kaupungille parempi vaihtoehto kuin kalliimpi laitoshoido. Toki kuitenkin edellä todettiin kotihoidon palveluihin tulisi jatkossa panostaa entistä enemmän.

Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että Kaarinassa vanhuspalveluiden kohdalla painotetaan kotihoitoa tai kodin omaista hoitoa. Laitoshoido sen sijaan on vähemmän ja Hiiroinniemi (2013) onkin todennut, että yksi keskeinen keino hallita kustannuksia on laitospalveluista avopalveluihin siirtyminen. Vanhuspalvelut ovat Kaarinassa monimuotoisia. Vanhuspalveluita on kehitettävä edelleen, sillä palveluiden tarve on jatkuvasti kasvava. Resursseja tulee todennäköisesti jatkossa lisätä, jotta lisääntyvään palvelutarpeeseen voidaan vastata.

### **Perhe- ja sosiaalipalvelut**

Kaarinassa toimeentulotukea saaneiden prosentuaalinen osuus on vähentynyt 2003–2013 aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa oli vähemmän toimeentulotuen saaneita kuin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Nokia, Raisio, Turku). Tästä huolimatta toimeentulotuen kustannukset ovat nousseet Kaarinassa vuosien 2003–2014 aikana. Mielienkiintoista kuitenkin on, että vuonna 2014 toimeentulotuen kustannukset per asukas olivat Kaarinassa alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa, ja vertailukunnissa (Nokia, Raisio, Turku). Toimeentulokustannusten nousu voi selittyä osittain sillä, että toimeentulon saajat saavat mahdollisesti keskimäärin enemmän toimeentulotukea Kaarinassa kuin muissa kunnissa. Asukasmäärään nähden toimeentulon saajia on Kaarinassa kuitenkin vähemmän ja asukaskohtaiset kustannukset ovat pienemmät kuin muissa kunnissa.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan lastensuojelun tarve on lisääntynyt koko maassa (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013) ja tämä tutkimus antaa samansuuntaisia tuloksia. Tässä tutkimuksessa huomattiin, että 0–17-vuotiaiden lasten, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, prosentuaalinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä on lisääntynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokialla ja Raisiossa vuosien 2008–2013 aikana. Kaarinassa näiden lasten prosentuaalinen osuus oli kuitenkin samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa vuonna 2013. Lastensuojeluilmoitusten

määrä on myös lisääntynyt vuosien 2008–2013 välisenä aikana Kaarinassa, jossa ilmoitusten määrä on yli kaksinkertaistunut tänä aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa tehtiin enemmän lastensuojeluilmoituksia kuin muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio). Ilmoitusten määrän nousu saattaa kuitenkin johtua osittain siitä, että yhdestä lapsesta on voitu tehdä useampi ilmoitus (Sotkanet 2015). Lastensuojeluilmoitusten määrä ei siis kerro suoraan lastensuojelun tarpeen lisääntymisestä. Ilmoitusten määrä voi kertoa myös lisääntyneestä tarpeesta joissakin yksittäisissä tapauksissa. Lastensuojeluilmoitukset ratkaistiin Kaarinassa 100 %:ssa tapauksista vuonna 2014 lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset ovat Kaarinassa nousseet vuosien 2006–2013 aikana. Jatkossa Kaarinassa tulee kiinnittää huomiota lastensuojelun palveluihin ja selvittää muun muassa, mistä ilmoitusten lisääntynyt määrä johtuu. Ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Neuvolapalveluiden saavutettavuus Kaarinassa on hyvä, sillä toimipisteitä on useampia eri puolilla kaupunkia. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen käyttö on lisääntynyt Kaarinassa vuosien 2003–2012 aikana. Kaarinassa on myös ollut vuonna 2012 enemmän käyntejä äitiys- ja lastenneuvoloissa kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Turku). Keskimäärin koko maassa lastenneuvolakäyntien määrän kasvu on ollut vähäisempää kuin Kaarinassa. Nämä tulokset voivat selittyä sillä, että Kaarinassa on asukasmäärään verrattuna mahdollisesti enemmän odottavia äitejä ja lapsiperheitä kuin keskimäärin koko maassa. Tässä tutkimuksessa todettiin, että vuonna 2014 lapsiperheiden prosentuaalinen osuus Kaarinassa oli hieman korkeampi kuin Turussa, Raisiossa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Käyntimäärien kasvu voi kuitenkin johtua myös monista muista syistä. Jatkossa Kaarinan kaupungin olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, mistä neuvolakäyntien lisääntynyt kasvu verrattuna muihin kuntiin johtuu.

Tämän tutkimuksen mukaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttö on hieman lisääntynyt Kaarinassa vuosien 2003–2012 aikana. Kaarinassa oli vuonna 2012 keskimäärin enemmän kouluterveydenhuollon käyntejä kuin koko maassa, mutta vähemmän kuin keskimäärin Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Lieto, Raisio, Turku). Samana vuonna opiskeluterveydenhuollon käyntejä oli Kaarinassa enemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Turku). Opiskeluterveydenhuollon käyntimääriä voi osaltaan selittää se, että kaikissa kunnissa ei ole opiskelupaikkoja kuten Kaarinassa on.

Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden määrä on Kaarinassa kasvanut vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Kaarinassa oli vuonna 2013 selvästi enemmän asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio, Turku). Tulosten mukaan vammaispalvelulain perusteella järjestettyjen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset ovat kasvaneet vuosien 2003–2013 välisenä aikana koko maassa,



Varsinais-Suomessa, Kaarinassa ja vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Turku). Kustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa huomattavasti korkeammat kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio, Turku). Myös vammaishuollon laitospalvelujen käyttökustannukset ovat nousseet Kaarinassa vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Kaarinassa vammaispalvelut ovat kattavia ja kustannukset korkeita. Myös palvelujen käyttö on runsasta. Vammaispalveluiden kustannustehokkuuteen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Palvelutasoraportin valmistuttua selvisikin, että Kaarina on jo tehnyt muutoksia vammaispalveluihin ja esimerkiksi kiristänyt joidenkin palveluiden myöntämisen kriteerejä. Muutokset eivät kuitenkaan näy hetkessä vaan kustannussäästöt näkyvät todennäköisesti vasta useamman vuoden kuluttua. Palveluita tulisi jatkossakin kehittää entistä toimivammiksi taloudelliselta kannalta katsottuna.

### **Terveyspalvelut**

Kaarinan perusterveydenhuollon palvelujen taso on hyvä. Palvelut ovat kattavat ja niiden saavutettavuus on hyvä, sillä terveyspalveluita on saatavilla kolmessa eri toimipisteessä eri puolilla kaupunkia. Perusterveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset ovat kasvaneet vuosien 2003–2013 aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa ja kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio, Turku). Kaarinassa kustannukset olivat kuitenkin vuonna 2013 alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa.

Kaarinassa oli vuonna 2012 muihin kuntiin nähden paljon avosairaanhoidon käynnejä ja perusterveydenhuollon avohoidon käyttökustannukset ovatkin nousseet. Mielenterveyskäynnit sen sijaan ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2011–2013 välisenä aikana, vaikka koko maan tasolla, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Nokia, Raisio) käynnit ovat lisääntyneet. Tässä tutkimuksessa selvisi myös, että päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden määrä on vähentynyt Kaarinassa vuosien 2003–2014 välisenä aikana ja vuonna 2014 Kaarinassa oli vähemmän päihdehuollon avopalveluiden asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio, Turku). Päihdehuollon käyttökustannukset ja nettokustannukset asukasta kohden ovat kuitenkin kasvaneet vuosien 2003–2013 välisenä aikana Kaarinassa. Aron ym (2014) mukaan päihdehuollon nettokustannukset eivät kuitenkaan näytä kaikkia päihdepalveluista aiheutuvia kustannuksia, joten päihdehuollon nettokustannukset antavat vain osittaisen kuvan päihdeongelmien laajuudesta. Kaarinassa on panostettu ennaltaehkäisevään työhön. Ennaltaehkäisevät toimintatavat ovat tärkeitä tulevaisuudessakin, jotta päihdeongelmia saadaan vähennettyä.

Kaarinan perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä on lisääntynyt vuosien 2003–2013 aikana. Vuonna 2013 hoitoa saaneiden potilaiden

lukumäärä oli Kaarinassa hieman koko maan keskiarvoa korkeampi. Tämän tutkimuksen mukaan vuosien 2003–2013 välisenä aikana keskimääräinen hoitoaika perusterveydenhuollon vuodeosastolla on lyhentynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Raisiossa ja Turussa. Lisäksi Kaarinan kaupungissa keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla oli myös lyhyempi kuin keskimäärin koko maassa vuonna 2013. Lyhentyneet hoitoajat vuodeosastolla varmaankin johtuvat osittain hoitojen kehittymisestä sekä palveluprosessien kehittämisestä. Potilaat todennäköisesti pyritään siirtämään jatkohoitoon tai kotihoitoon nopeammin kuin ennen. Mielenkiintoinen huomio on, että samaan aikaan vuodeosastohoidon käyttökustannukset ovat kuitenkin kasvaneet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio) vuosien 2006–2013 aikana. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa huomattavasti korkeammat kuin Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. Jatkossa Kaarinan kaupungin tulisi selvittää, mistä kustannuserot johtuvat. Syynä voi myös olla esimerkiksi erilaiset kustannusten kirjaamistavat, jotka vaihtelevat kunnittain.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on pysynyt Kaarinassa lähes samalla tasolla vuosien 2003–2012 aikana. Vuonna 2012 suun terveydenhuollon käyntejä oli kuitenkin Kaarinassa enemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio, Turku). Hammashuollon käyttökustannukset ovat nousseet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio) vuosien 2003–2013 aikana. Vuonna 2013 kustannukset olivat korkeammat Kaarinassa kuin Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. Käyntien ja kustannusten korkeampi suuruus saattaa johtua siitä, että Kaarinassa saatetaan olla panostettu muita kuntia enemmän suun terveydenhuoltoon. Hoitotyön tukipalveluiden (laboratoriopalvelut, kuvantamispalvelut) kustannuksia selvitetessä huomattiin, että kustannukset ovat laskeutuneet Kaarinassa vuosien 2011–2013 aikana.

### **Väestön ikärakenne ja hyvinvointipalvelujen tarve**

Tässä tutkimuksessa selvitettiin asukasmäärän kehitystä, väestön ikärakennetta ja väestöennusteita. Tuloksien mukaan Kaarinan asukasmäärän ennustetaan kasvavan noin kymmenellä prosentilla vuoteen 2030 mennessä, jolloin Kaarinassa ennustetaan olevan 35 656 asukasta. Kaarinassa asukasmäärän kasvun ennustetaan olevan nopeampaa kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa. Vuoden 2014 loppuun mennessä Kaarinassa oli enemmän 0–14-vuotiaita kuin keskimäärin Turussa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Samana vuonna 15–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus väestöstä oli kaikissa vertailukunnissa lähes samalla tasolla kuin koko maassa. 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli Kaarinassa hieman pienempi kuin Raisiossa, Turussa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa.

Vuoden 2012 väestöennusteen (vuodet 2020 ja 2030) mukaan 0–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa hieman kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio, Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus sen sijaan nousee tulevaisuudessa kaikissa vertailukunnissa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Myös Meklinin ja Pukin (2017) tutkimuksessa havaittiin, että yli 64-vuotiaiden osuus on kasvanut kunnissa. Lasten ja työikäisten suhteellisen osuuden väheneminen ja yli 65-vuotiaiden suhteellisen osuuden lisääntyminen aiheuttaa tulevaisuudessa haasteita. Ikärakenteen muutokset tulevat todennäköisesti lisäämään palveluiden tarvetta myös Kaarinassa. Vuonna 2014 lapsiperheiden prosentuaalinen osuus Kaarinassa oli hieman korkeampi kuin Turussa, Raisiossa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Lapsiperheiden osuus on kuitenkin pysynyt Kaarinassa lähes samana vuosien 2003–2014 välisenä aikana. Tuloksien mukaan demografinen huoltosuhde heikkenee tulevina vuosina Kaarinassa ja koko maassa. Tämä aiheuttanee lisää haasteita ja palveluiden tarvetta hyvinvointipalveluille tulevaisuudessa.

Tämä tutkimus tuotti uutta vertailutietoa päätöksentekijöille ja johtajille Kaarinan kaupungin sekä muiden vertailussa olleiden kuntien hyvinvointipalveluista. Tämän tutkimuksen analyysi Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista tuotti sekä uutta tietoa että kokosi yhteen aikaisempaa tietoa Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluista, niiden kustannuksista, käytöstä ja tarpeesta. Tämän tutkimuksen mukaan Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden taso on kaiken kaikkiaan hyvä. Hyvinvointipalvelut ovat kattavat ja monimuotoiset sekä kustannuksiltaan keskimäärin hyvät. Hyvinvointipalvelujen käyttö on myös keskimäärin hyvällä tasolla verrattaessa muihin kuntiin. Palveluiden vaikuttavuuteen tulisi kiinnittää tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota. Palveluja tulisi priorisoida sekä vaikuttaviin että ennaltaehkäiseviin palveluihin. Ehkäisevillä palveluilla voidaan vähentää palvelujärjestelmiin kohdistuvaa kysyntää ja kokonaiskustannuksia (Mäkitalo ym. 2010). Palveluiden supistamista tulisi myös pohtia, sillä tulevaisuudessa palvelutarpeiden kasvaessa kaikkia palveluja ei välttämättä voida enää samassa laajuudessa tarjota. Kunnan tulee tietenkin huolehtia kaikkien lakisääteisten palveluiden toiminnasta. Toisaalta säästöt joissakin palveluissa voivat näkyä lisäkustannuksina toisissa palveluissa. Palvelumaksujen lisäämisellä ja palvelusetelien käytöllä voitaisiin mahdollisesti jatkossa pyrkiä tasaamaan kustannusten nousua.

Hyvinvointipalveluiden tarve kasvaa tulevaisuudessa. Väestö ikääntyy, mutta samalla myös palvelunkäyttäjien laatuvaatimukset lisääntyvät. Jokimäen (2011) mukaan hyvinvointipalvelujen käyttö näyttäisi keskittyvän toisaalta sekä nuorimmille että vanhimmille kotitalouksille ja toisaalta kotitalouksille, joissa on lapsia. Jatkossa Kaarinan kaupungin tulisi kiinnittää huomiota tähän ja kehittää vanhuspalveluita ja lapsille sekä lapsiperheille suunnattuja hyvinvointipalveluja. Hyvinvointipalveluiden toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia voitaisiin jatkossa kehittää. Kaarinan kaupunki voisi esimerkiksi kehittää

palveluita elämänkaaren mukaisiin kohderyhmiin (esimerkiksi lasten ja nuorten palvelut) Hiironniemen (2013) mukaan tällaiset palvelukokonaisuudet edesauttaisivat saamaan saumattomia palveluita ja välttyttäisiin toimintojen ja resurssien käytön päällekkäisyyksiltä. Lisäksi suuri osa palvelujen käyttäjistä käyttää sekä sosiaali- että terveystalvveluja (STM 2014). Tämän vuoksi olisi olennaista, että hyvinvointipalveluja kehitetään siten, että jollain on kokonaisuudesta vastuu eikä resursseja käytettäisi päällekkäin.

Hyvinvointipalvelujen tulisi olla mahdollisimman laadukkaita ja vaikuttavia sekä kustannustehokkaita. Kunnan eri vastuualueiden tulisi suunnitella hyvinvointipalveluja yhteistyössä entistä enemmän. Palveluprosessien pienetkin muutokset voivat aiheuttaa kustannussäästöjä. Myös kunnan asukkaita tulisi sitouttaa, osallistaa ja aktivoida yhä enemmän, sillä he ovat palveluiden käyttäjiä. Heidän kokemuksensa hyödyttäisi palvelujen kehittämässä. Hyvinvointipalvelujen tulisi olla asiakkaisen tarpeista lähtevää. Kaarinan kaupungin tulisi jatkossa myös pyrkiä kehittämään lisää uusia innovatiivisia palvelumuotoja, josta Kaarinan vuonna 2014 valmistunut Suomen ensimmäinen senioreiden perhehoitokylä on esimerkki. Se on esimerkki innovatiivisesta tavasta toteuttaa vanhuspalveluita. Mielenkiintoista on jatkossa nähdä, miten maakunta- ja sote -uudistus vaikuttaa Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluihin sekä hyvinvointipalveluiden johtamiseen ja päätöksentekoon.

### **5.1.2 Strateginen päätöksenteko ja tiedon hyödyntäminen Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluissa**

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena oli myös Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden strateginen päätöksenteko ja tiedon hyödyntäminen. Tutkimuksessa tarkasteltiin tietoa, kunnallista päätöksentekoa, strategiaa, strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, minkälaista Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden strateginen päätöksenteko on sekä miten ja millaista tietoa hyödynnetään strategisessa päätöksenteossa. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös, miten tiedon hallinnalla voitaisiin tukea tiedon hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa. Tämän tutkimuksen toinen tutkimuskysymys oli: *Minkälaista Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen strateginen päätöksenteko on?* Kysymykseen vastattiin tämän tutkimuksen luvussa 4. Tämän tutkimuksen haastateltavat olivat sitä mieltä, että Kaarinassa strategiatyö on kehittynyt viime vuosina. Strategian kehitysprosessiin ollaan yhä enemmän motivoituneita ja sitoutuneita. Strategia luo toiminnalle viitekehyksen, jonka puitteissa kunnan eri toimintoja ja palveluja tuotetaan. Strategia koettiin pääosin käytännönläheiseksi ja toimivaksi, mutta osittain se jää tavoitteiltaan liian yleiselle tasolle. Strategia saisi olla vieläkin konkreettisempi ja selkeämpi. Strategia koettiin osittain myös hyvin tulkinnanvaraiseksi. Strategian jalkauttaminen koettiin tärkeäksi. Larjomaan

(2015) mukaan mitä konkreettisempi strategia on, sitä helpompi se on muistaa. Jatkossa Kaarinan kaupungin strategiaa tulisi pyrkiä muokkaamaan entistä konkreettisemmaksi ja käytännönläheisemmäksi. Kunnan alemman tason henkilöstöä tulisi osallistaa mukaan strategiaprosessiin entistä enemmän, jotta strategia muuttuu käytännön toiminnaksi.

Tämän tutkimuksen mukaan Kaarinan hyvinvointipalveluissa päätöksiä pyritään tekemään ja perustelemaan strategialähtöisesti. Haastateltavat kuvasivat, että päätöksenteossaan he pyrkivät ratkaisemaan asioita strategian mukaisesti. Kunnassa kaiken päätöksenteon tulisikin olla strategian mukaista, oli päätöksenteko sitten operatiivista tai poliittista.

Tämän tutkimuksen mukaan Kaarinan kaupungissa strategiset päätökset tehdään yleisen kunnallisen päätöksenteko käytännön mukaisesti. Päätöksentekoa on kaksitasoista, operatiivista ja poliittista. Viranhaltijat tekevät operatiiviseen johtamiseen liittyviä päätöksiä. Lautakunnat, hallitus ja valtuusto tekevät poliittisia, strategisia päätöksiä. Päätöksenteko riippuu siitä, minkä tasoisesta päätöksestä on kyse. Poliittinen päätöksenteko koettiin hitaaksi, kun sen sijaan operatiivinen päätöksenteko on nopeampaa. Tämä herättää ajatuksen, että on ristiriitaista, että strategisen päätöksenteon tulisi olla nopeaa ja toimintaympäristön muutoksiin tulisi reagoida nopeasti, mutta samalla strategisia päätöksiä tulisi valmistella ja pohtia huolella. Sote-uudistus ja kuntakoon kasvaminen voi hidastaa ja vaikeuttaa päätöksentekoa entisestään.

Kaarinassa päätöksentekoon liittyy kunnalliseen päätöksentekoon liittyviä tyypillisiä haasteita eikä päättäjien roolijako ole aina kovin selkeä. Aikaisempien tutkimusten mukaan strategisen päätöksenteon tehokkuutta lisää päätöksentekijöiden keskinäinen luottamus toisiinsa. Tässä tutkimuksessa luottamus, sen rakentaminen ja säilyttäminen virkamiesten ja luottamushenkilöiden välillä nähtiin tärkeänä asiana sekä päätöksenteon että kunnan menestymisen kannalta. Osa haastateltavista toivoi lisää luottamusta virkamiesten ja luottamushenkilöiden väliseen yhteistyöhön. Jatkossa luottamusta voitaisiin lisätä yhteisillä tapaamisilla ja avoimilla keskustelutilaisuuksilla. Asioista tulisi voida keskustella avoimesti ja näin luoda keskinäistä luottamusta. Päätöksenteko sujuu tehokkaammin, kun päätöksentekijöillä on luottamussuhde toisiinsa. Kunnan strategisella päätöksenteolla pyritään kuitenkin ensi sijaisesti kehittämään kunnan palveluja. Tähän tulee pyrkiä päättäjien luottamuksellisella yhteistyöllä.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat strategisen päätöksenteon valmisteluprosessin hyvin tärkeäksi. Valmistelutyössä voitaisiin jatkossa hyödyntää enemmän myös esimiestasoa ja eri asiantuntijoita. Merkittävä kohta strategisessa päätöksenteossa on päätös siitä, että jotakin asiaa aletaan valmistella. Päätöksentekijät eivät pääte asioista, joita joku viranhaltija ei ole ensin alkanut valmistella. Tärkeä huomio oli se, että hyvin suuri osa asioista menee kunnan päätöksenteossa läpi sellaisenaan eli viranhaltijan valmisteluesityksen mukaisena. Tämä herättää kysymyksen, missä kunnan strategiset päätökset todella tehdään? Toisaalta haastatteluissa ilmeni, että välillä on vaikea ennakoida, mikä

päätöksenteon lopputulema on. Se voi olla täysin eri, mitä alun perin lähdettiin tavoittelemaan.

Tämän tutkimuksen mukaan hyvinvointipalvelujen strategisessa päätöksenteossa välillä ongelmallista on kokonaiskuvan puuttuminen. Tämä tulos on yhteneväinen aikaisempien tutkimustulosten (Gomes ym. 2017) kanssa. Usein tehdään vain yksittäisiä päätöksiä eteen tulevista asioista, eikä mietitä tehtävien päätösten kokonaisuutta. Tässä tutkimuksessa esiin nousi se, että usein erilaiset hankkeet vaan luisuvat toimintatavoiksi eikä selkeää arviointia välttämättä edes tehdä. Strategiseen pohdintaan tulisi olla enemmän aikaa, jotta voitaisiin myös paremmin arvioida tehtyjen päätösten ja toimenpiteiden vaikutusta. Strategisia päätöksiä tehtäessä tulisi myös aina pyrkiä ennakoimaan päätösten seurauksia.

Tässä tutkimuksessa moni haastateltavista toi esiin, että kunnan vuosittainen talousarvio on merkittävin kunnan strategisen päätöksenteon aiheista. Päätöksenteon koettiin olevan Kaarinassa melko joustavaa ja tehtyjä päätöksiä voidaan tarvittaessa muuttaa. Varsinkin hyvinvointipalveluja koskevassa päätöksenteossa joudutaan välillä tekemään uusia päätöksiä. Päätöksenteossa pyritään rationaalisuuteen ja päätöksenteon tueksi koetaan tarvittavan tietoa, mutta päätöksiä tehdään myös intuitiivisesti, omaan kokemukseen ja tietämykseen perustuen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että erilaisilla poliittisilla ideologioilla on huomattava merkitys päätöksenteossa. Tämä asia tuli esiin myös tämän tutkimuksen haastatteluissa. Päätäjien oma arvomaailma ja puolueiden sisäiset arvomaailmat vaikuttavat päätöksentekoon joskus hyvinkin paljon. Päätös voi lopulta perustua päättäjän omiin arvoihin ja kokemuksiin, vaikka perusteltua tietoa olisi päätettävästä asiasta paljon. Aikaisempien tutkimuksien perusteella rationaalinen tietoon perustuva päätöksenteko ja intuitiivinen, kokemusperäinen päätöksenteko yhdessä johtavat usein hyviin päätöksiin.

Tähän liittyikin tutkimuksen kolmas tutkimuskysymys, joka oli: *Miten ja millaista tietoa hyödynnetään Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen strategisessa päätöksenteossa?* Kysymykseen vastattiin tämän tutkimuksen luvussa 4. Tässä tutkimuksessa tiedon hyödyntämisen tarkastelussa apuna käytettiin Choon (1995) tiedonhallinnan prosessimallia. Choon (1995) mukaan tiedon hallinnan prosesseja ovat tiedon tarpeiden tunnistaminen, tiedon hankkiminen, tiedon järjestäminen ja tallentaminen, tietotuotteiden ja -palveluiden kehittäminen, tiedon jakaminen ja tiedon hyödyntäminen. Prosessin seurauksena kunnan toimintaa ja palveluja voidaan muuttaa.

Tiedon tarpeiden tunnistamisen yhteydessä tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, mitä ja millaista tietoa strategisessa päätöksenteossa tarvitaan. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että strategisen päätöksenteon tueksi tarvitaan monipuolista tutkimustietoa, vaikuttavuustietoa ja tietoa, josta voisi tehdä oikeata kustannusvertailua. Tieto palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta koettiin merkittäväksi. Tietoa ennakoivien toimien taloudellisista vaikutuksista tarvitaan. Tämän tutkimuksen mukaan tiedon tulisi ehdottomasti olla

luotettavaa ja analysoitua, ja tämä tulos on yhteneväinen aikaisempien (mm. Jormalainen 2010 ja Askim 2007) tutkimustulosten kanssa. Tulkittu, analysoitu tieto helpottaa tiedon hyödyntämistä strategisessa päätöksenteossa. Haastateltavien mukaan strategisen päätöksenteon kannalta tiedon tulisi olla myös riittävän pitkältä ajalta kerättyä. Strategisessa päätöksenteossa sekä palveluiden ja toiminnan kehittämisessä tarvitaan myös kuntalaisilta kerättyä tietoa. Asiakkaiden näkökulma tulisikin huomioida jatkossa entistä paremmin kaikilla hyvinvointipalveluiden vastuualueilla. Kunnan strategisen päätöksenteon lähtökohdaksi on tieto kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta ja sen muutoksista (THL 2011).

Tiedon hankkimisen osalta tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, mistä ja millaista tietoa strategisen päätöksenteon tueksi hankitaan. Haastateltavat kertoivat hankkivansa tietoa muun muassa mediasta, toisilta viranhaltijoilta ja kunnan hyvinvointikertomuksesta. Kaarinan kaupunki tuottaa itse paljon tietoa erilaisten indikaattorien muodossa. Myös vertailevaa kuntatietoa, erilaisia tilastoja, kunnan omaa talousarviota ja tilinpäätöksiä hyödynnetään päätöksenteossa. Tietoa hankitaan myös Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta (THL), Työterveyslaitokselta, ministeriöistä erilaisten tutkimusten ja raporttien muodossa. Osa haastateltavista mainitsi myös kansainväliset tutkimukset sekä tieto- ja indikaattoripankki Sotkanetin. Haastateltavat kertoivat myös, että muiden kuntien toiminnan ja päätöksenteon seuraaminen ja seudullinen yhteistyö ovat tärkeitä tiedon hankkimisen kanavia. Tiedon hankkimisen osalta tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten (mm. Niiranen ym. 2013 ja Zardo & Collie 2015) kanssa.

Tiedon järjestämisen ja tallentamisen osalta tässä tutkimuksessa mietittiin kunnan tietojärjestelmiin liittyviä asioita. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedon hyödynnettävyyden parantamiseksi kuntien tietojärjestelmiä, kirjaamistapoja, tiedonkeruuta ja indikaattoreita tulisi kehittää. Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat, että kunnan tietojärjestelmät ovat vanhentuneita ja, että sosiaali- ja terveydenhuollon eri tietojärjestelmät vaikeuttavat hyvinvointipalvelujen tiedon hyödynnettävyyttä. Kunnan itse tuottamaan tietoon liittyy monia ongelmia kuten tiedon puutteellisuus ja epäluotettavuus. Ongelman koetaan olevan koko valtakunnan tasolla. Haastateltavat kokivat, että tietoa kerätään jopa liikaa ja se on liian vaikeaselkoista. Tietoa on paljon, mutta sen hyödyntäminen on haasteellista. Tärkeää olisi pystyä erottamaan valtavasta tietomäärästä päätöksenteon kannalta oleellinen tieto.

Tiedon jakamisen osalta tarkasteltiin, miten tietoa jaetaan ja luodaan. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus ja tiedon rakentaminen yhdessä koettiin tärkeiksi. Tietoa tulisi luoda yhdessä. Strategisen päätöksenteon osana tärkeää olisi järjestää yhteisiä keskustelutilaisuuksia, joissa tietoa voitaisiin luoda ja jakaa. Tiedon jakaminen koettiin tärkeäksi, sillä kokonaisuuksien ymmärtämisen kannalta tiedon saanti monelta eri toimialalta ja eri

asiantuntijoilta on olennaista. Tietoa jaetaan myös muiden kuntien ja valtion ministeriöiden viranhaltijoiden kesken.

Tiedon hyödyntämisen osalta tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten ja millaista tietoa strategisessa päätöksenteossa hyödynnetään. Tiedon hyödyntämiseen vaikuttavat tiedon tarpeiden tunnistaminen, tiedon hankkiminen, tiedon järjestäminen ja tallentaminen, tietotuotteiden ja -palveluiden kehittäminen sekä tiedon jakaminen, joita edellä jo käytiin läpi. Lisäksi tässä tutkimuksessa moni haastateltavista hyödynsi tutkimustietoa päätöksenteossaan. Tutkimustiedon hyödyntämisessä haasteena nähtiin muun muassa ajalliset resurssit, tiedon tulkinnallisuus ja tiedon luotettavuuden arviointi. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kertoivat kunnan hyödyntäneen päätöksenteossa erilaisia tietolähteitä. Päätöksenteossa käytetään tietoa, jota saa kunnan hyvinvointikertomuksesta sekä ministeriöiden, kuntaliiton ja kunnallisalan tutkimussäätiön tutkimuksista. Päätöksenteossa käytetään keskisuurten kuntien vertailutietoa ja tehdään tiivistä seutuyhteistyötä. Tietoa päätöksenteon tueksi saadaan eri indikaattoreista, omilta yhteistyökumppaneilta ja tuttavilta sekä eri asiantuntijoilta.

Sitran (2014, 6) tutkimuksen mukaan kunnan strategisen päätöksenteon tueksi saatavilla oleva tieto ei ole olennaista ja Johansenin ym. (2018, 133) tutkimuksen mukaan julkisen sektorin päätöksentekijät hyödyntävät suorituskykytietoa päätöksenteossaan vähemmän kuin samassa asemassa olevat päättäjät yksityisellä sektorilla ja voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa. Aikaisempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen perusteella voidaan ajatella, että kuntien vanhentuneet tietojärjestelmät ja päätöksenteon kannalta oleellisen tiedon saatavuus ja luotettavuus ongelmat vaikuttavat kunnan päätöksentekijöiden tiedon hyödyntämiseen osana strategista päätöksentekoa.

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa Kaarinan kaupungin strategisesta päätöksenteosta ja tiedon hyödyntämisestä. Kunnan toiminnan lähtökohtana tulisi olla tietoon perustuva strategia, jota johdetaan. Strateginen johtaminen ja päätöksenteko edellyttävät tiedolla johtamisen ja tiedon hallinnan osaamista ja sitä tukevia tietojärjestelmiä. Tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan johtopäätöksensä todeta, että kuntien tulisi enemmän kiinnittää huomiota tiedon hallintaan ja hyödyntämiseen osana strategista päätöksentekoa. Varsinkin tietojärjestelmien kehittämiseen ja tiedon luotettavuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Lisäksi sekä ennen päätöksiä tehtävään ennakkoarviointiin että päätösten jälkeiseen arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kunnan kaiken päätöksenteon tulisi olla strategista.

Kuntalaisten osallistuminen ja vaikuttaminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Asukkaiden mielipidettä tulisi selvittää strategisen päätöksenteon yhteydessä. Palveluja tulisi suunnitella ja kehittää yhdessä palvelujen käyttäjien kanssa.



## 5.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Olennainen edellytys tutkimuksen luotettavuudelle on, että tutkimus on toteutettu tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti (Heikkilä 2010, 185). Tutkimuksen tulee olla avointa ja läpinäkyvää toimintaa (Räsänen 2005, 99), jossa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tästä huolimatta tutkimuksen luotettavuus voi vaihdella. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tämä tutkimus toteutettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. Tutkimustoiminta oli avointa ja rehellistä. Myös virheitä pyrittiin välttämään.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella muun muassa aineistonkeruun, analyysin ja tulosten luotettavuuden suhteen (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227). Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyvät käsitteet tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti (Eskola & Suoranta 1998, 154; Hirsjärvi ym. 2007, 226; Metsämuuronen 2009, 65). Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumavaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tutkimuksen aineiston tulkinta on reliaabeli, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. Lisäksi tutkimuksen aineiston tulee olla riittävä ja analyysin kattavaa. Analyysin kattavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa tehtyjä tulkintoja ei perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 154–155.) Tässä tutkimuksessa aineistonkeruu ja analyysi pyrittiin suorittamaan luotettavasti ja kattavasti.

Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Validius merkitsee laadullisessa tutkimuksessa myös kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen teoreettis-filosofisten lähtökohtien, käsitteellisten määritteiden ja menetelmällisten ratkaisujen johdonmukaista suhdetta. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välistä suhdetta. (Eskola & Suontausta 1998, 154.) Validissa tutkimuksessa aineisto on kerätty ja tulkittu asianmukaisesti (Yin 2011, 78). Kvalitatiivisen tutkimuksen uskottavuus riippuu hyvin paljon tutkijan omista kyvyistä ja luovuudesta. Tutkijan tulkinnat ovat keskeisessä asemassa. (Räsänen 2005, 97–98; Yin 2015, 40.)

Valmiita tilastoja käytettäessä on oltava kriittinen ja huomioitava tilastojen luotettavuus. Tärkeää on arvioida myös tilastotietojen oikeellisuutta ja vertailukelpoisuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 182, 184.) Aineiston analysoinnissa tulee olla täsmällinen. Koko aineisto tulee tarkastaa virheiden minimoimiseksi. (Yin 2011, 177.) Tässä tutkimuksessa tilaston keräystiedot ja tilaston sisältö tarkistettiin jokaisen käytetyn indikaattorin infoosasta. Tutkimuksen osana tehdyn palvelutasoraportin yhteydessä kuitenkin huomattiin, että Kaarinan kaupungin vuoden 2013 tilastotiedot eivät olleet kaikilta osin (terveydenhuollon avosairaanhoidokäynnit) tallentuneet tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet -tietokantaan. Sotkanet -tietokannassa olleen virheen vuoksi vuoden 2013 tilastot antavat

osin virheellisiä tietoja asiakkaiden määristä. Näin ollen Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden palvelutasoa kuvaavat tulokset ja johtopäätökset näiltä osin olivat tutkimuksen osana palautetussa palvelutasoraportissa osittain virheellisiä. Vuoden 2013 kustannustiedot ovat kuitenkin todennäköisesti paikkansapitäviä. Tässä tutkimuksessa vuoden 2013 tiedot rajattiin pois virheellisten tietojen osalta. Saattaa kuitenkin olla, että muissakin Sotkanet -tietokannan tiedoissa on tiedonkeruun virheitä ja se vaikuttaa myös tämän tutkimuksen luotettavuuteen. Lisäksi kuntien tiedonkeruu ja tilastointi vaihtelee. Tämä vaikuttaa tulosten vertailtavuuteen ja siten myös tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti.

Haastatteluun voi liittyä virhelähteitä, jotka voivat aiheutua haastattelijasta, haastateltavasta tai haastattelutilanteesta. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että haastateltavat voivat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia tai he saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin jossakin toisessa tilanteessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 200–202.) Haastateltavat saattavat myös ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut (Hirsjärvi 2007, 226). Esimerkiksi käsite *tieto* on niin moninainen, että sitä olisi voinut avata tarkemmin haastattelujen yhteydessä. Tässä tutkimuksessa tiedolla tarkoitettiin tietoa yleisesti eli se käsitti suoritettiedon, tutkimustiedon, eri selvityksistä saadun tiedon jne. Haastateltavat ovat voineet käsittää tieto -käsitteen monin eri tavoin.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden pohdinta perustuu koko tutkimusprosessin luotettavuuden arviointiin, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija itse tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri. Tutkijan tekemät tulkinnot tulee olla uskottavia. (Eskola & Suoranta 1998, 152–153.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa selostamalla tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttaminen tarkasti. Aineiston keräämisen olosuhteet tulisi kertoa selkeästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Tutkimuksen uskottavuuden kannalta tärkeää on esittää ja perustella tutkimuksessa suoritettavat toimenpiteet mahdollisimman yksityiskohtaisesti (Raunio 1999, 329–330). Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessin eri vaiheet on pyritty kertomaan selkeästi. Haastattelutilanteet olivat mahdollisimman samankaltaisia. Haastattelut tapahtuivat rauhallisessa tilassa, jossa ei ollut häiriötekijöitä. Kaikki haastattelut tallennettiin kahdella eri tallennuslaitteella ja aineisto tallennettiin tietokoneelle heti jokaisen haastattelun jälkeen. Haastatteluaineiston asianmukainen tallentaminen ja käsittely ovat hyvin tärkeitä, sillä menetettyä aineistoa ei pysty korvaamaan (Yin 2015, 31).

Koko tutkimuksen ajan on oltava tarkka ja kriittinen. Virheitä voi tulla tietoja kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. (Heikkilä 2010, 30.) Tämän tutkimuksen kaikissa vaiheissa pyrittiin olemaan huolellisia ja kriittisiä. Virheitä pyrittiin välttämään tarkkuuden ja huolellisuuden avulla, mutta tahattomia virheitä on saattanut tapahtua. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin arvioimaan koko tutkimusprosessin ajan.

Sähköpostilla lähetetyllä, huolellisesti suunnitellulla saatekirjeellä pyrittiin varmistamaan haastateltavien osallistuminen tutkimukseen. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tärkeydestä. Siinä myös rohkaistiin osallistumaan tutkimukseen.

Kahteen haastateltavaan oltiin vielä myös puhelimitse yhteydessä, jotta kaikki tutkimukseen halutut haastateltavat saatiin mukaan tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa kaikki tutkimukseen mukaan halutut haastateltavat saatiin haastateltaviksi.

Tutkimuksen teossa tutkijalla on eettinen vastuu tieteelle, kanssaihmisille ja tutkimuskohteille. Vastuu tieteelle tarkoittaa, että ”*tutkijan tulisi välttää toimenpiteitä tai suosituksia, jotka vaikeuttavat tieteen kehitystä*”. Vastuu kanssaihmisille tarkoittaa, että tutkija ei voi tutkijan asemaa ja tutkimustuloksia käyttää siten, että hyödyntää omaa asemaansa tai vaikuttaa kanssaihmisten asemaan. Vastuu tutkimuskohteille tarkoittaa, että tutkija kohtelee tutkimuskohteitaan ihmisarvon mukaisesti. (Grönfors 2011, 112.) Tutkimuksen eettisten ongelmien tunnistaminen ja välttäminen vaatii tutkijalta ammattietiikkaa ja -taitoa. Tutkijan tulee olla riittävän herkkä huomioidakseen tutkimuksensa ongelmakohdat. Tutkimuksen eettiset ratkaisut tutkijan on tehtävä itse, sillä eettisiin kysymyksiin ei ole olemassa kaiken kattavaa säännöstöä. Tutkimusprosessin aikana tutkijan etiikka joutuu koetukselle useita kertoja, sillä kaikki tutkimukset sisältävät monia erilaisia päätöksiä. Eettisiä ongelmia voi liittyä muun muassa tutkimuslupaan, aineiston keruuseen, tutkimukseen osallistumisesta ja tutkimuksesta tiedottamiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 39–40, 44.) Tälle tutkimukselle saatiin lupa Kaarinan kaupungilta. Tutkimuksen aineisto kerättiin tieteellisen tutkimuksen kriteereitä noudattaen. Tässä tutkimuksessa haastatteluun osallistuivat kaikki haastatteluun pyydyt ja haastatteluun osallistuminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelun tallentamisesta kerrottiin kaikille haastateltaville ja kaikki haastateltavat suostuivat haastattelutilanteen tallentamiseen. Lisäksi kaikilta haastatelluilta kysyttiin, että saako haastateltavan nimen ilmoittaa tutkimuksessa. Kaikki haastateltavat antoivat tähän suullisen suostumuksensa. Tutkimus on kuitenkin pyritty tekemään niin, että haastateltavia ei pystyisi tutkimuksesta tunnistamaan. Suorissa haastattelulainauksissa on käytetty H1, H2...H9 lähdeviitteitä. Haastateltavien nimet on mainittu ainoastaan liitteessä 4.

Tutkijalla ja haastateltavilla ei ollut riippuvuussuhdetta, joka olisi vaikuttanut tietojen antamisen vapaaehtoisuuteen. Tällä tutkimuksella ei ole pyritty loukkaamaan tai aiheuttamaan vahinkoa kenellekään. (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 42.) Tässä tutkimuksessa ei olla rajoitettu toimeksiantajan kannalta edullisiin tuloksiin vaan kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset on esitetty (vrt. Heikkilä 2010, 31–32). Tämä tutkimus raportoidaan pro gradu -tutkielman muodossa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Myös haastatelluille tiedotetaan tutkimustulokset tutkimuksen valmistuttua.

### 5.3 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluja kokonaisuutena. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin eri vastuualueita. Tällä tavoin

tutkimuksessa pääsisi tarkemmin ja moninaisemmin käsittelemään jonkun hyvinvointipalveluiden vastuualueen kustannuksia, käyttöä ja tarvetta. Tarkastelussa pääsisi siten syvemmälle tutkittavaan palvelualueeseen ja voitaisiin tuottaa tarkennetumpaa tietoa. Varsinkin vanhuspalveluiden tarkempi tutkimus olisi mielenkiintoista niiden lisääntyvän tarpeen vuoksi. Tarkemmin kohdennetun tutkimuksen myötä palvelukokonaisuuksia ja -prosesseja voitaisiin tuloksien perusteella kehittää paremmin.

Kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseksi myös vertailututkimus muiden kuntien ja seudullisten vaihtoehtojen välillä olisi kiintoisaa. Hyvinvointipalvelujen erilaisten toimintamallien vertailu toisi päättäjille tietoa kustannustehokkaista, toimivista ratkaisuista. Tutkimuksella voitaisiin tarkemmin selvittää, mitä jotkut palvelukokonaisuudet, esimerkiksi kotihoito, pitävät sisällään. Näin pystyttäisiin tekemään myös tarkempaa ja luotettavampaa kustannusvertailua.

Hyvinvointipalveluiden tarkastelussa mielenkiintoista, mutta ennen kaikkea tarpeellista olisi tutkia hyvinvointipalveluita asiakkaiden eli kunnan asukkaiden näkökulmasta. Asiakastutkimuksilla saataisiin tietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Kunnan palvelutuotannon perustana tulisi olla asukkaiden palvelutarpeet, ja asukkaiden arviot palvelujen toimivuudesta edesauttaisivat palveluiden kehittämisessä ja johtamisessa.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myös strategista päätöksentekoa ja tiedon hyödyntämistä kaupungin hyvinvointipalveluissa. Luottamusmiesten ja viranhaltijoiden yhteistyötä ja sen sujuvuutta olisi kiintoisaa tutkia tarkemmin. Heidän välisensä yhteistyö vaikuttaa hyvin paljon kunnan strategisen päätöksenteon sujuvuuteen ja tehokkuuteen. Tässä tutkimuksessa tiedon hyödyntämistä tutkittiin melko yleisellä tasolla. Mielenkiintoista olisi tutkia tarkemmin esimerkiksi erilaisten suorituskykymittareiden tuottaman tiedon tai tutkimustiedon hyödyntämistä kunnan strategisessa päätöksenteossa.

Jatkotutkimusaiheita pohdittaessa sote -uudistus tuo toteutuessaan monia mielenkiintoisia tutkimusaiheita. Maakunnan hyvinvointipalveluja ja päätöksentekoa voitaisiin jatkossa tutkia. Myös kansalaisten valinnanvapaus on kiintoisa aihe. Olisi mielenkiintoista tutkia, mihin seikkoihin kansalainen perustaa valintansa, mistä hän saa sosiaali- ja terveyspalvelunsa. Voittaisiin selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat palvelupaikan valintaan. Tämä saattaisi tuottaa maakunnan päättäjille tärkeää tietoa hyvinvointipalveluiden kehittämisen kannalta.

## LÄHTEET

- Adair, John (2009) *Effective Decision Making: The Essential Guide to Thinking for Management Success*. New revised edition. Pan Books, Oxford.
- Akingbola, Kunle (2006) Strategic choices and change in non-profit organizations. *Strategic Change*, Vol. 15, 265–281.
- Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. WSOY, Porvoo.
- Amayah, Angela Titi (2013) Determinants of knowledge sharing in a public sector organization. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 17(3), 454–471.
- Andrews, Rhys – Boyne, George A. – Law, Jennifer – Walker Richard M. (2007) Centralization, organizational strategy, and public service performance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 19, 57–80.
- Ansoff, H. Igor (1981) *Strateginen johtaminen*. Amer-yhtymä Oy. Weilin + Göösin kirjapaino, Espoo.
- Arinder, Max K. (2016) Bridging the divide between evidence and policy in public sector decision making: A practitioner’s perspective. *Public Administration Review*, Vol. 5–6, 394–398.
- Aro, Timo – Kynäslahti, Sirpa – Lundenius, Marko – Tuomola, Anna – Widbom, Timo (2014) *Länsi-Suomen Sote-alue tulee – oletko valmis? Vertaileva analyysi Länsi-Suomen sote-alueen kuntien kantokyvystä*. Porin kaupunki.
- Askim, Jostein (2007) How do politicians use performance information? An analysis of the Norwegian local government experience. *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 73(3), 453–472.
- Autero, Anniina (2009) Tuloksellisuuskohereenssi valtionhallinnon päätöksenteon ongelmana. Teoksessa: *Paras mahdollinen julkishallinto?* toim. Vakkuri, Jarmo, 111–125. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna.

- Beckett-Camarata, Jane (2003) An examination of the relationship between the municipal strategic plan and the capital budget and its effect on financial performance. *Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management*, Vol. 15(1), 23–40.
- Belló, Benedetta – Spano, Alessandro (2015) Governing the purple zone: How politicians influence public managers. *European Management Journal*, Vol. 33, 354–365.
- Ben-Haim, Yakov (2015) Dealing with uncertainty in strategic decision-making. *Parameters*, Vol. 45(3), 63–73.
- Bercu, Ana-Maria (2013) Strategic decision making in public sector: Evidence and implications. *Acta Universitatis Danubius: Oeconomica*, Vol. 9(1), 21–27.
- Boardman (2011) *Ennakointi ja strateginen päätöksenteko*. Boardman 2020 tutkimus. Bookwell Oy, Jyväskylä.
- Boyne, George A. Walker, Richard M. (2010) Strategic management and public service performance: The way ahead. *Public Administration Review*, Special Issue, 185–192.
- Brettel, Malte (2011) Foreword. Teoksessa: *Effectiveness of Information Use for Strategic Decision Making*. Gänswein, Wolfgang, Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Calabretta, Giulia – Gemser, Gerda – Wijnberg, Nachoem M. (2017) The interplay between intuition and rationality in strategic decision making: A paradox perspective. *Organization Studies*, Vol. 38(3–4), 365–401.
- Caley, Michael – Sidhu, Khesh (2010) Estimating the future healthcare costs of an aging population in the UK: Expansion of morbidity and the need for preventative care. *Journal of Public Health*, Vol. 33(1), 117–122.
- Cheng, Vincent – Rhodes, Jo – Lok, Peter (2010) A framework for strategic decision making and performance among Chinese managers. *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 21(9), 1373–1395.

- Choo, Chun Wei (1995) Information management for the intelligent organization: roles and implications for the information professions. *Digital Libraries Conference*. National Computer Board of Singapore, Singapore. <http://choo.fis.utoronto.ca/fis/respub/dlc95.html> viitattu 17.2.2018
- Choo, Chun Wei (1996) The knowing organization: How organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions. *International Journal of Information Management*, Vol. 16(5), 329–340.
- Choo, Chun Wei (2013) Information culture and organizational effectiveness. *International Journal of Information Management*, Vol. 33, 775–779.
- Choo, Chun Wei – Bergeron, Pierrette – Detlor, Brian – Heaton, Lorna (2008) Information culture and information use: An exploratory study of three organizations. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, Vol. 59(5), 792–804.
- Choo, Chun Wei – Furness, C. – Paquette, Scott – van den Berg, Herman – Detlor, Brian – Bergeron, Pierrette – Heaton, Lorna (2006) Working with information: Information management and culture in a professional services organization. *Journal of Information Science*, Vol. 32(6), 491–510.
- Citroen, Charles L. (2011) The role of information in strategic decision-making. *International Journal of Information Management*, Vol. 31, 493–501.
- Davenport, Thomas H. – Prusak, Laurence (1998) *Working knowledge – How organizations manage what they know*. Harvard business school press, Boston, Massachusetts.
- Drucker, Peter F. (2000) *Johtamisen haasteet*. WS Bookwell Oy, Juva.
- Elbanna, Said – Naguib, Rabia (2009) How much does performance matter in strategic decision making? *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 58(5), 437-459.
- Engblom-Pelkkala, Kristiina (2013) *Strateginen johtaminen kuntien opetustoimessa*. Acta 249. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.

- Eskola, Jari – Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Favoreu, Christophe – Carassus, David – Maurel, Christophe (2016) Strategic management in the public sector: A rational, political or collaborative approach? *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 82(3), 435–453.
- Folland, Sherman – Goodman, Allen C. – Stano, Miron (2013) *The Economics of Health and Health care*. Seventh Edition. Prentice Hall, New Jersey.
- Frishammar, Johan (2003) Information use in strategic decision making. *Management Decision*, Vol. 41(4), 318–326.
- Genet, Nadine – Boerma, Wienke GW – Kringos, Dionne S. – Bouman, Ans – Francke, Anneke L. – Fagerström, Cecilia – Melchiorre, Maria Gabriella – Greco, Cosetta – Devillé, Walter (2011) Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, Vol. 11(207), 1–14.
- Gomes, Patricia – Fernandes, Maria José – Carvalho, João B. (2017) Use of performance information by local politicians: A field study in the Portuguese context. *Brazilian Journal of Public Administration*, Vol. 51(6), 968–986.
- Gonçalo, Cláudio Reis – de Lourdes Borges, Maria (2010) Healthcare services based on knowledge structure. *Journal of Health Management*, Vol. 12(4), 553–572.
- Grönfors, Martti (2011) *Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät*. SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilka, Hämeenlinna.
- Gänswein, Wolfgang (2011) *Effectiveness of Information Use for Strategic Decision Making*. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Hakala, Juha T. (2006) *Informaatiohyöky – Tiedon ja osaamisen hallinta työelämässä*. Gaudeamus. Tammer-Paino, Tampere.
- Hallipelto, Aatos (2008) *Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat*. Kunnallisan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 68. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.



- Harisalo, Risto (2009) *Organisaatioteoriat*. 2. painos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.
- Harjula, Heikki – Lundström, Iiona – Kirvelä, Torsti – Majoinen, Kaija – Myllyntaus, Oiva (2004) *Toimiva kunta*. Kuntakoulutus Oy. Silverprint Oy, Sipoo.
- Heikkilä, Tarja (2010) *Tilastollinen tutkimus*. 7.–8. painos. Edita Prima Oy, Helsinki.
- van Helden, Jan (2016) Literature review and challenging research agenda on politicians' use of accounting information. *Public Money & Management*, Vol. 36(7), 531–538.
- Hibbard, Judith H. – Greene, Jessica (2013) What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, Vol. 32(2), 207–214.
- Hickson, David J. – Miller, Susan J. – Wilson, David C. (2003) Planned or prioritized? two options in managing the implementation of strategic decisions. *Journal of Management Studies*, Vol. 40(7), 1803–1836.
- Hiironniemi, Saara (2013) *Kuntien tehtävien kartoitus*. Raportti 2012. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2/2013. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Valtiovarainministeriö.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (2007) *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uud. painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- HoiData (2009) *Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hanke* (hoidata – hanke) 9/2007 – 10/2009. Loppuraportti 30.11.2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Hallintokeskus, Turku.
- Hovi, Sirpa-Liisa – Mäkelä, Marjukka (2013) Terveysthuollon menetelmien arviointi päätösten tukena. Teoksessa: *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, toim. Sihto, Marita – Palosuo, Hannele – Topo, Päivi – Vuorenkoski, Lauri – Leppo, Kimmo, 274–278. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

- Hujanen, Timo (2009) Taloudellinen arviointi. Teoksessa: *Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa. TEVA-hankkeen väliraportti terveyden edistämisen taloudellisesta arvioinnista*, toim. Perttilä, Kerttu – Hakamäki, Pia – Hujanen, Timo – Ståhl, Timo, 13–16. Avauksia 8/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Valopaino Oy, Helsinki.
- Huotari, Maija-Leena – Hurme, Pertti – Valkonen, Tarja (2005) *Viestinnästä tietoon – Tiedon luominen työyhteisössä*. 1. painos. WSOY, Helsinki.
- Huotari, Vesa (2012) Strategian käsitteen strateginen merkitys. *Tiedepolitiikka* nro 1, 57–68.
- Ilmakunnas, Seija (2008) Hoidon ja hoivan tuotannon taloudelliset haasteet. Teoksessa: *Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja*, toim. Ilmakunnas, Seija, 1–15. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Intezari, Ali – Gressel, Simone (2017) Information and reformation in KM systems: big data and strategic decision-making. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 21(1), 71–91.
- Jalonen, Harri (2015) Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Teoksessa: *Tiedolla johtaminen julkishallinnossa – Teoriaa ja käytäntöjä*, toim. Virtanen, Petri – Stenvall, Jari – Rannisto, Pasi-Heikki, 40–68. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.
- Jalonen, Harri – Laihonen, Harri – Lönnqvist, Antti (2012) Tietojohtaminen osaksi kunnan strategista johtamista. *Hallinnon tutkimus*, nro 31(2), 138–147.
- Johansen, Morgen – Kim, Taehee – Zhu, Ling (2018) Managing for results differently: Examining managers' purposeful performance information use in public, nonprofit, and private organizations. *American Review of Public Administration*, Vol. 48(2) 133–147.
- Jokimäki, Hanna (2011) *Hyvinvointipalvelut osana kotitalouksien hyvinvointia*. VATT Muistiot 15. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

- Jolicoeur, Pierre W. – Barrett, James T. (2005) Coming of age: Strategic asset management in the municipal sector. *Journal of Facilities Management*, Vol. 3(1), 41–52.
- Jormalainen, Liisa (2010) *Sosiaalitoimen johtamisen, hallinnon ja tilastoinnin tietotarpeet – Esiselvitys kuntien sosiaalitoimen johtamisessa ja hallinnoinnissa käytettävistä asiakastiedoista*. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja Sosiaalikehitys Oy.
- Kaarinan kaupunki (2015) <http://www.kaarina.fi>
- Kaarinan kaupungin sisäinen tiedote (2015) Syyskuu 2015.
- Kaarinan strategia 2014–2020. [https://www.kaarina.fi/kaarina-info/fi\\_FI/strategia/](https://www.kaarina.fi/kaarina-info/fi_FI/strategia/)
- Kakkuri-Knuuttila, Marja-Liisa – Heinlahti, Kaisa (2006) *Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteenfilosofia*. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Kallio, Johanna (2010) *Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108, Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.
- Kallio, Tomi J. (2006) Teoreettinen tutkimus ja liiketaloustieteet. *Liiketaloudellinen aikakauskirja*, Nro 4, 510–538.
- Kamensky, Mika (2006) *Strateginen johtaminen*. 7. tarkistettu painos. Talentum Media Oy, Helsinki.
- Kangasharju, Aki (2007) Hyvinvointipalvelut väestön ikääntyessä. Teoksessa: *Hyvinvointipalvelujen tuottavuus: Tuloksia opintien varrelta*, toim. Kangasharju, Aki, 2–4. VATT julkaisuja 46. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Kangasharju, Aki (2008) Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Teoksessa: *Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja*, toim. Ilmakunnas, Seija, 169–202. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

Kansanterveyslaki (66/1972)

Kapiainen, Satu – Väisänen, Antti – Haula, Taru (2014) *Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011*. Raportti 3/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Kaplan, Robert S. – Porter, Michael E. (2011) The big idea: How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, Vol. 9, 46–64.

Kaufmann, Lutz – Meschnig, Gavin – Reimann, Felix (2014) Rational and intuitive decision-making in sourcing teams: Effects on decision outcomes. *Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol. 20, 104–112.

Kauhanen, Jussi – Erkkilä, Arja – Korhonen, Maarit – Myllykangas, Markku – Pekkanen, Juha (2013) *Kansanterveystiede*. 4. uud. p. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Khatri, Naresh – Ng, H. Alvin (2000) The role of intuition in strategic decision making. *Human Relations*, Vol. 53(1), 57–86.

Koivuranta-Vaara, Päivi (2011) *Terveydenhuollon laatuopas*. 1. p. Kuntaliitto, Helsinki.

Koppa (2018) *Tieteenfilosofiset suuntauks*. Jyväskylän yliopiston kurssi- ja oppimateriaali. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntauks> viitattu 29.1.2018

Kortelainen, Risto – Myllyntaus, Oiva – Ritvanen, Antero (2014) *Turun, Kaarinan, Raision, Liedon ja Ruskon yhdistymisselvitys*. Valtiovarainministeriö.

Koski-Pärnä, Kirsi (2015) *Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut – Palvelutasoraportti*. 29.11.2015. Liite 1.

Kroll, Aleksander (2015) Explaining the use of performance information by public managers: A planned-behavior approach. *American Review of Public Administration*, Vol. 45(2) 201–215.

Kunnat.net (2015) [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)

Kuntalaki (365/1995)

Kuntien kulttuuritoiminnasta annettu laki (728/1992)

Kuoppakangas, Päivikki (2013) Adopting the municipal enterprise form in Finland: Core dilemmas in the transformation of public healthcare organizations. *Public Organization Review*, Vol. 13, 155–165.

Kuoppakangas, Päivikki (2014) Adopting a municipal enterprise form: Expectations and outcomes – three cases and dilemmas. *Journal of Change Management*, Vol. 14(1), 126–145.

Laihonen, Harri – Sillanpää, Virpi (2014) What is the role of knowledge management in establishing the effectiveness of public welfare services? *Knowledge and Process Management*, Vol. 21(2), 112–121.

Laki toimeentulotuesta (1412/1997)

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)

Lammintakanen, Johanna (2013) Terveysthuollon priorisointi. Teoksessa: *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, toim. Sihto, Marita – Palosuo, Hannele – Topo, Päivi – Vuorenkoski, Lauri – Leppo, Kimmo, 270–273. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Lammintakanen, Johanna – Rissanen, Sari (2011) Poliittika ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa. Teoksessa: *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*, toim. Rissanen Sari – Lammintakanen Johanna, 39–58. WSOYpro Oy, Helsinki.

Larjomaa, Eeva (2015) Johtaminen on viestintää. Teoksessa: *Julkista johtamista jalostamassa*, toim. Karhula, Anna-Liisa, 160–199. Työterveyslaitos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Lastensuojelulaki (417/2007)

Leder, Johannes – Schilbach, Leonhard – Mojzisch, Andreas (2016) Strategic decision-making and social skills: Integrating behavioral economics and social cognition research. *International Journal of Financial Studies*, Vol. 4(22), 1–14.

- Lega, Federico (2012) Beyond rhetoric: Inquiry on the essence of strategic management in public healthcare organisations. *The International Journal of Clinical Leadership*, Vol. 17, 175–184.
- Lehtimäki, Noora (2013) *Turun seudun kuntien kulttuuriselvitys 11.1.2013*. Varsinais-Suomen taidetoimikunta.
- Lehto, Juhani (2004) Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve. Teoksessa: *Terveyspalvelujen suunnittelu*, toim. Mäntyranta, Taina – Elonheimo, Outi – Mattila, Jukka – Viitala, Juha, 24–26. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Lesca, Humbert – Lesca, Nicolas (2014) *Strategic Decisions and Weak Signals – Anticipation for Decision-Making*. ISTE ltd./John Wiley & Sons Inc., London/Hoboken.
- Liikuntalaki (1054/1998)
- Lillrank, Paul (2008) Kunta tuotanto-organisaationa: Byrokratia, markkinat ja professiot julkisissa palveluissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, Nro 4, 363–371.
- Lòpez-Nicolàs, Carolina – Meronó-Cerdà, Àngel L. (2011) Strategic knowledge management, innovation and performance. *International Journal of Information Management*, Vol. 31, 502–509.
- Luoto, Riitta (2004) Terveys ja palvelujen tarve alueittain Suomessa. Teoksessa: *Terveyspalvelujen suunnittelu*, toim. Mäntyranta, Taina – Elonheimo, Outi – Mattila, Jukka – Viitala, Juha, 86–94. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Lähteenmäki-Smith, Kaisa – Kuitunen, Soile (2015) Näyttöperusteisuus päätöksenteossa: Tiede- ja tutkimusperusteisuudesta tekemisen demokratiaan? Teoksessa: *Tiedolla johtaminen julkishallinnossa: Teoriaa ja käytäntöjä*, toim. Virtanen, Petri – Stenvall, Jari – Rannisto, Pasi-Heikki. 115–149. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.
- Maakunta- ja sote -uudistus (2018) <http://alueuudistus.fi/etusivu> viitattu 20.2.2018

- Martin, Stephen – Smith, Peter C. (2005) Multiple public service performance indicators: Toward an integrated statistical approach. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 15, 599–613.
- Meklin, Pentti – Pekola-Sjöblom, Marianne (toim.) (2013) *Kunnalliset palvelut ja Paras-uudistus*. 1. p. Paras-ARTTU -ohjelman tutkimuksia nro 29. Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Meklin, Pentti – Pukki, Heikki (2017) *Kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannuserojen syyt*. ARTTU2-ohjelman tutkimuksia nro 3. Acta 266. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Meklin, Pentti – Rajala, Tuija – Sinervo, Lotta-Maria – Vakkuri, Jarmo (2009) *Kunta hyvinvointipalvelujen järjestäjänä. Rajallisten voimavarojen tehokkaan hallinnan ongelma*. Teoksessa Karppi, Ilari – Sinervo, Lotta-Maria (toim.) *Governance – Uuden hallintatavan jäsentyminen*. Tampereen yliopisto, Hallintotieteiden keskus, Tampere. 181–214.
- Metsämuuronen, Jari (2009) *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. 4. p. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Mintzberg, Henry (1987a) Crafting strategy. *Harvard Business Review*, Vol. 7–8, 66–75.
- Mintzberg, Henry (1987b) The strategy concept I: Five Ps for strategy. *California Management Review*, Vol. 30(1), 11–24.
- Mintzberg, Henry (1987c) The strategy concept II: Another look at why organizations need strategies. *California Management Review*, Vol. 30(1), 25–32.
- Mäkitalo, Raili – Hautala, Urpo – Narikka, Jouko – Tuukkanen, Jorma (2010) *Hyvinvointia kestävästi – ikääntymishaaste hallintaan*. Tiivistelmä joulukuu 2010. Valtiovarainministeriö.
- Möttönen, Sakari (2012) *Kunnan poliittisen johtamisen uudistaminen – Kokemuksia, näkemyksiä ja ehdotuksia*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

- Nartisa, Ieva – Putans, Romans – Muravska, Tatjana (2012) Strategic planning and management in public and private sector organizations in Europe: Comparative analysis and opportunities for improvement. *European Integration Studies*, Vol. 6, 240–248.
- Niemi, Sami (2009) Terveiden edistäminen yleishallinnossa. Teoksessa: *Terveiden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa. TEVA-hankkeen väliraportti terveyden edistämisen taloudellisesta arvioinnista*, toim. Perttilä, Kerttu – Hakamäki, Pia – Hujanen, Timo – Ståhl, Timo, 24–25. Avauksia 8/2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Valopaino Oy, Helsinki.
- Niiranen, Vuokko (2015) Tiedolla johtaminen – Mistä tulossa, minne menossa? Teoksessa: *Tiedolla johtaminen julkishallinnossa: Teoriaa ja käytäntöjä*, toim. Virtanen, Petri – Stenvall, Jari – Rannisto, Pasi-Heikki. 305–318. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.
- Niiranen, Vuokko – Joensuu, Minna – Martikainen, Mika (2013) *Millä tiedolla kuntia johdetaan?* Kunnallisan alan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 74. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.
- Nivala, Veikko (2006) Näkökulmia julkisen sektorin johtamiseen ja johtamisen kehittämiseen. Teoksessa: *Johtaminen eilen, tänään ja huomenna*, toim. Juuti, Pauli, 129–140. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Nokian kaupunki (2015) <http://www.nokiankaupunki.fi/>
- Nonaka, Ikujiro – Konno, Noboru (1998) The concept of “Ba”: Building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*, Vol. 40(3), 40–54.
- Nonaka, Ikujiro – von Krogh, Georg – Voelpel, Sven (2006) Organizational knowledge creation theory: Evolutionary paths and future advances. *Organization Studies*, Vol. 27(8), 1179–1208.
- Nonaka, Ikujiro – Takeuchi, Hirotaka (1995) *The knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press, New York.



- Noro, Anja – Finne-Soveri, Harriet (2008) Avo- ja laitoshoidon suhde – katsaus nykytilaan ja tulevaan. Teoksessa: *Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja*, toim. Ilmakunnas, Seija, 115–140. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Nuorisolaki (72/2006)
- Nykänen, Pirkko – Junttila, Kristiina (toim.) (2012) *Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi*. Raportti 40/2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Ollila, Seija (2013) Productivity in public welfare services is changing: The standpoint of strategic competence-based management. *Social Work in Public Health*, Vol. 28, 566–574.
- Paloheimo, Heikki – Wiberg, Matti (2008) *Politiikan perusteet*. 1.–4. p. WSOY.
- Papulova, Zuzana – Gazova, Andrea (2016) Role of strategic analysis in strategic decision-making. *Procedia Economics and Finance*, Vol. 39, 571–579.
- Parayitam, Satyanarayana – Papenhausen, Chris (2018) Strategic decision-making – The effects of cooperative conflict management, agreement-seeking behavior and competence-based trust on decision outcomes. *Management Research Review*, Vol. 41(1), 2–28.
- Parjanne, Marja-Liisa (2008) Terveysteen, hyvinvointiin ja sairauksien ehkäisyyn kannattaa investoida. Teoksessa: *Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja*, toim. Ilmakunnas, Seija, 141–168. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Parkkinen, Pekka (2007) *Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen*. VATT – tutkimuksia 136. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Pee, L.G. – Kankanhalli, A. (2015) Interactions among factors influencing knowledge management in public-sector organizations: A resource-based view. *Government Information Quarterly*, Vol. 33, 188–199.

- Perttilä, Kerttu – Hakamäki, Pia – Hujanen, Timo – Ståhl, Timo (toim.) (2009) *Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa. TEVA-hankkeen väliraportti terveyden edistämisen taloudellisesta arvioinnista*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 8/2009. Valopaino Oy, Helsinki.
- Plant, Thomas (2009) Holistic strategic planning in the public sector. *Performance Improvement*, Vol. 48(2), 38–42.
- Poister, Theodore H. (2010) The future of strategic planning in the public sector: Linking strategic management and performance. *Public Administration Review*, Special issue, 246–254.
- Porter, Michael E. – Millar, Victor E. (1985) How information gives you competitive advantage. *Harvard Business Review*, Vol. 63(4), 149–174.
- Porter, Michael E. – Lee, Thomas H. (2013) The big idea: The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, Vol. 10, 50–70.
- Porter, Michael E. (1996) What is strategy? *Harvard Business Review*, Vol. 74(6), 61–78
- Pursiainen, Heikki – Seppälä, Timo (2013) *Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhustalouksista*. VATT Tutkimukset 173. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Raunio, Kyösti (1999) *Positivismin ja ihmistieteiden sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt*. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Reiman, Katja (2015) Sähköposti. 6.11.2015.
- Rissanen, Sari – Lammintakanen, Johanna (2011) Sosiaali- ja terveydenhuoltojohtamis-ympäristönä. Teoksessa: *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*, toim. Rissanen, Sari – Lammintakanen, Johanna, 15–38. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Ruusuvirta, Minna (2009) *Selvitys kuntien yhteistoiminnasta kulttuuri-, liikunta- ja nuorisovaltuuskunnan kolmannen sektorin kanssa hyvinvointipalvelujen tarjoamisessa*. Cupore. Kulttuuripolitiikan tutkimuskeskus, Helsinki.

- Räsänen, Pekka (2005) Havaintojen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia. Teoksessa: *Tutkimus menetelmien pyörteissä – Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat*, toim. Räsänen, Pekka – Anttila, Anu-Hanna – Melin, Harri, 85–102. WS Bookwell Oy, Juva.
- Salminen, Ari (2004) *Julkisen toiminnan johtaminen – Hallintotieteen perusteet*. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Salminen, Ari (2009) *Hallintotiede*. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Santalainen, Timo (2006) *Strateginen ajattelu. 2. tarkistettu painos*. Talentum. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Saranto, Kaija – Kuusisto-Niemi, Sirpa (2011) Tiedon hallinta johtamisessa. Teoksessa: *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*, toim. Rissanen, Sari – Lammintakanen, Johanna, 215–235. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Sefton, Tom – Byford, Sarah – McDaid, David – Hills, John – Knapp, Martin (2004) *Taloudellinen arviointi sosiaalialalla*. Stakes, Helsinki.
- Simonen, Outi – Viitanen, Elina – Konu, Anne – Blom, Marja (2009) Effectiveness in political-administrative decision-making in specialized healthcare. *Scandinavian Journal of Public Health* Vol. 37, 494–502.
- Sitra (2014) *Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojohdamisen käsikirja*. Sitra. Erweko, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki (733/1992)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Sotkanet (2015) Tilasto- ja indikaattoripankki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index> viitattu 10.5.2015
- Sotkanet (2013) *Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Monipuoliset tilasto- ja indikaattoritiedot vertailun ja kehittämisen tueksi*. Esite. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.thl.fi/tilastoliite/esitteet/THL\\_SOTKANet\\_haitari-site.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/esitteet/THL_SOTKANet_haitari-site.pdf) viitattu 1.5.2015

STM (2013a) *Terveysthuolto Suomessa*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2013:2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

STM (2013b) *Selvityshenkilöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM (2014) *Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

STM (2015) *Sote-uudistus*. Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakenneuudistus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus) viitattu 28.11.2015

STM (2018) *Terveyspalvelut*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/terveyspalvelut> viitattu 21.1.2018

Straus, Sharon E. – Tetroe, Jacqueline M. – Graham, Ian D. (2011) Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 64, 6–10.

Sundqvist, Salme – Oulasvirta, Leena (toim.) (2011) *Vaikutusten ennakoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Suomen perustuslaki (731/1999)

SVT (2014) *Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston laatuseloste 2014. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta*. Tilastokeskus, Helsinki. [http://www.stat.fi/til/ktt/2014/ktt\\_2014\\_2015-11-20\\_laa\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ktt/2014/ktt_2014_2015-11-20_laa_001_fi.html) viitattu 31.1.2016

Terveysthuoltolaki (1326/2010)

THL (2011) *Tieto päätöksenteon tukena. Tukiaineistoa kuntajohdolle*. Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80370/5278d0b0-a59c-4a4e-a852-a82ac5f93899.pdf?sequence=1> viitattu 16.10.2015

- Thompson, John L. *Strategic Management – Awareness and Change*. 2<sup>nd</sup> edition. Chapman & Hall, London.
- Toma, Claudia – Butera, Fabrizio (2009) Hidden profiles and concealed information: Strategic information sharing and use in group decision making. *Personality And Social Psychology Bulletin*, Vol. 35(6), 793–806.
- Tuomisto, Jouni – Muurinen, Raimo – Paavola, Juho-Matti – Asikainen, Arja – Roppo-  
nen, Teemu – Nissilä, Jussi (2017) *Tiedon sitominen päätöksentekoon*.  
Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2017.  
Valtioneuvoston kanslia.
- Vaarama, Marja – Moisio, Pasi – Karvonen, Pasi. Johdanto. Teoksessa: *Suomalaisten  
hyvinvointi 2010*, toim. Vaarama, Marja – Moisio, Pasi – Karvonen, Pasi.  
10–18. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslia (2009) *Politiikkatoimien vaikuttavuusarvioinnin kehittäminen –  
Kuinka parantaa tiedonkäyttöä poliittisessa päätöksenteossa*. Valtioneu-  
voston kanslian raporttisarja 6/2009.
- Valvira (2012) *Kotipalvelut ja kotihoito kunnissa*. Esitteitä 2:2012. Valvira. Sosiaali- ja  
terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Helsinki.
- Virtanen, Petri – Stenvall, Jari – Rannisto, Pasi-Heikki (2015) Julkiseen politiikkaan liit-  
tyvä oppiminen ja tietoon perustuva päätöksenteko. Teoksessa: *Tiedolla  
johtaminen julkishallinnossa: Teoriaa ja käytäntöjä*, toim. Virtanen, Petri  
– Stenvall, Jari – Rannisto, Pasi-Heikki. 9–26. Tampereen Yliopistopaino  
Oy – Juvenes Print, Tampere.
- VM (2012a) *Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyö-  
ryhmän selvitys. Osa I. Selvitysosa*. Valtiovarainministeriön julkaisuja  
5a/2012. Valtiovarainministeriö.
- VM (2012b) *Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyö-  
ryhmän selvitys. Osa II. Alueellinen tarkastelu*. Valtiovarainministeriön  
julkaisuja 5a/2012. Valtiovarainministeriö.

- Vogel, Rick – Hattke, Fabian (2018) How is the use of performance information related to performance of public sector professionals? Evidence from the field of academic research. *Public Performance & Management Review*, Vol. 41(2), 390–414.
- Vuokko, Riikka – Mäkelä, Matti – Komulainen, Jorma – Meriläinen, Outi (2011) *Terveydenhuollon toimintaprosessit: Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Vuori, Jari (toim.) (2007) *Terveys ja johtaminen - Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä*. WSOY, Helsinki
- Weber, Max (1922) Bureaucracy. Teoksessa: *Classics of Public Administration*, toim. Shafritz, Jay M. – Hyde, Albert C. (2015). Eighth edition. United States, Cengage Learning. 63–118.
- Wilskman, Kaarina – Heistaro, Sami – Ashorn, Per (2004) Poliittinen päätöksenteko kunnan terveystalouden järjestämisessä. Teoksessa: *Terveydenhuollon suunnittelu*, toim. Mäntyranta, Taina – Elonheimo, Outi – Mattila, Jukka – Viitala Juha, 39–42. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Yin, Robert K. (2011) *Qualitative Research from Start to Finish*. The Guilford Press, New York.
- Yin, Robert K. (2015) *Qualitative Research from Start to Finish*. 2<sup>nd</sup> edition. The Guilford Press, New York.
- Zardo, Pauline – Collie, Alex (2015) Type, frequency and purpose of information used to inform public health policy and program decision-making. *BMC Public Health*, Vol. 15(381), 1–12.
- Zhang, Hongchun – Van de Walle, Steven – Zhuo, Yue (2016) Does trust in the performance measurement organization influence how public managers use performance information? *Public Performance & Management Review*, 40(2), 409–430.



Turun yliopisto  
University of Turku

**LIITE 1 PALVELUTASORAPORTTI**

**KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTI-  
PALVELUT**

**Palvelutasoraportti**

Raportti

Laatija:

Kirsi Koski-Pärnä

29.11.2015



## Sisältö

1	JOHDANTO.....	134
2	KUNTA HYVINVOINTIPALVELUIDEN JÄRJESTÄJÄNÄ.....	135
2.1	Kuntien tehtävät .....	135
2.2	Kunta ja hyvinvointipalvelut.....	136
2.3	Sote-uudistus .....	137
3	KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUT.....	138
3.1	Hyvinvointipalvelujen vastuualueet.....	138
3.2	Väestön ikärakenne ja hyvinvointipalvelujen tarve .....	140
3.3	Hyvinvoinnin edistäminen .....	147
3.3.1	Kansalaisopisto .....	147
3.3.2	Terveyden edistämisen palvelut.....	148
3.3.3	Kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut .....	150
3.3.4	Liikuntapalvelut .....	152
3.3.5	Nuorisopalvelut.....	154
3.4	Kotihoito- ja vanhuspalvelut .....	154
3.4.1	Kotihoitopalvelut .....	155
3.4.2	Palveluasuminen .....	157
3.4.3	Omaishoito.....	158
3.4.4	Vanhusten laitoshoido .....	159
3.4.5	Senioreiden perhehoitokylä .....	160
3.5	Perhe- ja sosiaalipalvelut.....	160
3.5.1	Sosiaalipalvelut.....	160
3.5.2	Lastensuojelupalvelut .....	162
3.5.3	Perhekeskus .....	165
3.5.4	Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö.....	166
3.5.5	Ehkäisy- ja äitiysneuvola .....	167
3.5.6	Lastenneuvola .....	169
3.5.7	Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto.....	170
3.5.8	Puheterapia- ja psykologipalvelut.....	174
3.5.9	Vammaispalvelut .....	175
3.6	Terveyspalvelut .....	178
3.6.1	Avosairaanhoido .....	179
3.6.2	Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	181
3.6.3	Terveyskeskuksen sairaala.....	186
3.6.4	Työterveyshuolto .....	189



3.6.5	Hammashuolto .....	190
3.6.6	Hoitotyö ja tukipalvelut .....	193
4	HYVINVOINTIPALVELUJEN KEHITTÄMINEN JA TULEVAISUUS .....	196
5	TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	198
5.1	Väestön ikärakenne ja hyvinvointipalvelujen tarve .....	198
5.2	Hyvinvoinnin edistäminen .....	199
5.3	Kotihoito- ja vanhuspalvelut .....	201
5.4	Perhe- ja sosiaalipalvelut .....	202
5.5	Terveyspalvelut .....	204
	LÄHTEET .....	207
	LIITE 1 KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUT .....	210

## KUVIOLUETTELO

Kuvio 1	Kaarinan kaupungin virasto-organisaatio.....	138
Kuvio 2	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, 1 000 euroa.....	139
Kuvio 3	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas .....	140
Kuvio 4	Lapsiperheiden % -osuus perheistä .....	145
Kuvio 5	Huoltosuhde, demografinen .....	146
Kuvio 6	Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) kunnan strategisessa johtamisessa, pistemäärä .....	149
Kuvio 7	Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) perusterveydenhuollossa, pistemäärä.....	150
Kuvio 8	Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) liikunnan edistämässä, pistemäärä.....	153
Kuvio 9	Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 65 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.....	156
Kuvio 10	Kotipalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa.....	157

Kuvio 11	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä.....	158
Kuvio 12	Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä.....	159
Kuvio 13	Vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1000euroa.....	160
Kuvio 14	Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista...	161
Kuvio 15	Toimeentulotuki, euroa/asukas.....	162
Kuvio 16	Lastensuojeluilmoitusten määrä.....	163
Kuvio 17	0–17-vuotiaat lapset, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, % vastaavanikäisestä väestöstä.....	164
Kuvio 19	Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa.....	165
Kuvio 18	Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut.....	166
Kuvio 20	Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan lääkärikäynnit/1 000 15–44-vuotiasta naista.....	167
Kuvio 21	Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan muut kuin lääkärikäynnit/1 000 15–44-vuotiasta naista.....	168
Kuvio 22	Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit yhteensä/1 000 0–7-vuotiasta.....	169
Kuvio 23	Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit/1000 7–18-vuotiasta.....	170
Kuvio 24	Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit/1 000 7–18-vuotiasta.....	171
Kuvio 25	Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon muut kuin lääkärikäynnit/1000 7–18-vuotiasta.....	172
Kuvio 26	Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon lääkärikäynnit/1 000 16–25-vuotiasta.....	173

Kuvio 27	Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon muut kuin lääkärikäynnit/1 000 16–25-vuotiasta .....	174
Kuvio 28	Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä asiakkaita vuoden aikana / 100 000 asukasta .....	175
Kuvio 29	Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä, euroa/asukas .....	176
Kuvio 30	Vammaishuollon laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa .....	177
Kuvio 31	Vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa .....	177
Kuvio 32	Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset, euroa/asukas.....	178
Kuvio 33	Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset, 1 000 euroa .....	179
Kuvio 34	Perusterveydenhuollon avohoidon (pl. hammashuolto) käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa .....	180
Kuvio 35	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynnit yhteensä/1 000 asukasta.....	180
Kuvio 36	Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit yhteensä / 1 000 asukasta.....	182
Kuvio 37	Perusterveydenhuollon mielenterveyden lääkärikäynnit / 1 000 asukasta.....	183
Kuvio 38	Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkärit) / 1 000 asukasta .....	184
Kuvio 39	Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta.....	185
Kuvio 40	Päihdehuollon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa .....	185
Kuvio 41	Päihdehuollon nettokustannukset, euroa/asukas .....	186
Kuvio 42	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat/1 000 asukasta	187

Kuvio 43	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, keskimääräinen hoitoaika	188
Kuvio 44	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa .....	189
Kuvio 45	Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä/1 000 asukasta .....	190
Kuvio 46	Hammaslääkärikäynnit terveyskeskuksissa/1 000 asukasta.....	191
Kuvio 47	Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa (muu ammattiryhmä kuin lääkärit)/1 000 asukasta.....	192
Kuvio 48	Perusterveydenhuollon hammashuollon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa .....	193
Kuvio 49	Laboratoriotoinnin kustannukset perusterveydenhuollossa, 1 000 euroa .....	194
Kuvio 50	Kuvantamistutkimusten kustannukset perusterveydenhuollossa, 1 000 euroa .....	194
Kuvio 51	Perusterveydenhuollon fysioterapian käynnit yhteensä/1000 asukasta.. .....	195

## TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1	Asukasmäärän kehitys vuoteen 2030 .....	141
Taulukko 2	Väestön ikärakenne .....	42
Taulukko 3	0–15-vuotiaiden väestöennuste v. 2020 ja 2030, % väestöstä .....	142
Taulukko 4	16–64-vuotiaiden väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä ...	143
Taulukko 5	65 vuotta täyttäneiden väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä	143
Taulukko 6	Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakenne v. 2014 ja väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä .....	43
Taulukko 7	Vapaan sivistystyön ja kansalaisopistojen tiedot vuodelta 2013.....	148
Taulukko 8	Kulttuuritoiminnan osuus kunnan koko käyttötaloudesta vuonna 2011 .....	151

Taulukko 9	Kulttuuritoiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2011.....	152
Taulukko 10	Liikuntapalvelujen nettokustannukset vuonna 2013 .....	153
Taulukko 11	Nuorisopalvelujen nettokustannukset vuonna 2013.....	154

## 1 JOHDANTO

Kuntien tehtävänä on kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen. Kunnan tulee toteuttaa tehtäviä, jotka on määritelty laissa terveyden edistämisen ja perusterveydenhuollon osalta. Lähes puolet kuntien tehtävistä muodostuu peruspalveluista ja muista hyvinvointipalveluista. (Hiironniemi 2013, 44, 46, 53.) Sosiaali- ja terveysterveyspalvelut ovat suurten muutosten alaisena. Muutosta ohjaavat valtakunnalliset hankkeet. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 46.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen tulevaisuudessa on välttämätöntä (VM 2012a, 76).

Palvelutasolla tarkoitetaan palvelun monipuolisuutta, palvelun tuottajan asiantunte-  
musta ja palvelun laatua. Palveluiden keskittämisellä voidaan kohottaa palvelutasoa, mutta toisaalta se taas heikentää palveluiden saavutettavuutta. Palveluyksikköjen koolla, palveluketjujen sujuvuudella ja palvelun tuottajan valitsemisella on vaikutusta palvelujen saavutettavuuteen ja palvelutasoon. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 10, 12.) Kunta päättää minkälaiseen palvelutuotantoon keskitytään palveluvalikoiman ja asiakkaiden tarpeiden mukaan. Palvelutuotanto on laadukasta ja tuloksellista, kun vaikuttavat palvelut suunnataan niitä eniten tarvitseville. (Kangasharju 2008, 193, 196.) Kunnan palvelujärjestelmä on aina kokonaisuus. Erilaisten järjestämistapojen vuoksi yksittäisten palvelujen vertailu kuntien kesken ei kerro koko totuutta. Kunnassa voi olla panostettu muihin palveluihin. (Sotkanet 2015.)

Tämä raportti on tehty toimeksiantona Kaarinan kaupungille. Raportin toimeksiantona on palvelutasoraportti kaikista Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen vastuualueista. Aineistona käytettiin terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkanet -tietokannasta poimittuja kuntakohtaisia tilastotietoja sekä aiheeseen liittyviä raportteja ja kirjallisuutta. Raportin toisessa luvussa kerrotaan lyhyesti kunnasta hyvinvointipalvelujen järjestäjänä. Tämän jälkeen kolmannessa luvussa tarkastellaan Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluita vastuualueittain Sotkanet -tietokannasta poimitujen tilastotietojen avulla. Erikoissairaanhoidon jätettiin toimeksiantajan pyynnöstä pois tarkastelusta. Raportissa on pyritty arvioimaan ja vertailemaan Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelujen tarvetta ja kustannustasoa. Jonkin verran on myös pyritty vertailemaan palvelujen laatutasoa, mutta palvelujen laadun arviointia ja vertailua varten tulisi muun muassa tutkia tarkemmin asiakasnäkökulmaa asiakaskyselyillä ja potilaspalautteilla, palvelujen odotusaikoja ja hoitopääsyä, henkilökunnan osaamista ja palvelujen vaikuttavuutta (ks. Koivuranta-Vaara 2011, 9–15).

Raportissa valittiin vertailuun Kaarinan lisäksi koko maa, Varsinais-Suomi, Lieto, Raisio, Nokia ja Turku. Vertailuun valittiin samat alueet ja kunnat, joita Kaarinan kaupunki on käyttänyt hyvinvointikertomuksessaan (2013–2016). Raportin neljännessä luvussa on kirjoitettu hyvinvointipalvelujen kehittämisestä tulevaisuudessa kirjallisuuteen perustuen. Viidennessä luvussa on yhteenveto tuloksista ja johtopäätöksiä.

## 2 KUNTA HYVINVOINTIPALVELUIDEN JÄRJESTÄJÄNÄ

### 2.1 Kuntien tehtävät

Kuntien tehtävänä on pääasiassa kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen, sillä kunnat palvelevat ihmisten kokonaisyhyvinvointia (Hiironniemi 2013, 53). Kansalaisten terveydellä ja toimintakyvyllä on huomattava vaikutus kansalaisten elämänlaatuun, kansantalouteen ja yritysten kannattavuuteen (Parjanne 2008, 141). Kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kuntien tehtävistä säädetään lailla (Kuntalaki 365/1995). Kunnilla on kunnalliseen itsehallintoon perustuvaa harkintavaltaa sen suhteen, miten laissa säädetyt tehtävät toteutetaan (Hiironniemi 2013, 40). Kuntalain (365/1995) mukaan kunnan tulee hoitaa sille laissa säädetyt tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Kunta voi hankkia tehtävien hoitamisen edellyttämiä palveluja myös muilta palvelujen tuottajilta. Aseusten lisäksi on paljon myös virallisesti ei-sitovia, mutta käytäntöä yhdenmukaistavia ja valvonnassa seurattavia ohjeita, joita kuntien on noudatettava (Hiironniemi 2013, 41).

Kuntien tehtäväkirjo on laaja ja hyvin moninainen. Valtiovarainministeriön selvityksen mukaan kuntien lakisääteisiä tehtäviä oli 535 vuonna 2012. Tehtävien lukumäärätiedot eivät kerro niiden kustannuksista kunnille tai merkityksestä kuntalaisille. Tehtävien määrä ei myöskään kerro riittävästi siitä, mistä tehtävät koostuvat. Tämän vuoksi tulisikin tietää myös, mikä on tehtävien sisältö, mihin ne kohdistuvat, mitä niillä halutaan edistää tai keiden tarpeita toteuttaa. (Hiironniemi 2013, 14, 17, 45.)

Kunnan tehtävät voidaan jaotella lakisääteisiin ja kunnan itselleen ottamiin tehtäviin. Lakisääteisillä tehtävillä tarkoitetaan tehtäviä, jotka on säädetty kunnan velvollisuudeksi. (Hiironniemi 2013, 14.) Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla (STM 2013). Kunnat ovat ottaneet hoidettavakseen paljon myös vapaaehtoisia palveluja (Hiironniemi 2013, 32). Jos kunta on päättänyt ottaa hoidettavakseen vapaaehtoisen tehtävän, kunnan on noudatettava toiminnasta annettua lainsäädäntöä. Kunta voi myös ottaa itselleen tehtäviä, joista ei ole säädetty lailla. Kuntalaisten subjektiiviset oikeudet ovat tehtäviä, jotka kunnan on ehdottomasti toteutettava. Tehtävät, joihin kunta saa valtionosuutta, muodostavat kunnan keskeisimmän ydinroolin. (Hiironniemi 2013, 15, 106.)

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvistä lakisääteisistä tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään sosiaalihoitoon kuuluvista tehtävistä, joista kunnan on huolehdittava. Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnan on pidettävä huolta kansanterveys-työstä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa (733/1992) säädetään toiminnan järjestämisen muodoista. Lainsäädännössä ei täsmennetä, kuntien erityistä järjestämisvelvollisuutta koskevaa sääntelyä lukuun ottamatta,

palvelujen saannin ehtoja. Palvelujen saanti määräytyy palvelutapahtumassa tehtävän ammatillisen harkinnan ja sitä seuraavan hallintopäätöksen kautta (STM 2013, 13, 15.)

Kunnan tulee toteuttaa tiettyjä palveluita ja tehtäviä, jotka on määritelty laissa terveyden edistämisen ja perusterveydenhuollon osalta. Lähes puolet (47 %) kuntien tehtävistä muodostuu peruspalveluista ja muista hyvinvointipalveluista. Sosiaali- ja terveystieteiden hallinnonalan tehtävistä 60 % kohdistuu kuntalaisiin tai tarkemmin määriteltyihin kohderyhmiin kuten lapsiin, nuoriin, vanhuksiin ja vammaisiin. Sosiaali- ja terveystieteiden toimialan tehtävät aiheuttavat kunnille suurimmat kustannukset. (Hiironniemi 2013, 41–48.)

## 2.2 Kunta ja hyvinvointipalvelut

Kunnilla on julkisten hyvinvointipalvelujen järjestämisvastuu (Hallipelto 2008, 47). Kunnan hyvinvointipalvelujen tuottajina voivat olla kunnan omat palveluyksiköt, yritykset tai kolmannen sektorin toimijat (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 18). Kuntien rooli on muuttunut palvelujen tuottajasta yhä enemmän palvelujen valvojaksi ja tilaajaksi markkinoille ilmaantuvien palvelujen suurien ja pienien yrittäjien lisääntymisen myötä. (Noro & Finne-Soveri 2008, 134.) Kunnan palvelujärjestelmä on aina kokonaisuus. Eri kunnat valitsevat erilaisia järjestämistapoja ja sen vuoksi yksittäisten palvelujen vertailu kuntien kesken ei kerro koko totuutta. Kunnassa voi olla panostettu muihin palveluihin. (Sotkanet 2015.)

Palvelutasolla tarkoitetaan palvelun monipuolisuutta, palvelun tuottajan asiantuntevasta ja palvelun laatua. Palveluiden keskittämällä voidaan kohottaa palvelutasoa, mutta toisaalta se taas heikentää palveluiden saavutettavuutta. Palveluyksikköjen koolla, palveluketjujen sujuvuudella ja palvelun tuottajan valitsemisella on vaikutusta palvelujen saavutettavuuteen ja palvelutasoon. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 10, 12.)

Palveluiden tulisi kattaa riittävästi kuntalaisten tarpeet (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 10). Kunta päättää minkälaiseen palvelutuotantoon keskitytään palveluvalikoiman ja asiakkaiden tarpeiden mukaan. Palvelutuotanto on laadukasta ja tuloksellista, kun vaikuttavat palvelut suunnataan niitä eniten tarvitseville. Kunnan poliittisten päätöksentekijöiden tulisi osata suunnata hyvinvointipalvelut niitä eniten tarvitseville ja niistä eniten hyötyville. (Kangasharju 2008, 193–196.) Riittävät tarpeiden mukaiset palvelut ovat kansalaisten hyvinvointivaltiolta edellyttämiä vastineita verojen maksamiselle. Palvelut tukevat terveyttä ja työ- ja toimintakykyä. Ne myös tukevat kuntien päämääriä kuten työurien pidentämistä ja ikäihmisten omien voimavarojen tukemista. Palveluiden tarkoitus on myös aktivoida ja ennaltaehkäistä. (Ilmakunnas 2008, 3.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin.



Terveydenhoitolaissa on myös säädetty muun muassa velvoite kunnille noudattaa Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhdessä valmistelemia yhtenäisen hoidon perusteita. Terveydenhoitolain nojalla STM ja THL laativat yhtenäiset hoidon perusteet, joiden toteutumista THL seuraa ja arvioi kunnissa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymissä. (Hiironniemi 2013, 42.)

Toimintaa ohjaavat lisäksi Käypä hoito-suositukset. Ne ovat riippumattomia ja tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Suosituksia laaditaan hoitopäätösten pohjaksi terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, lääkäreille ja kansalaisille. Valvira ja Avit valvovat hoidon toteutumista. Valvira myös antaa kunnille ja kuntayhtymille ohjeita, joita niiden edellytetään noudattavan. (Hiironniemi 2013, 42.)

## **2.3 Sote-uudistus**

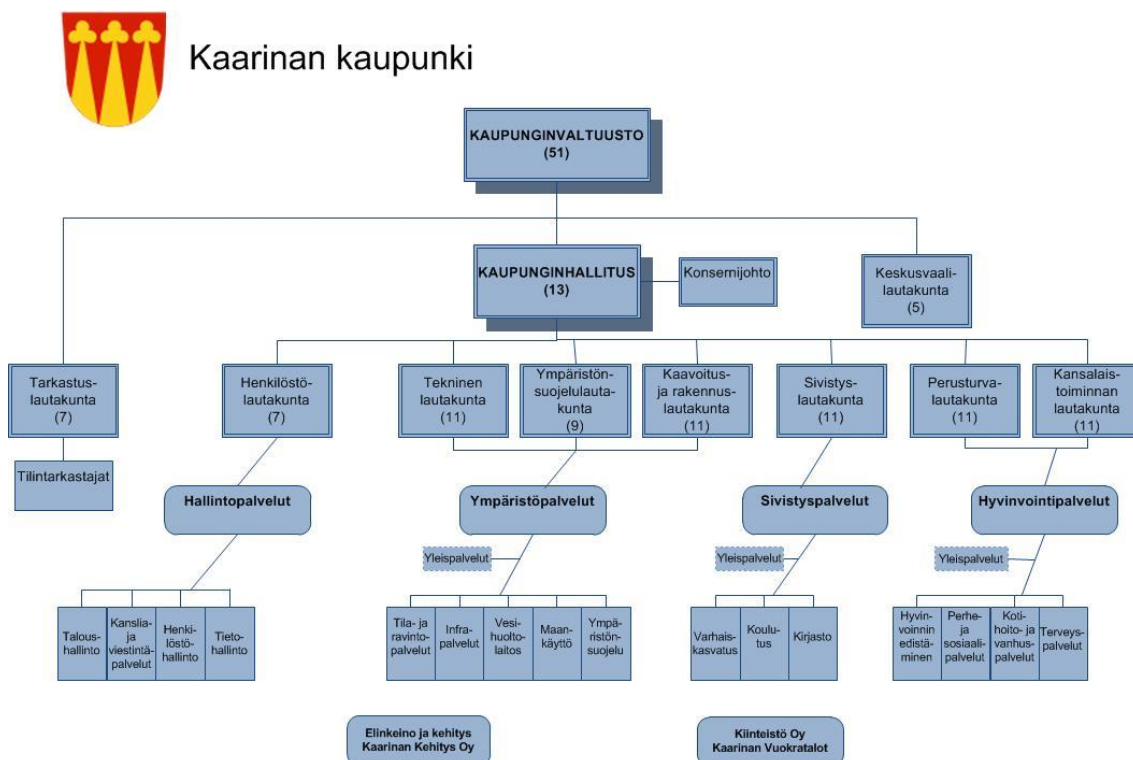
Sosiaali- ja terveystalvelut ovat suurten muutosten alaisena. Muutosta ohjaavat valtakunnalliset hankkeet. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 46.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen on välttämätöntä (VM 2012a, 76). Hallituksen esittämän Sote-uudistuksen tarkoituksena on luoda julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle uudenlainen palvelurakenne. Uuden palvelurakenteen mukaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon uusi palvelurakenne perustuu kuntaa suurempiin itsehallintoalueisiin. Jokainen kunta kuuluu johonkin sote-alueeseen. Itsehallintoalueet järjestävät kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät tuottavat palvelut. Sote-alueet voivat myös ostaa palveluja yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä. (STM 2015.)

Sote-uudistuksen tavoitteena on taata koko maahan yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystalvelut. Sote-järjestäjän väestöä kasvattamalla vähennetään merkittävästi sekä väestön palvelutarpeeseen että rahoituskykyyn liittyviä kuntien välisiä eroja. (VM 2012a, 76.) Sote-uudistuksella halutaan vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja. Myös palvelu- ja hoitoketjujen sujuvuutta halutaan parantaa. Uudistuksen myötä palveluja voitaisiin toteuttaa uusilla tavoilla vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. (STM 2015.) Palvelujärjestelmän uudistamisessa on tärkeintä sosiaali- ja terveydenhuollon integroimisen lisäksi yhdistää samaan rakenteeseen mahdollisimman laajasti perustason ja erityistason tehtäviä. Ikääntyneiden palvelujen uudelleen haltuunotto on erityisen tärkeää. (VM 2012a, 76.)

### 3 KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUT

#### 3.1 Hyvinvointipalvelujen vastuualueet

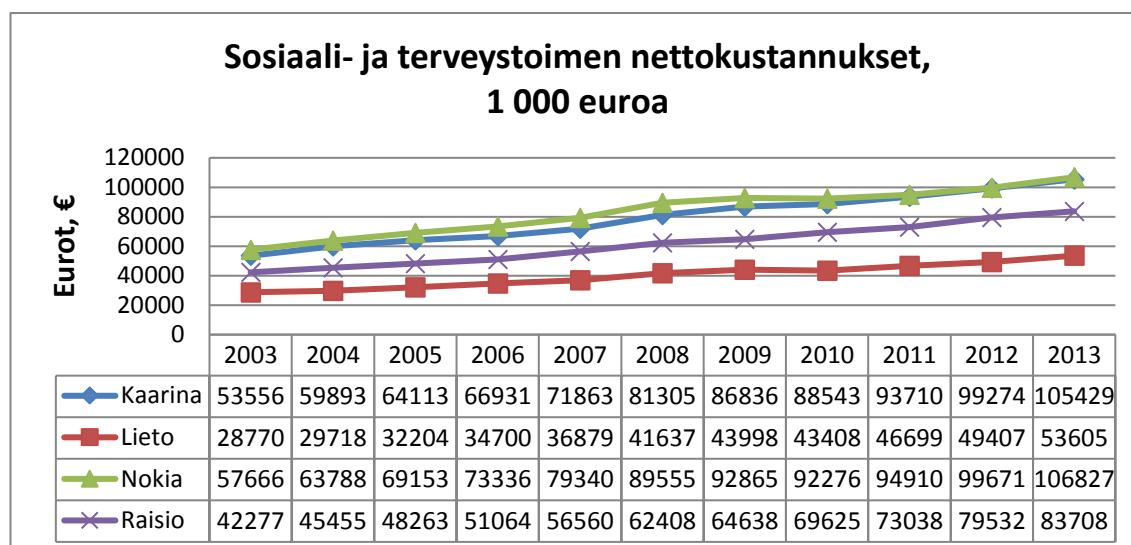
Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluihin kuuluu neljä vastuualuetta. Vastuualueet ovat hyvinvoinnin edistäminen, kotihoito- ja vanhuspalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut sekä terveystalvelut. Hyvinvoinnin edistämisen vastuualueeseen kuuluvat kansalaisopisto, terveyden edistämisen palvelut, kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut, liikuntapalvelut ja nuorisopalvelut. Kotihoidon- ja vanhuspalveluiden vastuualueeseen kuuluvat kotihoitopalvelut, palveluasuminen, omaishoito ja vanhusten laitoshoido. Perhe- ja sosiaalipalveluiden vastuualueeseen kuuluvat sosiaalipalvelut, lastensuojelupalvelut, perhekeskus, Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö, ehkäisy-, äitiys- ja lastenneuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, puheterapia- ja psykologipalvelut sekä vammaispalvelut. Terveystalveluiden vastuualueeseen kuuluvat avosairaanhoido, mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveyskeskuksen sairaala, työterveyshuolto, hammashuolto, hoitotyö ja tukipalvelut sekä erikoissairaanhoido. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kaarinan hyvinvointipalvelut ovat taulukkona liitteessä 1. Kuviossa 1 on kuvattuna Kaarinan kaupungin virasto-organisaatio.



1.9.2015

Kuvio 8 Kaarinan kaupungin virasto-organisaatio (Kaarinan kaupunki 2015)

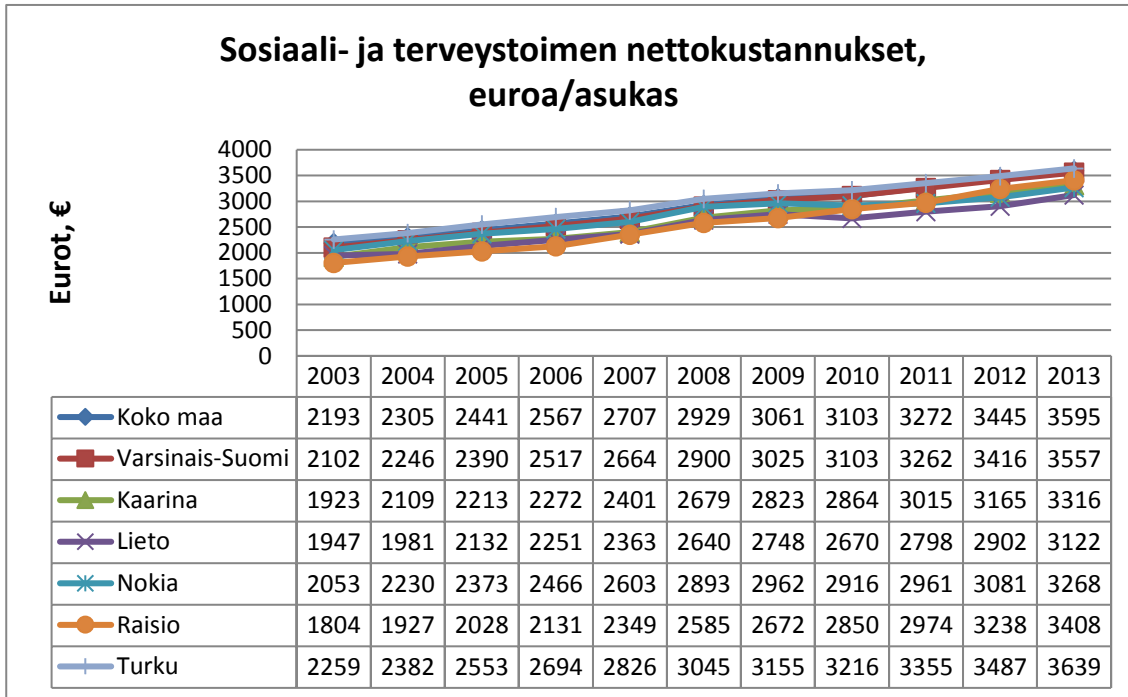
Kaarinan ja Raision taloudellinen kehitys on suhteessa muihin Varsinais-Suomen kuntiin hyvä. Kokonaistaloudellisesti tarkastellen Kaarina näyttäisi olevan nyt ja tulevaisuudessa koko maan kymmenen vahvimman kunnan joukossa. (VM 2012b, 53.) Kuviossa 2 on kuvattuna sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset tuhansina euroina.



Kuvio 9 Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet vuosittain vuosien 2003 - 2013 aikana kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio). Vuonna 2013 Kaarinan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset (105 429 000 €) olivat lähes samansuuruiset kuin Nokialla (106 827 000 €). Samana vuonna Liedossa (53 605 000 €) ja Raisiossa (83 708 000 €) kustannukset olivat vähäisemmät. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 3 on kuvattuna sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden.



Kuvio 10 Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas (Sotkanet 2015)

Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden olivat vuonna 2013 Kaarinassa (3 316 €/asukas) hieman pienemmät kuin keskimäärin koko maassa (3 595 €/asukas). Kaarinassa nämä kustannukset olivat vuonna 2013 myös hieman pienemmät kuin Raisiossa (3 408 €/asukas) ja Turussa (3 639 €/asukas), mutta suuremmat kuin Liedossa (3 122 €/asukas) ja Nokiolla (3 268 €/asukas).

### 3.2 Väestön ikärakenne ja hyvinvointipalvelujen tarve

Palveluiden tarpeeseen vaikuttavat muun muassa eliniän pidentyminen, palvelujen saavuutta ja laatua koskevan vaatimustason kasvu, työvoiman tarve, väestön yleisen terveyden ja toimintakyvyn kehitys, työllisyyden ja varallisuuden kasvun vaikutukset palvelujen kysyntään sekä kansalaisten oma varautuminen yksityisten hyvinvointipalvelujen hankintaan (Hallipelto 2008, 47–48). Palvelujen tarvetta määriteltäessä väestön lukumäärä ja ikärakenne ovat keskeisiä tekijöitä (Aro ym. 2014, 18). Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset riippuvat myös kuntalaisten palvelutarpeista (VM 2012a, 75).

Vuoden 2014 loppuun mennessä Kaarinassa oli 32 148 asukasta (Taulukko 1) (Sotkanet 2015).

Taulukko 4 Asukasmäärän kehitys vuoteen 2030 (Sotkanet 2015)

	Väestön lukumäärä v. 2014	Väestöennuste v. 2020	Väestöennuste v. 2030	M %
Koko maa	5 471 753	5 631 017	5 847 678	6,9
Varsinais-Suomi	472 726	484 209	499 915	5,8
Kaarina	32 148	33 668	35 656	10,9
Lieto	19 209	19 010	20 836	8,5
Nokia	32 848	36 160	39 494	20,2
Raisio	24 371	25 660	26 631	9,3
Turku	183 827	185 500	191 503	4,2

Väestöennusteen mukaan tarkastelukunnista Nokia (10,9 %) ja Kaarina (10,9 %) kasvavat suhteellisesti eniten asukasluvultaan vuoteen 2030 mennessä. Tarkastelusta käy ilmi, että Kaarina (10,9 %), Lieto (8,5 %), Raisio (9,3 %) ja Nokia (20,2 %) ovat kaupunkeja, joiden asukasmäärän kasvu on ennusteen mukaan suhteellisesti nopeampaa kuin Turussa (4,2 %), Varsinais-Suomessa (5,8 %) ja koko maassa (6,9 %). (Sotkanet 2015.)

Taulukossa 2 on kuvattuna koko maan, Varsinais-Suomen ja vertailukuntien (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) väestön ikärakenne.

Taulukko 5 Väestön ikärakenne (Sotkanet 2015)

Alue	0–14-vuotiaat, % väestöstä v. 2014	15–64-vuotiaat, % väestöstä v. 2014	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä v. 2014
Koko maa	16,4	63,7	19,9
Varsinais-Suomi	15,5	63,4	21,1
Kaarina	19,3	62,1	18,6
Lieto	21,1	61,8	17,1
Nokia	19,9	62,0	18,2
Raisio	16,0	63,8	20,2
Turku	12,9	67,3	19,8

Prosentuaalisesti tarkasteltuna vuoden 2014 loppuun mennessä Kaarinassa (19,3 %) oli enemmän 0–14-vuotiaita kuin keskimäärin Turussa (12,9 %), Varsinais-Suomessa

(15,5 %) ja koko maassa (16,4 %), mutta vähemmän kuin Liedossa (21,1 %) ja Nokiolla (19,9 %). Samana vuonna 15–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus väestöstä on kaikissa vertailukunnissa lähes samalla tasolla kuin koko maassa (63,7 %). Ainoastaan Turussa (67,3 %) tämän väestöryhmän prosentuaalinen osuus oli vuonna 2014 keskimääräistä suurempi. 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli Kaarinassa (18,6 %) hieman pienempi kuin Raisiossa (20,2 %), Turussa (19,8 %), Varsinais-Suomessa (21,1 %) ja koko maassa (19,9 %). (Sotkanet 2015.)

Taulukossa 3 on kuvattuna 0 - 15 -vuotiaiden väestöennuste vuosina 2020 ja 2030. Väestöennuste on vuodelta 2012 (Sotkanet 2015).

Taulukko 6 0–15-vuotiaiden väestöennuste v. 2020 ja 2030, % väestöstä (Sotkanet 2015)

Alue	0–15-vuotiaat, % väestöstä, väestöennuste v. 2020	0–15-vuotiaat, % väestöstä, väestöennuste v. 2030
Koko maa	17,6	17,1
Varsinais-Suomi	16,5	15,9
Kaarina	19,9	18,8
Lieto	22,9	21,6
Nokia	21,7	20,4
Raisio	17,7	16,7
Turku	14,1	13,9

Väestöennusteen mukaan 0–15-vuotiaiden prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa hieman kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa (Sotkanet 2015).

Taulukossa 4 on kuvattuna 16–64-vuotiaiden väestöennuste vuosina 2020 ja 2030. Väestöennuste on vuodelta 2012 (Sotkanet 2015).

Taulukko 7 16–64-vuotiaiden väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä (Sotkanet 2015)

Alue	16–64-vuotiaat, % väestöstä, väestöennuste v. 2020	16–64-vuotiaat, % väestöstä, väestöennuste v. 2030
Koko maa	59,8	57,3
Varsinais-Suomi	59,6	57,2
Kaarina	58,3	55,8
Lieto	58,4	56,6
Nokia	58,3	57,1
Raisio	60,1	57,3
Turku	64,0	62,4

Väestöennusteen mukaan myös 16–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa hieman kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa (Sotkanet 2015).

Taulukossa 5 on kuvattuna 65 vuotta täyttäneiden väestöennuste vuosina 2020 ja 2030. Väestöennuste on vuodelta 2012 (Sotkanet 2015).

Taulukko 8 65 vuotta täyttäneiden väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä (Sotkanet 2015)

Alue	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste v. 2020	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste v. 2030
Koko maa	22,6	25,6
Varsinais-Suomi	23,9	26,9
Kaarina	21,8	25,4
Lieto	18,7	21,8
Nokia	20,0	22,4
Raisio	22,7	25,9
Turku	21,9	23,8

Vuonna 2012 tehdyn väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus nousee tulevaisuudessa kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa. (Sotkanet 2015.) Väestöennusteen mukaan Kaarinassa on vuonna 2030 väestöstä neljäsosa yli 65-vuotiaita. Ennusteiden mukaan vuoteen 2030 mennessä kaikissa maakunnissa yli viidesosa väestöstä on yli 65-vuotiaita (VM 2012a, 38). Ikääntyneiden palvelutarpeiden muutos tulevaisuudessa asettaa paljon haasteita ikääntyneiden palveluista vastaaville tahoille (VM 2012a, 48).

Taulukossa 6 on kuvattuna Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakenne vuonna 2014 ja väestöennuste vuosina 2020 ja 2030. Väestöennuste on vuodelta 2012 (Sotkanet 2015).

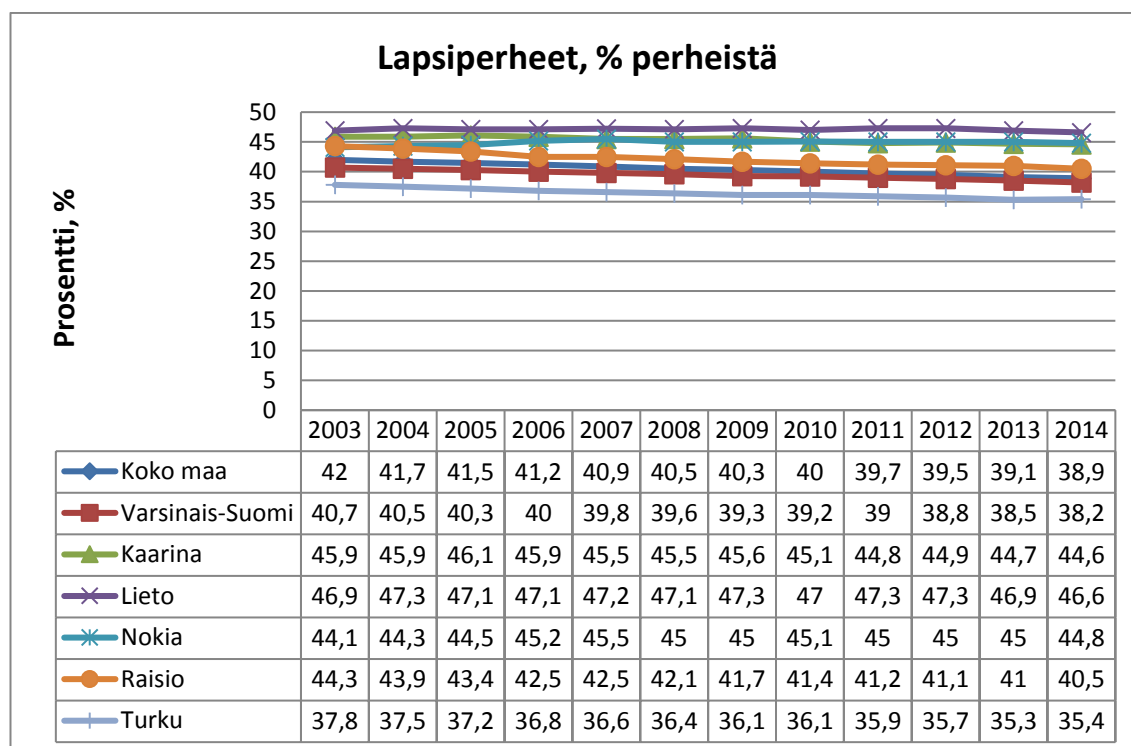
Taulukko 9 Kaarinan kaupungin asukkaiden ikärakenne v. 2014 ja väestöennuste v. 2020 ja v. 2030, % väestöstä (Sotkanet 2015)

Ikäryhmä	Väestön lukumäärä v. 2014	Ikäryhmä	Väestöennuste v. 2020	Väestöennuste v. 2030
0–14-vuotiaat, % väestöstä	19,3	0–15-vuotiaat, % väestöstä	19,9	18,8
15–64-vuotiaat, % väestöstä	62,1	16–64-vuotiaat, % väestöstä	58,3	55,8
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	18,6	65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	21,8	25,4

Kaarinan kaupungissa lasten ja nuorten sekä työikäisten prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa. Sen sijaan 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa ennusteen mukaan. Vuodesta 2014 vuoteen 2020 tämän ikäryhmän kasvun ennustetaan Kaarinassa olevan yli 3 % ja vuodesta 2014 vuoteen 2030 lähes 7 %. (Sotkanet (2015.))

Kuviossa 4 on kuvattuna lapsiperheiden prosentuaalinen osuus kaikista perheistä. Lapsiperheeksi luokitellaan perheet, joissa on alle 18 -vuotiaita lapsia. (Sotkanet 2015.)

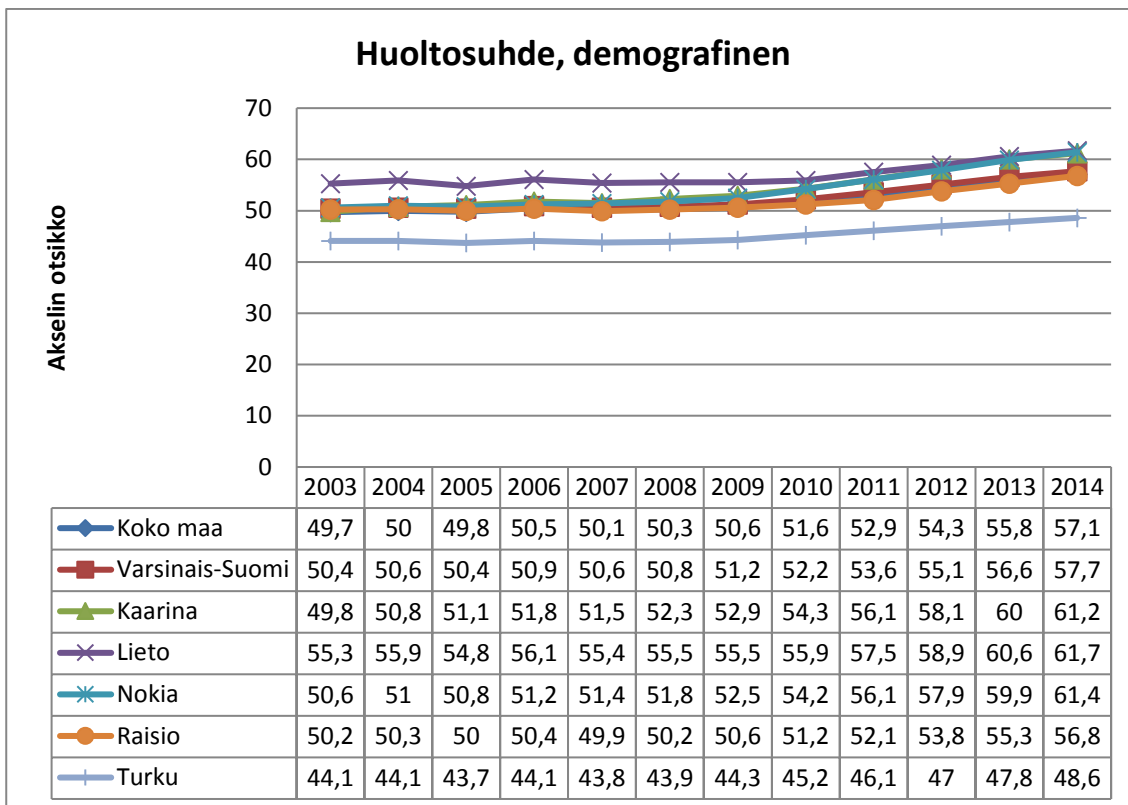




Kuvio 11 Lapsiperheiden % -osuus perheistä (Sotkanet 2015)

Lapsiperheiden prosentuaalinen osuus on pysynyt Kaarinassa lähes samana vuosien 2003–2014 välisenä aikana. Vuonna 2014 lapsiperheiden prosentuaalinen osuus Kaarinassa (44,6 %) oli hieman korkeampi kuin Turussa (35,4 %), Raisiossa (40,5 %), Varsinais-Suomessa (38,2 %) ja koko maassa (38,9 %). (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 5 on kuvattuna demografinen huoltosuhde, joka ilmaisee, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttäneitä on sataa 15–64-vuotiasta (työikäistä) kohti. Huoltosuhteen arvo on sitä korkeampi, mitä enemmän on lapsia ja/tai eläkeikäisiä. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 12 Huoltosuhte, demografinen (Sotkanet 2015)

Demografinen huoltosuhte on heikentynyt vuodesta 2003 vuoteen 2014 Kaarinassa sekä kaikissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku), Varsinais-Suomessa ja koko maassa (Sotkanet 2015). Ennusteiden mukaan huoltosuhte heikkenee Kaarinassa edelleen tulevaisuudessa (Kortelainen ym. 2014, 49).

Palveluiden tarve kasvaa tulevaisuudessa ja siihen vaikuttaa erityisesti 75 ja 85 vuotta täyttäneiden määrän kasvu. Kaarinassa 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan yli kaksinkertaistuvan vuoteen 2029 mennessä. Väestöstä 75 vuotta täyttäneiden osuus on Kaarinassa ja Raisiossa korkeampi kuin Turussa vuoteen 2029 mennessä (Kortelainen ym. 2014, 50–51.) Eläkeikäisten vanhetessa he käyttävät yhä enemmän hyvinvointipalveluja. 85 vuotta täyttänyt kuluttaa hoito- ja hoivapalveluja keskimäärin saman verran kuin kuusi 65–84-vuotiasta yhteensä. (Parkkinen 2007, 25.) Hoivan ja hoidon tarve lisääntyy yleensä vasta parina viimeisenä elinvuotena (Parkkinen 2007, 30, Parjanne 2008, 153).

Ikääntyneiden määrän kasvaessa hyvinvointipalveluiden tarve kasvaa, mutta tarve ei kuitenkaan lisäänty samassa suhteessa ikääntyneiden määrän kanssa, sillä ihmiset ovat nykyisin terveempiä ja toimintakykyisempiä. Palveluiden tarpeen kasvu riippuu hyvin paljon siitä, miten terveys ja toimintakyky jatkossa kehittyvät. (Parjanne 2008, 142.) Eläkeikäisen väestön toimintakyvyn koheneminen elinajan pidentyessä on kuntatalouden kannalta hyvin tärkeää. Tulevaisuudessa säästyisi merkittävästi kustannuksia, jos

eläkeikäiset olisivat tulevaisuudessa paljon paremmassa kunnossa kuin samanikäiset nyt eivätkä he käyttäisi kunnallisia palveluja niin paljoa kuin samanikäiset nyt. (Parkkinen 2007, 30.)

Hyvinvointipalvelujen käyttö näyttäisi keskittyvän toisaalta sekä nuorimmille että vanhimmille kotitalouksille ja toisaalta kotitalouksille, joissa on lapsia (Jokimäki 2011, 27). Lapsiperheille tarkoitettut palvelut ovat suuressa muutoksessa sekä rakenteiden, toimintatapojen että palvelutarpeiden osalta (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 21). Kaarinan kaupunki onkin kohdistanut voimavaroja lasten, nuorten ja lapsiperheiden peruspalveluihin. Jatkossa Kaarinan kaupungin on niiden lisäksi suunnattava laajennuksia ja voimavaroja ikääntyneiden peruspalveluihin. 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. (Kortelainen ym. 2014, 52.)

Kilpailukyky- ja elinvoimapolitiikan näkökulmasta suurten kaupunkiseutujen on pystyttävä tarjoamaan sekä hyviä peruspalveluja että myös monenlaista toimintaa ja kulttuuria. Näin kaupunkiseudut pystyvät kasvattamaan sosiaalista pääomaa ja juurruttamaan osajia kaupunkiseutuun. Hyvinvoinnin edellytysten luomisella sekä kulttuuri-, liikunta- ja vapaa-ajanpalveluilla on tärkeä merkitys tässä tavoitteessa. (Kortelainen ym. 2014, 103.) Olennaista on, että kunnassa on eri toimialojen osalta vastuullinen päätoiminen taho tai viranomainen, joka organisoii kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalveluiden tuottamisen ja jakelun. Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut ovat tärkeitä väestön hyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja osallisuuden edistämiseksi. Ne ehkäisevät sosiaalista ja tiedollista syrjäytymistä. (VM 2012a, 83–84.) Palvelujen tarvetta pienentävä tekijä on väestön terveydentilan ja toimintakyvyn kohoaminen (Kangasharju 2007, 4).

### **3.3 Hyvinvoinnin edistäminen**

#### **3.3.1 Kansalaisopisto**

Kansalaisopistot ovat esimerkki kunnille vapaaehtoisista palveluista (Hiironniemi 2013, 32). Kansalaisopistojen tarjonta lisää harrastusmahdollisuuksia sekä aktivoi ja antaa puitteita kansalaisten omalle aloitteellisuudelle (VM 2012a, 84). Kaarinan kansalaisopisto järjestää opetusta n. 12 600 tuntia lukuvuodessa. Opetus toteutetaan lähipalveluna eri kaupunginosissa. Opetusta on enimmäkseen iltaisin eri oppilaitosten tiloissa. Muihin vapaan sivistystyön oppilaitoksiin nähden Kaarinan kansalaisopiston toimintakulut ovat alhaiset ja kilpailukykyiset. (Kortelainen ym. 2014, 103.) Taulukossa 7 on kuvattuna vapaan sivistystyön ja kansalaisopistojen tiedot vuodelta 2013.

Taulukko 10 Vapaan sivistystyön ja kansalaisopistojen tiedot vuodelta 2013 (Kortelainen ym. 2014, 103)

Vapaa sivistystyö	Turku	Kaarina	Lieto	Raisio
Kurssilaiset, syksy	6 718	3 550	1 881	2 899
Opetustunnit	25 948	12 521	9 703	10 349
Euroa/opetustunti	73	55	35	52
Nettokustannukset, €/asukas	10	22	39	22

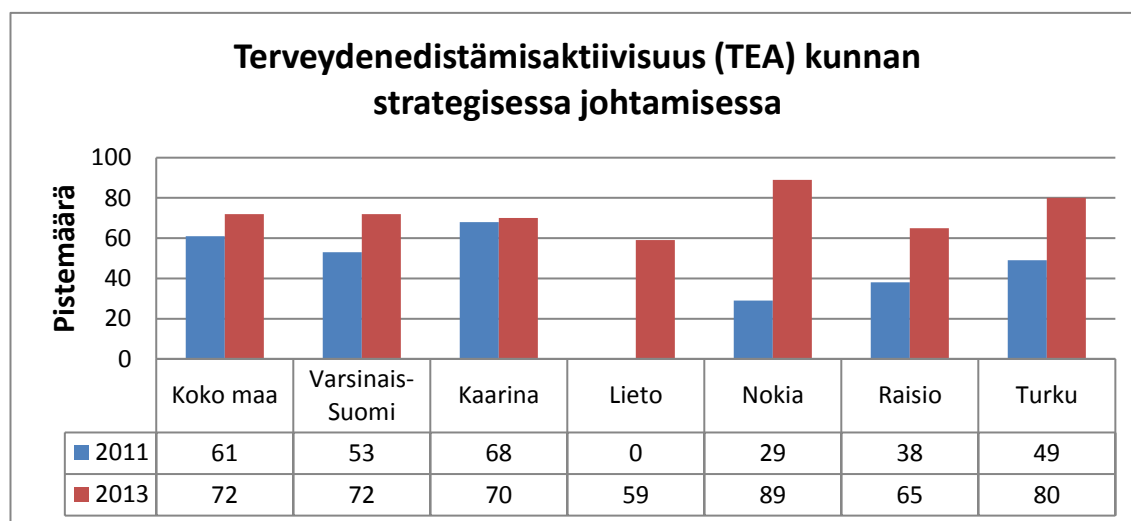
Vuonna 2013 kansalaisopiston nettokustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa (22 €/asukas) samansuuruiset kuin Raisiossa (22 €/asukas), mutta alhaisemmat kuin Liedossa (39 €/asukas). Opetustunnin hinta oli Kaarinassa (55 €/opetustunti) alhaisempi kuin Turussa (73 €/opetustunti), mutta korkeampi kuin Liedossa (35 €/opetustunti) ja Raisiossa (52 €/opetustunti). (Kortelainen ym. 2014, 103.)

### 3.3.2 *Terveyden edistämisen palvelut*

Terveyden edistäminen on tärkeää koko yhteiskunnallisen kehityksen kannalta (Parjanne 2008, 141). Kaarinan kaupungin terveyden edistämisen palveluissa pyritään vaikuttamaan kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen ehkäisevän työn keinoin. Tavoitteena on parantaa kuntalaisten hyvinvointia ja toimintakykyä auttamalla heitä tekemään terveytensä kannalta parempia valintoja. Terveyden edistämisen palveluja tarjotaan avoimena toimintana yksilöille ja ryhmille. Palveluihin kuuluvat ikäihmisten neuvontapalvelu Vinkki, Perhetalo Oskariina, terveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö sekä ehkäisevän työn kehittämisryhmä Sateenkaarina. (Kaarinan kaupunki 2015.) Suuri osa erilaisista ongelmista ja sairauksista on ehkäistävissä terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn keinoin. Terveyden edistämisen näkökulmana on oltava koko ihmisen elinkaari, lapsuudesta vanhuuteen. (Parjanne 2008, 148.)

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen päätöksenteon tulisi yhdistyä kunnan muuhun päätöksentekoon. Väestön hyvinvoinnilla ja terveydenedistämällä tulisi olla kunnan päätöksenteossa riittävä painoarvo, jotta kunta pystyisi edistämään väestön hyvinvointia ja terveyttä kaikessa päätöksenteossään. (VM 2012a, 71, 73.) Terveyden edistämiseen liittyvissä päätöksissä tulee huomioida useita näkökulmia ja pyrkiä arvioimaan päätösten vaikutuksia sekä yhteiskunnallisella tasolla että eri väestöryhmissä. (Parjanne 2008, 148.)

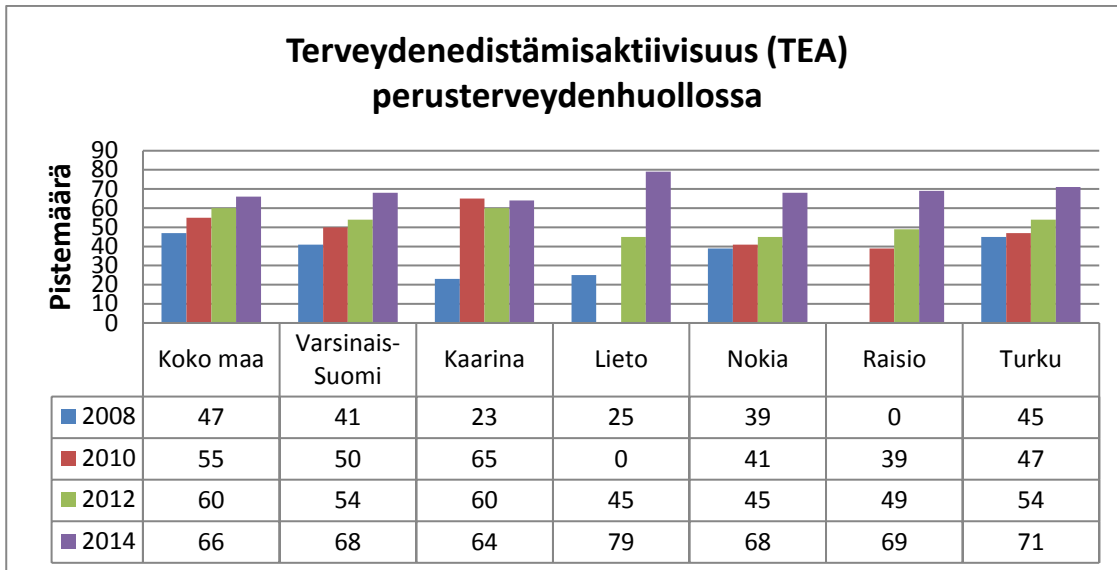
Kuviossa 6 on kuvattuna terveydenedistämisasiivisuus kunnan strategisessa johtamisessa. Pistemäärä asteikolla 0–100 kuvaa, miten hyvin terveydenedistämisasiivisuus toteutuu kunnassa. Pistemäärä on terveydenedistämisasiivisuuden ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on oletetun hyvän käytännön ja hyvän laadun mukaista. (Sotkanet 2015.) 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 13 Terveydenedistämisasiivisuus (TEA) kunnan strategisessa johtamisessa, pistemäärä (Sotkanet 2015)

Terveydenedistämisasiivisuus kunnan strategisessa johtamisessa oli vuonna 2013 Kaarinassa (70 pistettä) lähes samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa (72 pistettä). Nokiolla (89 pistettä) ja Turussa (80 pistettä) terveydenedistämisasiivisuus kunnan strategisessa johtamisessa oli vuonna 2013 hieman korkeampi kuin Kaarinassa (70 pistettä). (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 7 on kuvattuna kuntien terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa. Pistemäärä asteikolla 0–100 kuvaa kunnan kansanterveystyöstä vastaavan yksikön eli terveyskeskuksen terveydenedistämisasiivisuutta. Pistemäärä on terveydenedistämisasiivisuuden ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. (Sotkanet 2015.) 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 14 Terveydenedistämisasiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa, pistemäärä (Sotkanet 2015)

Terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa oli vuonna 2014 Kaarinassa (64 pistettä) matalampi kuin keskimäärin koko maassa (66 pistettä) ja Varsinais-Suomen alueella (68 pistettä) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

### 3.3.3 Kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut

Kunnan tehtävänä on edistää, tukea ja järjestää kulttuuripalveluja kunnassa (Kuntien kulttuuritoiminnasta annettu laki 728/1992). Monipuoliset kulttuuripalvelut edistävät ihmisten hyvinvointia ja luovat alueelle elinvoimaisuutta. Kunnalliseen kulttuuritoimintaan kuuluvat yleinen kulttuuritoiminta ja avustukset. Avustustoiminnalla luodaan mahdollisuuksia kulttuurin omaehtoiselle harrastamiselle ja ammatilliselle taidetoiminnalle. Kunnan vahvuuksista ja mielenkiinnonkohteista riippuen kulttuuripalveluita voivat olla kirjastot, museot, teatterit, orkesterit ja taideoppilaitokset. Huomion kiinnittäminen ennalta ehkäisevään toimintaan on kunnille yhä tärkeämpää. On kustannustehokasta ehkäistä terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien syntyä myös kulttuurisin keinoin ja menetelmin. (Kunnat.net 2015.)

Kaarinan kaupunki järjestää erilaisia kulttuuripalveluita, taiteen perusopetusta ja avustuksia. Kaarina mahdollistaa kuntalaisille muun muassa tanssin ja musiikin harrastustoimintaa. Kaarinan kaupungilla ei ole omaa teatteria, mutta Kaarinassa toimivat muun muassa Kaarina-Teatteri, Kaarinan Nuorisoteatteri, Jorma-ryhmä ja Sipilämäen kesäteatteri sekä kiertueteatteri Sätäkivät Silakat ja nuorisopalveluiden Joo-teatteri. (Kaarinan

kaupunki 2015.) Kaarinassa kulttuuritoiminta sisältää paljon myös erilaisia tapahtumia ja juhlia. Lisäksi kunta on mukana Varsinais-Suomen alueen monissa tapahtumissa. Erityisryhmille kuten vanhuksille sekä lapsille ja nuorille järjestetään myös erilaisia tapahtumia. Kaarinassa yhdistysten tukeminen on myös samalla yhteistyötä yhdistysten ja kunnan välillä, sillä monia kulttuuritapahtumia järjestetään yhteistyössä eri yhdistysten kanssa. Kaarinan kaupunki pyrki tukemaan kulttuuritoimintaa lajiin katsomatta. Kaarinan kulttuuritoiminnan vahvuuksia ovat monipuolisuus, joustavuus sekä se, että kulttuuritoiminta pyritään viemään kuntalaisten keskuuteen. Kaarinan kulttuuritoiminnan heikkous on resurssipula niin budjetillisesti kuin tilallisestikin. Kaarinassa kulttuuritoiminnan kehittämiskohteena ovat tiedotus ja käytännön järjestelyt, joihin tarvittaisiin lisää resursseja. (Lehtimäki 2013, 19, 36–38.)

Taulukossa 8 on kuvattuna kulttuuritoiminnan osuus kunnan koko käyttötaloudesta vuonna 2011.

Taulukko 11 Kulttuuritoiminnan osuus kunnan koko käyttötaloudesta vuonna 2011  
(Lehtimäki 2013, 5)

Kunta	Kulttuuritoiminnan osuus käyttötaloudesta, %
Turku	2,58 %
Naantali	1,65 %
Rusko	1,49 %
Kaarina	1,29 %
Raisio	1,12 %
Lieto	1,04 %

Kulttuuritoiminnan käyttötalouden prosentuaalinen osuus kunnan koko käyttötaloudesta oli vuonna 2011 Kaarinassa (1,29 %) pienempi kuin Turussa (2,58 %), Naantalissa (1,65 %) ja Ruskolla (1,49 %), mutta suurempi kuin Raisiossa (1,12 %) ja Liedossa (1,04 %). Kulttuuritoiminnan osuus oli kaiken kaikkiaan pieni kaikissa vertailukunnissa vuonna 2011. (Lehtimäki 2013, 5–6.)

Taulukossa 9 on kuvattuna kulttuuritoiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2011.

Taulukko 12 Kulttuuritoiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2011 (Lehtimäki 2013, 6)

Kunta	Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset, €
Turku	180,25 €
Naantali	108,18 €
Raisio	79,12 €
Rusko	65,62 €
Kaarina	57,24 €
Lieto	56,98 €

Kulttuuritoiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2011 olivat Kaarinassa (57,24 €) pienemmät kuin Turussa (180,25 €), Naantalissa (108,18 €), Raisiossa (79,12 €) ja Ruskolla (65,62 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (56,98 €). Kulttuuritoiminnan asukaskohtaisissa nettokäyttökustannuksissa Kaarina jäi kuntien vertailussa häntäpäähän vuonna 2011. (Lehtimäki 2013, 6 - 7.)

Osana kulttuuripalveluita Kaarinassa järjestetään kansalaistoimintaa, johon kuuluvat esimerkiksi omakotiyhdistykset, eläkeläisyhdistykset, kansainväliset ystävyysseurat ja kotiseutuyhdistykset (Kaarinan kaupunki 2015).

### 3.3.4 *Liikuntapalvelut*

Liikuntalain (1054/1998) mukaan kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa huomioonottamalla myös erityisryhmät. Lähiliikuntapaikat lisäävät terveemmän elämän mahdollisuuksia (Parjanne 2008, 158).

Kaarinan kaupunki järjestää liikuntapalveluja monipuolisesti. Kaarinassa on kaksi liikuntahallia, Vaparin liikuntatilat, uimahalli, kolme yleisurheilukenttää ja useita ulkokenttiä. (Kaarinan kaupunki 2015.) Taulukossa 10 on kuvattuna liikuntapalvelujen nettokustannukset vuonna 2013.

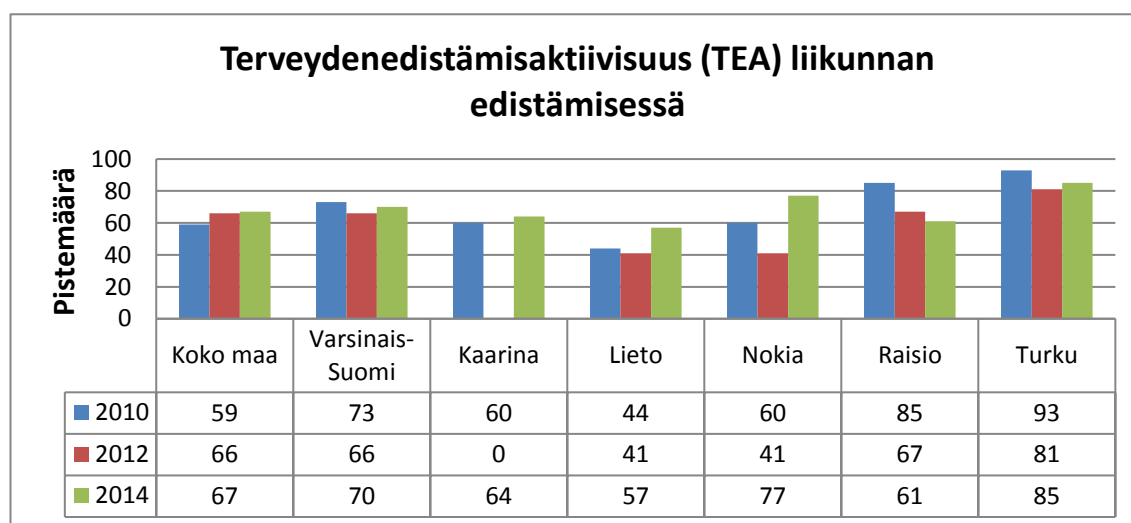


Taulukko 13 Liikuntapalvelujen nettokustannukset vuonna 2013 (Kortelainen ym. 2014, 104)

	Turku	Kaarina	Lieto	Raisio	Rusko
Liikunta ja ulkoilu Nettokustannukset, €/asukas	103	79	72	112	43

Vuonna 2013 Kaarinan (79 €/asukas) liikuntapalveluiden nettokustannukset asukasta kohden olivat pienemmät kuin Turussa (103 €/asukas) ja Raisiossa (112 €/asukas), mutta suuremmat kuin Liedossa (72 €/asukas) ja Ruskolla (43 €/asukas) (Kortelainen ym. 2014, 104).

Kuviossa 8 on kuvattuna kaupunkien terveydenedistämisen aktiivisuus liikunnan edistämiseksi. Pistemäärä asteikolla 0–100 kuvaa kunnan liikunnasta vastaavan tahon terveydenedistämisen aktiivisuutta. Pistemäärä on terveydenedistämisen aktiivisuuden ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. (Sotkanet 2015.) 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 15 Terveydenedistämisen aktiivisuus (TEA) liikunnan edistämiseksi, pistemäärä (Sotkanet 2015)

Terveydenedistämisen aktiivisuus liikunnan edistämiseksi oli vuonna 2014 Kaarinassa (64 pistettä) matalampi kuin keskimäärin koko maassa (67 pistettä), Varsinais-Suomen alueella (70 pistettä) ja Nokiassa (77 pistettä) sekä Turussa (85 pistettä) (Sotkanet 2015).

### 3.3.5 Nuorisopalvelut

Kunnan tehtäviin kuuluvat nuorisotyö- ja politiikka, joihin sisältyvät nuorten kasvatuksellinen ohjaus, toimintatilat ja harrastusmahdollisuudet, tieto- ja neuvontapalvelut, nuorisoyhdistyksien ja muiden nuorisoryhmien tuki, liikunnallinen, kulttuurinen, kansainvälinen ja monikulttuurinen nuorisotoiminta, nuorten ympäristökasvatus sekä tarvittaessa nuorten työpajapalvelut ja etsivä nuorisotyö tai muut paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin sopivat toimintamuodot (Nuorisolaki 72/2006).

Kaarinan kaupungin nuorisopalvelut sisältävät erilaisia palveluja nuorille. Palveluja ovat muun muassa nuorisoavustukset ja avun saaminen opiskelu- tai työhaussa sekä elämänhallinnassa. Kaarinan kaupungin nuorisopalvelut ylläpitävät avointa nuorisotalotoimintaa alueellisen mallin mukaisesti. Kaarinassa on viisi nuorisotilaa. Nämä ovat Ampperi, Kotimäen nuorisotila, Kuusiston nuorisotila, Pontela ja Piispanlähteen nuorisotila. Lisäksi nuorille järjestetään toimintaa Vaparissa ja Vuolahden leirialueella. Nuorisotyön osana ovat erityisnuorisotyö ja etsivä nuorisotyö. Näiden avulla pyritään ehkäisemään nuorten syrjäytymistä yhteiskunnasta. (Kaarinan kaupunki 2015.) Taulukossa 11 on kuvattuna nuorisopalvelujen nettokustannukset vuonna 2013.

Taulukko 14 Nuorisopalvelujen nettokustannukset vuonna 2013 (Kortelainen ym. 2014, 104)

	Turku	Kaarina	Lieto	Raisio	Rusko
Nuorisopalvelut					
Nettokustannukset, €/asukas	45	24	22	34	32

Vuonna 2013 Kaarinan nuorisopalveluiden nettokustannukset asukasta kohden (24 €/asukas) olivat pienemmät kuin Turussa (45 €/asukas), Raisiossa (34 €/asukas) ja Ruskolla (32 €/asukas), mutta hieman suuremmat kuin Liedossa (22 €/asukas) (Kortelainen ym. 2014, 104).

## 3.4 Kotihoito- ja vanhuspalvelut

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) mukaan kunnan velvollisuutena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä turvata iäkkäiden henkilöiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Tulevaisuudessa

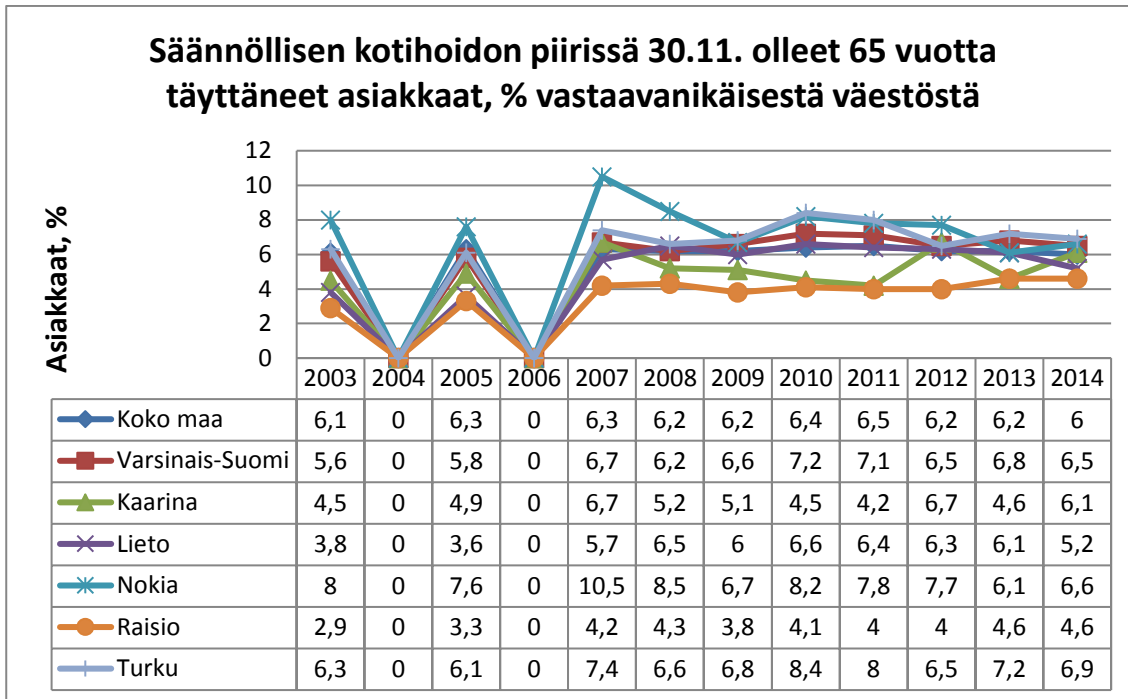
vanhuspalvelut ovat yhä keskeisemmässä asemassa kuntien sosiaali- ja terveystalouksissa sekä palvelun järjestäjän ja palvelun käyttäjien että henkilöstön ja talouden näkökulmasta (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 19). Ikääntyneiden palveluiden johtaminen on haasteellista, koska se vaatii ymmärrystä asiakkaiden moninaisista ongelmista ja hoitoratkaisuista sekä henkilöstön riittävyyden ja motivoinnin turvaamista (Noro & Finne-Soveri 2008, 115).

Kunnilla on paljon harkintavaltaa siinä, miten se haluaa järjestää ikäihmisten palvelut. Kalliiden laitospaikkojen vähentäminen ja tehostetun palveluasumisen tai kotona asumisen tukeminen on ollut jo pitkään tavoitteena. Kuntien sosiaali- ja terveystalouksien keskimääräistä kalliimpia tekijöitä on laitospaikkojen suhteellisen suuri osuus. Vanhusten elämänlaadun kannalta laitoshoidon on usein huonompi vaihtoehto kuin kodinomaisen, erilaisiin tukipalveluihin perustuvan asumismallin. Palveluasuminen on yleensä asiakkaalle kalliimpaa kuin laitoshoidon, joka on puolestaan kunnille kalliimpi vaihtoehto. (Mäkitalo ym. 2010a, 5 - 6.)

### **3.4.1 Kotihoitopalvelut**

Kaarinassa kotihoitopalveluihin kuuluvat kotihoito (hoito, huolenpito, sairaanhoito), kotihoidon palveluohjaus, perhehoito, tukipalvelut (ateriapalvelu, turvapalvelu, päivähoito, kylvytys/sauna- ja pyykkipalvelut), sotainvalidien palvelut ja veteraanasiat. Kotihoito on kotiin annettua lyhytaikaista tai pitkäaikaista hoitoa. Se on tarkoitettu niille, jotka eivät selviydy ilman apua jokapäiväisistä toiminnoistaan. Palvelu on ympärivuorokautista. Palvelujen sujumisesta huolehtii kotihoidon johtaja yhdessä 54 hoitoalan koulutuksen saaneen työntekijän kanssa. (Kaarinan kaupunki 2015.)

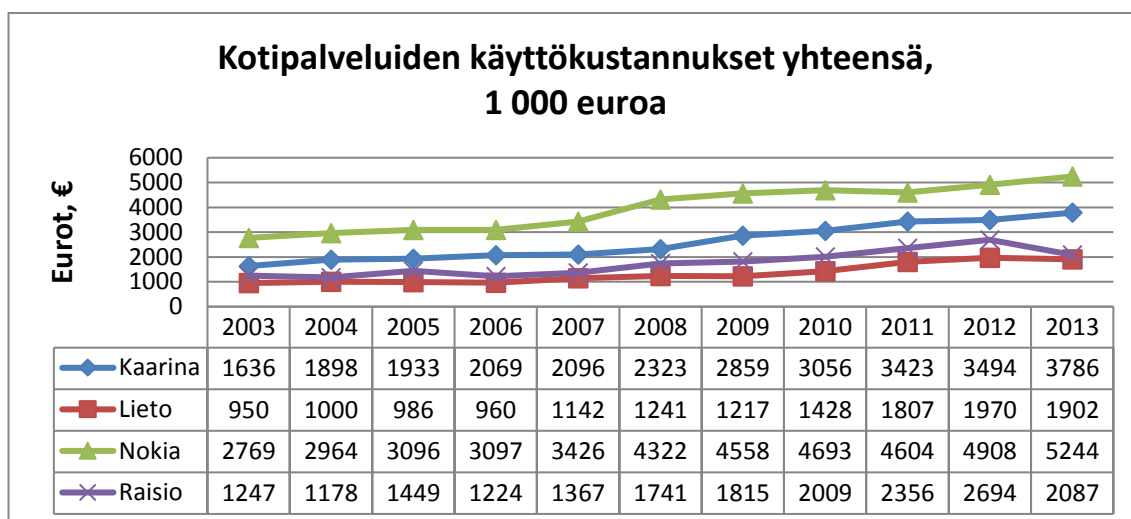
Kuviossa 9 on kuvattu säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 65 vuotta täyttäneet asiakkaat. Se kertoo, kuinka monta prosenttia 65 vuotta täyttäneistä saa säännöllisesti kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoitoa vastaavanikäiseen väestöön verrattuna. (Sotkanet 2015.) 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 16 Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 65 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (Sotkanet 2015)

Säännöllisen kotisairaanhoidon piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäiseen väestöön verrattuna on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kaarinan kaupungissa kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä oli vastaavanikäiseen väestöön verrattuna vuonna 2014 (6,1 %) koko maan keskiarvoa (6,0 %) vastaavasti. Liedossa (5,2 %) ja Raisiossa (4,6 %) oli vähemmän kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kuin Kaarinassa (6,1 %). Nokiolla (6,6 %) ja Turussa (6,9 %) oli samana vuonna enemmän kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kuin Kaarinassa. (Sotkanet 2015.)

Yksinasumisen yleistymisen lisäksi kotihoidon tarvetta (Kangasharju 2007, 3). Palvelurakennetavoitteiden mukaisesti 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. Ikääntyneiden kotona asumista tukevat palvelut ja hoitaminen vaativat kuitenkin merkittävästi lisää voimavaroja peruspalveluihin. (Kortelainen ym. 2014, 52.) Kuviossa 10 on kuvattuna kotipalveluiden käyttökustannukset vuosina 2003–2013.

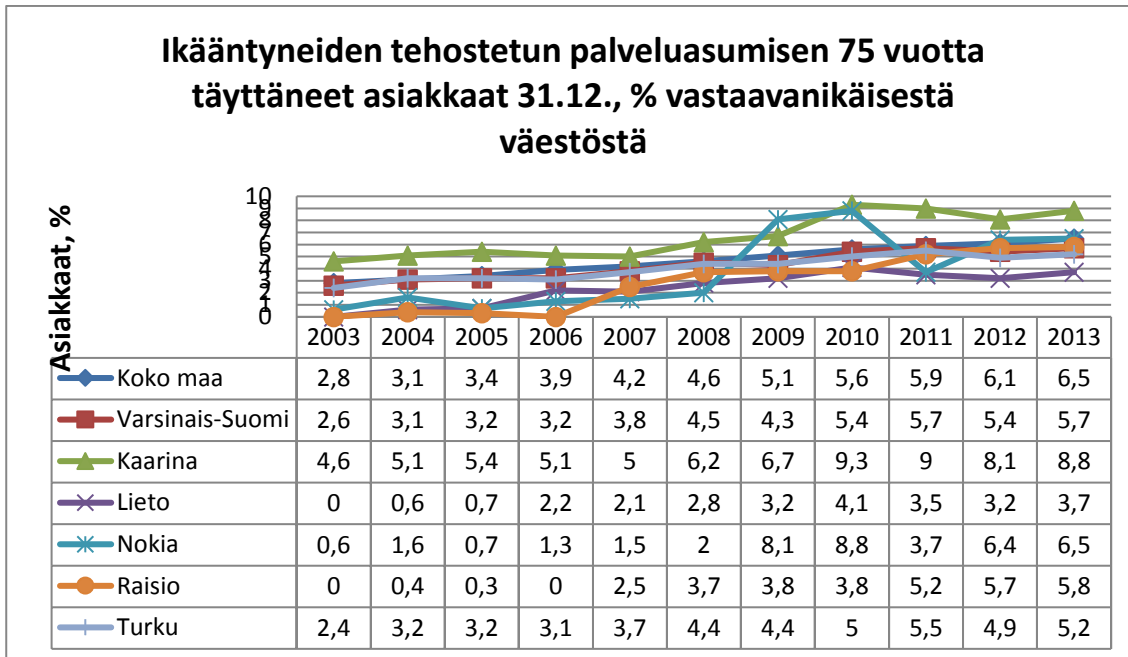


Kuvio 17 Kotipalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Kotipalveluiden käyttökustannukset ovat kaksinkertaistuneet vuosien 2003 ja 2013 aikana sekä Kaarinassa että vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja Raisio). Kotipalveluiden käyttökustannukset olivat Kaarinassa (3 786 000 €) alhaisemmat kuin Nokialla (5 244 000 €), mutta korkeammat kuin Liedossa (1 902 000 €) ja Raisiossa (2 087 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

### 3.4.2 Palveluasuminen

Kaarinan kaupunki järjestää vanhuksille tehostettua palveluasumista, johon kuuluvat pitkäaikainen ja lyhytaikainen palveluasuminen sekä kriisihoito. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu asiakkaille, joilla on ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon tarve, mutta ei tarvitse jatkuvaa sairaalatasoista hoitoa. Kaarinassa on neljä pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen yksikköä. Nämä ovat Kaarinakoti, Hovirinnan ja Värttinän palvelukeskukset sekä Tupasvillan ryhmäkoti. Lisäksi tehostettua palveluasumista on tarjolla yksityisissä yksiköissä, joiden kanssa Kaarinan kaupunki on tehnyt puitesopimuksen tai jotka Kaarina on hyväksynyt tehostetun palveluasumisen palvelusetelituottajaksi. Lyhytaikaista tehostettua palveluasumista ja kriisitukea järjestetään Omaishoidon tukikeskus Visiitissä. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kuviossa 11 on kuvattuna tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä.



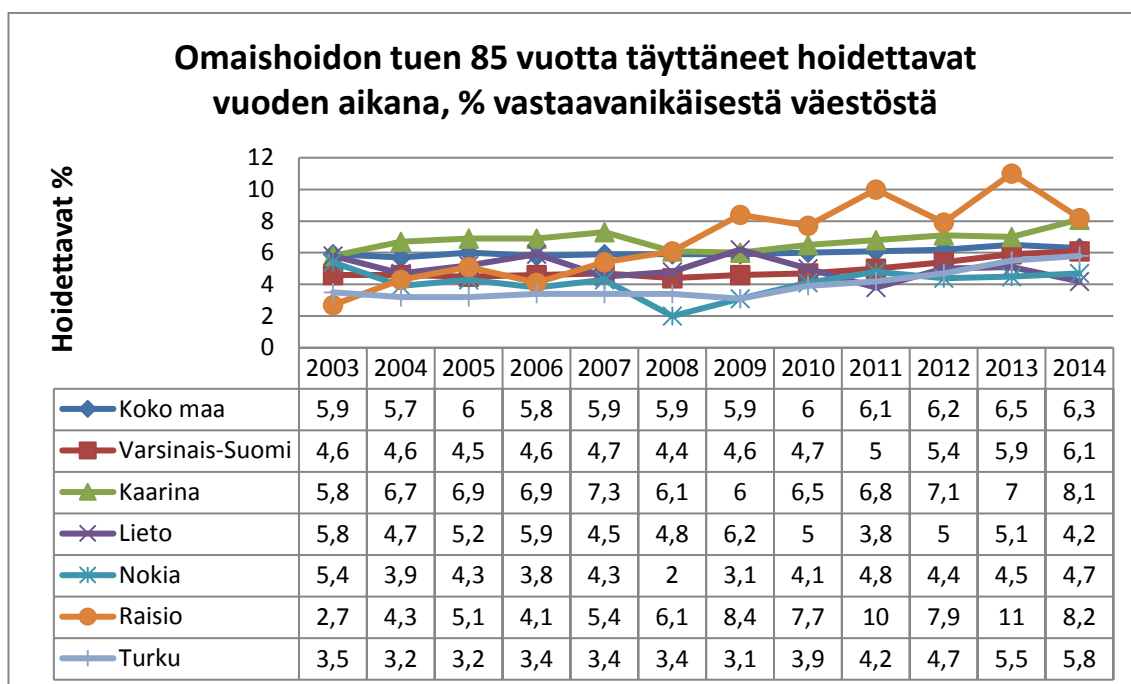
Kuvio 18 Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä (Sotkanet 2015)

Tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä on kasvanut vuosien 2003 ja 2013 aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa ja kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Asiakkaiden prosentuaalinen osuus vuonna 2013 oli Kaarinassa (8,8 %) suurempi kuin keskimäärin koko maassa (6,5 %), Varsinais-Suomessa (5,7 %) ja muissa vertailukunnissa. (Sotkanet 2015.)

### 3.4.3 Omaishoito

Omaishoidon asiakkaita ovat omaishoidettavat vanhukset ja vammaiset perheineen. Omaishoidon palveluihin kuuluvat palveluohjaus, kotona asumista tukevat palvelut ja omaishoidon tukipalkkiot. Omaishoidon tuki tarkoittaa kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Omaishoito tai muu läheinen henkilö voi toimia omaishoitajana. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Kuviossa 12 on kuvattuna omaishoidon tukea saaneiden 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä.



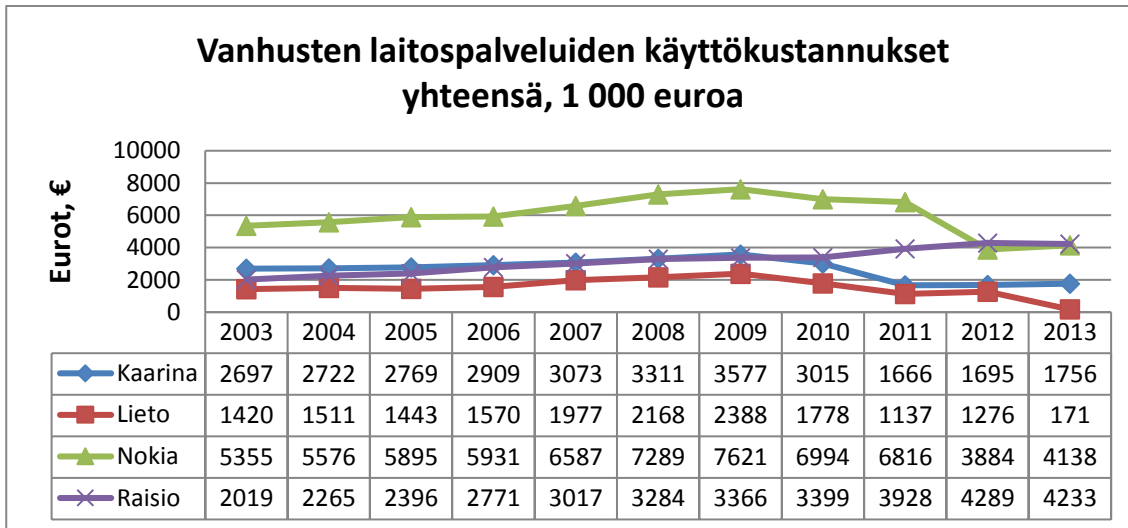
Kuvio 19 Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä (Sotkanet 2015)

Kaarinassa omaishoidon tukea saaneiden 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä on kasvanut vuosien 2003 ja 2014 aikana. Vuonna 2014 prosentuaalinen osuus oli Kaarinassa (8,1 %) korkeampi kuin keskimäärin koko maassa (6,3 %), Varsinais-Suomessa (6,1 %), Liedossa (4,2 %), Nokiolla (4,7 %) ja Turussa (5,8 %). Raisiossa (8,2 %) omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneiden osuus oli lähes samalla tasolla kuin Kaarinassa (8,1 %) vuonna 2014. (Sotkanet 2015.)

### 3.4.4 Vanhusten laitoshoido

Kaarinassa toimii vanhusten 29 -paikkainen vanhainkoti Valmakoti, jossa tarjotaan hoivahoitoa, dementiahoitoa ja pitkäaikaista laitoshoidoa. Vanhainkoti tarjoaa pitkäaikaista kodinomaista laitoshoidoa vanhuksille, jotka eivät enää tule toimeen kotona tehostetun kotihoidon avulla tai tehostettu palveluasuminen ei ole heille myöskään riittävän turvallinen asumismuoto. Asukkaan hoidosta vastaa koulutettu omaishoitaja yhdessä koko Valmakodin moniammatillisen hoitotiimin kanssa. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä omaisten kanssa. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Kuviossa 13 on kuvattuna vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset vuosina 2003–2013.



Kuvio 20 Vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 käyttökustannukset olivat Kaarinassa (1 756 000 €) pienemmät kuin Nokialla (4 138 000 €) ja Raisiossa (4 233 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (171 000 €). (Sotkanet 2015.) Laitospalveluista avopalveluihin siirtyminen on yksi kustannusten hallinnan keskeinen keino (Hiironniemi 2013, 91).

### 3.4.5 Senioreiden perhehoitokylä

Kaarinassa on vuonna 2014 valmistunut Suomen ensimmäinen senioreiden perhehoitokylä. Se tarjoaa kodinomaisen asumisen ja hoivan ikäihmisille, jotka eivät pärjää yksin kotona, mutta eivät ole tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeessa. Perhehoitokylässä on viisi perhekotia, joissa jokaisessa asuu perhehoitajan kanssa neljä ikäihmistä. (Kaarinan kaupunki 2015.)

## 3.5 Perhe- ja sosiaalipalvelut

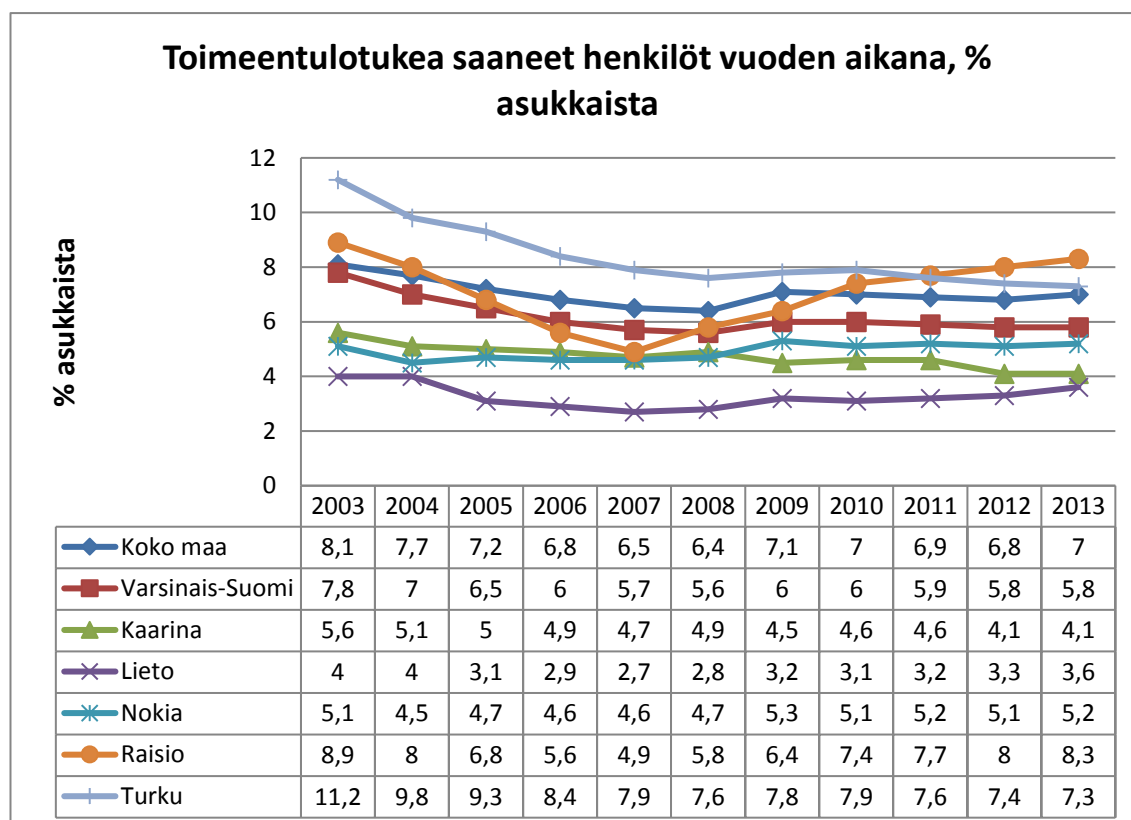
### 3.5.1 Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelut palvelevat Kaarinassa kaikenikäisiä kuntalaisia. Sosiaalipalvelut tarjoavat muun muassa neuvontaa ja ohjausta. Palvelut sisältävät asiakkaan palvelutarpeiden



arviointia. Osa asiakkaista on toimeentulon hakijoita, mutta asiakkaina on enenevässä määrin myös muita asiakasryhmiä kuten esimerkiksi lapsiperheitä. (Kaarinan kaupunki 2015.)

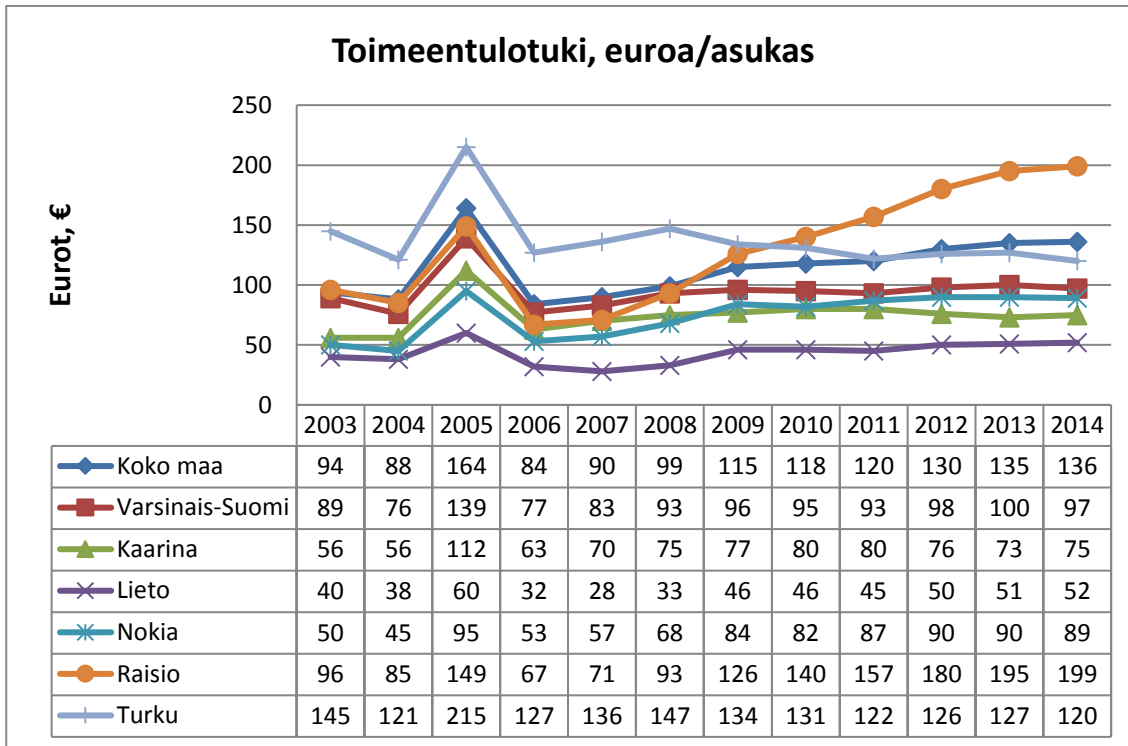
Laki toimeentulotuesta (1412/1997) määrittelee, että toimeentulotuen tarkoituksena on turvata henkilön ja perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Tuen avulla turvataan asiakkaan vähintään välttämätön toimeentulo. Kuviossa 14 on kuvattuna toimeentulotukea saaneiden henkilöiden prosentuaalinen määrä vuosina 2003–2013.



Kuvio 21 Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista (Sotkanet 2015)

Toimeentulotukea saaneiden henkilöiden prosentuaalinen määrä on vähentynyt 1,5 % Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Toimeentulon saaneita henkilöitä oli Kaarinassa (4,1 %) vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (7 %), Varsinais-Suomessa (5,8 %), Nokialla (5,2 %), Raisiossa (8,3 %) ja Turussa (7,3 %), mutta enemmän kuin Liedossa (3,6 %) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuntien toimeentulotuen myöntämiskäytännöt vaikuttavat maksetun toimeentulotuen määrään (Sotkanet 2015). Kuviossa 15 on kuvattuna toimeentulotuen kustannukset tarkasteltavan alueen yhtä asukasta kohti vuosina 2003–2014.



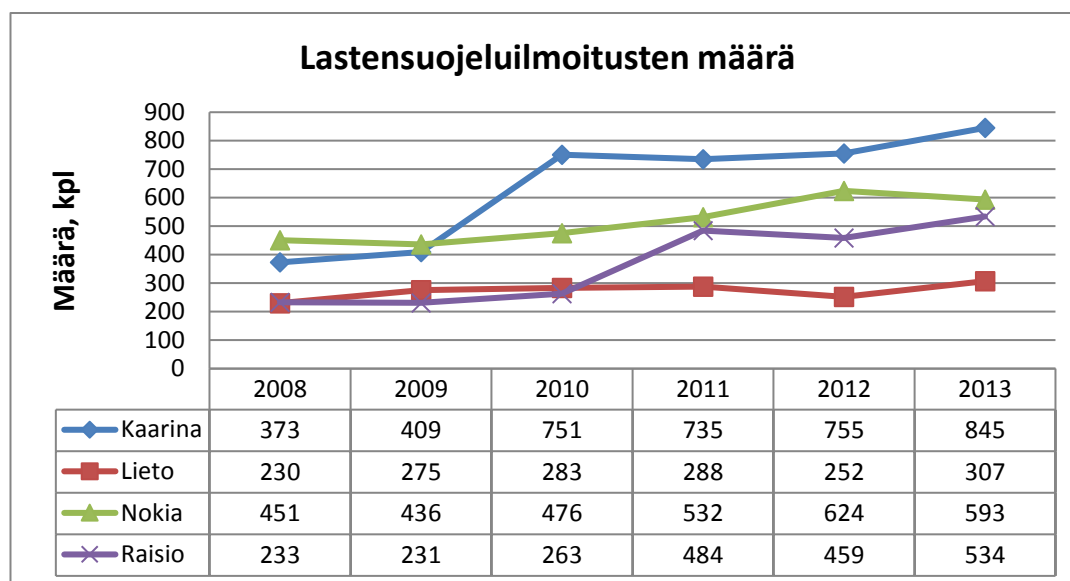
Kuvio 22 Toimeentulotuki, euroa/asukas (Sotkanet 2015)

Toimeentulotuen kustannukset ovat nousseet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2014 aikana. Vuonna 2014 toimeentulotuen kustannukset per asukas olivat Kaarinassa (75 €/asukas) alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa (136 €/asukas), Varsinais-Suomessa (97 €/asukas), Nokialla (89 €/asukas), Raisiossa (199 €/asukas) ja Turussa (120 €/asukas), mutta korkeammat kuin Liedossa (52 €/asukas). (Sotkanet 2015.)

### 3.5.2 Lastensuojelupalvelut

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia lastensuojelusta. Tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. (Lastensuojelulaki 417/2007.) Lastensuojelupalvelut on tarkoitettu lapsiperheille, jotka tarvitsevat apua lasten arkeen ja perheen kriiseihin liittyvissä tilanteissa. Lastensuojelutyöhön kuuluvat lastensuojelutarpeen selvitys, avohuollon tukitoimet, sijaishuolto ja jälkihuolto. (Kaarinan kaupunki 2015.) Lastensuojelulain (417/2007) mukaan viranomaisella on ilmoitusvelvollisuus havaitsemastaan lastensuojelutarpeesta. Jokainen, jolla on huoli lapsen tilanteesta, voi tehdä ilmoituksen lastensuojeluilmoituksen yhdessä viranomaisen kanssa (Kaarinan kaupunki 2015). Lastensuojelun tarve on lisääntynyt koko maassa (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 21).

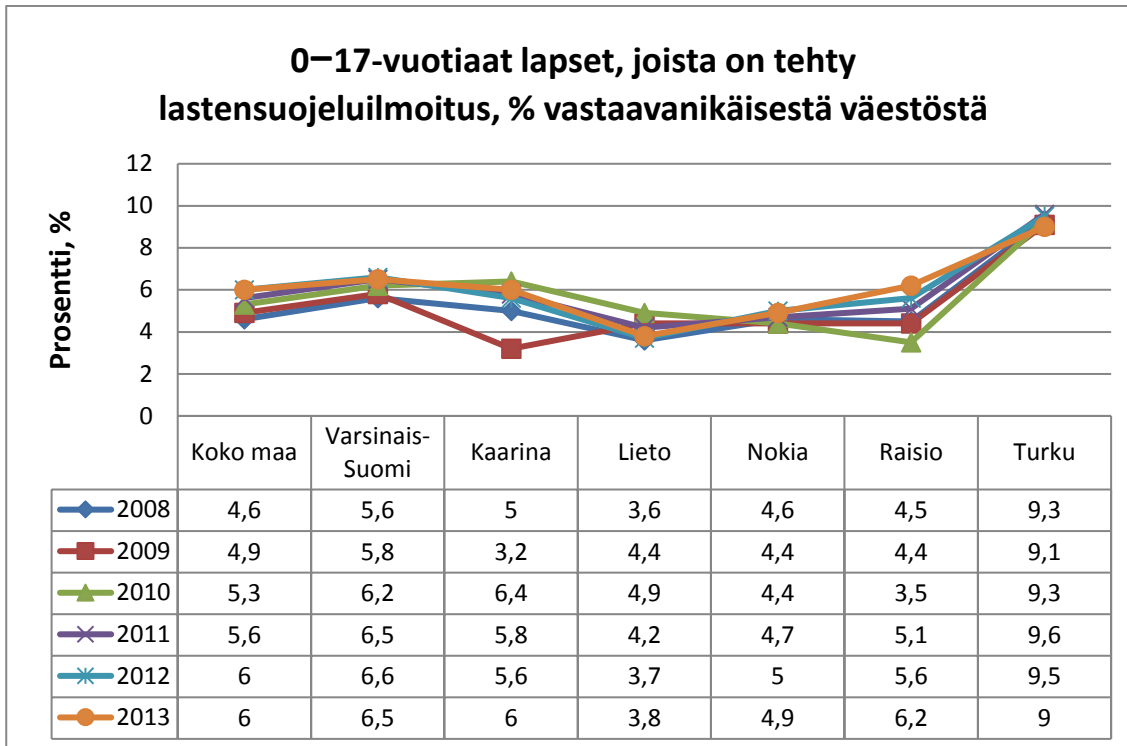
Kuviossa 16 on kuvattuna vuoden aikana tehtyjen lastensuojeluilmoitusten lukumäärät Kaarinassa, Liedossa, Nokialla ja Raisiossa. Yhdestä lapsesta on voitu tehdä useampi ilmoitus. Lukumäärissä on mukana kaikki tehdyt ilmoitukset. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 23 Lastensuojeluilmoitusten määrä (Sotkanet 2015)

Lastensuojeluilmoitusten määrä on lisääntynyt vuosien 2008–2013 aikana kaikissa vertailukunnissa. Kaarinassa ilmoitusten määrä on yli kaksinkertaistunut vuosien 2008 (373 kpl) ja 2013 (845 kpl) aikana. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 17 on kuvattuna 0–17-vuotiaiden lasten, joista on vuoden aikana tehty lastensuojeluilmoitus, prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä. Yhdestä lapsesta on saatettu tehdä useampi ilmoitus, mutta lapsi on lukumäärissä kertaalleen. (Sotkanet 2015.)

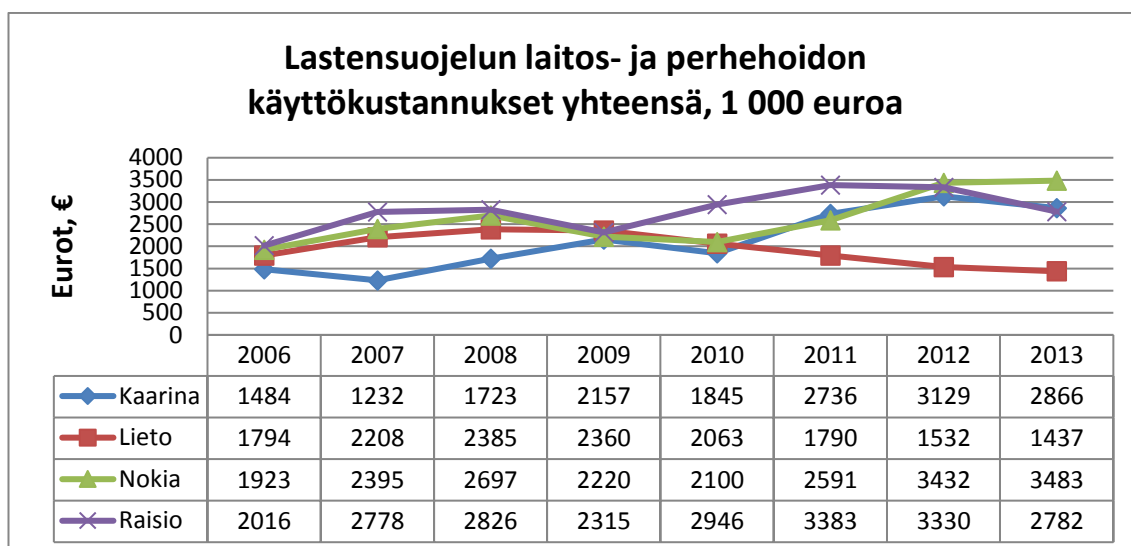


Kuvio 24 0–17-vuotiaat lapset, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, % vastaavanikäisestä väestöstä (Sotkanet 2015)

0–17-vuotiaiden lasten, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä on lisääntynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokialla ja Raisiossa vuosien 2008 ja 2013 aikana. Kaarinassa (6 %) lasten prosentuaalinen osuus oli samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa (6 %) vuonna 2013. Liedossa (3,8 %) ja Nokialla (4,9 %) lasten prosentuaalinen osuus oli pienempi kuin Kaarinassa (6 %) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan lastensuojeluilmoituksen tulisi olla käsitelty seitsemän arkipäivän kuluessa. Lastensuojeluilmoitukset tai vastaavat yhteydenotot ratkaistiin Kaarinassa 100 %:ssa tapauksista vuonna 2014 lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa. Liedossa ratkaisuprosentti oli 100 % ja Raisiossa 97 % vuonna 2014. Keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa ratkaisuprosentti oli noin 95 % lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa vuonna 2014. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 18 on kuvattuna lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset vuosina 2006–2013.



Kuvio 25 Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

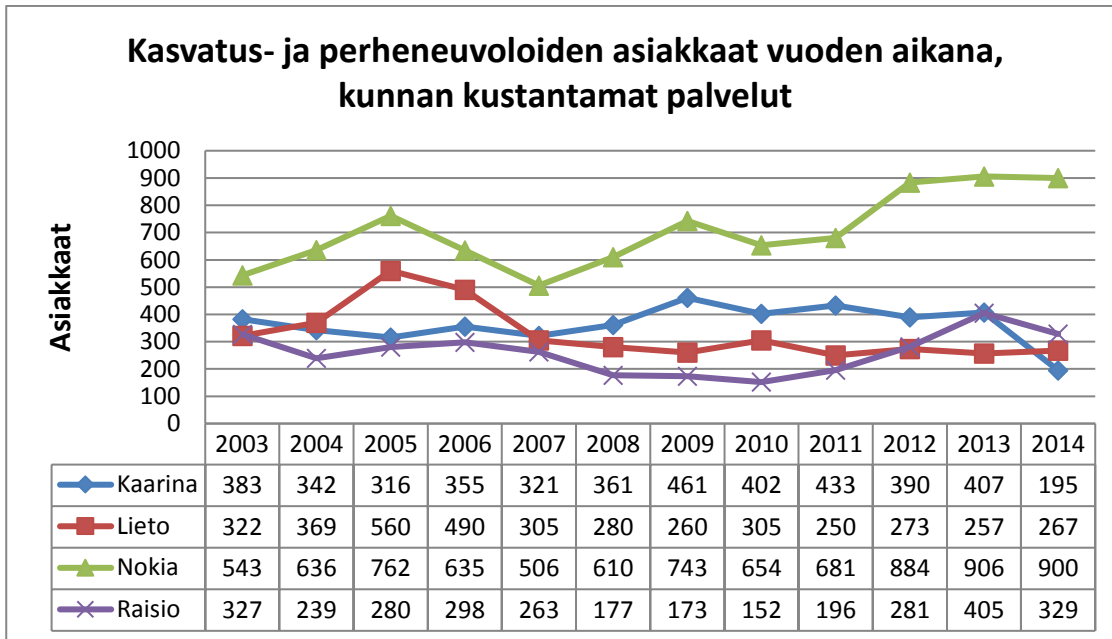
Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset ovat Kaarinassa nousseet vuosien 2006 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 käyttökustannukset olivat Kaarinassa (2 866 000 €) pienemmät kuin Nokialla (3 483 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (1 437 000 €) ja Raisiossa (2 782 000 €). (Sotkanet 2015.)

### 3.5.3 Perhekeskus

Perhekeskus on perhe- ja sosiaalipalveluiden vastuualueeseen kuuluva moniammatillinen varhaisen tuen yksikkö, joka tuottaa Kaarinan Olkkarin, perheneuvolan, neuvolan perhetyön, lastensuojelun lähityön ja lastenvalvojan palvelut. Perhekeskuksen toiminnan tavoitteena on edistää perheiden auttamisen painopisteen siirtymistä erityispalveluista yleispalveluihin ja työskentelyn siirtymistä lasten ja perheiden arkisiin toimintaympäristöihin kuten kouluun, päivähoitoon tai vapaa-aikaan. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Perhekeskukseen kuuluvassa perheneuvolassa työskentelee psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja lastenvalvoja sekä ostopalveluina toteutettuna lastenpsykiatriin resurssi (Reiman 2015). He auttavat lapsiperheitä ratkaisujen löytämisessä perhe-elämän ja kasvatuksen pulmiin. Perheneuvolan palvelut ovat tarkoitettu Kaarinan, Paimion ja Sauvon lapsiperheille. (Kaarinan kaupunki 2015.) Perhekeskuksessa työskentelee lisäksi perhetyöntekijöitä, perheohjaajia ja kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa. He tarjoavat muun muassa tehostetun perhetyön ja muita lastensuojelun avohuollon palveluja sekä sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisia lapsiperheiden palveluja. (Reiman 2015.)

Kuviossa 19 on kuvattuna vuoden aikana sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisten kasvatus- ja perheneuvolapalveluja saaneiden (sekä lasten että aikuisten) lukumäärä.



Kuvio 26 Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut (Sotkanet 2015)

Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaiden määrä on vaihdellut Kaarinassa vuosittain. Vuonna 2014 Kaarinassa (195 kpl) oli asiakkaita vähemmän kuin Liedossa (267 kpl), Nokialla (900 kpl) ja Raisiossa (329 kpl). (Sotkanet 2015.)

### 3.5.4 Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö

Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö on kuntien yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Kaarinan kaupunki toimii Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikön hallinnoivana kuntana. Yksikkö palvelee 24 maakunnan kuntaa kaikissa avo- ja sijaishuoltoon liittyvissä sijoitustarpeissa. (Kaarinan kaupunki 2015.)

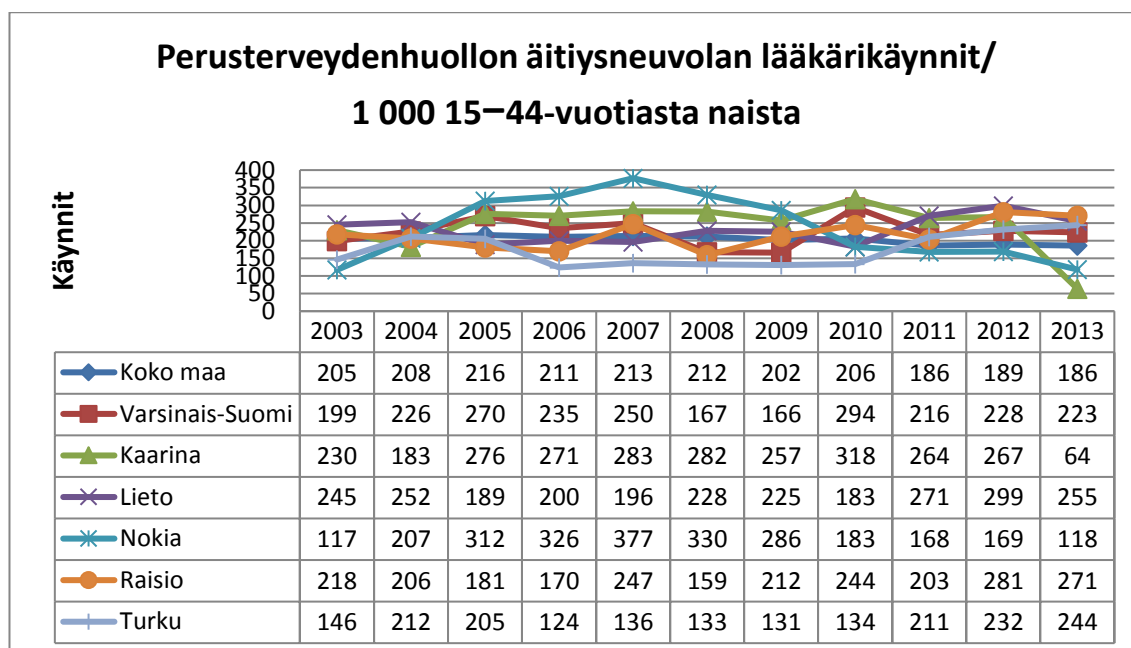
Yksikön tavoitteena on vahvistaa lastensuojelun sijaishuollon erityisosaamista sekä kehittää maakunnallista yhteistyötä ja yhteisiä toimintakäytäntöjä sijaishuollon laadun ja kustannusten hallinnan parantamiseksi. Yhteistoiminnan tavoitteena on edistää sijaishuollon rakennemuutosta vahvistamalla toimeksiantosuhteista perhehoitoa toiminnan edellytyksiä parantamalla. Toimintaan osallistuvat kunnat ovat allekirjoittaneet sopimuksen, jossa määritellään sopimuksen kattavan avo- ja sijaishuollon palvelujen organisointia, tuottamista ja kehittämistä maakunnallisesti Varsinais-Suomen alueella. Sopimuksen piirissä ovat toimeksiantosuhteinen perhehoito, ammatilliset perhekodit ja laitokset, läheisneuvonpito ja sijoitusprosessi sekä yhteistyö ja verkostoituminen. (Reiman 2015.)

### 3.5.5 Ehkäisy- ja äitiysneuvola

Ehkäisyneuvolassa asiakasta tuetaan ja ohjataan tarkoituksenmukaisen ehkäisyn valinnassa ja raskauden suunnittelussa. Kaarinan kaupungissa on kaksi ehkäisyneuvolaa, joissa työskentelee kaksi terveydenhoitajaa. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Äitiysneuvolan tehtävänä on raskauden seuranta, raskauden tuomien häiriöiden seurantaa, riskiraskauksien hoitoon ohjaaminen, valmentaminen synnytykseen ja vanhemmuuteen sekä parisuhteen tukeminen. Palvelun tavoitteena on edistää lasta odottavien perheiden terveyttä ja hyvinvointia. Tarkastukset tehdään valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Kaarinan kaupungissa on neljä äitiysneuvolan toimipistettä. (Kaarinan kaupunki 2015.)

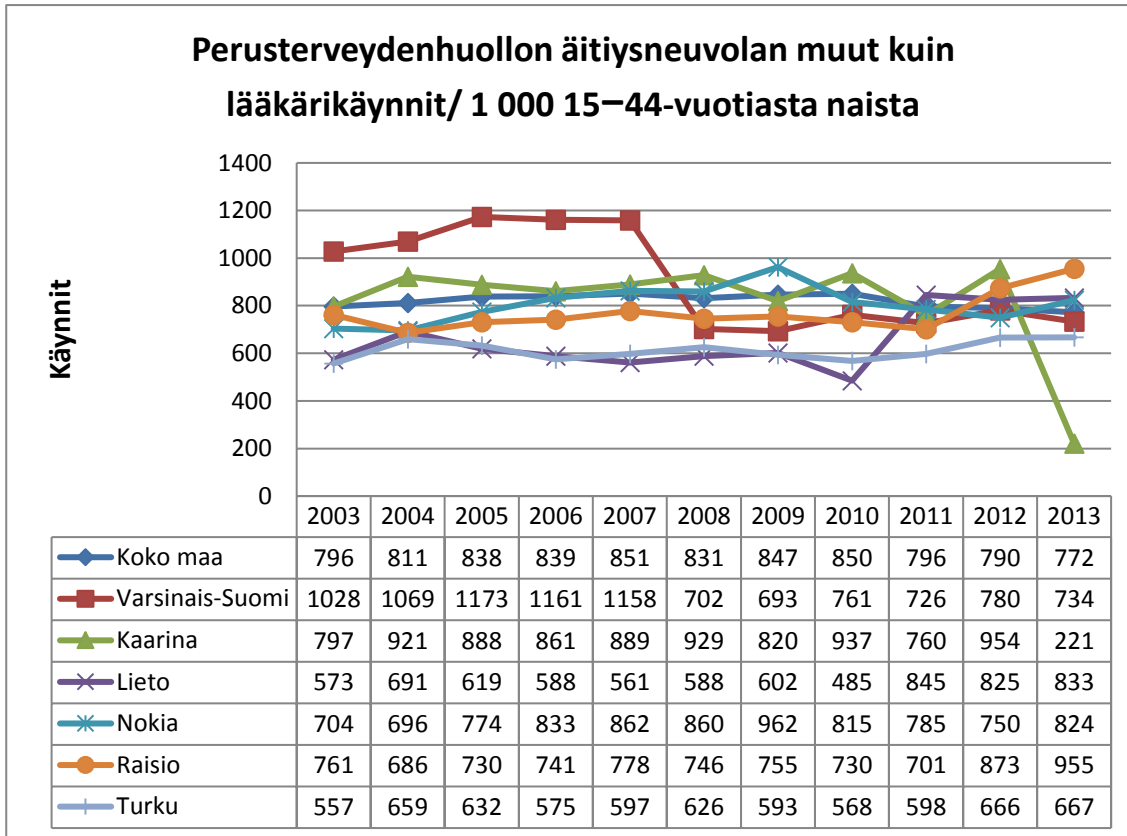
Kuviossa 20 on kuvattuna perusterveydenhuollon äitiysneuvolan lääkärikäyntien osuus tuhatta 15–44-vuotiasta naista kohti. Äitiysneuvolan käynnit sisältävät terveyskeskusten äitiysneuvolassa tehdyt lääkärikäynnit. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 27 Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan lääkärikäynnit/1 000 15–44-vuotiasta naista (Sotkanet 2015)

Äitiysneuvolan lääkärikäynnit ovat Kaarinassa vähentyneet viimeisen parin vuoden aikana. Vuonna 2012 käyntejä oli 267 kpl/1 000 naista kohti, kun vuonna 2013 käyntejä oli 64 kpl/1 000 naista kohti. Myös keskimäärin koko maassa käynneissä on tapahtunut jonkin verran vähentymistä, mutta ei samalla tasolla kuin Kaarinassa. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 21 on kuvattuna perusterveydenhuollon äitiysneuvolan muiden kuin lääkärikäyntien osuus tuhatta 15–44-vuotiasta naista kohti. Äitiysneuvolan muut kuin lääkärikäynnit sisältävät terveyskeskusten äitiysneuvolassa tehdyt käynnit muun ammattihenkilökunnan luona. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)



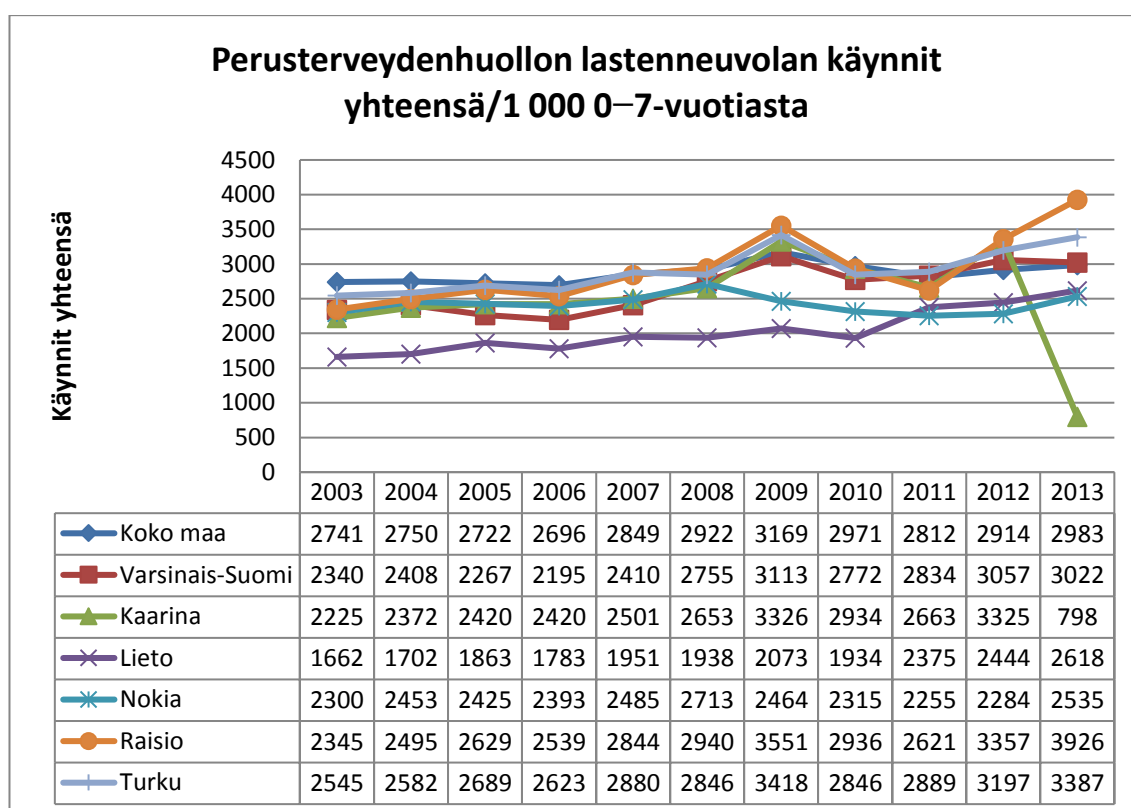
Kuvio 28 Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan muut kuin lääkärikäynnit/1 000 15–44-vuotiasta naista (Sotkanet 2015)

Muut kuin lääkärikäynnit ovat vähentyneet Kaarinassa huomattavasti. Vuonna 2013 Kaarinassa (221 kpl/1 000 naista) oli käyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (772 kpl/1 000 naista) ja Varsinais-Suomessa (734 kpl/1 000 naista) sekä kaikissa muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 221 kpl/1 000 naista kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 954 kpl/1 000 naista kohti. (Sotkanet 2015.)



### 3.5.6 Lastenneuvola

Lastenneuvolapalveluiden tarkoituksena on seurata alle kouluikäisen lapsen kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tukea perhettä vanhemmuudessa. Lapsen kehityksen seuraamiseksi lapselle tehdään eri ikävaiheissa terveystarkastuksia. Tarkastukset tehdään valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Kaarinan kaupungissa on neljä lastenneuvolan toimipistettä. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kuviossa 22 on kuvattuna lastenneuvolan käyntien osuus tuhatta 0–7-vuotiasta kohti. Lastenneuvolan käynnit sisältävät terveyskeskusten lastenneuvolassa tehdyt lääkärikäynnit sekä käynnit muun ammattihenkilökunnan luona. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)

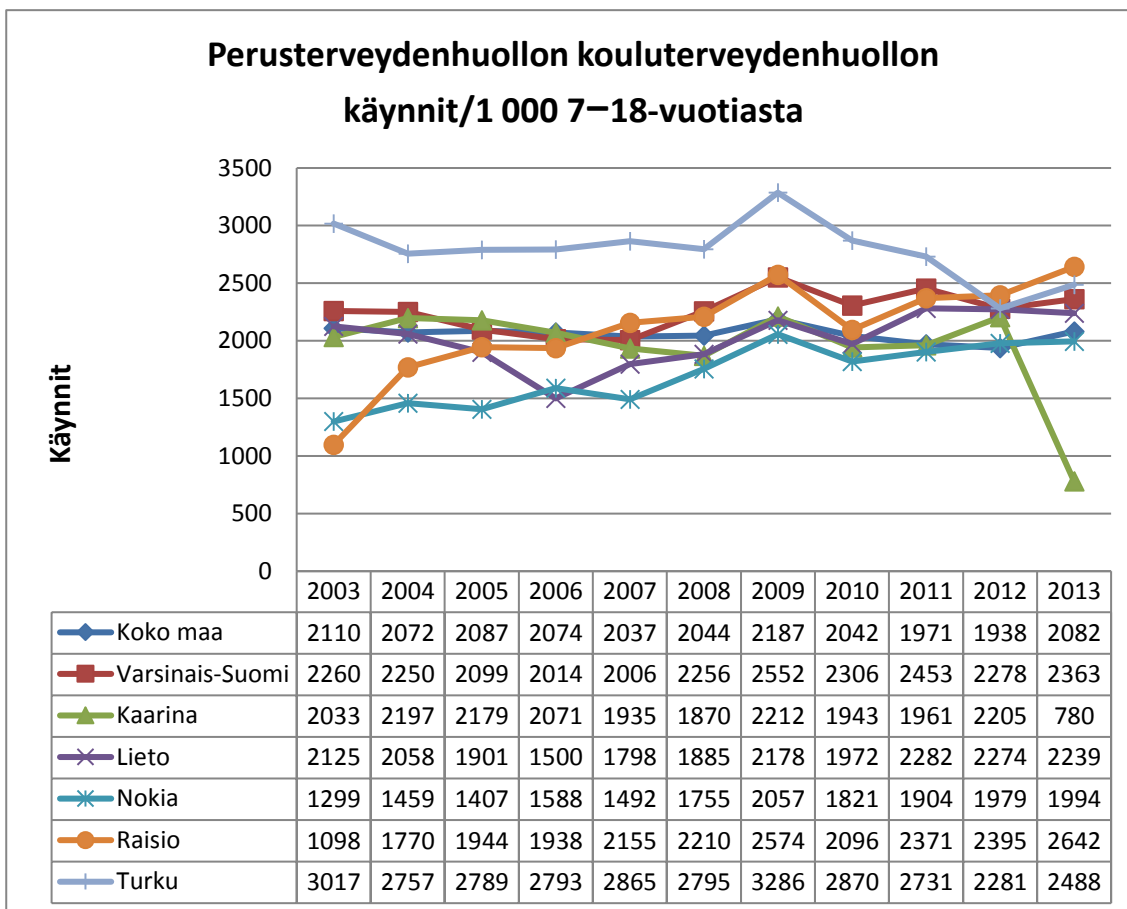


Kuvio 29 Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit yhteensä/1 000 0–7-vuotiasta (Sotkanet 2015)

Käynnit lastenneuvolassa ovat vähentyneet Kaarinassa huomattavasti parin viime vuoden aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa (789 kpl/1 000 0–7-vuotiasta) oli käyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (2983 kpl/1 000 0–7-vuotiasta) ja Varsinais-Suomessa (3022 kpl/1 000 0–7-vuotiasta) sekä kaikissa muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 798 kpl/1 000 0–7-vuotiasta kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 3325 kpl/1 000 0–7-vuotiasta kohti. (Sotkanet 2015.)

### 3.5.7 Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koululaisten terveyden edistäminen ja terveen kasvun ja kehityksen tukeminen. Kouluterveydenhuollon palveluihin kuuluvat säännölliset terveydenhoitajan ja lääkärin suorittamat terveystarkastukset. Tarkastukset tehdään valtakunnallisten suositusten mukaisesti. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kuviossa 23 on kuvattuna kouluterveydenhuollon käyntien osuus 7–18-vuotiailla tuhatta vastaavanikäistä kohti. Käynnit sisältävät sekä terveyskeskusten kouluterveydenhuollossa tehdyt lääkärikäynnit että käynnit muun ammattihenkilökunnan luona. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)

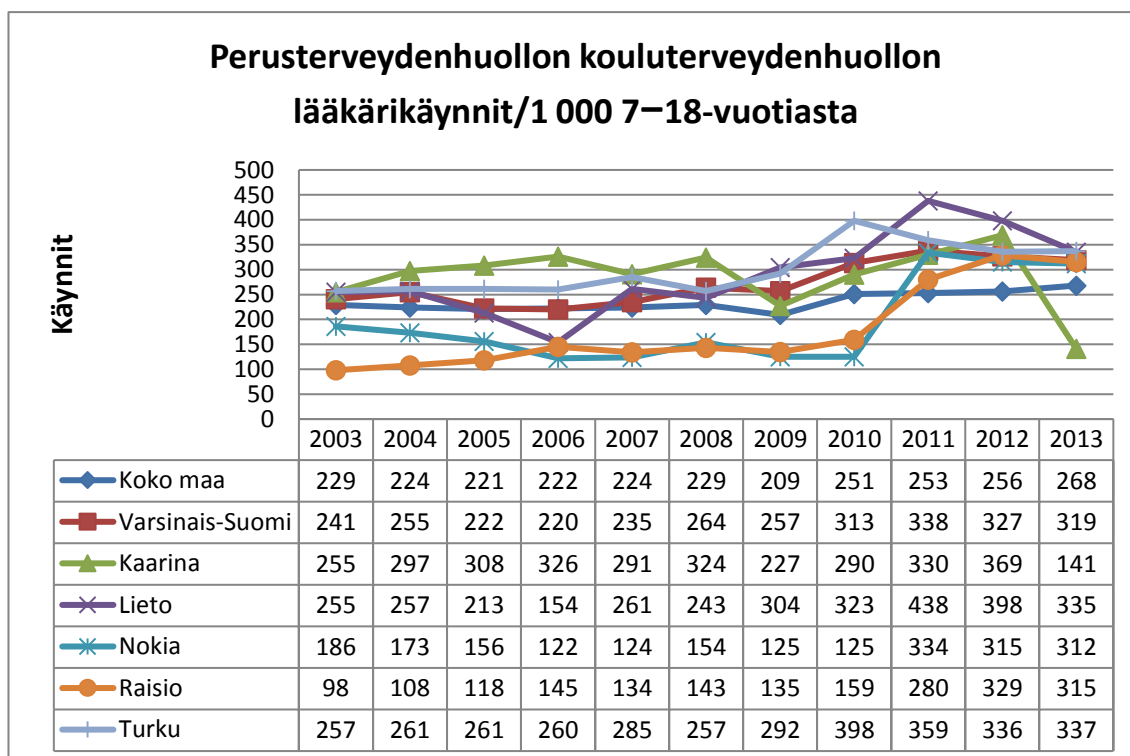


Kuvio 30 Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit/1000 7–18-vuotiasta (Sotkanet 2015)

Käynnit kouluterveydenhuollossa ovat vähentyneet Kaarinassa huomattavasti parin viime vuoden aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa oli käyntejä paljon vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (2082 kpl/1 000 7–18-vuotiasta) ja Varsinais-Suomessa (2363 kpl/1 000 7–18-vuotiasta) sekä kaikissa muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja

Turku). Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 780 kpl/1 000 7–18-vuotiasta kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 2205 kpl/1 000 0–7-vuotiasta kohti. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 24 on kuvattuna kouluterveydenhuollon käyntien osuus 7–18-vuotiailla tuhatta vastaavan ikäistä kohti. Kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit sisältävät terveyskeskusten kouluterveydenhuollossa tehdyt lääkärikäynnit. Näihin käynteihin lasketaan kuuluvaksi myös koulussa suoritettut 6–7-vuotiaiden lääkärikäynnit. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)

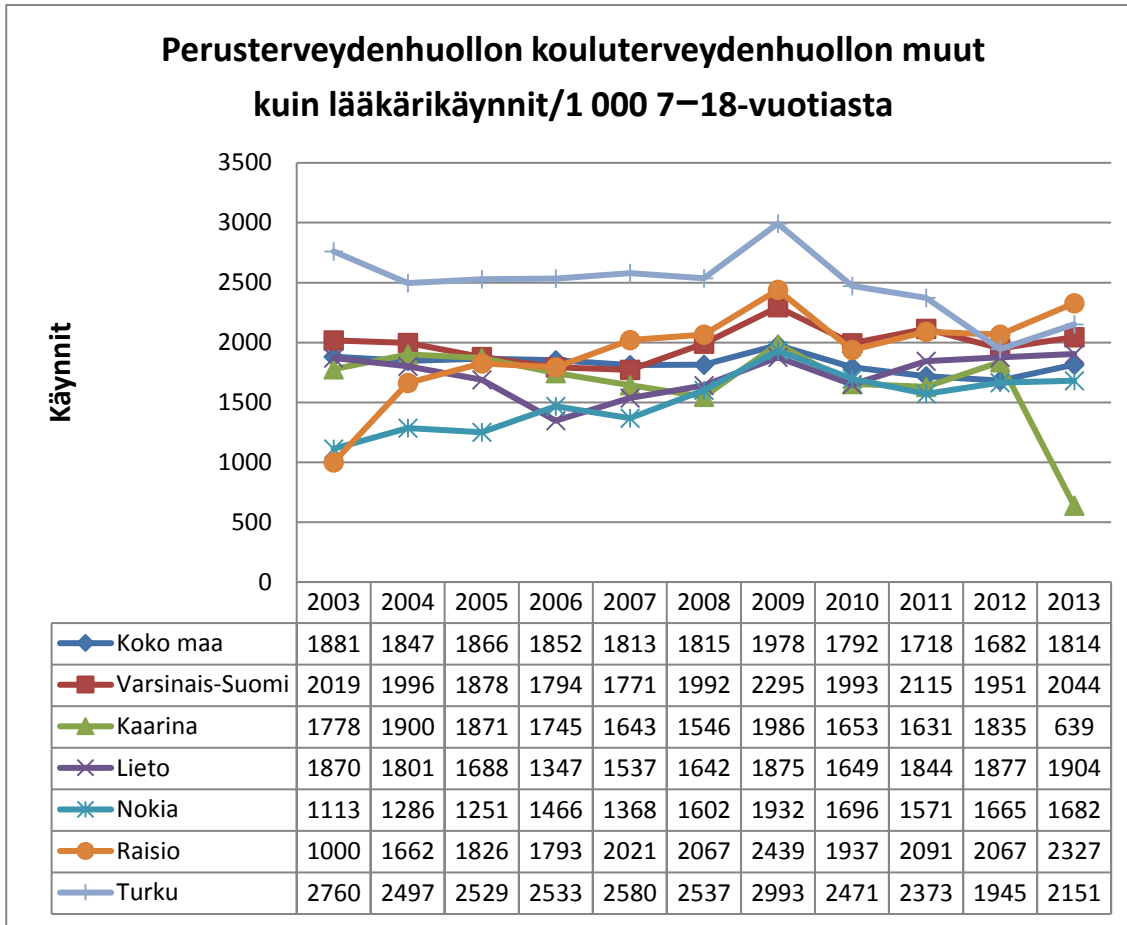


Kuvio 31 Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit/1 000 7–18-vuotiasta (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit ovat vähentyneet Kaarinassa parin viime vuoden aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa oli käyntejä noin puolet vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (268 kpl/1 000 7–18-vuotiasta) ja Varsinais-Suomessa (319 kpl/1 000 7–18-vuotiasta) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 141 kpl/1 000 7–18-vuotiasta kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 369 kpl/1 000 7–18-vuotiasta kohti. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 25 on kuvattuna kouluterveydenhuollon muiden kuin lääkärikäyntien osuus 7–18-vuotiailla tuhatta vastaavan ikäistä kohti. Käynnit sisältävät terveyskeskusten kouluterveydenhuollossa tehdyt muut kuin lääkärikäynnit sekä käynnit muun ammattihenkilökunnan luona. Näihin käynteihin lasketaan kuuluvaksi myös koulussa suoritettut 6–7-

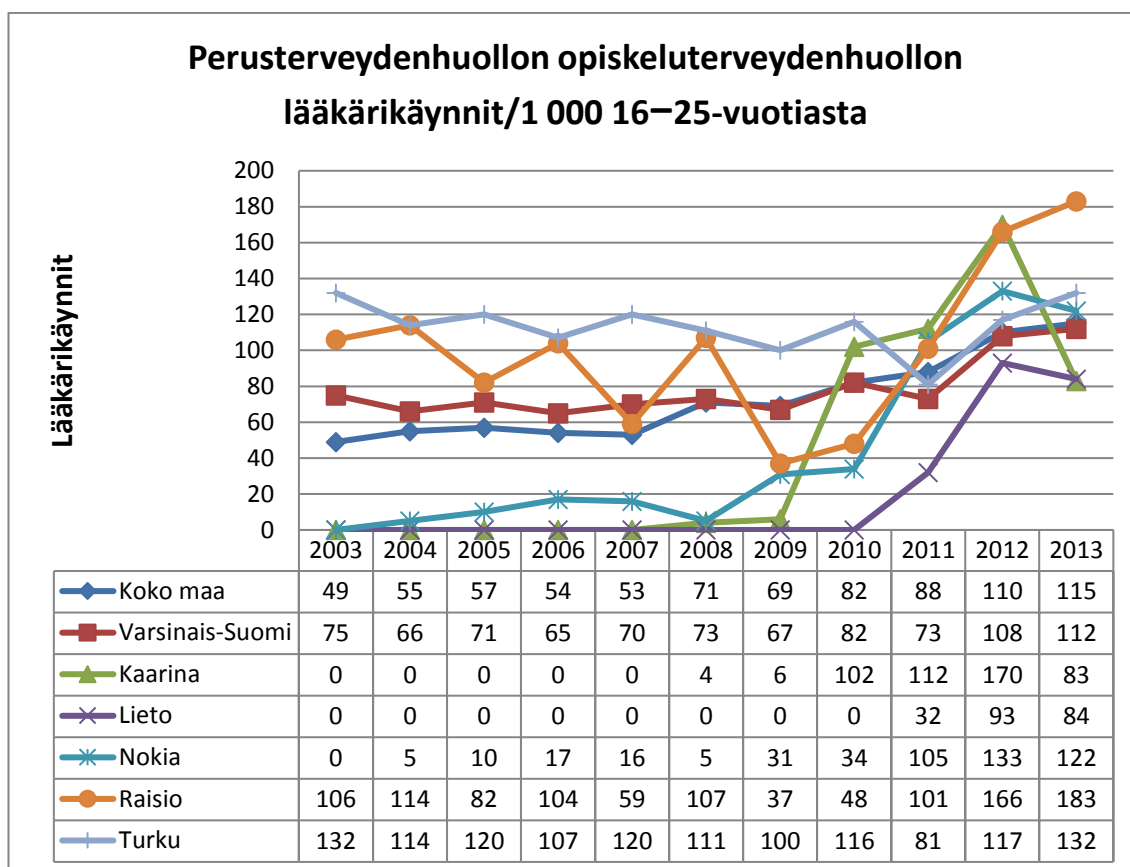
vuotiaiden käynnit. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 32 Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon muut kuin lääkärikäynnit/1000 7–18-vuotiasta (Sotkanet 2015)

Käynnit kouluterveydenhuollossa ovat vähentyneet Kaarinassa parin viime vuoden aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa oli käyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (1814 kpl/1 000 7–18-vuotiasta) ja Varsinais-Suomessa (2044 kpl/1 000 7–18-vuotiasta) sekä muissa vertailukunnissa. Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 639 kpl/1 000 7–18-vuotiasta kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 1835 kpl/1 000 7–18-vuotiasta kohti. (Sotkanet 2015.)

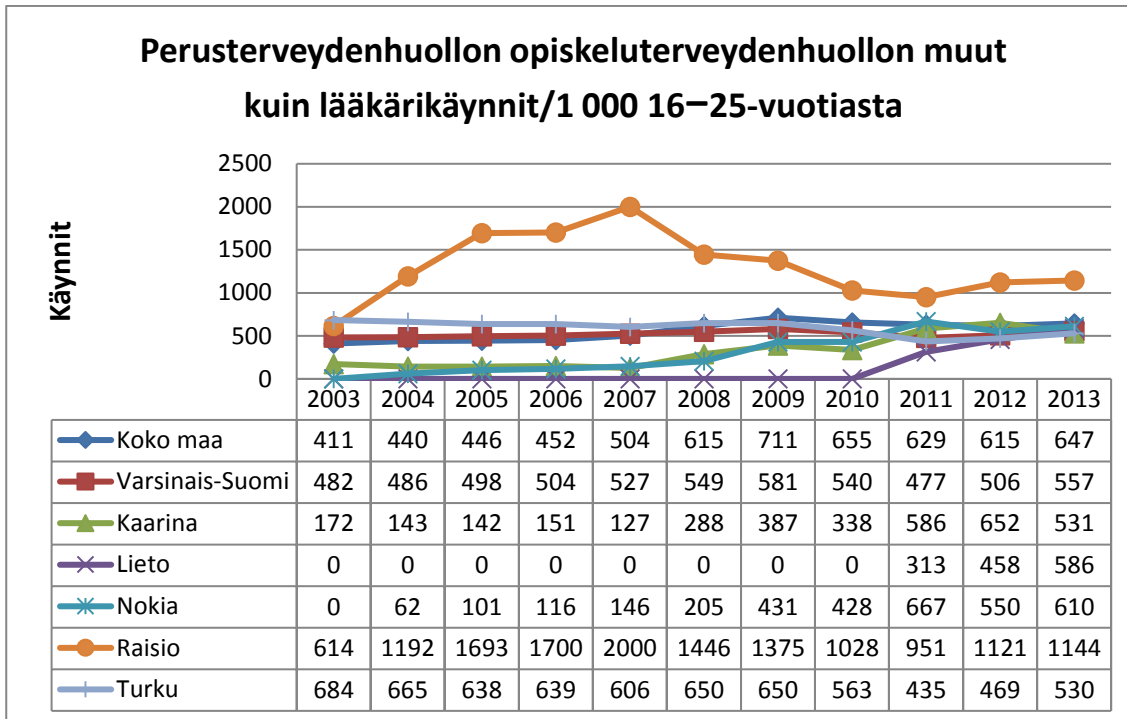
Opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on opiskelijoiden terveyden edistäminen ja terveen kasvun ja kehityksen tukeminen (Kaarinan kaupunki 2015). Kuviossa 26 on kuvattuna perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon lääkärikäyntien lukumäärät tuhatta 16–25-vuotiasta kohti. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.) 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 33 Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon lääkärikäynnit/1 000 16–25-vuotiaista (Sotkanet 2015)

Käynnit opiskeluterveydenhuollossa ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa (83 kpl/1 000 16–25-vuotiaasta) oli käyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (115 kpl/1 000 16–25-vuotiaasta) ja Varsinais-Suomessa (112 kpl/1 000 16–25-vuotiaasta) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 83 kpl/1 000 16–25-vuotiaasta kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 170 kpl/1 000 16–25-vuotiaasta kohti. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 27 on kuvattuna perusterveydenhuollon opiskelijaterveydenhuollon muiden kuin lääkärikäyntien lukumäärät. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.) 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 34 Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon muut kuin lääkärikäynnit/1 000 16–25-vuotiasta (Sotkanet 2015)

Vuonna 2013 Kaarinassa (531 kpl/1 000 16–25-vuotiasta) ja Turussa (530 kpl/1 000 16–25-vuotiasta) oli käyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (647 kpl/1 000 16–25-vuotiasta) ja Varsinais-Suomessa (557 kpl/1 000 16–25-vuotiasta) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Käynnit opiskelijaterveydenhuollossa ovat vähentyneet Kaarinassa parin viime vuoden aikana. Vuonna 2013 käyntejä oli Kaarinassa 531 kpl/1 000 16–25-vuotiasta kohti, kun vuonna 2012 käyntejä oli 652 kpl/1 000 16–25-vuotiasta kohti. (Sotkanet 2015.)

### 3.5.8 Puheterapia- ja psykologipalvelut

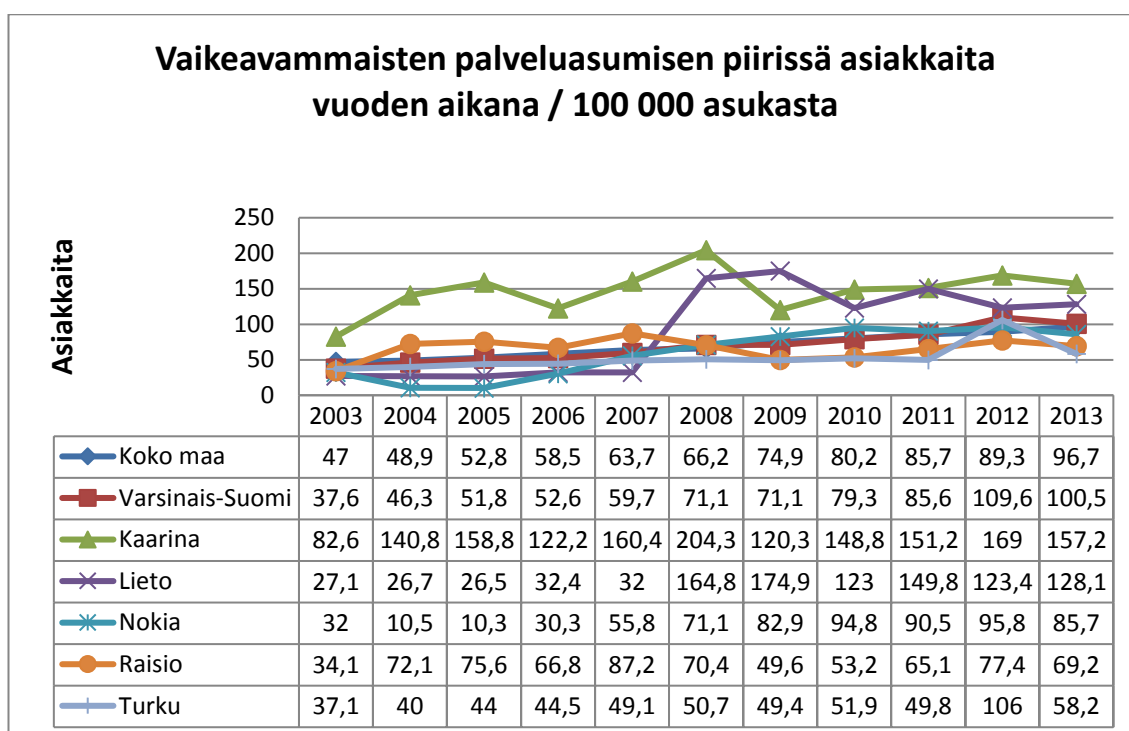
Puheterapia on puheen, kielen ja kommunikoinnin häiriöiden tutkimista ja kuntoutusta, jonka tarkoituksena on poistaa, lieventää ja ehkäistä kommunikoinnin häiriöitä ja niihin liittyviä vuorovaikutuksen ongelmia. Puheterapiapalvelujen muotoja ovat tutkimus, ohjaus, seuranta ja terapia. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Perhe- ja sosiaalipalveluiden alaisuudessa toimii yksi psykologi. Psykologipalveluilla tuetaan tervettä ja turvallista odotusaikaa, lapsen kehitystä ja vahvistetaan vanhemmuutta. (Kaarinan kaupunki 2015.)

### 3.5.9 Vammaispalvelut

Vammaispalvelulain (380/1987) mukaan kuntien tehtävänä on järjestää laissa vammaisuuden perusteella annettavista palveluista ja tukitoimista tarkoitetuille vammaisille sopeutumisvalmennusta, henkilökohtaista apua, taloudellisia tukitoimia sekä korvausta asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvista välineistä ja laitteista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.) Vammaisille annettava tuki on usealle hallinnonalalle ulottuva joukko erilaisia tehtäviä. Palvelujen saumaton kytkeytyminen toisiinsa ja tehtävien koordinointi on tärkeää sekä kuntien että asiakkaiden kannalta. (Hiironniemi 2013, 63.)

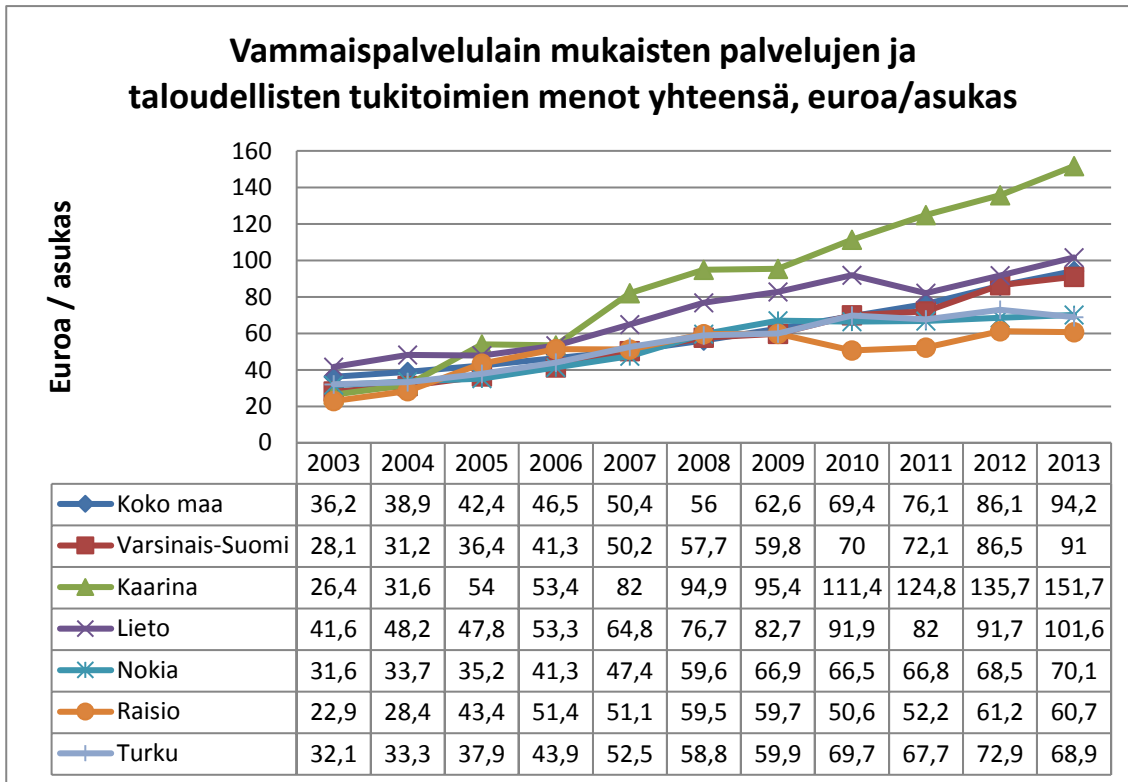
Kaarinan kaupunki tarjoaa vammaispalvelulain mukaisia palveluja, ohjausta ja neuvontaa henkilöille, joilla on vamman tai sairauden vuoksi pitkäaikaisesti vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämäntoiminnoista. Palveluja ovat palveluohjaus, palveluasuminen, henkilökohtainen apu, avustajapalvelut, kuljetuspalvelut, asunnon muutostyöt ja vapaa-ajan palvelut. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kuviossa 28 on kuvattuna, kuinka monta asiakasta 100 000 asukasta kohden on vuoden aikana saanut vammaispalvelulain mukaisia vaikeavammaisten palveluasumista.



Kuvio 35 Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä asiakkaita vuoden aikana / 100 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden määrä on kasvanut vuosien 2003 ja 2013 aikana. Kaarinassa (157,2/100 000 asukasta) oli vuonna 2013 enemmän asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa (96,7/100 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (100,5/100 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 29 on kuvattuna kaikkien vammaispalvelulain perusteella järjestettyjen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset asukasmäärään suhteutettuna.

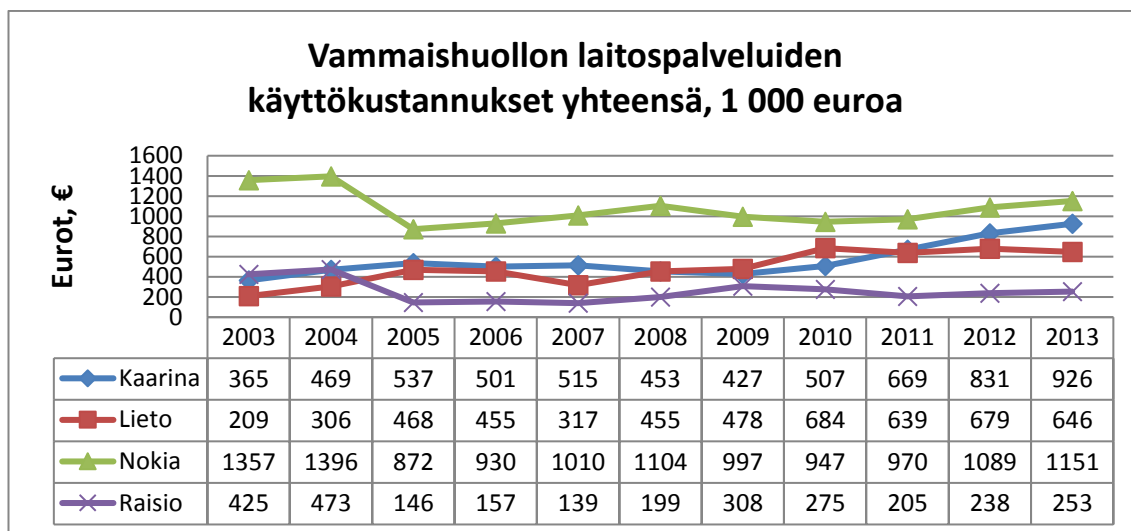


Kuvio 36 Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä, euroa/asukas (Sotkanet 2015)

Vammaispalvelulain perusteella järjestettyjen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset asukasta kohden ovat kasvaneet vuosien 2003 ja 2013 aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokialla ja Turussa. Kustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa (151,70 €/asukas) korkeammat kuin keskimäärin koko maassa (94,2 €/asukas) ja Varsinais-Suomessa (91 €/asukas) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 30 on kuvattuna kaupunkien vammaishuollon laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä tuhansina euroina.

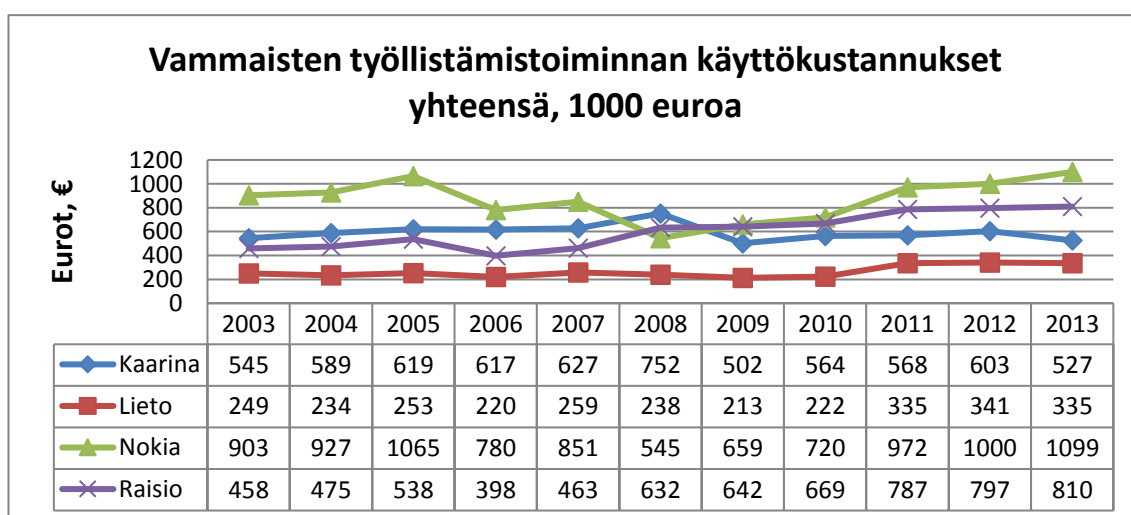




Kuvio 37 Vammaishuollon laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Vammaishuollon laitospalvelujen käyttökustannukset ovat nousseet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Nokialla (1 151 000 €) kustannukset olivat vuonna 2013 korkeammat kuin Kaarinassa (926 000 €). Liedossa (646 000 €) ja Raisiossa (253 000 €) kustannukset olivat alhaisemmat kuin Kaarinassa (926 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 31 on kuvattuna kaupunkien vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset yhteensä tuhansina euroina.



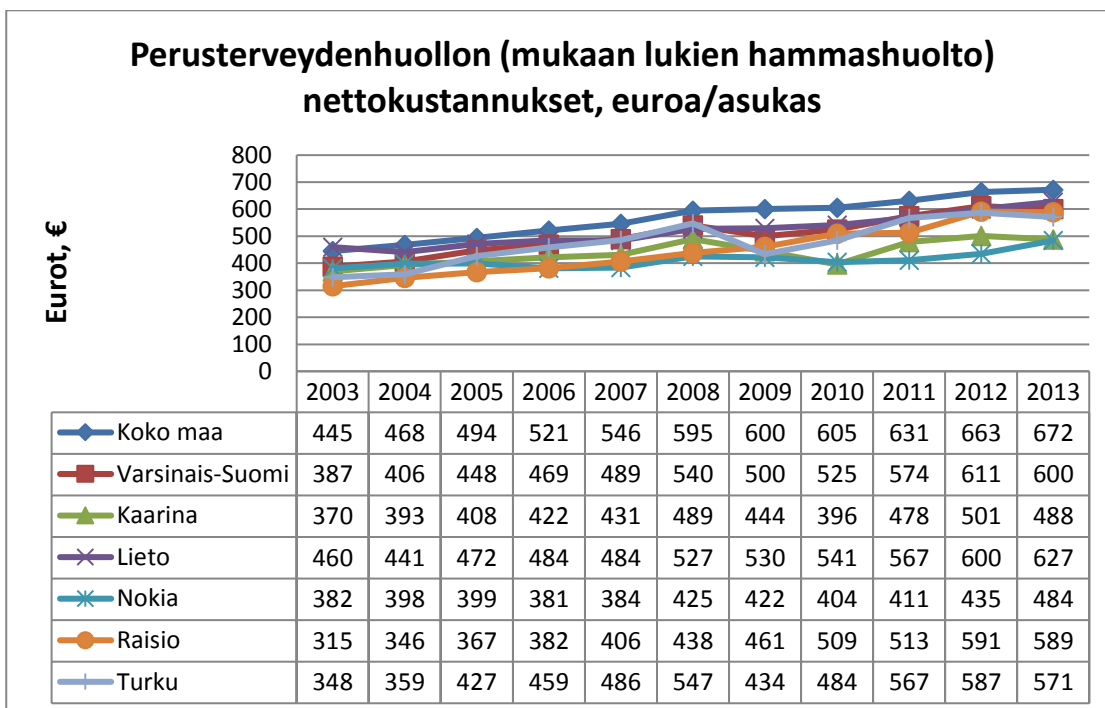
Kuvio 38 Vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset ovat pysyneet Kaarinassa lähes samalla tasolla vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset olivat Kaarinassa (527 000 €) pienemmät kuin Nokialla (1 099 000 €) ja Raisiossa (810 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (335 000 €). (Sotkanet 2015.)

### 3.6 Terveyspalvelut

Kaarinan terveyspalvelut vastaa Kaarinan ja Liedon Littoisten asukkaiden perusterveydenhuollon palveluista. Terveyspalveluihin kuuluvat avosairaanhoido, mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveyskeskuksen sairaala, työterveyshuolto, hammashuolto, hoitotyö ja tukipalvelut sekä erikoissairaanhoido. Kaarinan terveyspalveluilla on käytössään kolme toimipistettä: Kaarinan pääterveysasema, Piikkiön terveysasema ja Littoisten terveysasema. (Kaarinan kaupunki 2015.)

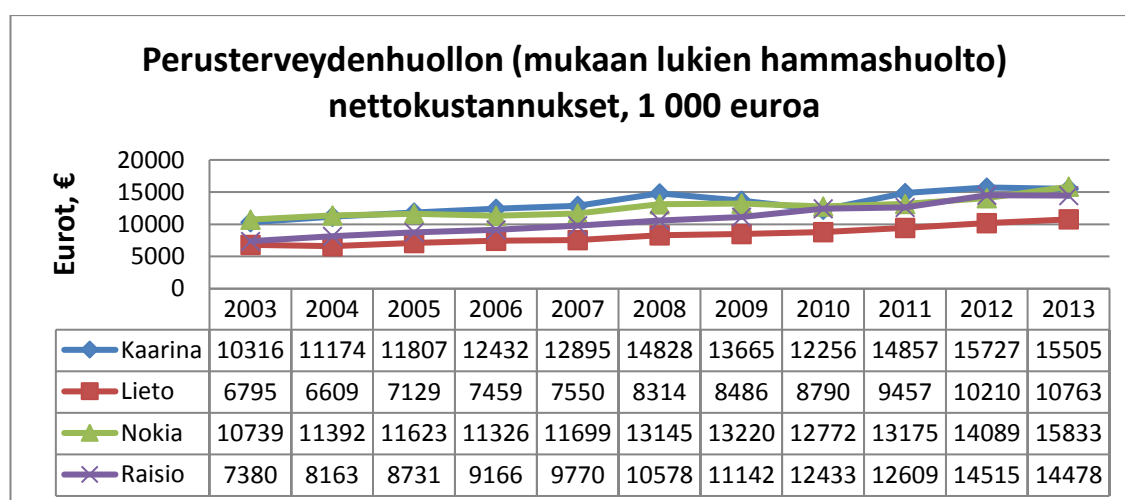
Kuviossa 32 on kuvattuna perusterveydenhuollon (sisältää myös hammashuollon) nettokustannukset euroina asukasta kohti. Perusterveydenhuoltoon katsotaan sisältyvän perusterveydenhuollon vuodeosastohoito ja avohoito mukaan lukien hammashuolto, koulu-terveydenhuolto ja koulupsykologin toiminta, perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot tai vastaava toiminta. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 39 Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset, euroa/asukas (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon nettokustannukset asukasta kohden ovat kasvaneet 10 vuoden sisällä kaikissa vertailukunnissa. Kaarinan kaupungissa perusterveydenhuollon nettokustannukset ovat kasvaneet siten, että vuonna 2003 kustannukset olivat 370 €/asukas ja vuonna 2013 488 €/asukas. Kustannukset olivat Kaarinassa vuonna 2012 (501 €/asukas) kuitenkin hieman korkeammat kuin vuonna 2013 (488 €/asukas). Kustannukset olivat Kaarinassa melko samansuuruiset kuin Nokialla (483 €/asukas) ja alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa (672 €/asukas), Varsinais-Suomessa (600 €/asukas), Liedossa (672 €/asukas) ja Raisiossa (589 €/asukas) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 33 on kuvattuna perusterveydenhuollon nettokustannukset euroina.



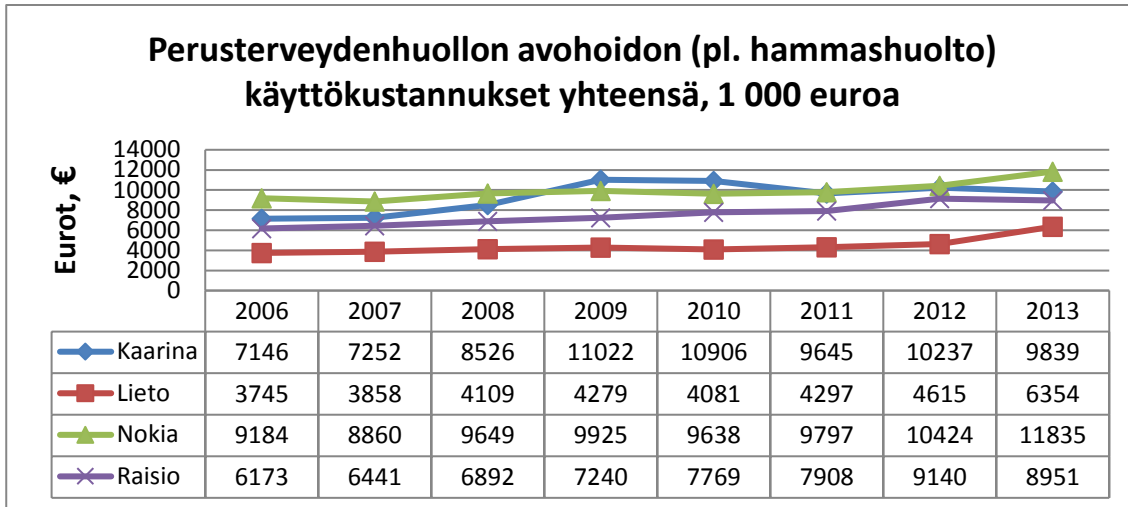
Kuvio 40 Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon nettokustannukset ovat kasvaneet 10 vuoden sisällä kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio). Kaarinan kaupungissa perusterveydenhuollon nettokustannukset ovat kasvaneet siten, että vuonna 2003 kustannukset olivat 10 316 000 € ja vuonna 2013 15 505 000 €. Kustannukset olivat Kaarinassa vuonna 2013 melko samansuuruiset kuin Nokialla (15 833 000 €). Liedossa ja Raisiossa perusterveydenhuollon nettokustannukset olivat alhaisemmat kuin Kaarinassa vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

### 3.6.1 Avosairaanhoito

Kaarinan kaupungissa avosairaanhoidon palveluihin kuuluvat lääkärin, terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan vastaanottopalvelut. Vastaanotto toimintaa on kolmessa toimipisteessä (Kaarinan pääterveysasema, Piikkiön terveysasema ja Littoisten terveysasema). Palveluihin kuuluu myös perusterveydenhuollon päivystyksen järjestäminen. (Kaarinan kaupunki

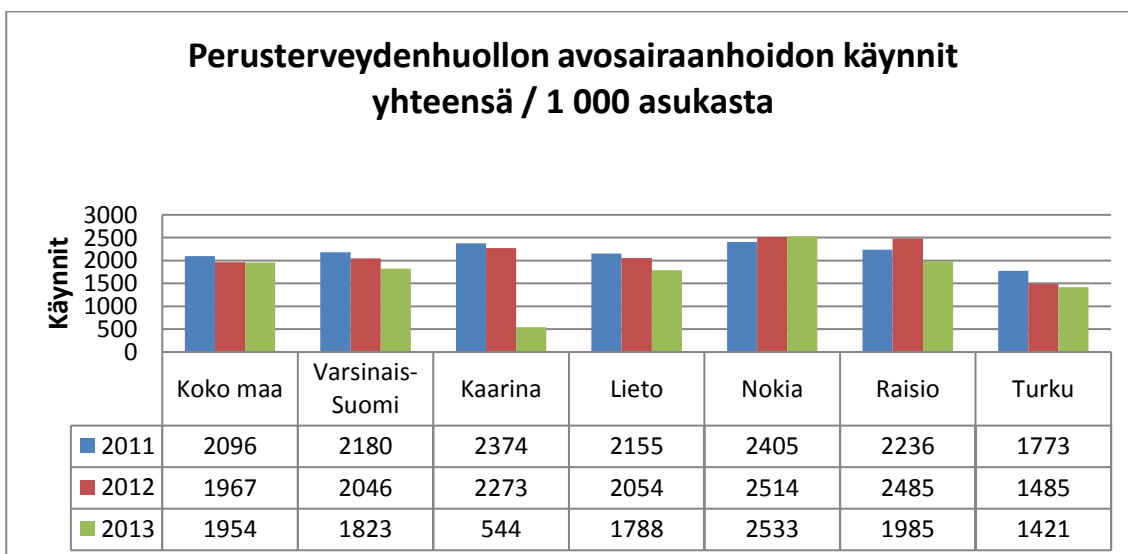
2015.) Kuviossa 34 on kuvattu perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien hammashuolto) käyttökustannukset yhteensä tuhansina euroina.



Kuvio 41 Perusterveydenhuollon avohoidon (pl. hammashuolto) käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa (Sotkanet 2015)

Kaarinassa perusterveydenhuollon avohoidon käyttökustannukset ovat nousseet. Vuonna 2006 kustannukset olivat 7 146 000 € ja 9 839 000 € vuonna 2013. Kustannukset ovat kuitenkin hieman laskeneet vuodesta 2012. Kaarinassa kustannukset olivat vuonna 2013 pienemmät kuin Nokialla (11 835 000 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (6 354 000 €) ja Raisiossa (8 951 000 €). (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 35 on kuvattuna perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kaikkien käyntien osuus tuhanta asukasta kohti.



Kuvio 42 Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynnit yhteensä/1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

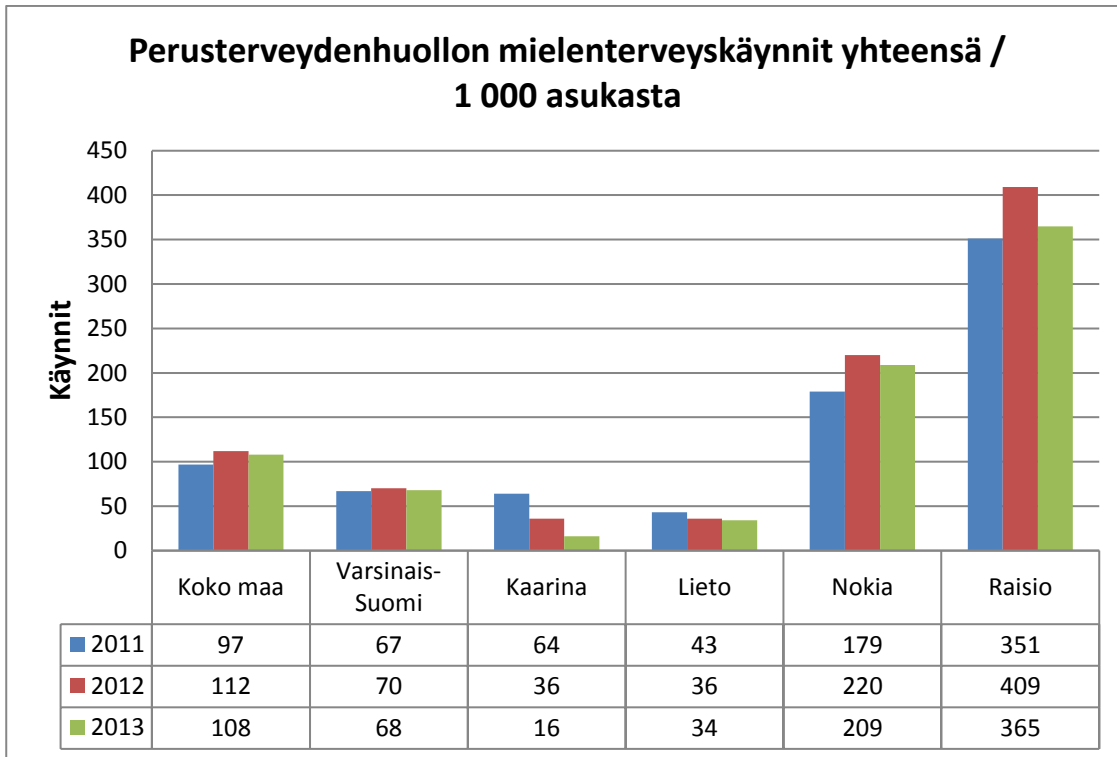
Perusterveydenhuollon avosairaanhoitokäynnit ovat vähentyneet Kaarinan kaupungissa. Vuonna 2011 käyntejä oli 2 374 kpl/1 000 asukasta ja vuonna 2013 544 kpl/1 000 asukasta. Kaarinan kaupungissa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä (544 kpl/1 000 asukasta) oli vuonna 2013 vähemmän verrattuna sekä koko maan keskiarvoon (1 954 kpl/1 000 asukasta) että kaikkien vertailukuntien (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) käynteihin. (Sotkanet 2015.)

Odotusaika terveyskeskuslääkärin vastaanotolle kiireettömässä asiassa Kaarinassa on 41 päivää (tilanne 20.8.2015) (Kaarinan kaupunki 2015). Raisiossa odotusaika on 32 arkipäivää (tilanne 1.10.2015) (Raision kaupunki 2015). Nokian kaupungilla keskimääräinen odotusaika omalääkärille on 11 vuorokautta (tilanne 5.10.2015) (Nokian kaupunki 2015).

### **3.6.2 Mielenterveys- ja päihdepalvelut**

Kaarinan kaupungissa on useita mielenterveys- ja päihdeongelmissa tukevaa palvelua. Osa palveluista on kaupungin tarjoamia ja osa kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin. Tarjolla on myös monia vertaistukimuotoja. Kuntalaisten käytettävissä ovat perusterveydenhuollon yleiset palvelut kuten lääkärin ja hoitajien vastaanottopalvelut. Kaarinassa toimii myös mielenterveys- ja päihdeyksikkö Vintti, johon osa Kaarinan mielenterveys- ja päihdepalveluista on keskitetty. Vintti tarjoaa vastaanottopalveluita ja kotona tapahtuvaa tukea sekä toimintakeskuspalveluita mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Vintissä on saatavilla muun muassa lääkärin, psykologin, sosiaalityöntekijän ja päihdeterapeutin palveluja. Katkaisuhoido on mahdollista terveyskeskuksen sairaalassa. (Kaarinan kaupunki 2015.)

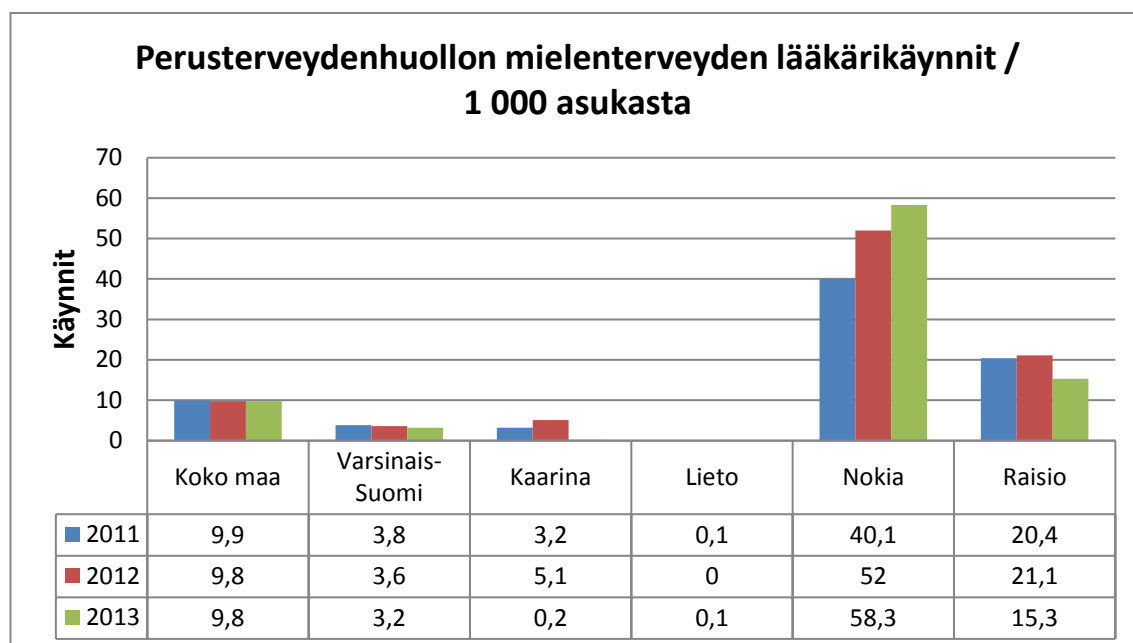
Kuviossa 36 on kuvattuna perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyskäyntien osuus tuhatta asukasta kohti. Käynnit sisältävät terveyskeskusten mielenterveystoimistossa tehdyt lääkärikäynnit ja käynnit muun ammattihenkilökunnan luona. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 43 Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit yhteensä / 1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit tuhatta asukasta kohden ovat vähentyneet Kaarinassa ja Liedossa vuosien 2011–2013 aikana. Koko maan tasolla, Varsinais-Suomessa, Nokiolla ja Raisiossa käynnit ovat lisääntyneet. Mielenterveyskäyntejä oli Kaarinassa vuonna 2011 64 kpl / 1 000 asukasta ja vuonna 2013 käyntejä oli 16 kpl / 1 000 asukasta. Mielenterveyskäyntejä oli Kaarinassa (16 kpl / 1 000 asukasta) vuonna 2013 vähemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja Raisio). (Sotkanet 2015.)

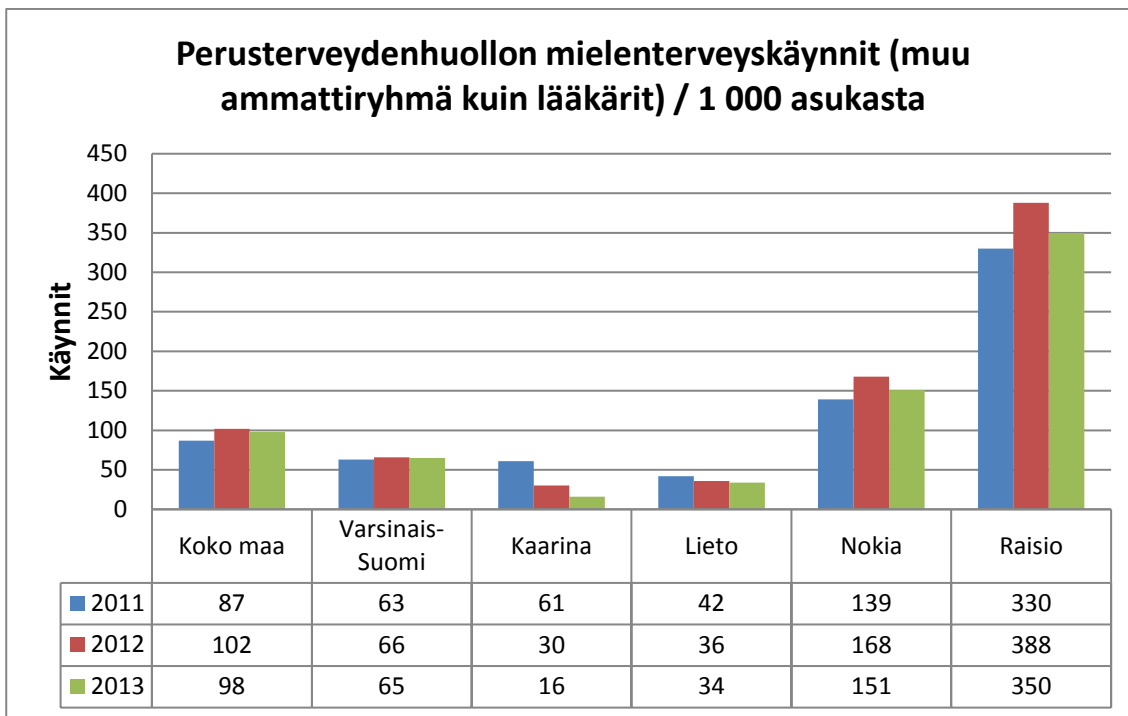
Kuviossa 37 on kuvattuna perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyden lääkärikäynnit terveyskeskuksen mielenterveystoimistossa tuhatta asukasta kohti.



Kuvio 44 Perusterveydenhuollon mielenterveyden lääkärikäynnit / 1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon mielenterveyden lääkärikäynnit ovat Kaarinassa vähentyneet vuosien 2011–2013 aikana. Vuonna 2011 Kaarinassa oli käyntejä 3,2 käyntiä/1 000 asukasta ja vuonna 2013 käyntejä oli 0,2 käyntiä/1 000 asukasta. Kaarinassa (0,2 käyntiä/1 000 asukasta) oli mielenterveyden lääkärikäyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (9,8 käyntiä/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (3,2 käyntiä/1 000 asukasta), Nokiolla (58,3 käyntiä/ 1 000 asukasta) ja Raisiossa (15,3 käyntiä/1 000 asukasta) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 38 on kuvattuna perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyskäynnit muun ammattiryhmän kuin lääkärin luona. Käynnit sisältävät terveyskeskuksen mielenterveystoimistossa toteutuneet mielenterveyskäynnit muun ammattiryhmän kuin lääkärin luona tuhatta asukasta kohti. (Sotkanet 2015.)

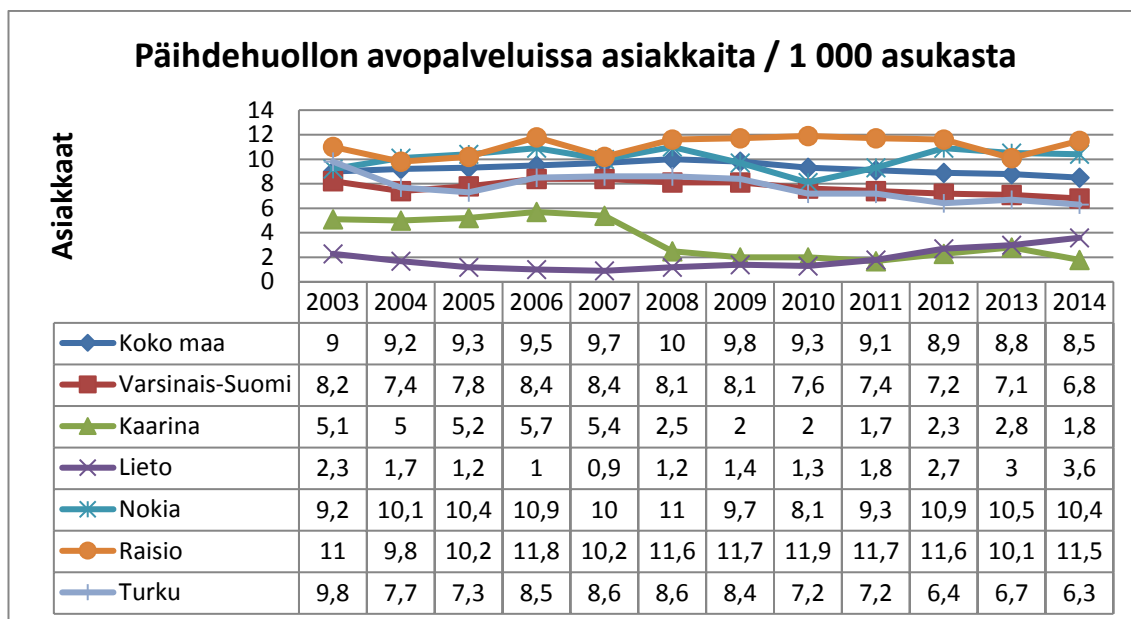


Kuvio 45 Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkärit) / 1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyskäynnit muun ammattiryhmän kuin lääkärin luona ovat Kaarinassa vähentyneet vuosien 2011–2013 aikana. Vuonna 2011 Kaarinassa oli käyntejä 61 käyntiä/1 000 asukasta ja vuonna 2013 käyntejä oli 16 käyntiä/1 000 asukasta. Kaarinassa (16 käyntiä/1 000 asukasta) oli käyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (98 käyntiä/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (65 käyntiä/1 000 asukasta), Liedossa (34 käyntiä/1 000 asukasta), Nokialla (151 käyntiä/1 000 asukasta) ja Raisiossa (350 käyntiä/1 000 asukasta) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 39 on kuvattuna kuntien kustantamia päihdehuollon avopalveluita vuoden aikana A-klinikoilla tai nuorisoasemilla käyttävien asiakkaiden määrä tuhatta asukasta kohti. Asiakkaiden lukumäärään vuoden aikana lasketaan kukin henkilö vain kerran riippumatta siitä, kuinka monta kertaa hän on ollut asiakkaana. (Sotkanet 2015.)

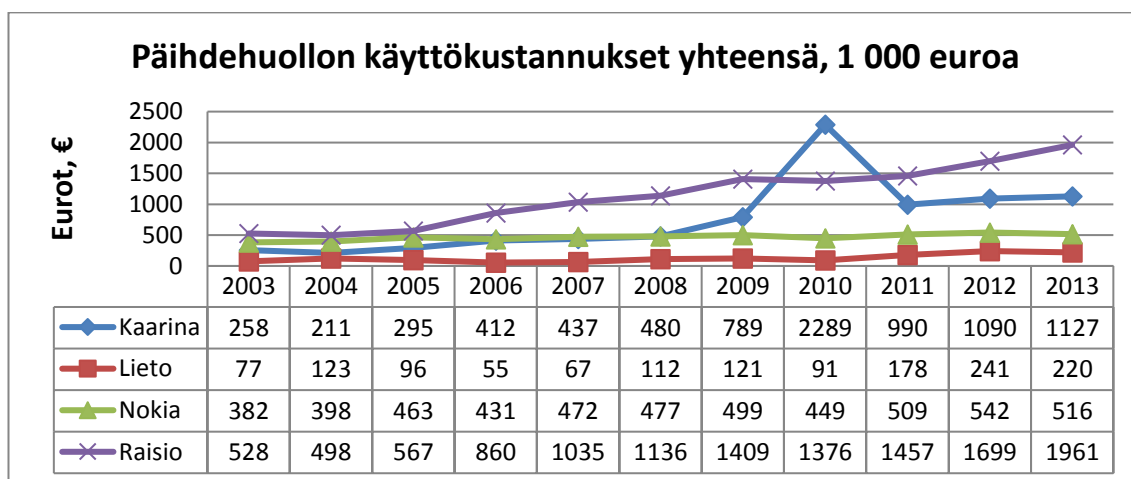




Kuvio 46 Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden määrä on vähentynyt Kaarinassa vuosien 2003–2014 aikana. Vuonna 2003 Kaarinassa oli 5,1 asiakasta/1 000 asukasta ja vuonna 2014 1,8 asiakasta/1 000 asukasta. Vuonna 2014 Kaarinassa (1,8 asiakasta/1 000 asukasta) oli vähemmän päihdehuollon avopalveluiden asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa (8,5 asiakasta/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (6,8 asiakasta/1 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

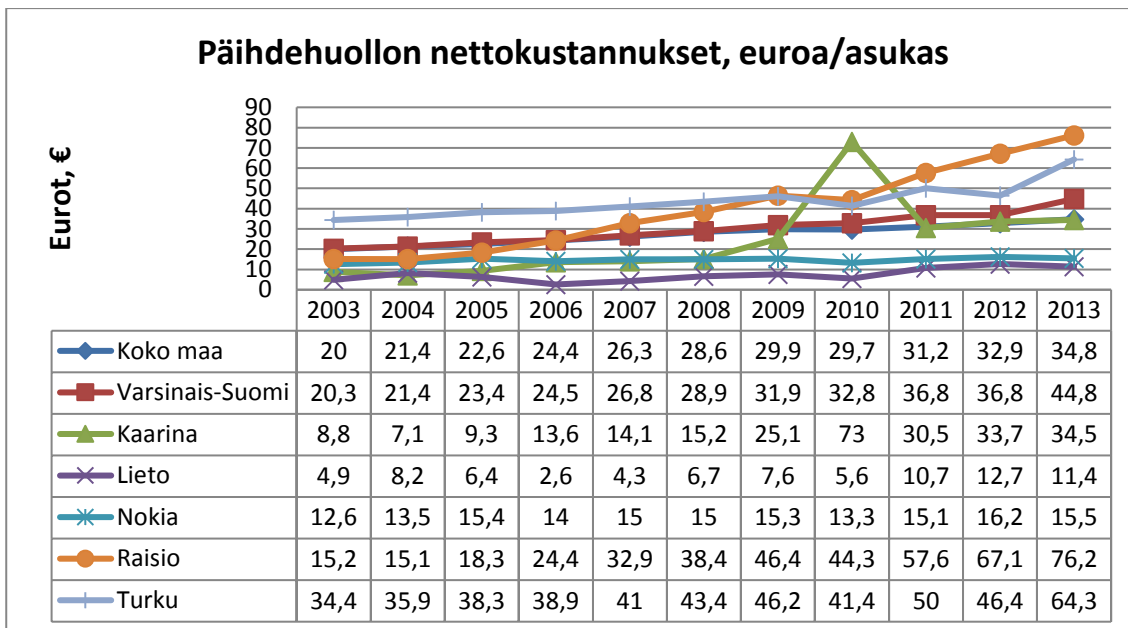
Kuviossa 40 on kuvattuna kaupunkien päihdehuollon käyttökustannukset yhteensä tuhansina euroina.



Kuvio 47 Päihdehuollon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Päihdehuollon käyttökustannukset ovat kasvaneet vuosien 2003 ja 2013 aikana kaikissa vertailukunnissa. Päihdehuollon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa (1 127 000 €) korkeammat kuin Liedossa (220 000 €) ja Nokialla (516 000 €), mutta alhaisemmat kuin Raisiossa (1 961 000 €). (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 41 on kuvattuna kuntien kustantamien päihdehuollon erityispalveluihin ja raittiustyöhön suunnattujen palveluiden nettokustannukset asukasta kohden. Päihdehuollon nettokustannukset eivät näytä kaikkia päihdepalveluista aiheutuvia kustannuksia, joten päihdehuollon nettokustannukset antavat vain osittaisen kuvan päihdeongelmien laajuudesta (Aro ym. 2014, 35).



Kuvio 48 Päihdehuollon nettokustannukset, euroa/asukas (Sotkanet 2015)

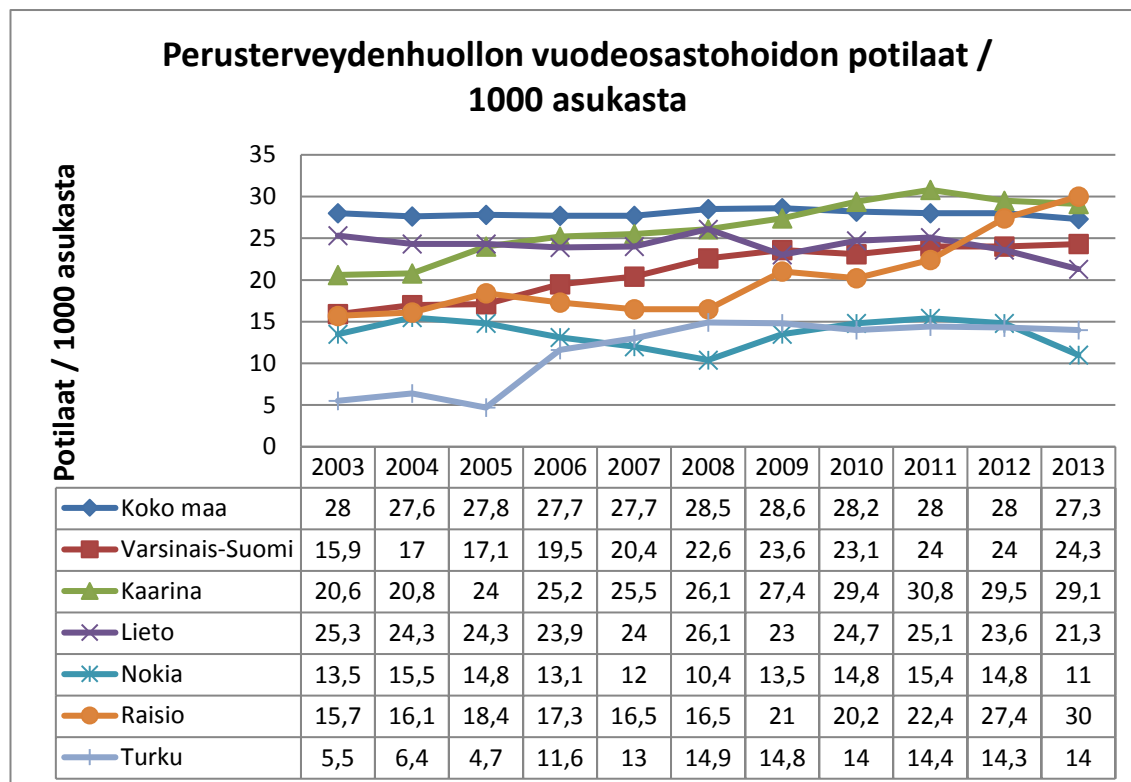
Päihdehuollon nettokustannukset asukasta kohden ovat kasvaneet vuosien 2003 - 2013 aikana. Kaarinassa päihdehuollon nettokustannukset vuonna 2013 (34,50 €/asukas) olivat keskimäärin samalla tasolla verrattuna koko maan keskiarvoon (34,80 €/asukas). Kaarinassa vuoden 2013 kustannukset olivat korkeammat kuin Liedossa (11,40 €/asukas) ja Nokialla (15,50 €/asukas), mutta selvästi matalammat kuin Raisiossa (76,20 €/asukas) ja Turussa (64,30 €/asukas). (Sotkanet 2015.)

### 3.6.3 Terveyskeskuksen sairaala

Kaarinan terveyskeskuksen sairaalassa hoidetaan kahdella vuodeosastolla yleislääkäritoista sairaanhoitoa tarvitsevia potilaita. Osastot ovat 36- ja 28-paikkaisia. Sairaalahoittoon kuuluu muun muassa ikäihmisten intervallihoidot, toipuminen leikkausten jälkeen,

katkaisuhoidot ja vaihtelevista syistä johtuvan yleistilan laskun hoitaminen kaikenikäisillä lapsia lukuun ottamatta. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Kuviossa 42 on kuvattuna vuoden aikana kaikkien perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden lukumäärän tuhatta asukasta kohti.

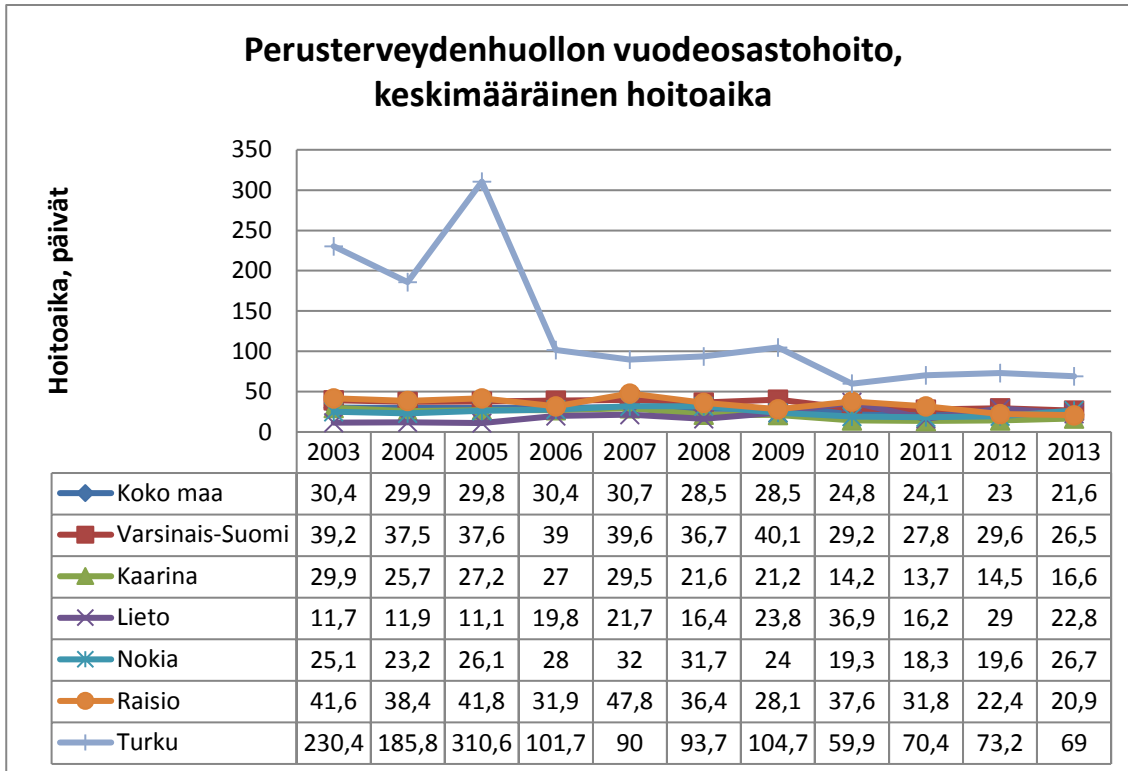


Kuvio 49 Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat/1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Kaarinan perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä on lisääntynyt vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 hoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä oli Kaarinassa (29,1 potilasta/1 000 asukasta) hieman koko maan keskiarvoa (27,3 potilasta/1 000 asukasta) korkeampi. Nokialla (11 potilasta/1 000 asukasta), Turussa (14 potilasta/1 000 asukasta) ja Liedossa (21,3 potilasta/1 000 asukasta) perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaiden lukumäärä on vähäisempi kuin Kaarinassa (29,1 potilasta/1 000 asukasta) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 43 on kuvattuna perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon keskimääräinen hoitoaika. Käytetty luku ilmaisee kaikkien perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden vuoden aikana päätyneiden hoitajaksojen kokonaispituuksien keskiarvon. Sairaalahoito sisältää julkisen sektorin (kunnat, kuntayhtymät ja valtio) ja yksityisen sektorin järjestämän sairaalahoidon. Mukana ovat terveyskeskusten yleislääkärijohtoiset vuodeosastot ja kuntien/kuntayhtymien muulta taholta hankkima yleislääkäritasoinen vuodeosastohoito. (Sotkanet 2015.) Indikaattori kuvaa perusterveydenhuollon

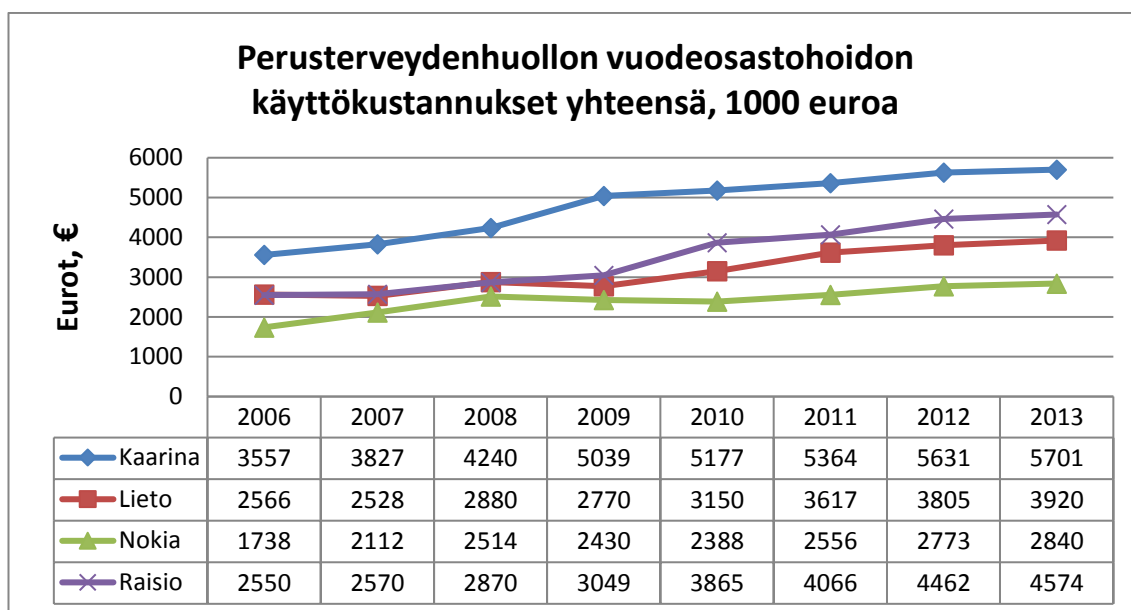
sairaalapalveluiden käyttöä alueellisesti ja jonkin verran myös iäkkäämmän väestönosan sairastavuutta (Aro ym. 2014, 29).



Kuvio 50 Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, keskimääräinen hoitoaika (Sotkanet 2015)

Vuosien 2003 ja 2013 aikana keskimääräinen hoitoaika perusterveydenhuollon vuodeosastolla on lyhentynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Raisiossa ja Turussa. Vuonna 2003 keskimääräinen hoitoaika Kaarinassa oli 29,9 päivää, kun vuonna 2013 vastaava luku oli 16,6 päivää. Kaarinan kaupungissa keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla oli lyhyempi (16,6 päivää) kuin koko maan keskiarvo (21,6 päivää) vuonna 2013. Keskimääräinen hoitoaika Kaarinassa oli lyhyempi kuin muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 44 on kuvattuna kuntien perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset yhteensä tuhansina euroina.



Kuvio 51 Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset ovat kasvaneet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio) vuosien 2006 ja 2013 aikana. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa (5 701 000 €) korkeammat kuin Liedossa (3 920 000 €), Nokialla (2 840 000 €) ja Raisiossa (4 574 000 €). (Sotkanet 2015.)

### 3.6.4 Työterveyshuolto

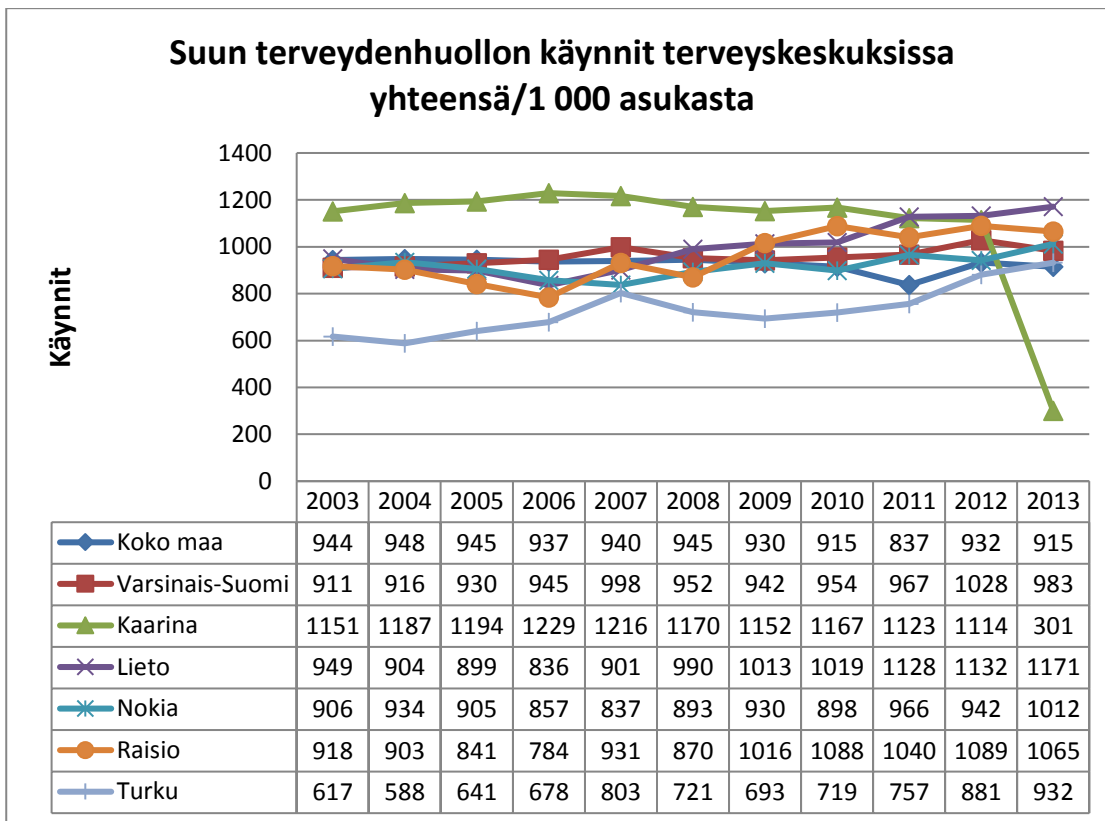
Työntekijöiden hyvinvoinnista ja työkyvystä huolehtimisen tärkeys kasvaa, kun työelämän vaatimukset lisääntyvät ja työvoima ikääntyy ja vähenee (Parjanne 2008, 156). Kaarinan kaupungilla on omat työterveyshuollon palvelut. Kaarinan kaupunki tarjoaa työterveyshuollon palveluja Kaarinassa toimiville yrityksille, yrittäjille ja maanviljelijöille. Voimassa oleva työterveyshuoltosopimus on edellytyksenä palveluiden saamiselle. Kaarinan työterveyshuollossa työskentelee työterveyslääkäreitä, viisi työterveyshoitajaa, työfysioterapeutti ja työterveyspsykologi. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Lieto hankkii työterveyspalvelut Loimaan kaupungin työterveyshuollon toimintayksiköltä. Raisio huolehtii myös Ruskon ja Naantalın työterveyspalveluista. (Kortelainen ym. 2014, 72.) Nokialla toimii kunnallinen liikelaitos Viisari, joka tuottaa kunnan työterveyspalvelut. Viisarissa työskentelee kolme työterveyslääkärää, viisi työterveyshoitajaa, kaksi työfysioterapeuttia ja työpsykologi. (Työterveyspalvelu Viisari 2015.)

### 3.6.5 Hammashuolto

Kaarinan kaupungissa on kolme suun terveydenhuollon toimipistettä. Toimipisteet sijaitsevat Kaarinan pääterveysasemalla, Littoisten terveysasemalla ja Piikkiön terveysasemalla. Hammashuolto on tarkoitettu kaikenikäisille Kaarinan kaupungin asukkaille ja Kaarinassa koulua tai oppilaitosta käyville ulkokuntalaisille. Hammashuolto on maksullista yli 18 vuotta täyttäneille. (Kaarinan kaupunki 2015.)

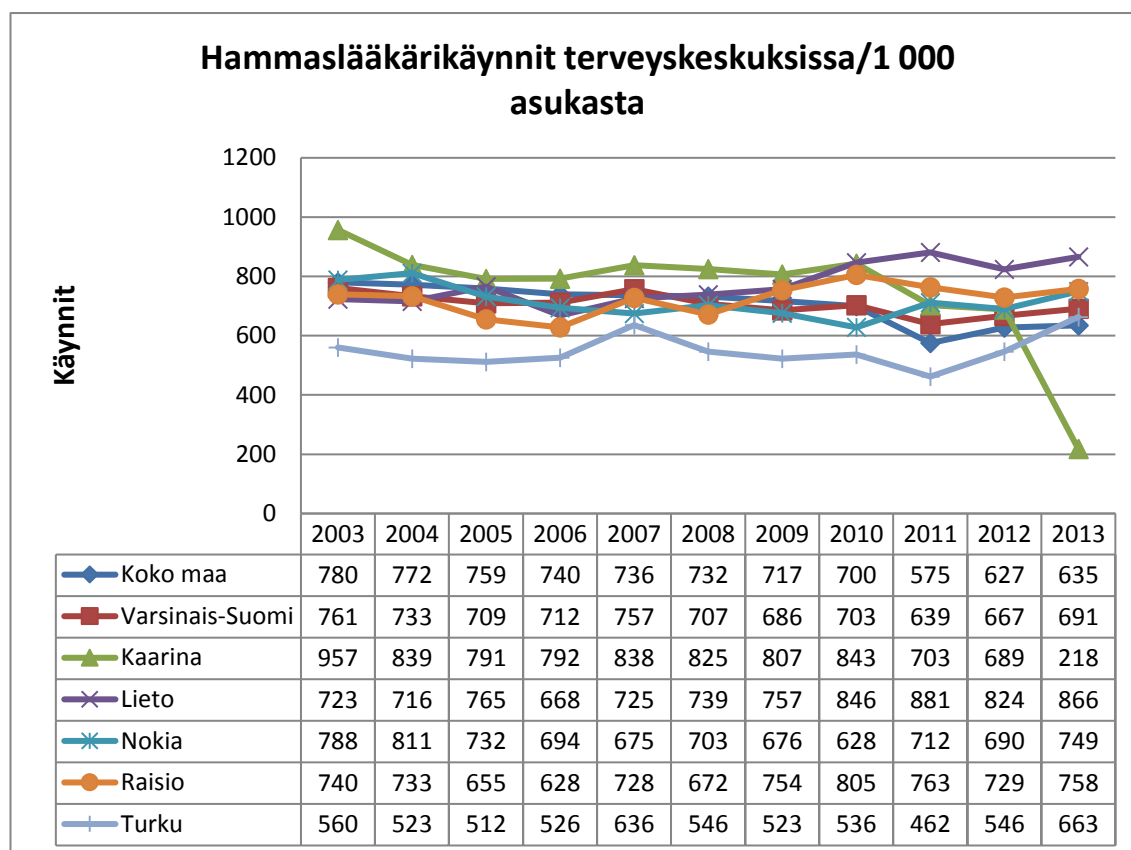
Kuviossa 45 on kuvattuna, kuinka monta käyntiä keskimäärin tuhatta asukasta kohden on toteutunut terveyskeskusten hammashuollossa vuoden aikana. Mukana ovat hammashuollon kaikkien ammattihenkilöiden käynnit. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 52 Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä/1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Suun terveydenhuollon käynnit ovat vähentyneet Kaarinassa, sillä vuonna 2012 käynnejä oli 1114 kpl/1 000 asukasta ja 301 kpl/1 000 asukasta vuonna 2013. Vuonna 2013 suun terveydenhuollon käynnejä oli Kaarinassa (301 kpl/1 000 asukasta) vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (915 kpl/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (983 kpl/1 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

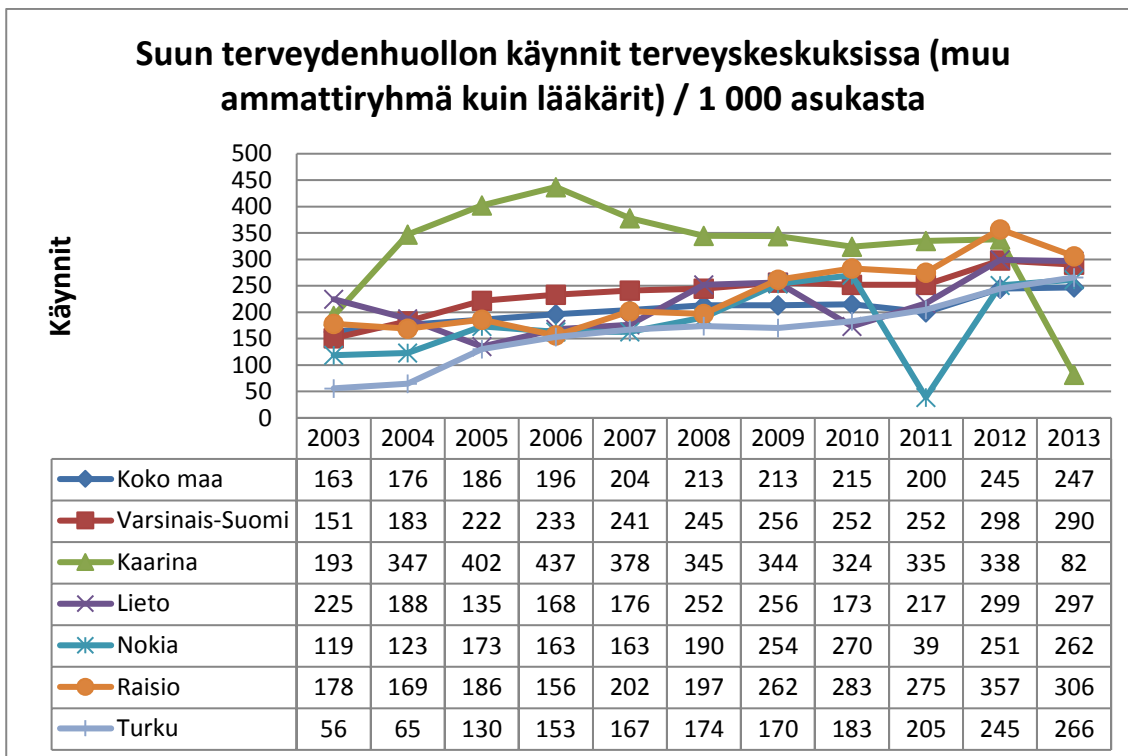
Kuviossa 46 on kuvattuna, kuinka monta käyntiä keskimäärin tuhatta asukasta kohden on toteutunut terveyskeskusten hammaslääkärillä vuoden aikana. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)



Kuvio 53 Hammaslääkärikäynnit terveyskeskuksissa/1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Hammaslääkärikäynnit ovat vähentyneet Kaarinassa, sillä vuonna 2012 käyntejä oli 689 kpl/1 000 asukasta ja 218 kpl/1 000 asukasta vuonna 2013. Kaarinassa oli vähemmän käyntejä kuin keskimäärin koko maassa (635 kpl/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (691 kpl/1 000 asukasta) ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) vuonna 2013 (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 47 on kuvattuna, kuinka monta käyntiä keskimäärin tuhatta asukasta kohden on toteutunut terveyskeskusten suun terveydenhuollossa vuoden aikana muun ammattiryhmän kuin hammaslääkärin luona. Tiedonkeruu on muuttunut vuonna 2011, joten aikaisempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2011 kanssa. (Sotkanet 2015.)

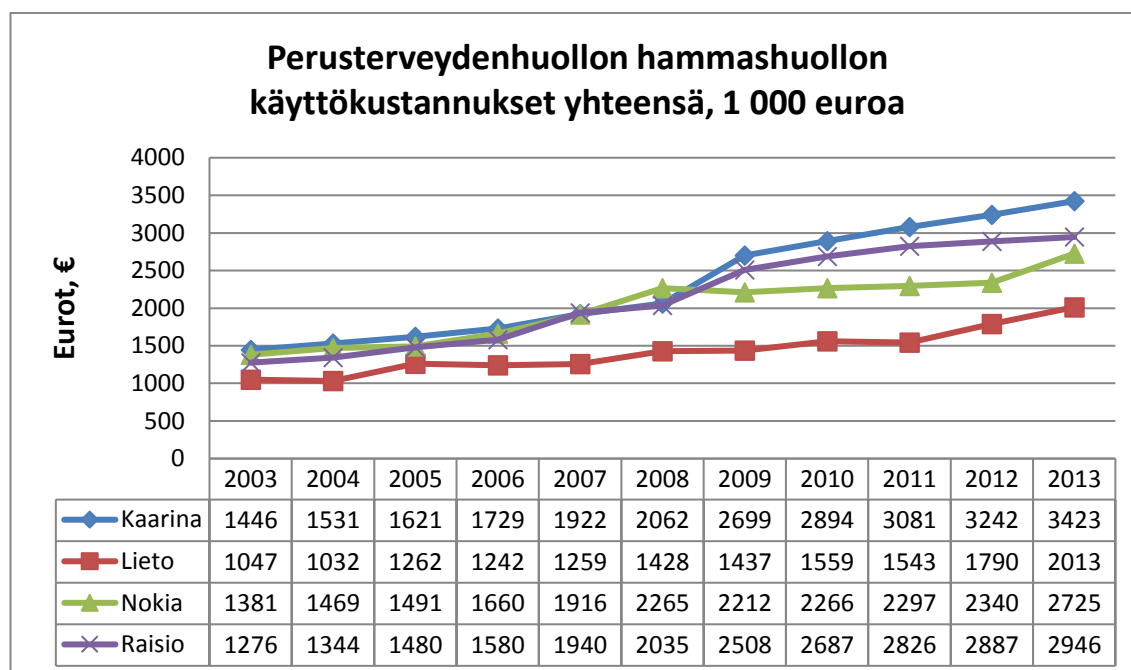


Kuvio 54 Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa (muu ammattiryhmä kuin lääkärit)/1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa muun ammattiryhmän kuin lääkäreiden luona olivat Kaarinassa (82 kpl/1 000 asukasta) alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa (247 kpl/1 000 asukasta) ja Varsinais-Suomessa (290 kpl/1 000 asukasta) sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) vuonna 2013. Käynnit ovat vähentyneet Kaarinassa, sillä vuonna 2012 käyntejä oli 338 kpl/1 000 asukasta ja 82 kpl/1 000 asukasta vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kuviossa 48 on kuvattuna kuntien perusterveydenhuollon hammashuollon käyttökustannukset yhteensä tuhansina euroina. Kustannuksiin sisältyvät hammassairauksien ehkäisy ja hammashoito, oikomishoito ja muut erikoishoidot sekä koulu- ja opiskelijahammashuolto. (Sotkanet 2015.)





Kuvio 55 Perusterveydenhuollon hammashuollon käyttökustannukset yhteensä, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

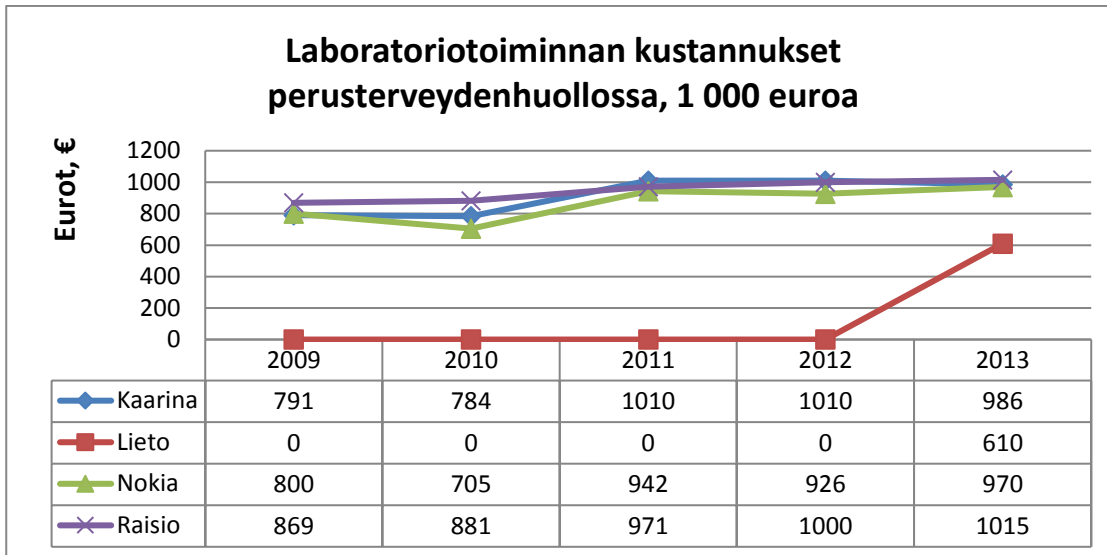
Hammashuollon käyttökustannukset ovat nousseet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio) vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 kustannukset olivat korkeammat Kaarinassa (3 423 000 €) kuin Liedossa (2 013 000 €), Nokialla (2 725 000 €) ja Raisiossa (2 945 000 €). (Sotkanet 2015.)

### 3.6.6 Hoitotyö ja tukipalvelut

Hoitotyön palvelujen tehtävänä on hoitotyön kehittäminen ja johtaminen terveystalouden vastuualueella ja hyvinvointipalvelujen toimialalla yhteistyössä muiden vastuualueiden kanssa. Tukipalveluja ovat laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut ja fysioterapia-palvelut. (Kaarinan kaupunki 2015.)

Laboratoriopalveluja tarjotaan Kaarinassa kolmessa toimipisteessä. Toimipisteet ovat Kaarinan pääterveysasema, Piikkiön terveysasema ja Littoisten terveysasema. Laboratorionäytteet tutkitaan pääosin pääterveysasemalla. Vain 15 % näytteistä tutkitaan muualla. (Kaarinan kaupunki 2015.)

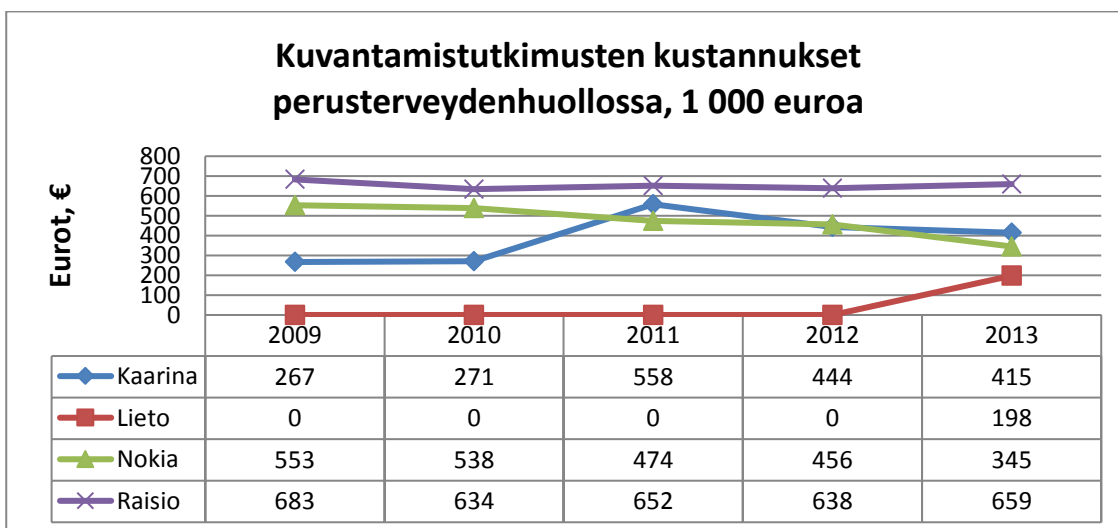
Kuviossa 49 on kuvattuna kuntien laboratoriotuotoiminnan kustannukset tuhansina euroina. 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 56 Laboratoriotoiminnan kustannukset perusterveydenhuollossa, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Kaarinassa, Nokialla ja Raisiossa laboratoriotoiminnan kustannukset ovat nousseet vuosien 2009 ja 2013 aikana. Kaarinassa kustannukset olivat vuonna 2013 (986 000 €) kuitenkin alhaisemmat kuin vuosina 2011 ja 2012 (1 010 000 €). Laboratoriotoiminnan kustannukset olivat Kaarinassa (986 000 €) lähes samalla tasolla kuin Nokialla (970 000 €), mutta korkeammat kuin Liedossa (610 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

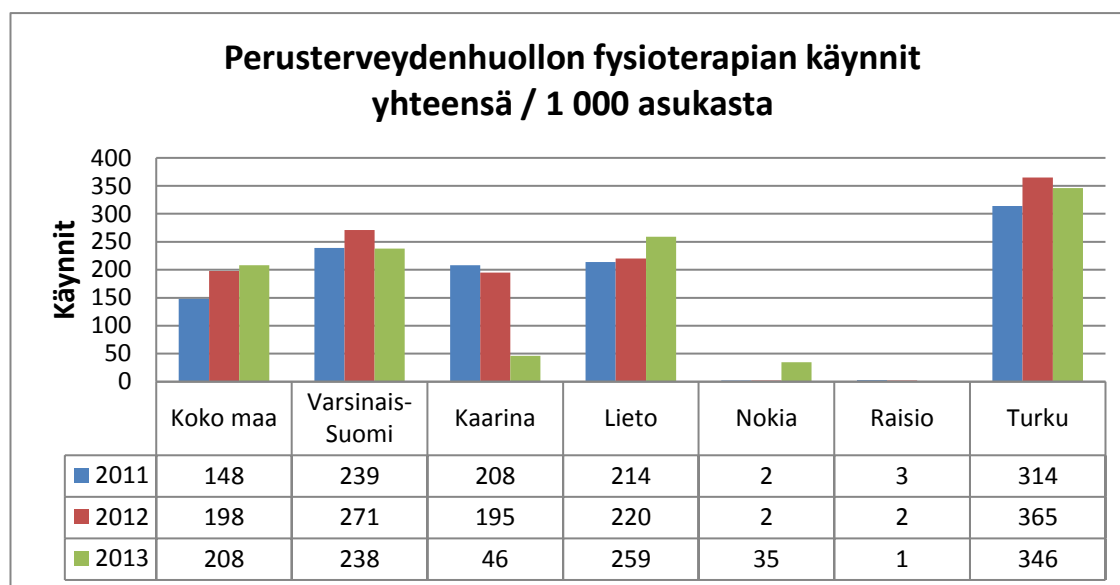
Kaarinan pääterveysasemalla tarjotaan kuvantamisen palveluja. Röntgenissä tehdään luustoon, keuhkojen ja hampaiston röntgentutkimuksia ja yleisimpiä ultraäänitutkimuksia. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kuviossa 50 on kuvattuna kuntien kuvantamistoiminnan kustannukset tuhansina euroina. 0 tarkoittaa, että tietoa ei ole ollut saatavilla.



Kuvio 57 Kuvantamistutkimusten kustannukset perusterveydenhuollossa, 1 000 euroa (Sotkanet 2015)

Kaarinassa kuvantamistutkimusten kustannukset ovat laskeneet vuosien 2011 ja 2013 aikana. Vuonna 2011 kustannukset olivat Kaarinassa 558 000 € ja 415 000 € vuonna 2013. Raisiossa (659 000 €) kustannukset olivat korkeammat kuin Kaarinassa (415 000 €), Liedossa (198 000 €) ja Nokiolla (345 000 €) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Fysioterapiapalvelut kattavat fysioterapian, apuvälineiden lainauksen ja lääkinnällisen kuntoutuksen (Kaarinan kaupunki 2015). Kuviossa 51 on kuvattuna perusterveydenhuollon avohoidon fysioterapian käyntien osuus tuhatta asukasta kohti.



Kuvio 58 Perusterveydenhuollon fysioterapian käynnit yhteensä/1 000 asukasta (Sotkanet 2015)

Kaarinassa fysioterapian käynnit ovat vähentyneet vuosien 2011 ja 2013 aikana. Vuonna 2011 käyntejä oli 208/1 000 asukasta ja 46/1 000 asukasta vuonna 2013. Kaarinassa (46 käyntiä/1 000 asukasta), Nokiolla (35 käyntiä/1 000 asukasta) ja Raisiossa (1 käynti/1 000 asukasta) käyntejä oli vähemmän kuin keskimäärin koko maassa (208 käyntiä/1 000 asukasta), Varsinais-Suomessa (238 käyntiä/1 000 asukasta), Turussa (346 käyntiä/1 000 asukasta) ja Liedossa (259 käyntiä/1 000 asukasta) vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

## 4 HYVINVOINTIPALVELUJEN KEHITTÄMINEN JA TULEVAISUUS

Kuntien ydinrooleina on kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen, ja kunnan ja kuntalaisten tulevaisuuden kehitysedellytysten ja toimintakyvyn turvaaminen. Kuntien uutta ideoiva, järjestelmällinen ja konkreettinen kehitystyö on tarpeen tulevaisuudessa. Kansalaiset ovat voimavara, jota kunnat eivät ole onnistuneet vielä kytkemään riittävästi mukaan julkisen hallinnon ongelmien ratkaisuprosessiin. Tulevaisuudessa kansalaisten vastuuta ja osallistumista tulisi lisätä. Tämä ei tarkoita kunnan vastuun ja tehtävien vähentämistä, mutta se parantaisi kunnan tuloksellisuutta. (Hiironniemi 2013, 83, 90, 110.) Vaikuttamalla ihmisten elintapoihin ja ehkäisevillä palveluilla voidaan vähentää palvelujärjestelmiin kohdistuvaa kysyntää ja kokonaiskustannuksia (Mäkitalo ym. 2010a, 8).

Kuntien tulisi myös keventää palvelurakennetta. Yksi keskeinen keino hallita kustannuksia on ollut laitospalveluista avopalveluihin siirtyminen. Palvelurakennetta voidaan keventää myös sijoittamalla palveluketjun alkupäähän. Varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisevä työ ovat tärkeitä toimintatapoja. Ennaltaehkäisevän työn kuten neuvolapalvelujen tai liikuntapalvelujen toteuttaminen järjestöjen toimintana uudistaisi palvelurakennetta. Toimintojen kohdentamista tulisi suunnitella yhteistyössä entistä enemmän, jotta palvelujen vaikuttavuus parantuisi. (Hiironniemi 2013, 91.)

Kuntien taloudellisen rasituksen keventämiseksi kuntien tulisi harkita erilaisia palvelumaksuja. Kunnalliset maksut ovat osin säädelyjä, mutta joiltakin osin on mahdollista pyrkiä tehtävien kustannuksia vastaaviin maksuihin. (Hiironniemi 2013, 91.) Palvelujen hinnoitteluun ja maksuperusteisiin tarvitaan jatkossa selkeyttämistä ja yhtenäistämistä (Mäkitalo ym. 2010a, 6).

Kuntien kustannusrasitetta voidaan myös keventää palvelusetelien käytöllä (Hiironniemi 2013, 91). Asiakkaan mahdollisuus valita palvelun tuottaja esimerkiksi palvelusetelin turvin kiinnittää huomiota palvelujen laatuun ja hintaan. Se myös edistää palveluinnovaatioiden käyttöönottoa. (Mäkitalo ym. 2010a, 7.)

Teknologian hyödyntäminen on edelleen kunnille todellinen mahdollisuus, jota ei ole riittävän systemaattisesti hyödynnetty. Monia tehtäviä tai niiden osia voitaisiin poistaa kokonaan suunnitelmallisella työllä. Teknologian avulla voidaan merkittävästi uudistaa hoitokäytäntöjä ja prosesseja sekä lisätä laatua ja turvallisuutta. Kuntien tulisi muun muassa lisätä sähköistä asiointia ja kehittää yhtenäisempiä tietojärjestelmiä. (Hiironniemi 2013, 91, 94.)

Kuntien palvelurakenteen muutos on tulevaisuudessa tarpeen osittain ikärakenteen muutoksesta johtuen, mutta myös pyrkimykset siirtyä ennakoiviin ja keveämpiin palvelumuotoihin edellyttävät muutoksia. Kasvavia hyvinvointipalvelualueita tulevaisuudessa ovat muun muassa nuorisotyön eri muodot, terveydenhuollon valinnat ja sairaanhoidon palvelut, yli 75 -vuotiaiden sosiaalihuollon tarvearviointi, omaishoidon tukeen liittyvät

tehtävät, kuntouttava työtoiminta, toimeentulon myöntäminen, palveluseteleihin liittyvät tehtävät, sosiaalityö, päihdehuollon palvelut ja yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta. (Hiironniemi 2013, 97.)

Kuntien palvelurakennetta voitaisiin keventää myös elämänkaaren mukaisten palvelujen kehittämisellä. Elämänkaaren mukaisiin kohderyhmiin kohdenneet palvelukokonaisuudet (esimerkiksi lasten- ja nuorten palvelut) edesauttaisivat saamaan saumattomia palveluita ja välttyttäisiin toimintojen ja resurssien käytön päällekkäisyyksiltä. (Hiironniemi 2013, 107 - 108.) Suuri osa kansalaisista on sekä sosiaalipalvelujen että terveystalvelujen tarpeessa oman hyvinvointinsa tukemiseksi. Erityisesti ikääntyneet palvelujen tarvitsijat, päihde- ja mielenterveystalveluja tarvitsevat sekä lapset ja perheet ovat tällaisia asiakas- ja potilasryhmiä. Ihmisistä ja perheistä on olennaista huolehtia kokonaisuutena. (VM 2012a, 71.)

Palvelujen päällekkäisyyttä ja rinnakkaisuutta tulisi tarkastella kriittisesti, sillä yksittäinenkin tehtävämuutos voi tehostaa jotakin prosessia, parantaa tulosta asiakkaan hyväksi tai keventää kunnan kustannuksia. Tähän tarvitaan eri tahojen yhteistyötä. Kuntien tulisi miettiä, mikä taho pystyisi hoitamaan palvelut taloudellisimmin ja vaikuttavimmin. (Hiironniemi 2013, 111.) Palveluprosesseja tulisi johtaa kokonaisuutena siten, että asiakas voi luottaa saavansa tarvitsemansa laadukkaat palvelut asiakaskeskeisenä kokonaisuutena silloin, kun hän niitä tarvitsee (VM 2012a, 73).

Eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn parantaminen on tärkeä tavoite terveydellisessä ja sosiaalisessa mielessä. Tulevina vuosina voitaisiin säästää huomattavia summia pitkäaikaishoidon kustannuksissa, jos hoidon tarvetta onnistutaan siirtämään myöhempään ikään. Erityisen tärkeää on aivoterveiden edistäminen, muistisairauksien ennaltaehkäisy ja oikea-aikainen lääke- ja muu hoito, joilla on mahdollista vaikuttaa palvelutarpeen kehittymiseen. Ikääntyneiden palvelutarpeiden muutoksen välttämättömyys asettaa erityisen haasteen ikääntyneiden palveluista vastaaville tahoille. (VM 2012a, 48.)

## 5 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 5.1 Väestön ikärakenne ja hyvinvointipalvelujen tarve

Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet vuosittain. Kaarinassa nettokustannukset olivat vuonna 2013 samalla tasolla kuin esimerkiksi Nokialla, joka on asukasluvultaan samansuuruinen kaupunki kuin Kaarina. Vuonna 2013 sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa kuitenkin alle koko maan keskitason. (Sotkanet 2015.) Valtiovarainministeriön raportin mukaan Kaarina näyttäisi olevan taloudellisesti tarkastellen nyt ja tulevaisuudessa koko maan kymmenen vahvimman kunnan joukossa (VM 2012b, 53).

Hyvinvointipalvelujen tarve Kaarinassa kasvaa asukasluvun kasvun myötä. Väestöennusteen mukaan Kaarinan asukasmäärän kasvu on suhteellisesti nopeampaa kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa. Asukasmäärän kasvun ennustetaan myös olevan Kaarinassa nopeampaa kuin esimerkiksi Liedossa, Raisiossa ja Turussa. (Sotkanet 2015.)

Vuonna 2014 Kaarinassa (19,3 %) oli prosentuaalisesti tarkasteltuna enemmän 0 - 14 -vuotiaita kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa. Väestöennusteiden mukaan tämän ikäryhmän prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa hieman sekä Kaarinassa että koko maassa. Vuonna 2014 15–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus väestöstä (62,1 %) oli samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa ja vertailukunnissa (Lieto, Raisio ja Nokia). Tämän ikäryhmän prosentuaalinen osuus laskee tulevaisuudessa. 65 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus oli vuonna 2014 Kaarinassa (18,6 %) hieman pienempi kuin Raisiossa, Turussa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus kasvaa koko maassa. Vuonna 2030 Kaarinassa ennustetaan väestöstä olevan yli neljäsosa 65 vuotta täyttäneitä. (Sotkanet 2015.) 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan yli kaksinkertaistuvan Kaarinassa vuoteen 2029 mennessä (Kortelainen ym. 2014, 50).

Lapsiperheiden prosentuaalinen osuus on Kaarinassa pysynyt lähes samana vuosien 2003–2014 välisenä aikana. Vuonna 2014 lapsiperheiden prosentuaalinen osuus oli Kaarinassa (44,6 %) hieman korkeampi kuin Turussa, Raisiossa, Varsinais-Suomessa ja koko maassa. Demografinen huoltosuhde on heikentynyt tasaisesti kymmenen viime vuoden aikana Kaarinassa samoin kuin koko maassa ja vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Ennusteiden mukaan huoltosuhde heikkenee Kaarinassa edelleen tulevaisuudessa. (Sotkanet 2015.)

Hyvinvointipalvelujen käyttö näyttäisi keskittyvän toisaalta sekä nuorimmille että vanhimmille kotitalouksille ja toisaalta kotitalouksille, joissa on lapsia (Jokimäki 2011, 27). Lapsiperheille tarkoitetut palvelut ovat suuressa muutoksessa sekä rakenteiden,

toimintatapojen että palvelutarpeiden osalta (Meklin & Pekola-Sjöbloma 2013, 21). Kaarinan kaupunki onkin kohdistanut voimavaroja lasten, nuorten ja lapsiperheiden peruspalveluihin. Jatkossa Kaarinan kaupungin on niiden lisäksi suunnattava laajennuksia ja voimavaroja ikääntyneiden peruspalveluihin. 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. Palvelutarpeen kasvuun tulevaisuudessa vaikuttaa erityisesti 75 ja 85 vuotta täyttäneiden määrän kasvu. (Kortelainen ym. 2014, 50, 52.) Ikääntyneiden palvelutarpeiden muutos aiheuttaa paljon haasteita ikääntyneiden palveluista vastaaville tahoille (VM 2012a, 48).

Ikääntyneiden määrän kasvaessa hyvinvointipalveluiden tarve kasvaa, mutta tarve ei kuitenkaan lisääny samassa suhteessa ikääntyneiden määrän kanssa, sillä ihmiset ovat nykyisin terveempiä ja toimintakykyisempiä. Palveluiden tarpeen kasvu riippuu hyvin paljon siitä, miten terveys ja toimintakyky jatkossa kehittyvät. (Parjanne 2008, 142.) Eläkeikäisen väestön toimintakyvyn koheneminen elinajan pidentyessä on kuntatalouden kannalta hyvin tärkeää. Tulevaisuudessa säästyisi merkittävästi kustannuksia, jos eläkeikäiset olisivat tulevaisuudessa paljon paremmassa kunnossa kuin samanikäiset nyt eivätkä he käyttäisi kunnallisia palveluja niin paljoa kuin samanikäiset nyt. (Parkkinen 2007, 30.)

Kunta päättää minkälaiseen palvelutuotantoon keskitytään palveluvalikoiman ja asiakkaiden tarpeiden mukaan. Palvelutuotanto on laadukasta ja tuloksellista, kun vaikuttavat palvelut suunnataan niitä eniten tarvitseville. (Kangasharju 2008, 193, 196.) Palvelujen tarvetta pienentävä tekijä on väestön terveydentilan ja toimintakyvyn kohoaminen (Kangasharju 2007, 4).

## 5.2 Hyvinvoinnin edistäminen

Suuri osa erilaisista ongelmista ja sairauksista on ehkäistävissä terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn keinoin. Terveyden edistämisen näkökulmana on oltava koko ihmisen elinkaari, lapsuudesta vanhuuteen. (Parjanne 2008, 148.) Väestön hyvinvoinnilla ja terveydenedistämällä tulisi olla kunnan päätöksenteossa riittävä painoarvo, jotta kunta pystyisi edistämään väestön hyvinvointia ja terveyttä kaikessa päätöksenteossään (VM 2012a, 73). Terveydenedistämistä kunnan strategisessa johtamisessa oli vuonna 2013 Kaarinassa lähes samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa. Terveydenedistämistä perusterveydenhuollossa oli vuonna 2014 Kaarinassa hieman matalampi kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomen alueella sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

Kansalaisopistotoiminta on kunnalle vapaaehtoista toimintaa, joka aktivoi kansalaisten oma-aloitteellisuutta. Kaarinassa kansalaisopiston opetus toteutetaan lähipalveluna eri kaupunginosissa, joten palvelun saavutettavuus on hyvää. Muihin vapaan sivistystyön

oppilaitoksiin nähden Kaarinan kansalaisopiston toimintakulut ovat alhaiset ja kilpailukykyiset. Kansalaisopiston nettokustannukset asukasta kohden olivat vuonna 2013 Kaarinassa samansuuruiset kuin Raisiossa ja alhaisemmat kuin Liedossa. Opetustunnin hinta oli Kaarinassa alhaisempi kuin Turussa, mutta korkeampi kuin Liedossa ja Raisiossa. (Kortelainen ym. 2014, 103.)

Kunnan tehtävänä on edistää, tukea ja järjestää kulttuuripalveluja kunnassa (Kuntien kulttuuritoiminnasta annettu laki 728/1992). Monipuoliset kulttuuripalvelut edistävät ihmisten hyvinvointia ja luovat alueelle elinvoimaisuutta. On kustannustehokasta ehkäistä terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien syntyä myös kulttuurisin keinoin ja menetelmin. (Kunnat.net 2015.) Kaarinan kaupunki järjestää ja mahdollistaa monipuolisesti ja muihin kuntiin nähden kilpailukykyisesti erilaisia kulttuuripalveluita. Kaarinassa monia kulttuuritapahtumia järjestetään yhteistyössä eri yhdistysten kanssa. Kaarinan kaupunki pyrki tukemaan kulttuuritoimintaa lajiin katsomatta. Kaarinan kulttuuritoiminnan vahvuuksia ovat monipuolisuus, joustavuus sekä se, että kulttuuritoiminta pyritään viemään kuntalaisten keskuuteen. Kaarinan kulttuuritoiminnan heikkous on resurssipula niin budjetillisesti kuin tilallisestikin. Kaarinassa kulttuuritoiminnan kehittämiskohteena ovat tiedotus ja käytännön järjestelyt, joihin tarvittaisiin lisää resursseja. (Lehtimäki 2013, 19, 36 - 38.)

Kulttuuritoiminnan käyttötalouden prosentuaalinen osuus kunnan koko käyttötaloudesta oli vuonna 2011 Kaarinassa (1,29 %) pienempi kuin Turussa (2,58 %), Naantalissa (1,65 %) ja Ruskolla (1,49 %), mutta suurempi kuin Raisiossa (1,12 %) ja Liedossa (1,04 %). Kulttuuritoiminnan osuus oli kaiken kaikkiaan pieni kaikissa vertailukunnissa (Turku, Kaarina, Naantali, Raisio, Rusko ja Lieto) vuonna 2011. Kulttuuritoiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2011 olivat Kaarinassa (57,24 €) pienemmät kuin Turussa (180,25 €), Naantalissa (108,18 €), Raisiossa (79,12 €) ja Ruskolla (65,62 €), mutta suuremmat kuin Liedossa (56,98 €). Kulttuuritoiminnan asukaskohtaisissa nettokäyttökustannuksissa Kaarina jäi kuntien vertailussa häntäpäähän vuonna 2011. (Lehtimäki 2013, 5 - 7.)

Liikuntalain (1054/1998) mukaan kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa huomioonottamalla myös erityisryhmät. Kaarinan kaupunki järjestää liikuntapalveluja monipuolisesti ja palvelut ovat hyvin saavutettavissa. Vuonna 2013 Kaarinan kaupungin liikuntapalveluiden nettokustannukset asukasta kohden olivat pienemmät kuin Turussa ja Raisiossa, mutta suuremmat kuin Liedossa ja Ruskolla (Kortelainen ym. 2014, 104). Terveydenedistämisaktiivisuus liikunnan edistämisessä oli vuonna 2014 Kaarinassa matalampi kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomen alueella ja Nokialla sekä Turussa (Sotkanet 2015).

Nuorisolain (72/2006) kunnan tehtäviin kuuluu nuorisotyö- ja politiikka. Kaarina järjestää erilaisia palveluja nuorille lain edellyttämällä tavalla. Palveluja ovat muun muassa



nuorisoavustukset ja avun saaminen opiskelu- tai työnhaussa sekä elämänhallinnassa. Kaarinan kaupungin nuorisopalvelut ylläpitävät avointa nuorisotalotoimintaa alueellisen mallin mukaisesti. Kaarinassa on viisi nuorisotilaa. Nuorisotyön osana ovat erityisnuorisotyö ja etsivä nuorisotyö. Näiden avulla pyritään ehkäisemään nuorten syrjäytymistä yhteiskunnasta. (Kaarinan kaupunki 2015.) Vuonna 2013 Kaarinan nuorisopalveluiden nettokustannukset asukasta kohden olivat pienemmät kuin Turussa, Raisiossa ja Ruskolla, mutta hieman suuremmat kuin Liedossa (Kortelainen ym. 2014, 104).

Kilpailukyky- ja elinvoimapolitiikan näkökulmasta suurten kaupunkiseutujen on pysyttävä tarjoamaan sekä hyviä peruspalveluja että myös monenlaista toimintaa ja kulttuuria. Näin kaupunkiseudut pystyvät kasvattamaan sosiaalista pääomaa ja juurruttamaan osajia kaupunkiseutuun. Hyvinvoinnin edellytysten luomisella sekä kulttuuri-, liikunta- ja vapaa-ajanpalveluilla on tärkeä merkitys tässä tavoitteessa. (Kortelainen ym. 2014, 103.) Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalvelut ovat tärkeitä väestön hyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja osallisuuden edistämiseksi. Ne ehkäisevät sosiaalista ja tiedollista syrjäytymistä. (VM 2012a, 83 - 84.)

### **5.3 Kotihoito- ja vanhuspalvelut**

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) mukaan kunnan velvollisuutena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä turvata iäkkäiden henkilöiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Tulevaisuudessa vanhuspalvelut ovat yhä keskeisemmässä asemassa kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä palvelun järjestäjän ja palvelun käyttäjien että henkilöstön ja talouden näkökulmasta (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 19).

Kunnilla on paljon harkintavaltaa siinä, miten se haluaa järjestää ikäihmisten palvelut. Kalliiden laitospaikkojen vähentäminen ja tehostetun palveluasumisen tai kotona asumisen tukeminen on ollut jo pitkään tavoitteena. Vanhusten elämänlaadun kannalta laitoshoido on usein huonompi vaihtoehto kuin kodinomainen, erilaisiin tukipalveluihin perustuvia asumismalli. Palveluasuminen on yleensä asiakkaalle kalliimpaa kuin laitoshoido, joka on puolestaan kunnille kalliimpi vaihtoehto. (Mäkitalo ym. 2010a, 5–6.) Kaarinan vuonna 2014 valmistunut Suomen ensimmäinen seniorien perhehoitokylä on esimerkki innovatiivisesta tavasta toteuttaa vanhuspalveluita.

Kaarinassa kotihoitopalvelujen sujumisesta huolehtii kotihoidon johtaja yhdessä 54 hoitoalan koulutuksen saaneen työntekijän kanssa (Kaarinan kaupunki 2015). Säännöllisen kotisairaanhoidon piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kaarinan kaupungissa kotihoidon piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden osuus oli vastaavanikäiseen väestöön verrattuna

vuonna 2014 (6,1 %) koko maan keskiarvon tasolla. Liedossa ja Raisiossa oli prosentuaalisesti tarkasteltuna vähemmän kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kuin Kaarinassa. Nokialla ja Turussa oli prosentuaalisesti enemmän kotihoidon piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kuin Kaarinassa vuonna 2014. (Sotkanet 2015.)

Palvelurakennetavoitteiden mukaisesti 75 vuotta täyttäneiden kotona hoitamista tulisi laajentaa ja tehostaa. Ikääntyneiden kotona asumista tukevat palvelut ja hoitaminen vaativat kuitenkin lisää voimavaroja peruspalveluihin. (Kortelainen ym. 2014, 52.) Kotipalveluiden käyttökustannukset ovat kaksinkertaistuneet vuosien 2003 ja 2013 aikana sekä Kaarinassa että vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja Raisio). Kotipalveluiden käyttökustannukset olivat Kaarinassa alhaisemmat kuin Nokialla vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kaarinassa on neljä pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen yksikköä. Lisäksi tehostettua palveluasumista on tarjolla yksityisissä yksiköissä, joiden kanssa Kaarinan kaupunki on tehnyt puitesopimuksen tai jotka Kaarina on hyväksynyt tehostetun palveluasumisen palvelusetelituottajaksi. (Kaarinan kaupunki 2015.) Tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä on kasvanut vuosien 2003 ja 2013 aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa ja vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Asiakkaiden prosentuaalinen osuus vuonna 2013 oli Kaarinassa (8,8 %) suurempi kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

Kaarinassa omaishoidon tukea saaneiden 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä on kasvanut vuosien 2003 ja 2014 aikana. Vuonna 2014 prosentuaalinen osuus oli Kaarinassa (8,1 %) korkeampi kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa, Liedossa, Nokialla ja Turussa. (Sotkanet 2015.)

Kaarinassa 29 -paikkaisessa Valmakodissa tarjotaan vanhuksille laitoshoidon moniammatillisen hoitotiimin toteuttamana (Kaarinan kaupunki 2015). Vanhusten laitospalveluiden käyttökustannukset ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 käyttökustannukset olivat Kaarinassa pienemmät kuin Nokialla ja Raisiossa, mutta suuremmat kuin Liedossa. (Sotkanet 2015.) Laitospalveluista avopalveluihin siirtyminen on yksi kustannusten hallinnan keskeinen keino (Hiironniemi 2013, 91).

## 5.4 Perhe- ja sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelut palvelevat Kaarinassa kaikenikäisiä kuntalaisia. Sosiaalipalvelut tarjoavat muun muassa neuvontaa ja ohjausta. Palvelut sisältävät asiakkaan palvelutarpeiden arviointia. Osa asiakkaista on toimeentulon hakijoita, mutta asiakkaina on enenevässä määrin myös muita asiakasryhmiä kuten esimerkiksi lapsiperheitä. (Kaarinan kaupunki 2015.) Toimeentulon saaneita henkilöitä oli Kaarinassa vähemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa, Nokialla, Raisiossa ja Turussa, mutta enemmän kuin

Liedossa vuonna 2013. Toimeentulotukea saaneiden henkilöiden prosentuaalinen määrä on hieman vähentynyt Kaarinassa kymmenen vuoden aikana, mutta toimeentulotuen kustannukset ovat nousseet. Vuonna 2014 toimeentulotuen kustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa kuitenkin alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa, Nokiolla, Raisiossa ja Turussa. Kuntien toimeentulotuen myöntämiskäytännöt vaikuttavat maksetun toimeentulotuen määrään. (Sotkanet 2015.)

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia lastensuojelusta ja viranomaisella on ilmoitusvelvollisuus havaitsemastaan lastensuojelutarpeesta. Lastensuojelun tarve on lisääntynyt koko maassa (Meklin & Pekola-Sjöblom 2013, 21). Lastensuojeluilmoitusten määrä on lisääntynyt vuosien 2008–2013 aikana myös Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. Kaarinassa ilmoitusten määrä on yli kaksinkertaistunut vuosien 2008 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 Kaarinassa tehtiin 845 lastensuojeluilmoitusta. (Sotkanet 2015.)

0–17-vuotiaiden lasten, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä on lisääntynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa vuosien 2008 ja 2013 aikana. Kaarinassa näiden lasten prosentuaalinen osuus (6 %) oli samalla tasolla kuin keskimäärin koko maassa vuonna 2013. Liedossa ja Nokiolla lasten prosentuaalinen osuus oli pienempi kuin Kaarinassa vuonna 2013. (Sotkanet 2015.) Lastensuojelulain (417/2007) mukaan lastensuojeluilmoituksen tulisi olla käsitelty seitsemän arkipäivän kuluessa. Lastensuojeluilmoitukset tai vastaavat yhteydenotot ratkaistiin Kaarinassa 100 %:ssa tapauksista vuonna 2014 lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa, kun keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa ratkaisuprosentti oli noin 95 %. (Sotkanet 2015.)

Osa Kaarinan kaupungin perhekeskuspalveluja on perheneuvola, jossa lapsiperheitä autetaan ratkaisujen löytämisessä perhe-elämän ja kasvatuksen pulmiin (Kaarinan kaupunki 2015). Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaiden määrä on vaihdellut Kaarinassa vuosittain. Vuonna 2014 Kaarinassa (195 kpl) oli asiakkaita vähemmän kuin Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset ovat Kaarinassa kuitenkin nousseet vuosien 2006 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 käyttökustannukset olivat Kaarinassa pienemmät kuin Nokiolla, mutta suuremmat kuin Liedossa ja Raisiossa. (Sotkanet 2015.)

Neuvolapalveluiden saavutettavuus Kaarinassa on hyvä, sillä toimipisteitä on useampia eri puolilla kaupunkia. Äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa toteutetut asiakkaan seurantatarkastukset tehdään valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit ovat Kaarinassa vähentyneet huomattavasti viimeisen parin vuoden aikana. Myös keskimäärin koko maassa käynneissä on tapahtunut jonkin verran vähentymistä, mutta ei samalla tasolla kuin Kaarinassa. Vuonna 2013 äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon kaikkia käyntejä tuhatta vastaavan ikäistä kohti oli noin kolmasosa

siitä, mitä keskimäärin koko maassa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Myös käynnit opiskeluterveydenhuollossa ovat Kaarinassa vähentyneet. Lääkärikäyntejä ja muita kuin lääkärikäyntejä oli vuonna 2013 vähemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). (Sotkanet 2015.)

Vammaispalvelulain (380/1987) mukaan kuntien tehtävänä on järjestää vammaispalveluja. Kaarinan kaupunki tarjoaa vammaispalvelulain mukaisia palveluja, ohjausta ja neuvontaa (Kaarinan kaupunki 2015). Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden määrä on kasvanut vuosien 2003 ja 2013 aikana. Kaarinassa (157,2 / 100 000 asukasta) oli vuonna 2013 enemmän asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Vammaispalvelulain perusteella järjestettyjen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset ovat kasvaneet vuosien 2003 ja 2013 aikana koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Liedossa, Nokiolla ja Turussa. Kustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa korkeammat kuin keskimäärin koko maassa ja Varsinais-Suomessa sekä muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Myös vammaishuollon laitospalvelujen käyttökustannukset ovat nousseet Kaarinassa vuosien 2003 ja 2013 aikana. Kaarinassa vammaishuollon laitospalveluiden käyttökustannukset olivat vuonna 2013 matalammat kuin Nokiolla. Liedossa ja Raisiossa käyttökustannukset olivat alhaisemmat kuin Kaarinassa vuonna 2013. Vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset ovat pysyneet Kaarinassa lähes samalla tasolla vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 vammaisten työllistämistoiminnan käyttökustannukset olivat Kaarinassa pienemmät kuin Nokiolla ja Raisiossa, mutta suuremmat kuin Liedossa. (Sotkanet 2015.)

## 5.5 Terveyspalvelut

Kaarinan terveyspalvelut vastaa Kaarinan ja Liedon Littoisten asukkaiden perusterveydenhuollon palveluista. Terveyspalveluihin kuuluvat avosairaanhoido, mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveyskeskuksen sairaala, työterveyshuolto, hammashuolto, hoitotyö ja tukipalvelut sekä erikoissairaanhoido. (Kaarinan kaupunki 2015.) Terveyspalveluiden saavutettavuus on hyvä, sillä terveyspalveluita on saatavilla kolmessa eri toimipisteessä eri puolilla kaupunkia.

Perusterveydenhuollon nettokustannukset (mukaan lukien hammashuolto) ovat kasvaneet kymmenen vuoden aikana. Perusterveydenhuollon nettokustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa vuonna 2012 kuitenkin hieman korkeammat kuin vuonna 2013. Kustannukset asukasta kohden olivat Kaarinassa vuonna 2013 melko samansuuruiset kuin Nokiolla ja alhaisemmat kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa, Liedossa ja Raisiossa vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kaarinan kaupungissa avosairaanhoidon palveluihin kuuluvat lääkärin, terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan vastaanottopalvelut, jotka ovat saatavilla kolmessa toimipisteessä. Palveluihin kuuluu myös perusterveydenhuollon päivystyksen järjestäminen. (Kaarinan kaupunki 2015.) Perusterveydenhuollon avosairaanhoitokäynnit ovat vähentyneet Kaarinassa. Kaarinassa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä (544 kpl / 1000 asukasta) oli vuonna 2013 vähemmän verrattuna sekä koko maan keskiarvoon että kaikkien vertailukuntien (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) käynteihin. Vaikka käynnit ovat Kaarinassa vähentyneet, ovat perusterveydenhuollon avohoidon (pl. hammashuolto) käyttökustannukset nousseet. Kustannukset olivat kuitenkin vuonna 2013 hieman alhaisemmat kuin vuonna 2012. Kaarinassa kustannukset olivat vuonna 2013 pienemmät kuin Nokialla. (Sotkanet 2015.) Kaarinassa (41 päivää) odotusaika terveyskeskuslääkärille on pidempi kuin Nokialla (11 vrk), mutta melko samanpituisen kuin Raisiossa (32 arkipäivää).

Kaarinan kaupungissa on useita mielenterveys- ja päihdeongelmissa tukevaa palvelua (Kaarinan kaupunki 2015). Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit) ovat vähentyneet Kaarinassa vuosien 2011–2013 aikana. Sen sijaan koko maan tasolla, Varsinais-Suomessa, Nokialla ja Raisiossa käynnit ovat lisääntyneet. Mielenterveyskäyntejä tuhatta asukasta kohden oli Kaarinassa (16 kpl / 1 000 asukasta) vuonna 2013 vähemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia ja Raisio). (Sotkanet 2015.)

Päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden määrä on vähentynyt Kaarinassa vuosien 2003–2014 aikana. Vuonna 2014 Kaarinassa (1,8 asiakasta/1 000 asukasta) oli vähemmän päihdehuollon avopalveluiden asiakkaita kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Päihdehuollon käyttökustannukset ovat kuitenkin kasvaneet vuosien 2003 ja 2013 aikana Kaarinassa, Liedossa, Nokialla ja Raisiossa. Päihdehuollon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa korkeammat kuin Liedossa ja Nokialla, mutta alhaisemmat kuin Raisiossa. Myös päihdehuollon nettokustannukset asukasta kohden ovat kasvaneet. Kaarinassa päihdehuollon nettokustannukset asukasta kohden vuonna 2013 olivat keskimäärin samalla tasolla kuin verrattuna koko maan keskiarvoon. Kaarinassa vuoden 2013 päihdehuollon nettokustannukset asukasta kohden olivat korkeammat kuin Liedossa ja Nokialla, mutta selvästi matalammat kuin Raisiossa ja Turussa. (Sotkanet 2015.) Päihdehuollon nettokustannukset eivät näytä kaikkia päihdepalveluista aiheutuvia kustannuksia, joten päihdehuollon nettokustannukset antavat vain osittaisen kuvan päihdeongelmien laajuudesta (Aro ym. 2014, 35).

Kaarinan terveyskeskuksen sairaalassa hoidetaan kahdella vuodeosastolla yleislääkäriritaisoista sairaanhoitoa tarvitsevia potilaita (Kaarinan kaupunki 2015). Kaarinan perusterveydenhuollossa sairaalahoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä on lisääntynyt vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 hoitoa saaneiden potilaiden lukumäärä oli Kaarinassa (29,1 potilasta/1 000 asukasta) hieman koko maan keskiarvoa korkeampi. Nokialla,

Turussa ja Liedossa perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaiden lukumäärä oli vähäisempi kuin Kaarinassa vuonna 2013. Vuosien 2003 ja 2013 aikana keskimääräinen hoitoaika perusterveydenhuollon vuodeosastolla on lyhentynyt koko maassa, Varsinais-Suomessa, Kaarinassa, Raisiossa ja Turussa. Kaarinan kaupungissa keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla (16,6 päivää) oli lyhyempi kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku) vuonna 2013. Kuitenkin perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset ovat kasvaneet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio) vuosien 2006 ja 2013 aikana. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset olivat vuonna 2013 Kaarinassa korkeammat kuin Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. (Sotkanet 2015.)

Kaarinan kaupungissa on kolme suun terveydenhuollon toimipistettä (Kaarinan kaupunki 2015). Suun terveydenhuollon käynnit (hammaslääkärikäynnit ja muut käynnit) ovat vähentyneet Kaarinassa. Vuonna 2013 suun terveydenhuollon käyntejä oli Kaarinassa (301 kpl/1 000 asukasta) vähemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa ja muissa vertailukunnissa (Lieto, Nokia, Raisio ja Turku). Hammashuollon käyttökustannukset ovat kuitenkin nousseet kaikissa vertailukunnissa (Kaarina, Lieto, Nokia ja Raisio) vuosien 2003 ja 2013 aikana. Vuonna 2013 kustannukset olivat korkeammat Kaarinassa kuin Liedossa, Nokiolla ja Raisiossa. (Sotkanet 2015.)

Hoitotyön palvelujen tehtävänä on hoitotyön kehittäminen ja johtaminen terveystalvelujen vastuualueella ja hyvinvointipalvelujen toimialalla yhteistyössä muiden vastuualueiden kanssa. Tukipalveluja ovat laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut ja fysioterapiapalvelut. Laboratoriopalveluja tarjotaan Kaarinassa kolmessa toimipisteessä. Laboratorionäytteet tutkitaan pääosin pääterveysasemalla. Vain 15 % näytteistä tutkitaan muualla. (Kaarinan kaupunki 2015.) Kaarinassa, Nokiolla ja Raisiossa laboratoriotoiminnan kustannukset ovat nousseet vuosien 2009 ja 2013 aikana. Kaarinassa kustannukset olivat vuonna 2013 kuitenkin alhaisemmat kuin vuosina 2011 ja 2012. Laboratoriotoiminnan kustannukset olivat Kaarinassa lähes samalla tasolla kuin Nokiolla, mutta korkeammat kuin Liedossa vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Kaarinan pääterveysasemalla tarjotaan kuvantamisen palveluja (Kaarinan kaupunki 2015). Kuvantamistutkimusten kustannukset ovat laskeneet Kaarinassa vuosien 2011 ja 2013 aikana. Kaarinassa kustannukset olivat matalammat kuin Raisiossa, mutta korkeammat kuin Liedossa ja Nokiolla vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

Fysioterapiapalvelut kattavat fysioterapian, apuvälineiden lainauksen ja lääkinnällisen kuntoutuksen (Kaarinan kaupunki 2015). Kaarinassa fysioterapian käynnit ovat vähentyneet vuosien 2011 ja 2013 aikana. Kaarinassa oli fysioterapiakäyntejä vähemmän kuin keskimäärin koko maassa, Varsinais-Suomessa, Turussa ja Liedossa vuonna 2013. (Sotkanet 2015.)

## LÄHTEET

Aro Timo (toim.), Kynäslahti Sirpa, Lundenius, Marko, Tuomola Anna & Widborn Timo 2014. Länsi-Suomen Sote-alue tulee – oletko valmis? Vertaileva analyysi Länsi-Suomen sote-alueen kuntien kantokyvystä. Porin kaupunki.

Hallipelto Aatos 2008. Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Kunnallissalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 68. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Polemia%2068.pdf> haettu 1.9.2015

Hiironniemi Saara 2013. Kuntien tehtävien kartoitus. Raportti 2012. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2/2013. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Valtiovarainministeriö.

Ilmakunnas Seija 2008. Hoidon ja hoivan tuotannon taloudelliset haasteet. Teoksessa Ilmakunnas Seija (toim.) 2008. Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. 1- 15. [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j48.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf) haettu 1.9.2015

Jokimäki Hanna 2011. Hyvinvointipalvelut osana kotitalouksien hyvinvointia. VATT Muistiot 15. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/muistiot\\_15.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/muistiot_15.pdf) haettu 1.9.2015

Kaarinan kaupunki 2015. <http://www.kaarina.fi>

Kaarinan kaupungin sisäinen tiedote 2015. Intranet. Syyskuu 2015.

Kangasharju Aki 2007. Hyvinvointipalvelut väestön ikääntyessä. Teoksessa Kangasharju Aki (toim.) 2007. Hyvinvointipalvelujen tuottavuus: Tuloksia opintien varrelta. VATT julkaisuja 46. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. 2 - 4. [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j46.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j46.pdf) haettu 1.9.2015

Kangasharju Aki 2008. Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Teoksessa Ilmakunnas Seija (toim.) 2008. Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. 169 - 202. [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j48.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf) haettu 1.9.2015

Koivuranta-Vaara Päivi 2011. Terveystuonon laatuopas. 1. painos. Kuntaliitto, Helsinki.

Kortelainen Risto, Myllyntaus Oiva & Ritvanen Antero 2014. Turun, Kaarinan, Raision, Liedon ja Ruskon yhdistymisselvitys. Valtiovarainministeriö.

Kunnat.net 2015. <http://www.kunnat.net>

Lehtimäki Noora 2013. Turun seudun kuntien kulttuuriselvitys 11.1.2013. Varsinais-Suomen taidetoimikunta.

Meklin Pentti & Marianne Pekola-Sjöblom (toim.) 2013. Kunnalliset palvelut ja Paras – uudistus. Paras-ARTTU -ohjelman tutkimuksia nro 29. Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki. 1. painos.

Mäkitalo Raili, Hautala Urpo, Narikka Jouko & Tuukkanen Jorma 2010a. Hyvinvointia kestävästi – ikääntymishaaste hallintaan. Tiivistelmä joulukuu 2010. Valtiovarainministeriö.

Nokian kaupunki 2015. <http://www.nokiankaupunki.fi/>

Noro Anja & Finne-Soveri Harriet 2008. Avo- ja laitoshoidon suhde – katsaus nykytilaan ja tulevaan. Teoksessa Ilmakunnas Seija (toim.) 2008. Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. 115 - 140.

[http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j48.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf) haettu 1.9.2015

Parjanne Marja-Liisa 2008. Terveysteen, hyvinvointiin ja sairauksien ehkäisyyn kannattaa investoida. Teoksessa Ilmakunnas Seija (toim.) 2008. Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT -julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki. 141 - 168.

[http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j48.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf) haettu 1.9.2015

Parkkinen Pekka 2007. Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen. VATT –tutkimuksia 136. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

[http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/t136.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t136.pdf) haettu 1.9.2015

Raision kaupunki 2015. <http://www.raisio.fi/>

Reiman Katja 2015. Sähköposti. 6.11.2015.



Sotkanet 2015. Tilasto- ja indikaattoripankki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

STM 2013. Selvityshenkilöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2013:7. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

STM 2015. Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2015. [http://www.stm.fi/vi-reilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakenneuudistus](http://www.stm.fi/vi-reilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus)  
 haettu 28.11.2015

VM 2012a. Valtiovarainministeriö. Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys. Osa I. Selvitysosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a/2012.  
<http://dev.hel.fi/paatokset/media/att/70/703d4858dfb80cf37fe9461e53e489579f75b289.pdf> haettu 5.5.2015

VM 2012b. Valtiovarainministeriö. Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys. Osa II. Alueellinen tarkastelu. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a/2012.  
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2012/20120208kuntaudistus/Osa%20II%20Alueellinen%20tarkastelu%20NETTI.pdf> haettu 5.5.2015

Lait ja asetukset:

Kansanterveyslaki (66/1972)

Kirjastolaki (904/1998)

Kuntalaki (365/1995)

Kuntien kulttuuritoiminnasta annettu laki (728/1992)

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki (733/1992)

Laki toimeentulotuesta (1412/1997)

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)

Lastensuojelulaki (417/2007)

Liikuntalaki (1054/1998)

Nuorisolaki (72/2006)

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

**LIITE 1 KAARINAN KAUPUNGIN HYVINVOINTIPALVELUT**

Hyvinvointi- palveluiden vastuualue	Toiminta	Palvelu	Kohderyhmä	Laki, johon toiminta perustuu	Kunnalle vapaa- ehtoinen/ harkin- nanvarainen/ laki- säätäinen
Hyvinvoinnin edistäminen	Kansalaisopisto	Monipuolisia ja hyvin- vointia edistäviä kursseja ja luentoja	kansalaiset	Laki vapaasta sivistystyöstä (632/1998)	vapaaehtoinen
	Terveyden edistä- misen palvelut	Terveyden edistäminen	kuntalaiset	Kansanterveyslaki (66/1972) Terveydenhuoltolaki (1326/2010) Kuntalaki (365/1995) Laki kunta- ja palvelurakennemuudi- tuksesta (169/2007)	lakisäätäinen
	Ehkäisevä päihdetyö (Sateenkaarina, päihdete- rapeutti)	kuntalaiset	Päihdehuoltolaki (41/1986) Raittiustyölaki (828/1982) Raittiustyöasetus (233/1983) Tupakkalaki (693/1976) Alkoholilaki (1143/1994) Huumausainelaki (373/2008) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Työturvallisuuslaki (738/2002)	lakisäätäinen	

		Ikäihmisten neuvontapalvelu (Vinkki)	yli 65 -vuotiaat kuntalaiset	Kansanterveyslaki (66/1972) Terveystieteidenlaki (1326/2010) Kuntalaki (365/1995) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)	lakisääteinen
		Perhetalopalvelut (Oskariina)	alle kouluikäisten lasten perheet	Lastensuojelulaki (417/2007) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen
Kansalaistoiminta ja kulttuuripalvelut		Taiteen perusopetus	kuntalaiset	Laki kuntien kulttuuritoiminnasta (728/1992) Laki opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta (635/1998) Asetus opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta (806/1998) Laki taiteen perusopetuksesta (633/1008) Asetus taiteen perusopetuksesta (813/1998) Museolaki (729/1992) Teatteri- ja orkesterilaki (730/1992)	lakisääteinen
		Kulttuuripalvelut	kuntalaiset		lakisääteinen
		Avustukset	kuntalaiset		harkinnanvarainen

	Liikuntapalvelut	Avustukset	kuntalaiset	Liikuntalaki (1054/1998) Suomen perustuslaki (731/1999) Kuntalaki (365/1995)	lakisääteisiä /har- kinnanvaraisia
		Ohjaus- ja kurssitoiminta	kuntalaiset		
		Uimahalli	kuntalaiset, alueen asukkaat, yritykset		
		Kuntosali	kuntalaiset, alueen asukkaat, yritykset		
		Ulkoliikunta (kentät, ladut)	kuntalaiset, alueen asukkaat, yritykset		
		Sisäliikunta (monitoimitalo, Vapari, Piikkiön liikuntahalli)	kuntalaiset, alueen asukkaat, yritykset		
		Jäähalli	kuntalaiset, alueen asukkaat, yritykset		
	Nuorisopalvelut	Nuorisopalvelu	0-29 -vuotiaat kunta- laiset	Nuorisolaki (72/2006) Suomen perustuslaki (731/1999) Kuntalaki (365/1995)	lakisääteinen
		Nuorisotilat ja leirialueet (Ampperi, Pontela, Koti- mäen-, Kuusiston ja Piis- panlähteen nuorisotilat, Vapari ja Vuolahden leiri- alue)			lakisääteinen

		Avustukset			harkinnanvarainen
<b>Kotihoito- ja vanhuspalvelut</b>	Kotihoitopalvelut	Kotihoito (hoito, huolenpito ja sairaanhoito )	vanhukset, pitkäaikais-sairaat	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki (1326/2010)	lakisääteinen
		Kotihoidon palveluohjaus	vanhukset, pitkäaikais-sairaat, omaiset	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki (1326/2010)	lakisääteinen
		Sotainvalidien palvelut ja veteraaniasiat	sotainvalidit ja veteraanit	Sotilasvammalaki (404/1948)	lakisääteinen
		Tukipalvelut (ateria-, kauppaa-, turva-, kylvetys-, siivous- ja kuljetuspalvelut, lounassetelit)	vanhukset, pitkäaikais-sairaat ja sotainvalidit	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki (1326/2010)	harkinnanvarainen
	Asunnon muutostyöt		vanhukset	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuslaista (980/2012)	harkinnanvarainen
Asumis- ja palveluasuminen	Vanhusten pitkäikäinen tehostettu palveluasuminen (Kaarinakoti , Hovirinnan ja Värttinän palvelukeskukset ja Tupasviljan ryhmäkoti)	yli 65 -vuotiaat kuntalaiset	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuslaista (980/2012)	lakisääteinen	

		Vanhusten lyhytaikainen tehostettu palveluasuminen (Visiitti )	vanhukset, pitkäaikais-sairaat	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012)	lakisääteinen
		Perhehoito	vanhukset	Perhehoitolaki (263/2015)	lakisääteinen
		Senioreiden perhehoitokylä	vanhukset	Perhehoitolaki (263/2015)	lakisääteinen
	Vanhusten laitoshoido	Vanhainkoti (Valmakoti)	vanhukset	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012)	lakisääteinen
	Päivähoitopalvelut	Vanhusten päivähoito (Hovirinta, Värttinä ja Tupasvilla)	yli 65 -vuotiaat kuntalaiset	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012)	lakisääteinen
	Omaishoito		vanhukset, pitkäaikais-sairaat	Laki omaishoidon tuesta (937/2005)	lakisääteinen

	Kuljetuspalvelu		yli 65-vuotiaat liikuntaesteiset kuntalaiset	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen, harkinnanvarainen
<b>Perhe- ja sosiaalipalvelut</b>	Sosiaalipalvelut	Työllistämistoiminta	työttömät, erityisesti nuoret, pitkäaikaistyöttömät, veloitetyöttömät	Laki toimeentulotuesta (1412/1997) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen
		Kuntouttava työtoiminta	kansalaiset, joilla on oikeus kuntouttavaan työtoimintapalveluun	Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001)	lakisääteinen
		Palvelutarpeen arviointi	kuntalaiset, perheet	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen
	Lastensuojelupalvelut	Avohuollon tukipalvelut	Perheet, lapset ja nuoret, joille järjestetty erityistukea	Lastensuojelulaki (417/2007) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen
		Tukihenkilötoiminta	Lastensuojelu, perheet, nuoret	Laki toimeentulotuesta (1412/1997)	lakisääteinen
		Asumispalvelut	lastensuojelunuoret		lakisääteinen
		Perhetyö	perheet, nuoret, lapset	lakisääteinen	
		Laitoshoido	perheet, lapset ja nuoret/sijaishuolto	lakisääteinen	

		Toimeentulotuki	lapsiperheet		lakisääteinen
		Sosiaalityö	lapsiperheet		lakisääteinen
	Perhekeskus	Perheneuvola	lapset, nuoret, perheet	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen
	Varsinais-Suomen sijaishuoltoyksikkö	Avo- ja sijaishuolto	lapset, nuoret, perheet	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	lakisääteinen
	Ehkäisy- ja äitiysneuvola		perheet, perhesuunnittelu, raskaana olevat	Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011)	lakisääteinen
	Lastenneuvola		perheet, alle kouluikäiset	Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011)	lakisääteinen
	Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto		perheet, koululaiset ja opiskelijat	Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010,	lakisääteinen



				Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011)	
	Puheterapia- ja psykologipalvelut		painotus: lapsiperheet ja alle kouluikäiset	Terveystieteiden tutkimuslaki (1326/2010)	lakisääteinen
	Vammaispalvelut	Päivätoimintapalvelut (Tikli)	vaikeavammaiset	Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)	lakisääteinen
		Työtoimintapalvelut (Tikli)	vammaiset mielenterveyskuntoutajat		lakisääteinen
		Avotyötoiminta (Tikli)	vammaiset mielenterveyskuntoutajat		lakisääteinen
		Vammaisten iltapäiväkerho (Tikli)	vammaiset koululaiset		lakisääteinen
		Vammaisten asumispalvelut	vaikeavammaiset		lakisääteinen
		Vammaisten laitoshoido	vammaiset		lakisääteinen

		Omaishoito	vammaiset	Laki omaishoidon tuesta (937/2005)	lakisääteinen
		Vammaisten kuljetuspalvelu	vaikeavammaiset		lakisääteinen
		Vammaisten asunnonmuutostyöt	vaikeavammaiset		lakisääteinen
		Tulkkipalvelu	vaikeavammaiset		lakisääteinen
		Palveluohjaus	vaikeavammaiset, vammaiset	Laki kehitysvammaisten erityishuolosta (519/1977)	lakisääteinen
		Henkilökohtainen apu (avustajatiimi , avustukset ja asiakaspalvelujen osto)	vaikeavammaiset		lakisääteinen
		Tukihenkilöt, viittomien kotiopetus	vammaiset		harkinnanvarainen
		Vammaisten tukipalvelut (kehitysvammaisten vapaa-ajan palvelut, leirit ja uintikerho, Kehitysvammaisten Tuki)	vammaiset		harkinnanvarainen

		Videotiedotteet	vammaiset		harkinnanvarainen
		Tukiasunnot	vammaiset		harkinnanvarainen
		Avustukset (liikkumisen ja toiminnan apuvälineet)	vammaiset		harkinnanvarainen
<b>Terveyspalvelut</b>	Avosairaanhoido	Vastaanottopalvelut	kansalaiset	Terveydenhuoltolaki (1326/2010)	lakisääteinen
	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Kuntouttavat mielenterveyspalvelut	kansalaiset	Mielenterveyslaki (1116/1990)	lakisääteinen
		Vastaanottopalvelut (korvaushoito, päihdeterapeutti, psykologit)	kansalaiset	Terveydenhuoltolaki (1326/2010) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	
		Toimeentulotuki	kansalaiset	Päihdehuoltolaki (1986/41)	
		Asumispalvelut ja tukiasunnot	kansalaiset	Toimeentulotukilaki (1412/1997)	
		Polikliininen päihdetyö (A -klinikat)	kansalaiset		

		Päivätoimintaa ja työtoimintaa (Nappi & Plätty ja Talo)	kansalaiset		
	Terveyskeskuksen sairaala	Vuodeosastohoito	kansalaiset	Kansanterveyslaki (66/1972) Terveystoimintalaki (1326/2010)	lakisääteinen
	Työterveyshuolto		yrietykset, kaupungin työntekijät	Työterveyshuoltolaki (1383/2001)	lakisääteinen
	Hammashuolto		kansalaiset	Terveystoimintalaki (1326/2010)	lakisääteinen
	Hoitotyö ja tukipalvelut	Laboratoriopalvelut	kansalaiset	Terveystoimintalaki (1326/2010)  Kansanterveyslaki (66/1972)	lakisääteinen
		Kuvantamispalvelut	kansalaiset		
		Fysioterapiapalvelut	kansalaiset		
		Lääkehuolto			
		Tartuntatautien vastustaminen			
		Tekniset tukipalvelut			
	Erikoissairaanhoito		kansalaiset	Erikoissairaanhoitolaki (1026/1989)	lakisääteinen

## LIITE 2 TEEMAHAASTATTELURUNKO

### Taustatiedot:

- Koulutustausta?
- Kuinka kauan olet toiminut nykyisessä toimessa?

### Päätöksenteko:

- Miten kunnan hyvinvointipalveluiden päätökset tehdään?
- Millainen päätöksentekoprosessi on?

### Strategia:

- Kuinka usein kunnan strategia päivitetään?
- Miten kunnan strategia näkyy päivittäisessä työskentelyssäsi?
- Mikä on strategian merkitys päätöksenteossa?
- Miten kunnan strategia tukee hyvinvointipalveluja?

### Tieto strategisen päätöksenteon tukena:

- Minkälaista tietoa kunta on hyödyntänyt päätöksenteossa?
- Miten tieto toimii strategisen päätöksenteon tukena?
- Millainen tieto on tärkeää strategisen päätöksenteon kannalta?
- Onko päätöksenteon tueksi saatavilla riittävästi tietoa? Millaista tietoa haluaisit?
- Millaisia tietolähteitä hyödynnät työssäsi? (toiset viranhaltijat, selvitykset, tutkimukset, tietokannat, kuntalaiset, tilastot jne.)
- Millaista tietoa tarvittaisiin lisää?
- Palvelutasoraportin antama tieto ja sen hyöty?

### Mitä muuta haluaisit sanoa

### LIITE 3 SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja,

Opiskelen Turun yliopiston kauppakorkeakoulun Porin yksikössä kauppatieteen maisteriksi. Pääaineenani on johtaminen ja organisointi. Opintoihini kuuluu pro gradu -tutkielman tekeminen. **Tutkielmaan on toimeksiantosopimus Kaarinan kaupungin kanssa.** Tutkielmani tarkoituksena on kuvailla Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden tasoa ja strategista päätöksentekoa. Tavoitteena on tuottaa tietoa Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden tasosta ja kustannuksista sekä strategisesta päätöksenteosta hyvinvointipalveluissa.

”Strategia on työväline kaupungin pitkäjänteiseen kehittämiseen. Strategia kertoo, mikä on kunnan tavoitetila ja miten toimintaa kehitetään, jotta tavoitteisiin päästään.” (Kaarinan kaupunki 2015.)

Tutkielman osana on jo tehty palvelutasoraportti, jossa on analysoitu Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden tasoa ja kustannuksia. Tutkielmani aineistonkeruusta osa tapahtuu haastattelemalla. Toivonkin, että saisin haastatella Sinua kokemuksistasi hyvinvointipalveluiden strategiseen päätöksentekoon liittyen. Haastattelukysymykset liittyvät kunnan strategiaan, päätöksentekoon ja tietoon strategisen päätöksenteon tukena. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu tehdään Sinulle sopivana ajankohtana organisaationne tiloissa. Haastatteluun olisi hyvä varata aikaa noin 1,5 tuntia. Luvallasi haastattelu nauhoitetaan. Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimustulokset raportoidaan siten, että yksittäisiä haastateltavia ei voida tunnistaa. Haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Pro gradu -tutkielma tehdään Turun yliopiston kauppakorkeakoulun Porin yksikköön. Tutkimuksen ohjaajana toimii KTT Päivikki Kuoppakangas. Tutkimuksen tulokset raportoidaan pro gradu -tutkielman muodossa. Mikäli suostut haastatteluun, milloin olisi Sinulle sopiva ajankohta haastattelulle? Toivon, että haastattelu aika saataisiin sovittua lokamarraskuulle.

Ystävällisin terveisin,

Kirsi Koski-Pärnä

KTM -opiskelija, TtM, th(AMK)

[kstkos@utu.fi](mailto:kstkos@utu.fi)

p. 040-5737369

**LIITE 4 HAASTATTELUT**

27.10.2015 Kaarinan kaupungin perusturvalautakunnan puheenjohtaja Sanna Vauranoja

4.11.2015 Kaarinan kaupunginjohtaja Harri Virta

9.11.2015 Kansalaistoiminnan johtaja Tuuli Salospohja

10.11.2015 Perhe- ja sosiaalipalvelujohtaja Katja Reiman

11.11.2015 Kaarinan kaupunginhallituksen puheenjohtaja Merja Kantalainen

20.11.2015 Kaarinan hyvinvointipalvelujen johtaja Anna Arola-Järvi

20.11.2015 Vanhuspalvelujohtaja Seija Sjöblom

24.11.2015 Kaarinan kaupunginvaltuuston puheenjohtaja Jere Järvinen

2.12.2015 Johtava ylilääkäri Erkki Tuomaala