

Perttilä Kerttu, Orre Soili, Koskinen Sari, Rimpelä Matti

Kommunernas välfärdsberättelse

- projektets slutrapport

Aiheita 7/2004

Innehåll

INLEDNING	4
STYRSYSTEM FÖR KOMMUNERNAS VÄLFÄRDSPOLITIK.....	6
Ändringarna i den styrning som verkställs i förhållandet stat-kommun	6
Nationella styrsystem i välfärdspolitiken	7
Lagstiftningen.....	7
Ekonomisk styrning.....	8
Informationsstyrning	8
Programstyrning	9
Kvalitetsrekommendationer	10
Kommunens välfärdsansvar	10
Välfärdsstrategi- och programarbetets framskridande i kommunerna.....	11
Arbetsredskap för välfärdsledning.....	12
Välfärdsstrategi	14
Projektets förverkligande.....	18
Målsättningar.....	18
Allokering av uppgiften och valet av namn.....	18
Välfärd och hälsa som begrepp.....	18
Projektets organisering	19
Definition av välfärdsindikatorer	20
Kommunernas förhandsuppfattningar om välfärdsberättelsen	23
Beredning av välfärdsberättelsen i kommunerna	26
Erfarenheter från beredningen	28
Bedömning av projektet.....	31
REKOMMENDATIONER RÖRANDE BEREDNINGSPROCESSEN OCH INNEHÅLLET	35
Välfärdsberättelsens uppgift.....	35
Datagrunden och datans tillgänglighet	35
Välfärdsindikatorer och deras begränsningar	35
Datakällor	37
Om berättelsens beredningsprocess	39
Rekommendationer beträffande innehållet.....	41
Struktur och omfattning.....	41
Exempel på innehållet	43
Sammandrag av rekommendationerna	45
DISKUSSION.....	49
LITTERATUR	
BILAGOR	
BILAGA 1. Riksomfattande datakällor	59
BILAGA 2. Välfärds- och hälsoindikatorer som för tillfället finns i Stakes' indikatorbank	63
BILAGA 3. Kervo stads välfärdsberättelse (innehåll).....	66
BILAGA 4. Jyväskylä stads välfärdsberättelse 2002 (innehåll).....	67
BILAGA 5. Kommunernas välfärdsindikatorer	68

FIGURER

Figur 1. Arbetsredskap för välfärdsledning i kommunerna	12
Figur 2. Gången i en fortgående strategiprocess	14
Figur 3. Disponering av välfärdssituationen som grund för indikatorarbetet i pilotskedet	22
Figur 4. Beskrivning av befolkningens välfärd	23
Figur 5. Disposition över välfärdsberättelsens innehåll	42

TABELLER

Tabell 1. Centrala saker i pilotkommunernas välfärdsberättelseprocess	27
---	----

Inledning

Monitoreringen av folkhälsan klarlades i en arbetsgruppsrapport som utarbetades under ledning av Folkhälsoinstitutet och färdigställdes år 1994 (Social- och hälsovårdsministeriet 1994:9). Samma år förutsatte riksdagens social- och hälsovårdsutskott en mera omfattande rapportering av folkhälsan än rapporteringen åt Riksdagen av rusmedelssituationen. År 1995 föreslog regeringen (RP 48/1995) och godkände riksdagen lagen om en folkhälsoberättelse (1238/95). Målsättningen var att skapa en kompakt rapport som vidsträckt beskriver folkhälsoarbetets situation och utveckling och på basen av vilken man skulle kunna bedöma utvecklingstrenderna och effekterna av olika åtgärder och visa på nya utvecklingsbehov och -möjligheter.

Den första folkhälsoberättelsen presenterades för riksdagen år 1996. År 1997 beslöt sig regeringen för att klarlägga berättelseförandet mera allmänt. Som en del av ett större berättelsepaket föreslog regeringen att man skulle utvidga folkhälsoberättelsen till en social- och hälsovårdsberättelse som ges åt riksdagen i anslutning till att verksamhetsberättelsen för ministeriets verksamhetsområde avges (RP 92/1997). Ändringen ansågs befogad eftersom folkhälsan har så många beröringspunkter med socialvården och socialskyddet och det är svårt att granska separat. I den nya lagen om social- och hälsovårdsberättelsen (1080/1997) stadgades att ministeriet

- vartannat år avger en social- och hälsovårdsberättelse som belyser läget inom folkhälsan och socialskyddet som ett material som bifogas regeringens åtgärdsberättelse, och
- sammanställer social- och hälsovårdsberättelsen efter att nödvändiga uppgifter inkommit från de andra ministerierna.

Hittills har det färdigställts tre social- och hälsovårdsberättelser (1998, 2000 och 2002.) Den nyaste berättelsen från år 2002 är den mest omfattande av dem (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2002:11, se även <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/392/index.htm>). I berättelsen granskas förändringarna i verksamhetsomgivningen, hälsan och hälsovårdsservicen, livsbetingelserna, servicesystemet och det sociala läget samt globala, regionala och lokala välfärdsfrågor. I det sista kapitlet funderar man över utvecklingsutsikterna för social- och hälsovårdspolitikerna.

Klarläggandet av den riksomfattande berättelsepraxisen hänförde sig delvis till den förnyade arbetsfördelningen mellan staten och kommunerna. Den statliga styrningen av social- och hälsovården nedmonterades i början av 1990-talet och samtidigt ökade kommunernas ansvar för välfärdspolitikerna markant. Detta syns även i den nya kommunallagen enligt vilken kommunens uppgift är att främja kommuninvånarnas välfärd och hållbara utveckling. I stället för att tillämpa statliga direktiv skulle kommunerna själva besluta om sin välfärdspolitik. Detta förutsatte igångsättande av arbetet med en välfärdsstrategi i varje kommun.

Först rekommenderade man kommunerna att göra upp social- och hälsovårdspolitiska program. Program inom vissa innehållssektorer blev snabbt vanliga. I den sista årligen utkommande riksomfattande planen för social- och hälsovården år 1998 bands det välfärdspolitiska programmet till kommunstrategin och beredningen styrdes mera detaljerat: 'Kommunens välfärdspolitiska program konkretiserar vissa i kommunstrategin fastställda målsättningar som främjar kommuninvånarnas hälsa och välfärd. Det välfärdspolitiska programmet kan disponeras per tyngdpunktsområde eller per målgrupp och dra nytta av motsvarande riksomfattande program och rekommendationer. Programmet bör innehålla även uppföljning med vilken man kan bedöma programmets förverkligande och resultat samt utveckla programmet.' (Riksomfattande... 1998:6)

Vid uppgörandet av välfärdsstrategiarbetet i kommunerna kom man ganska snabbt underfund med att man som grund för arbetet hade ett behov av en noggrann genomgång av tidigare utveckling och nuläget. Till detta hänvisar man i slutet av ovan nämnda rekommendation: "I programmet bör även beaktas uppföljning med vilken man kan bedöma programmets förverkligande och utveckla det." Stakes satte tillsammans med kommunerna igång ett redogörelseprojekt för välfärd för barn och ungdom år 1998. Då man funderade över välfärdsstrategiarbetet ur barnens synvinkel konstaterade man att det lönar sig att först göra en "redogörelse" över den tidigare utvecklingen och nuläget och först därefter, på basen av den, bereda förslag till strategier för de närmaste åren och verksamhetsprogram som förverkligar dem.

Den landsomfattande social- och hälsovårdsberättelse som skulle uppgöras åt riksdagen och de första erfarenheterna av kommunernas välfärdsstrategiarbete gav impulsen till igångsättandet av detta projekt år 2000. Då man rapporterar åt riksdagen med jämna mellanrum om utvecklingen av befolkningens hälsa och om förverkligandet av målsättningarna i social- och hälsovårdspolitiken verkade det lika motiverat att motsvarande rapportering i kommunerna görs åt fullmäktige. Uppgiften för detta projekt var att bereda en modell till kommunal hälsovårdsberättelse. Relativt snart kändes det befogat att utvidga diskussionen till att omfatta välfärd rent allmänt och som kärnbegrepp användes kommunens välfärdsberättelse.

Man utvecklade en välfärdsberättelse tillsammans med tre kommuner (Jyväskylä, Kervo, Orimattila)¹. Kommunerna beredde en berättelse som var anpassad till den egna situationen. Stakes' uppgift var att stöda beredningen och stärka samarbetet kommunerna emellan. Då projektet igångsattes utgick man ifrån att det vid beredningen av en välfärdsberättelse för tre olika kommuner småningom kommer fram de strukturer och det innehåll som kunde vara gemensamma för alla kommuner.

I denna slutrapport av Kommunernas välfärdsberättelseprojekt beskrivs bakgrunden till projektet och resultaten av utvecklingsarbetet. Det visade sig att beredningen av kommunernas välfärdsberättelsemodell var svårare än man förväntade sig. Projektet placerar sig i sin rätta roll om man förstår det som ett första skede av ett långsiktigt forsknings- och utvecklingsprojekt; utvecklingsuppgiften precisades klarare än tidigare och med den byggde man en grund för det följande skedet. Då pilotskedet upphör är det ännu inte möjligt att för kommunerna föreslå en entydig rekommendation till välfärdsberättelsemodell. I rapporten beskrivs projektets bakgrund och framskridande. Erfarenheterna komprimeras till en lös rekommendation om välfärdsberättelsens struktur och innehåll samt till en landsomfattande rekommendation om fortsatta åtgärder.

¹ Till välfärdsberättelsearbetsgruppen hörde hälsovårdsplanerare Paula Käyhkö och ledande hygieniker Jouko Ridell från Jyväskylä, hälsovårdscentralpsykolog Pekka Heinonen, avdelningschefen för grundutbildning Tarja Kupiainen, miljöskyddschef Tapio Reijonen och social- och hälsovårdsdirektör Pekka Saarenmaa från Kervo och från Orimattila socialdirektör Pirkko Mönkäre och ekonomichef Kari Rannanpiha. Från Stakes deltog i projektet forskare Sari Koskinen (5.6.2000-23.5.2002), utvecklingschef Kerttu Perttilä (1.6.2000-30.6.2001 och 1.8.2002-31.12.2003), forskare Soili Orre (1.8.2002 - 31.8.2003) samt som sakkunnig forskningsprofessor Matti Rimpelä.

Styrssystem för kommunernas välfärdspolitik

Ändringarna i den styrning som verkställs i förhållandet stat-kommun

Styrningen av kommunernas välfärdspolitik grundade sig ända till början av 1990-talet på en stram ledning från statsmaktens sida som grundade sig på regelstyrning. Under välfärdsstatens uppbyggnadsperiod på 1960-1970-talen betonades planering och centraliserad styrning. I slutet av 1980-talet och på 1990-talet betonades fenomen som decentralisering av beslutsmakten, uppföljning av kostnader och resultat inom utvecklingsarbetet. Statsmaktens styrning nedmonterades 1993, varvid man i fråga om styrningssystem övergick till informationsstyrning och ett betonande av medborgarnas grundläggande rättigheter.

På 1960- och 1970-talen förutsatte en aktiv ekonomisk, social- och annan samhällspolitik ett effektiverande av planeringsstyrningen. Rådande ideologier och fenomen i den realistiska världen utgjordes av ekonomisk tillväxt, en utvidgning och ett utvecklande av den offentliga sektorns välfärdsuppgifter med betoning på regional rättvisa (Möttönen 1997; Perttilä 1999). Statsmakten definierade riktningen och innehållet. Kommunerna förverkligade och verkställde välfärdspolitiken under statlig styrning och i stor utsträckning genom statlig finansiering. Som stöd för målsättnings-, norm- och resursstyrningen inom social- och hälsovården fanns ett uppföljningssystem med vilket kommunerna årligen rapporterade till länsstyrelsen om hur man arrangerat servicen, personalutvecklingen och resursanvändningen.

Uppfattningarna om den politiskt-administrativa styrningen i förhållandet stat-kommun ändrade så småningom på 1980-talet. Effektivitet, ekonomi, decentralisering av förvaltningen och betoningen på medborgaren samt servicens kvalitet och behärskande av kvaliteten betonades som centrala principer (Temmes 1994). Som motivering framhölls att i en värld som ändras allt snabbare är det svårt för statsmakten att uppifrån definiera hur respektive förvaltningsenhet skall förfara i olika situationer. Därför skulle ansvaret för organiseringen av uppgifterna åligga de lokala enheterna. Enligt grundstadgan för det lokala självstyret i Europa kan de lokala myndigheter som utövar verkligt ansvar och makt bäst skapa en effektiv och nära medborgarna fungerande förvaltning (Sandberg & Ståhlberg 1997).

Den ekonomiska recessionen snabbade på förändringsprocessen. En reduktion av den offentliga sektorn blev en central målsättning i början av 1990-talet. Den statliga styrningen ändrades till en informationsstyrning där endast lagstiftningen blev kvar som en bindande styrningsform gentemot kommunerna.

Inom ramen för statsmaktens kraftiga styrning hade den välfärdspolitik som staten och kommunerna förverkligat tillsammans producerat relativt likadan välfärdsservice i hela landet. Man förväntade sig att en liknande verksamhet nu skulle fortsätta utan statsmaktens normstyrning.

Ett anordnande av välfärdsservice utan en klar styrning från statsmaktens sida utgjorde en stor utmaning för kommunerna. Kommunernas ansvar för välfärden växte samtidigt som den ekonomiska recessionen i landet var som djupast. Samtidigt som statsandelarna för social- och hälsovården minskade ökade arbetslösheten, skatteinkomsterna minskade och antalet personer i behov av välfärdsservice ökade. Då verksamheten i kommunerna hade grundat sig på ramar och detaljerade direktiv av statsmakten hade man inte tidigare haft ett behov av kommunal strategisk planering. I den nya situationen hämtade man modeller från den privata sektorn. Det managerialistiska tänkandet stärktes och resultat- och avtalsstyrningsmodeller utgjorde modell för ledningen av verksamheten.

Förändringarna i systemet med statlig styrning innehöll förändringar även i social- och hälsovårdssystemets planerings- och uppföljningssystem. Kommuner och samkommuner behövde inte längre uppgöra planer för social- och hälsovården som skulle underställas länsstyrelsen, ej heller statsandelsutredningar rörande driftskostnaderna. Samtidigt nedmonterades det nationella uppföljningssystemet för social- och hälsovården och det planerades bli ersatt av andra statistik- och datasystem. Detta innebar ett avslutande av det gemensamma datauppföljningssystemet per kommun. Kommunerna fick bestämma själva om hurdana uppgifter de samlade in som stöd för beslutsfattandet om befolkningens välfärd. Kommunerna hade då inte resurser eller kunskap om uppbyggandet av heltäckande uppföljningssystem varför det informationssystem som stöder den lokala välfärdspolitiken splittrades och databasen smalnade av.

Nationella styrsystem i välfärdspolitiken

Styrning är att direkt eller indirekt påverka verksamheten inom vilken verksamhetsenhet som helst i syfte att åstadkomma en produkt som till kvalitet och omfattning är sådan som man eftersträvar (Oulasvirta m.fl. 2002, 21). Centrala styrningsmedel utgörs av lagstiftning, ekonomisk styrning, informationsstyrning, programstyrning och kvalitetsrekommendationer.

Lagstiftningen

Lagstiftningen är det viktigaste redskapet för förverkligande av statens politik. Den kommunallag som förnyades 1995 (365/1995) betonar kommunernas självstyre och invånarnas påverkningsmöjligheter bl.a. via det politiska beslutsfattarsystemet. Lagen förpliktar kommunerna att främja invånarnas välfärd men ger inte dem som behöver förmåner subjektiv rätt till främjande av välfärd. Enligt lagens 1 §, moment 3, skall "kommunen sträva efter att främja sina invånares välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område". I motiveringarna till lagen begränsas omsorgen om främjandet av välfärd och den service som den förutsätter till att förverkligas "med tillräckligt stående resurser". Kommunerna har möjlighet att sköta de lagstadgade förpliktelserna och andra kommunen anförtrodda ärenden endera själva, i samarbete med andra kommuner eller genom att anskaffa servicen av andra producenter.

I grundlagen av år 2000 garanteras kommuninvånarna rätt till välfärd och till ett friskt liv. Enligt grundlagens 19 §, moment 1, stadgas, att "Alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg" och vidare "det allmänna skall, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa" (9§, 3 momentet) och att "det allmänna skall också stödja familjerna och andra som ansvarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella tillväxt" (19§, 3 momentet).

Kommunallagen och grundlagen talar om ett främjande av välfärd och en hållbar utveckling som skall förstås vidsträckt. En decentralisering av de lagstadgade serviceuppgifterna till kommunerna ökade kommunernas betydelse i välfärdsstaten och inom den offentliga ekonomin. Kommunens välfärdsansvar åligger kommunfullmäktige som ansvarar för kommunens totala verksamhet och som anordnar uppföljning för bedömning av verksamheten.

Kommunens social- och hälsovård styrs i huvudsak av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, planerings- och statsandelslagen för social- och hälsovård och socialvårdslagen. Dessa fungerar som ramlagar i vilka kommunernas uppgifter har reglerats löst. Dessutom finns ett flertal lagar för olika delområden. Gällande social- och hälsovårdslagstiftning förpliktar kommunerna att arrangera social- och hälsovårdsservice åt sina invånare men den reglerar inte i detalj verksamhetens omfattning, innehåll och sättet att arrangera servicen. Det kan förekomma olik-

heter kommunerna emellan på grund av de lokala förhållandena och befolkningens behov. I social- och hälsovårdslagstiftningen preciseras inte separat kommunernas förpliktelse att följa med utvecklingen av kommuninvånarnas välfärd.

Ekonomisk styrning

Före ändringarna vid ingången till 1990 –talet styrde statsmakten ganska detaljerat resurstilldelningen i kommunerna via statsandelssystemet. Fr.o.m. ingången av år 1993 nedmonterades systemet. Kommunerna fick statsandelen till social- och hälsovården som en summa som tilldelades dem på kalkylerade grunder. Under de följande åren minskade statsandelarnas betydelse i kommunernas ekonomi märkbart. I praktiken innebar detta att kommunerna vid sidan av det strategiska ansvaret även ansvarade för en stor del av social- och hälsovårdens kostnader. Statens direkta ekonomiska styrning upphörde i praktiken i och med denna reform.

Vid millennieskiftet ökade riksdagen de öronmärkta medlen i budgeten för bl.a. mentalvårdsservice för barn och för vård av drogmissbrukare. Under senare år har de projektmedel som riktats direkt till kommunerna ökat markant. År 2004 uppgår de sammanlagt till ca 60 milj. euro. Man strävar till att i fortsättningen avstå från öronmärkta anslag och i stället kan kommuner och samkommuner erhålla statsandelar för anordnande av social- och hälsovård, för utvecklingsprojekt som utvecklar och effektiviserar nödvändiga funktioner och till grundläggningsprojekt (resursförordning 807/2003 och ändring av resursförordningen 27.11.2003).

Informationsstyrning

Formerna för informationsstyrningen utgörs av statsmaktens strategiska dokument, målsättnings- och verksamhetsprogram, kvalitets- och vårdrekommendationer, information, utbildning och seminarier samt produktionen av jämförande data.

*Den riksomfattande planen för anordnandet av social- och hälsovården (VALSU), som var av normkaraktär, ändrades år 1993 till en rekommendation (Målsättningar för den kommunala social- och hälsovården, Riksomfattande plan för anordnandet av social- och hälsovård, se t.ex. Social- och hälsovårdsministeriet 1998-2001). Dokumentet innehöll centrala målsättningar och verksamhetsprinciper för social- och hälsovården samt statsandelar (kalkylerade statsandelar och statsandelar riktade till omfattande grundläggningsprojekt). Fr.o.m. år 2000 har de årliga riksomfattande målsättningsrekommendationerna ersatts av ett statsrådsbeslut som fattas per regeringsperiod *Målsättnings- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården* (Social- och hälsovårdsministeriet; TATO 2000-2003 och TATO 2004-2007).*

Inriktningen och linjerna för den riksomfattande välfärdspolitiken i början av 2000 –talet presenterades i Social- och hälsovårdsministeriets publikation *Social- och hälsovårdspolitikens strategier 2010* (Social- och hälsovårdsministeriet 2001:3). De strategiska betoningarna komprimerades till fyra åtgärdslinjedragningar: främjande av hälsan och funktionsförmågan, ökning av dragningskraften inom arbetslivet, förebyggande av och vård vid utslagning samt fungerande service och ett rimligt utkomstskydd. Dessa strategiska linjedragningar fungerar som en ram i alla planerings- och styrningsdokument och program från Social- och hälsovårdsministeriet.

I anslutning till regeringsprogrammet definierar Statsrådet i målsättnings- och verksamhetsprogrammet social- och hälsovårdens utvecklingsmålsättningar, åtgärdsrekommendationerna och dem som skall förverkliga dem under regeringsperioden. Programmet innehåller även andra än till den kommunala social- och hälsovården hörande målsättningar som stöder befolkningens välfärd. Målsättnings- och verksamhetsprogrammet uppföljs och bedöms under regeringsperioden.

TATO 2000-2003 innehöll 21 målsättningar och 86 åtgärdsrekommendationer. Tyngdpunktsområdena i social- och hälsovårdsverksamheten utgjordes av ett stärkande av den lokala välfärdspolitiken, en hinderlös miljö, stödande av åtgärder för att klara sig själv, främjande av välfärd och hälsa bland barn och ungdom och förebyggande av utslagning, förebyggande av rusmedelsproblem, stärkande av socialarbetet, trygghet av tillgången till service, stärkande av mentalvårdsarbetet, ökande av kommuninvånarnas och serviceanvändarnas deltagande, kvalitetskontroll, bedömning av den egna verksamheten samt tillgodogörande av såväl det regionkommunala som det regionala samarbetet.

I syfte att förstärka välfärdspolitiken *rekommenderades kommunerna att uppgöra lokala välfärdspolitiska program* som en del av den kommunala planeringen samt att beakta en bedömning av social- och hälsovårdens inverkan på den som en del av planeringen av kommunens verksamhet och ekonomi.

Målsättnings- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården för åren 2004-2007, som preciserar statsminister Matti Vanhanens regeringsprogram, bereddes inom ramen för ett omfattande samarbete med kommunsektorn, de olika förvaltningssektorerna och social- och hälsovårdens organisationer och det grundade sig på de utvecklingsbehov som kom fram under föregående programperiod. Målsättningen med programmet var att stöda utvecklingsarbetet och planeringen av servicen i kommunerna och på organisationsfältet samt uppföljningen och bedömningen av verksamheten.

Nya redskap för informationsstyrningen utgörs av riksomfattande program, kvalitetsrekommendationer och de metoder som informationsteknologin för med sig. I samband med t.ex. Tieto 2005-projektet kommer man att ge åtgärdsförslag i syfte att koordinera och effektivisera statistikföringen och annan dataproduktion. En skärpning av normstyrningen anses inte befogad inom social- och hälsovården (Social- och hälsovårdsministeriet 2003a). (Se Social- och hälsovårdens datareform 2005 arbetsgruppernas rapporter; Arbetsgruppspromemorior 2003:21; 2003:34; 2003:35; 2003:36 och 2003:37)

Programstyrning

Styrningen via program har stärkts under senare år som ett styrningssätt för den nationella välfärdspolitiken. En lokal verkställighet av programmen stärks ofta via den specialfinansiering som kommunerna kan söka. Riksomfattande program som pågår inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde är bl.a.:

- Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015
- Nationella hälsovårdsprojektet
- Nationellt utvecklingsprojekt inom den sociala sektorn
- Motionsprogram
- Alkoholprogram
- VETO-programmet för främjande av arbets- och funktionsförmågan

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, som utgör en fortsättning på programmet Hälsa för alla år 2000 (Social- och hälsovårdsministeriet 1986, Social- och hälsovårdsministeriet 1993), godkändes som ett principbeslut av statsrådet år 2001 (Social- och hälsovårdsministeriet 2001:4). Verkställigheten av programmet stöds med de medel för främjande av hälsa som kan sökas varje år. Programmet Hälsa 2015 fungerar som en ram för det hälsofrämjande som förverkligas inom samhällets olika delområden. I programmet betonas kommunernas roll och samarbetet mellan olika förvaltningssektorer vid främjandet av hälsa. I programmet presenteras fem program per åldersgrupp och tre målsättningar rörande folkhälsan som är gemensamma för alla aktörer samt 36 linjedragande ställningstaganden och utmaningar.

Kvalitetsrekommendationer

De riksomfattande kvalitetsrekommendationerna medtogs som instrument för informationsstyrningen i mål- och verksamhetsprogrammet för åren 2000 - 2003. Där fastställdes för första gången beredningen av kvalitetsrekommendationer för vissa verksamhetssektorer.

Som riksomfattande kvalitetsrekommendationer har godkänts rekommendationer rörande åldersvård, mentalvårdsservice, skolhälsovård, boendeservice för handikappade, rusmedelsarbete och hjälpmedelsservice. Utarbetande av kvalitetsrekommendationer för främjande av hälsa har påbörjats år 2003. De indikatorer som används vid uppföljningen av kvalitetsrekommendationerna håller nu först på att beredas och om kvalitetsrekommendationernas verkliga relevans finns inga säkra uppgifter.

Kommunens välfärdsansvar

I det nya styrningstänkandet betonas kompanjonskapet mellan stat och kommun i arbetsfördelningen inom social- och hälsovården. Det finns ett tudelat interaktionsförhållande mellan den nivå som styr och den nivå som blir styrd, fastän statsmakten har en starkare roll i egenskap av lagstiftare (Oulasvirta m.fl. 2002, 42). Statsmaktens uppgift är att ansvara för att de riksomfattande målsättningarna uppnås i de fall där ansvaret överflyttats på kommunerna. Detta förutsätter bl.a. att kommunerna har tillräckliga ekonomiska resurser, juridiska befogenheter och kompetens att utföra uppgifterna (Hansen 2000, 195).

Kommunens förvaltning och beslutsfattande styrs av kommunallagen (365/1995) och den speciallagstiftning som berör förvaltningssektorerna. Kommuninvånarna väljer sina representanter till kommunfullmäktige vars uppgift är att ansvara för kommunens verksamhet och ekonomi. Fullmäktige beslutar i kommunen om de centrala målsättningarna i fråga om verksamheten, ekonomin och samfundsutvecklingen samt om grunderna för ordnandet av förvaltningen och godkänner budgeten och andra grunder för ekonomin. Kommunstyrelsen uppgör ett bokslut per kalenderår, som förutom resultaträkning och balans även innehåller en jämförelse av hur budgeten har förverkligats och en verksamhetsberättelse. I verksamhetsberättelsen presenteras bl.a. en utredning över hur de av fullmäktige uppställda målen för verksamheten och ekonomin har uppnåtts. Tjänstemännen har ett ansvar för ärendenas beredning i beslutsfattandet och ett ansvar för verkställigheten. Den av fullmäktige tillsatta revisionsnämnden har i uppdrag att bedöma förverkligandet av de funktionella och ekonomiska målsättningarna.

Den kommunallag som trädde i kraft 1995 (365/1995) ökade tjänstemännens ansvar i fråga om operativ ledning och beslutsfattande. Även kommuninvånarnas ställning stärktes i takt med att fullmäktiges ställning förstärktes och kommuninvånarnas deltagande och påverkansmöjligheter ökades.

Ett "välfärdsbegrepp" intogs i kommunernas strategier och andra planer på 1990-talet, som förutom ansvaret inom kommunens olika sektorer även indirekt ökade målsättningarna för en förstärkning av den medborgerliga verksamheten och en ökning av den privata servicen vid anordnandet av välfärdstjänster. I en självstyrd kommun är den viktigaste frågan för ledningen hur man skall kunna maximera befolkningens välfärd som i sig innehåller olika saker från näringsliv till miljöfrågor och social rättvisa (Haveri 2002).

Resultatledningen och avtalsstyrningen betonar ansvaret per sektor och en produktifiering av servicen. Ledningen och koordineringen av välfärdspolitiken förutsätter i stället ett tvärsektorieellt beslutsfattande och ett gemensamt ansvar. Även de riksomfattande styrdokumenterna (t.ex.

TATO 2000-2003, Social- och hälsovårdspolitiken strategi år 2010, folkhälsoprogrammet Hälsa 2015) betonar ett förverkligande av välfärdspolitiken inom kommunen genom samarbete sektorerna emellan och genom regionkommunalt samarbete. Som åtgärder rekommenderas utveckling av tvärssektoriell välfärdsstrategi och –program samt påbörjande av förebyggande bedömning i beslutsfattarprocesserna.

Välfärdsstrategi- och programarbetets framskridande i kommunerna

Enligt en utredning som gjordes på hösten 2002 (www.stakes.fi/hyvinvointi/ted), fanns i var tionde kommun en strategi eller ett program för främjande av välfärd och hälsa och i var fjärde kommun var det meningen att programmet skulle färdigställas under år 2001. Förebyggande social- och hälsovårdsstrategier fanns eller höll på att beredas i 21 kommuner, välfärdsstrategier eller –program för barn och ungdom i 82 kommuner, strategier för förebyggande rusmedelsarbete i 106 kommuner, program för åldringvård i 212 kommuner och välfärdsstrategier som berör andra specialområden i 79 kommuner.

Enligt den nyaste utredningen (Kinnunen m.fl. 2003) hade man i ca 50 kommuner (12 % av kommunerna) inte över huvudtaget berett några allmänna välfärdspolitiska strategier eller program som berör något speciellt område. I de övriga kommunerna hade man endera en välfärdsstrategi eller ett –program på kommunal eller regional nivå eller något program inom ett specialområde (t.ex. barns och ungdomars välfärd, åldringvård, förebyggande rusmedelsarbete eller mentalvård). Nivån och omfattningen på programmen och strategierna varierade mycket i olika kommuner.

Det lokala arbetet med välfärdsstrategier och –program har kommit igång i enlighet med önskemålen i de riksomfattande planerna. Under strategiprocessernas gång har det kommit fram många positiva utvecklingsbehov men även brister har framkommit.

Beredningen av välfärdsstrategierna har lyft upp välfärdsfrågorna i kommunen på arenan för den högsta ledningens beslutsfattande och till att bli en regional samarbetsfråga. Befolkningens välfärd och möjligheterna att påverka den ses, vid sidan av näringslivet, som ett ännu viktigare villkor än tidigare för att nå framgång.

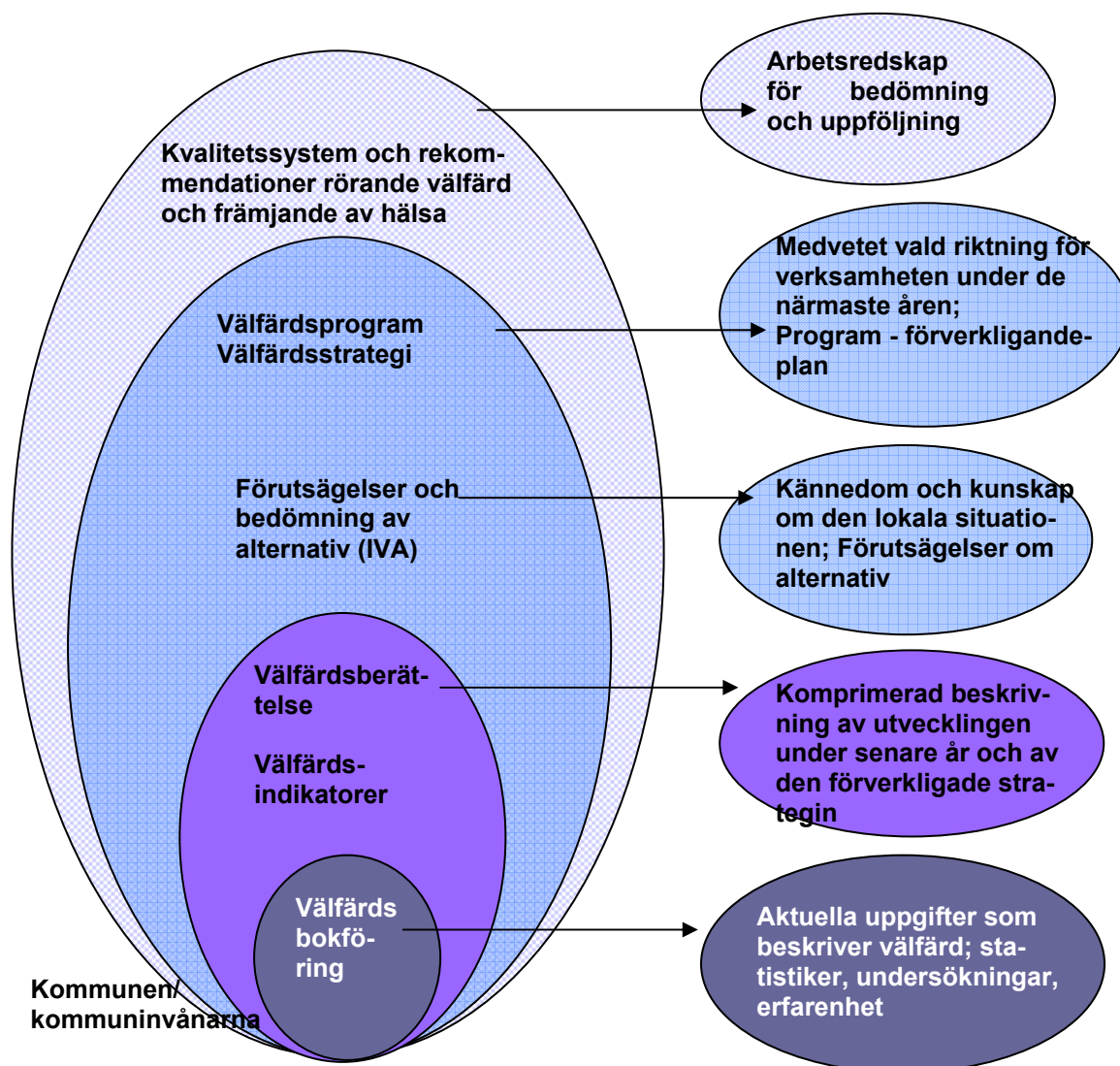
Strategiprocesserna har öppnat och synliggjort verksamheten inom olika förvaltningssektorer för varandra. Betydelsen och nödvändigheten av samarbete vid förverkligandet av den lokala välfärdspolitiken har ökat. I diskussionen har man ofta hänvisat till *begreppet socialt kapital*. Med begreppet hänvisar man till de sociala strukturerna i samhället och samfundet, såsom sociala nätverk, rådande normer och förtroende som främjar den sociala interaktionen mellan medlemmarna i nätverket och därigenom effektiverar verksamheten och ekonomin (Ruuskanen 2001, 1). Organisationerna kan öka sitt sociala kapital genom att samarbeta med andra parter. I nätverksarbetet betonas ömsesidighet och förtroende. I den kommunikation som föder socialt kapital är det utöver informationsförmedlingen även viktigt att parterna förstår varandra (Ruuskanen 2001, 46). En viktig målsättning för den lokala välfärdspolitiken är att förkovra det sociala kapitalet.

Hurudan välfärdskunskap förutsätter ett förverkligande av kommunens välfärdspolitik? Kunskap behövs på strategisk och yrkesmässig nivå och i verksamheten bland befolkningen. Strategisk välfärdskunskap är förmågan till förvaltning och ledning, styrning av resurser och interaktion. Professionell välfärdskunskap är behärskande av professionell praxis i klientarbetet och i samarbetet med andra yrkesgrupper. Medborgarnas välfärdskunskap består av kunskapen och förmågan att upprätthålla och främja den egna, vännernas och närsamfundets välfärd.

Uppgörandet av en välfärdsstrategi som inverkar på hela kommunens verksamhet är en process som åvilar kommunledningen och till vilken man förutom tjänstemannaorganisationerna dessutom kopplar förtroendemannaförvaltningen och eventuella andra aktörer i kommunsamfundet, såsom representanter för näringslivet, organisationerna och utbildningsinstitutionerna. Välfärdsstrategin utgör ett medel för planering, utveckling och ledning. För att den skall förverkligas förutsätter det en organisation och en ledning som är benägen att verka i den riktningen.

Arbetsredskap för välfärdsledning

Välfärdsledningen och strategiarbetet i kommunen grundar sig på välfärds kunskap och arbetsredskap med vilka kunskapen struktureras till ett stöd för beslutsfattandet (figur 1).



Figur 1. Arbetsredskap för välfärdsledning i kommunerna

Databasen för välfärdsledningen kan jämföras med den systematiska bokföring som används vid uppföljningen av ekonomin, vi talar då om välfärdsbokföring. Välfärdsbokföringen innehåller statistik-, forsknings- och erfarenhetsbaserat material som beskriver välfärd. Statistiken och forskningen berättar om utvecklingen och nuläget beträffande kommuninvånarnas välfärd, servicesystemets funktionalitet och dess sätt att svara på befolkningens välfärdsbehov samt på arbetstagarnas erfarenheter som beskriver välfärdssituationen. Ur välfärdsbokföringen borde även framgå en bedömning av det resultat som den nuvarande välfärdspolitiken producerat beskrivet i såväl kvantitativa som ekonomiska termer.

Välfärdsbokföringen är omfattande till innehållet och avsedd att brukas av sakkunniga som beredningsmaterial för uppföljning och ledning av välfärd. Välfärdsbokföringen utgör basmaterial för välfärdsindikatorerna.

Indikatorerna, d.v.s. visarna, beskriver situationen och ändringarna i det fenomen som utforskas. De är statistiska nyckeltal som beskriver fenomenens förändringar över tiden. Vid en jämförelse kommunerna emellan presenteras indikatorerna relaterade till t.ex. kommunens befolkningsuppgifter eller antalet familjer. I praktiken beskriver välfärdsindikatorerna ofta brister, risker och avvikelser. Endast sällan beskriver de positiva dimensioner.

De flesta statistikerna insamlas från servicesystemen varvid uppföljningsuppgifterna beskriver de situationer då människorna använder servicen. Den betoning som visar på bristen på välfärd beror också på intresset för ett fenomen som är avvikande eller sällsynt. Vanligare är att rapportera om förekomsten av problem eller prevalens.

Åtminstone en del av de indikatorer som beskriver välfärdssituationen bör vara sådana som utvisar jämförbarheten kommunerna emellan. Med hjälp av välfärdsindikatorerna kan man skapa en komprimerad bild av välfärdssituationen och –riktningen i kommunen. Vi har beskrivit tvärsnittet i ekonomiska termer som en välfärdsbalans.

Välfärdsberättelsen är ett komprimerat sammandrag som sakkunniga från olika förvaltningssektorer gjort rörande faktorer som inverkar på kommuninvånarnas välfärd och hälsa, såsom levnadsförhållanden, kommunens välfärdspolitik och servicesystemets funktionalitet. Berättelsen preciserar befolkningens välfärdsbehov och bedömer den förverkligade verksamheten och resurserna i förhållande till dessa behov.

Välfärdsberättelsen beskriver nuvarande välfärdssituation och den utveckling som lett till den i tidsserier. Uppgifterna jämförs regionalt och på riksomfattande nivå. Beskrivningen och jämförelsen av välfärden komprimeras med välfärdsindikatorer i tid och regionalt. Man utgår ifrån att välfärdsberättelsen svarar på följande frågor:

- Hur mår kommunens/områdets invånare och hurudan är utvecklingen?
- Hurudan välfärdspolitik och –strategi har kommunen/området förverkligat?
- Hurudana resurser har använts och hurudana står till förfogande?
- Vad förväntar sig invånarna av kommunens välfärdsbeslut?
- Hur ser kommunens/områdets välfärdsutveckling ut i förhållande till riksomfattande välfärdsmålsättningar och -värden?

Välfärdsberättelsen betraktar nuläget i förhållande till det förflutna. Man borde i den bedöma den förverkligade politikens inverkan på bilden av välfärd och bifoga den förverkligade bilden till den ekonomiska ramen. Välfärdsberättelsen beskrivs närmare i senare kapitel.

Bedömningen av konsekvenser på människor (IVA) förenar begreppsmässigt bedömningen av hälsoeffekterna och bedömningen av de sociala effekterna. Avsikten med bedömningen av konsekvenser på människor är att på förhand bedöma vilka effekterna av en plan, ett program eller

ett beslut är med tanke på människans hälsa och välfärd. IVA kan startas upp utgående från välfärdsberättelsen som en grund för strategiarbetet. I samband med förhandsbedömningen granskas olika verksamhets- och lösningsalternativ och effekterna av dem. Med hjälp av förhandsbedömningen kan man känna igen och beskriva effekter som går över de förvaltningsmässiga sektorgränserna. Den möjliggör en argumenterande planering mellan olika förvaltningssektorer. De olika skedena i förhandsbedömningen är (Idékort 2/99):

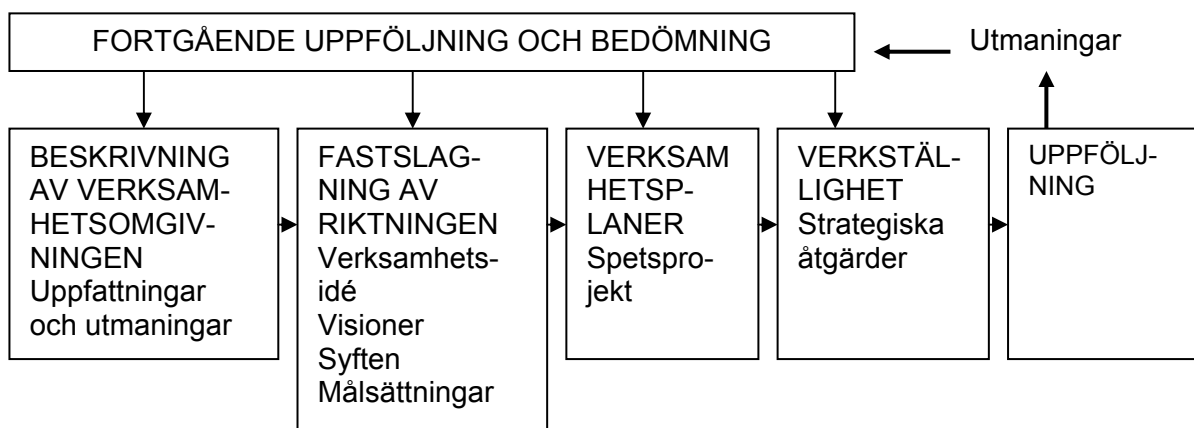
- granskning av bedömningens nödvändighet och tillsättande av en arbetsgrupp;
- anskaffande av basdata;
- identifiering av effekterna och avgränsning av alternativen;
- bedömning av effekter och alternativ;
- bearbetning av införskaffat material till ett format som passar beslutsfattarna och
- uppföljning av de förväntade effekterna efter beslutsfattandet.

Förhandsbedömningen är en lagstadgad verksamhet vid planeringen av den fysiska miljön. Lagen om förfarandet vid miljökonsekvensbedömning samt markanvändnings- och bygglagen förutsätter en bedömning av konsekvenserna.

Välfärdsstrategin är kort definierad den riktning som man beslutat om beträffande kommunens välfärdspolitik. Välfärdsprogrammet utgör en verkställighets- och förverkligandeplan för strategin. Man utgår ifrån att de välfärds- och funktionella målsättningar som godkänts och deras förverkligande beaktas i den årliga verksamhets- och ekonomiplan som uppgörs i kommunen. Samtidigt strävar man till att förverkligandet av målsättningarna och resultaten beskrivs och bedöms årligen i verksamhetsberättelsen och kommunrevisionen.

Välfärdsstrategi

Välfärdsstrategiprocessen kan beskrivas på många sätt. I figur 2 beskrivs gången hos en fortgående strategiprocess (bearbetning Ahola 1995, 2003).



Figur 2. Gången i en fortgående strategiprocess

Uppgörande av en välfärdsstrategi som inverkar på hela kommunen är en process som åligger kommunledningen. Strategiprocessen är ett multiprofessionellt och multisektoriellt samarbetsprojekt som startar genom att man klarlägger den inledande fasen till vilken hör att beskriva verksamhetsomgivningen, välfärdssituationen och de centralaste funktionerna i servicesystemet.

Resultatet utgörs av en gemensam grundsyn på från ett hurudant välfärds läge man är på väg till ett bättre, vilka de största hoten och kommunens starka sidor är.

Som ett resultat av strategiprocessen uppstår en gemensam syn på hur kommunen vill se välfärden och hälsostatusen för invånarna i framtiden. Med visionen beskriver man ett viljetillstånd som utformas till mål som i sin tur konkretiseras i form av målsättningsnivåer inom nyckelområdena. Verksamhetsplanen binds till spetsprojektet och verkställighetsplanen fastställs genom att man godkänner de strategiska åtgärderna. I strategiprocessen ingår dessutom en plan rörande uppföljning och bedömning av förverkligandet.

Tillbudsstående data som beskriver och tolkar utgångsläget har en avgörande betydelse vid bestämning av riktningen och vid uppgörandet av verksamhetsplaner. Har en enskild kommun tillgång till tillräckliga uppgifter och tillräcklig kunskap vid tolkningen av välfärdsuppgifterna? Kommunerna och regionkommunerna har ansett det vara komplicerat att finkamma väsentliga uppgifter ur en mångdimensionell statistik- och datamassa. Problemet har blivit att komprimera uppföljningsdata och valet av de välfärdsindikatorer som skall uppföljas så att man med hjälp av dem skulle kunna jämföra befolkningens välfärd i andra kommuner och regioner.

En annan kritisk fråga hänför sig till valet av strategier och beskrivningen av olika alternativ. I en kommunorganisation där politiska partier ofta betonar olika saker och tjänstemännen olika sakkunskap är välfärdsstrategin nödvändigtvis ett resultat av olika kompromisser. Bedömer man tillräckligt med alternativa lösningar ur olika synvinklar i samband med beredningsprocessen och ur de personers synvinkel som berörs av besluten och om man gör det, presenteras alternativen synligt som grund för beslutsfattandet?

Den tredje kritiska frågan hänför sig till välfärdsmålsättningarna i förhållande till den ekonomiska uppföljningen och de ekonomiska följdverkningarna. I den verksamhets- och ekonomiplan som årligen uppgörs i kommunen görs många beslut som inverkar på befolkningens välfärd som ansluter sig till servicesystemets funktionalitet. Man bedömer kostnaderna för de planerade funktionerna eller åtgärderna som beaktas i budgeten för respektive resultatområde och de uppföljs och bedöms i samband med det årliga bokslutet. Däremot, i en välfärdsstrategi där verksamhetens inriktning utgår från befolkningen och från ett förstärkande av befolkningens välfärd och ett förebyggande av välfärdsproblem, binds verksamhetsplanerna inte till budgeten och de ekonomiska effekterna bedöms inte. Då välfärdsstrategierna förblir lösryckta i förhållande till budgeten ingår de inte i de saker som uppföljs och bedöms av kommunens högsta ledning och kommer inte nödvändigtvis med på den högsta ledningens ärendeförteckningar.

En fjärde kritisk punkt som man inte fäst tillräcklig uppmärksamhet vid i samband med förverkligandet av välfärdsstrategier och –program är uppföljningen och bedömningen av deras förverkligande. Strategierna har ofta uppgjorts som ett resultat av en process som är lång och i flera steg. De har godkänts i kommunfullmäktige och om deras förverkligande har man överenskommit endera separat eller i samband med en verkställighetsplan som ingår i strategin. En vanlig uppfattning är i alla fall att det av välfärdsstrategin har blivit ett vackert ”glaserat” dokument med vilket man ”kvitterar” organisationens välfärdspolitiska synpunkter men som inte fungerar som ett dokument som styr det vardagliga arbetet. Verkställigheten av strategierna uppföljs inte och effekterna av gjorda beslut bedöms inte. Vid slutet av perioden sätter man igång en ny strategiprocess utan att dra nytta av befintlig strategi som en fortgående bedömning.

Varför kommunens välfärdsberättelse?

Trots många brister finns det mycket uppgifter som utvisar det välfärdspolitiska läget i kommunen. Tillbudsstående uppgiftsmassa är ändå splittrad och man är tvungen att samla in uppgifter från många riksomfattande och lokala uppgiftskällor.² En årlig rapportering av befolkningens välfärd per kommun betonar ofta nyckeltal som utvisar användningen av service och driftsutgifter.

Om befolkningens välfärd och hälsa lyfts upp ovanför förvaltningssektorerna i kommuner och regionalt till att bedömas och uppföljas tvärsektoriellt förutsätter skapandet av en helhetsbild av välfärden en systematisk uppföljning och rapportering av välfärdsdata och förverkligad välfärds politik.

Det är en krävande uppgift att skapa en helhetsbild av välfärdssituationen i kommunen. Svårigheten kommer sig av fenomenets mångdimensionalitet och pluralism och av att de indikatorer som beskriver välfärd är så mångtydiga. Bakom de nyckeltal som beskriver fenomenen döljer sig lokala förklaringar och olikheter som kommer sig av verksamhetspraxisen. Endast de lokala sakkunniga har förståelse att tolka de tysta uppgifter som döljer sig bakom beskrivningarna. Dessa uppgifter bör tas fram i den allmänna diskussionen i planeringssituationerna.

Uppdraget att utveckla en välfärdsberättelsemodell kom till Stakes via Social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet bereder vartannat år en social- och hälsovårdsberättelse åt Riksdagen i vilken välfärdspolitikens effekter bedöms (t.ex. Social- och hälsovårdsministeriet, Social- och hälsovårdsberättelse 2002). Motsvarande kommunalt rapporteringssystem är inte i bruk. Uppdragets uppgift var att utveckla en välfärdsberättelsemodell som fungerar som ram för kommunernas parallella välfärdsrapportering. Berättelsen skulle också fungera som ett redskap för definiering av de lokala välfärdsmålsättningarna, uppföljningen av verksamheten och vid jämförelsen av uppgifter kommunerna emellan.

Välfärdsberättelsen borde utgöra en av tjänstemännen uppgjord beskrivning av kommunens välfärdssituation som baserar sig på fakta. Speciellt de förtroendevalda, som inte har möjlighet att söka uppgifter ur många datakällor, skulle använda sig av den. Den komprimerade bild av välfärden som berättelsen förmedlar skulle erbjuda en möjlighet att föra en diskussion om välfärdens totala situation, om den verkliga betydelsen av farorna och de starka sidorna i kommunen. Den bild som välfärdsberättelsen förmedlar borde leda till en diskussion om alternativa lösningar. Berättelsen fungerar som ett arbetsredskap vid beredningen av välfärdsstrategier och –program i kommunen och i det regionkommunala samarbetet.

Under projektets pilotskede märkte man att en enhetlig välfärdsberättelsemodell inte skulle lämpa sig för alla kommuner. Varje rapport som berättar om välfärd kommer i varje fall att vara en produkt av kommunen och dess förvaltningskultur. Som modell behövs en idé, ett förslag till innehåll i berättelsen, en rekommendation om de välfärdsindikatorer som man vill följa upp på ett riksomfattande plan och en motiverad rekommendation om en bredare grupp av välfärdsindikatorer som kommunerna vid behov kan tillämpa. Dessutom behöver man uppgifter från

² Uppgifter om befolkning och demografi är tillgängliga via Statistikcentralens statistiker; kommunens ekonomi- och verksamhetsstatistik ur kommunernas egen Kommunstatistik och ur respektive förvaltningssektors separata statistiker. Uppgifter om social- och hälsovården erhålls ur Stakes' databas Sotka och ur hälsovårdssektorns vårdanmälningsregister (HILMO). Sjukförsäkringsstatistik, statistik över ersättning av läkemedel och pensionsstatistik erhålls från FPA. För uppföljningen av den lokala välfärdssituationen behövs flera separata utredningar av vilka en ofta använd undersökning är den Skolhälsoundersökning som vartannat år görs av Stakes. Övriga metoder för datainsamling utgörs av befolknings- och klientförfrågningar, intervjuer av arbetstagare, stickprovsundersökningar av bl.a. uppföljning av miljöfrågor, trafikförhållanden, samfundsstrukturernas funktionsduglighet och välfärden bland barn och ungdom.

datakällor och möjligast aktuella färdiga nyckeltal om de indikatorer som det är lättast att få tillgång till på riksomfattande nivå.

I pilotskedet märkte man också att beredningen av välfärdsberättelsen är en mångsektoriell inlärningsprocess i kommunen som i egenskap av en samarbetsprocess betjänar välfärdspolitiskt tänkande och planering i kommunen.

I följande kapitel beskrivs erfarenheter och synpunkter på välfärdsberättelsens beredningsprocess. Genom att beskriva erfarenheterna från pilotprojektet vill man hjälpa läsaren att känna igen de tvivel och de fallgropar som man kommer att möta.

Beredning av välfärdsberättelsemodellen – erfarenheter av pilotprojektet

Projektets förverkligande

Beredningen av välfärdsberättelsemodellen gjordes tillsammans med Stakes och tre pilotkommuner. Avsikten var att kommuner av olika storlek och typ bereder sina egna välfärdsberättelser så att berättelsens omfattning, struktur, innehåll och användningsändamål planeras och utvärderas tillsammans med pilotkommunerna och Stakes. På basen av de erfarenheter som erhålls uppgörs en välfärdsberättelsemodell för kommunen som testas i Terve Kunta –nätverkets kommuner.

Till välfärdsberättelseprojektet valdes tre kommuner. Av kommunerna i Terve Kunta –nätverket deltog Jyväskylä (ca 81 100 invånare) och Kervo (ca 30700 invånare). Den tredje pilotkommunen var Orimattila (ca 14300 invånare), som blev intresserad av projektet i och med att den samtidigt deltog i kvalitetsutbildning vid Päijät-Häme centralsjukhus.

Projektet igångsattes på hösten 2000 med ett gemensamt arbetsmöte för Stakes och pilotkommunerna, där man kom närmare överens om projektets målsättningar, förverkligande, resultat och arbetsfördelning.

Målsättningar

Projektets målsättning var att bereda en välfärdsberättelsemodell åt kommunerna som skulle fungera i kommunplaneringen som en beskrivare av välfärdssituationen och som ett redskap för bedömning av välfärdspolitiken. En riksomfattande målsättning var att skapa en grund för en uppföljning och utvärdering av välfärdssituationen i en parallell, kommunerna sins emellan jämförande och lokal välfärdspolitik. Utvecklandet av välfärdsindikatorer per kommun sågs som en kärnfråga i projektet.

Allokering av uppgiften och valet av namn

I början av projektet förde man diskussioner om vad det arbete som man beredde skulle heta. I uppdragsbeskrivningen talade man om "Kommunens hälsovårdsberättelse". Man ville snart utvidga namnet till "Kommunens social- och hälsovårdsberättelse" i enlighet med en riksomfattande modell. Uppdraget sågs i alla fall som någonting mera vidsträckt än en utredning som berör kommunens social- och hälsovård. Av denna orsak ändrades namnet till "Kommunens välfärdsberättelse" som omfattar flera förvaltningsområden.

Även ordet "berättelse" förorsakade diskussion. Var avsikten att i berättelsen beskriva det som inträffat bakåt i tiden eller ville man granska även framtiden? Fastän avsikten med dokumentet/redogörelsen var att skapa tankar inför framtiden och fungera som ett strategiskt arbetsredskap för de förtroendevalda skulle innehållet i alla fall bestå av en beskrivning av nuläget, pejlade utvecklingstrender bakåt i tiden. Av denna orsak beslöt man använda "berättelse" som benämning i enlighet med en riksomfattande modell.

Välfärd och hälsa som begrepp

I begreppsdiskussionen gick man igenom skillnader i olika skolor beträffande huruvida välfärden är en del av hälsobegreppet eller tvärtom. Vi godkände bägge approacherna men beslöt att i detta sammanhang använda begreppet välfärd där hälsa ingår eller där hälsan förstås som ett

välfärdsläge. Så tänkte vi att tjänstemän och förtroendevalda från olika yrkesområden skulle förstå att välfärdsberättelsen berör varje verksamhetssektor.

Förändringarna i befolkningens välfärd och hälsa föds på individ- och samfundsnivån, som en verksamhet inom servicesektorn, genom att skapa omgivningen till att stöda hälsa och genom att beakta hälsovårdssynpunkterna i allt beslutsfattande inom olika politiska block (Ottawa charter 1986). Hälsovårdssystemets roll för att få till stånd en förändring betonas via sakkunskapen i folkhälsoarbetet, producentrollen i fråga om den förebyggande hälsovårdsservicen och i klientarbetet på individnivå.

Hälsan förstods här som ett vidsträckt samfundsmässigt begrepp innefattande individens fysiska, psykiska, sociala, emotionella och religiösa välfärd och som en växelverkan mellan individen och den strukturella omgivningen (tillfredsställelse av grundläggande behov, trygghet, sociala relationer, balans mellan arbete och fritid) och växelverkan mellan individen och den fysiska omgivningen) (Perttilä 1999, 81).

Välfärden indelas begreppsmässigt i subjektiva (erfarenhetsbaserade) och objektiva (resurser) delfaktorer (Heikkilä och Kautto 2000, 20). Den samfundsmässiga hälsouppfattningen innehåller bägge delfaktorerna. Objektivt definierbara är den fysiska och psykiska hälsan i de fall då bristen på hälsa har definierats på basen av medicinska metoder; de mätbara faktorer som definierar levnadsförhållandena som ingår i växelverkan mellan individen och den strukturella omgivningen; såväl faktorer av interaktion mellan individen och omgivningen (boendet och livsmiljön). De delfaktorer av välfärd som kan definieras subjektivt och ingår i en samfundsmässig hälsouppfattning beskrivs via människornas erfarenheter och tolkningarna om sin välfärd.

Välfärden som ett begrepp i berättelsen avser ett tillstånd av välfärd som uppstår som ett gemensamt resultat av människorna själva, närsamfundet, servicesystemet och samhällspolitiken. Det är fråga om människors självständiga, trygga, hälsosamma sociala förmåga att klara sig själva samt att trivas i sin egen bostads- och verksamhetsmiljö. Kommunernas synpunkter på välfärd behandlas mera vidsträckt i intervjusammandraget från pilotkommunernas beslutsfattare

Projektets organisering

Välfärdsberättelseprojektet organiserades som ett mångfacetterat samarbete mellan Stakes och pilotkommunerna. Till förverkligandet hänförde sig seminarier per kommun, intervjuer med tjänstemännen och de förtroendevalda i kommunen, arbete i den miniarbetsgrupp som Stakes koordinerar, arbete i de multiprofessionella arbetsgrupperna samt bedömning av projektet vid Terve Kunta –nätverkets möten och på Terve Kunta dagarna. Gruppen Kommunstrategier för främjande av hälsa inom resultatområdet Främjande av välfärd och hälsa vid Stakes koordinerar det riksomfattande projektet. I pilotkommunerna utnämndes kontaktpersoner för projektet och multiprofessionella arbetsgrupper.

Projektet startades på hösten 2000 med ett gemensamt arbetsmöte mellan Stakes och pilotkommunerna där man funderade på beredningsprocessen, berättelsens omfattning, struktur och användningsändamål. Samtidigt beslöt man påbörja arbetet med att man intervjuar ledande tjänsteinnehavare och förtroendevalda om välfärdsberättelsens innehåll, behovet av data och användningen av berättelsen.

Efter kommunintervjuerna anordnades arbetsmöten per kommun dit man hade inbjudit ansvarspersoner från olika förvaltningssektorer, personer ansvariga för planering och uppföljning av välfärd och hälsa, personer ansvariga för välfärds- och hälsoprojekt samt förtroendevalda. Vid arbetsgruppsmötena gick man igenom hur välfärdspolitiken förverkligats ur planeringens och uppföljningens synvinkel, rapporterade om sammandraget av intervjuerna och förde diskussio-

ner om det välfärdsberättelsearbete som stod i beråd att börja. Avsikten med mötena var att ännu en gång höra kommunernas synpunkter på projektets förverkligande, på modellen, strukturen, omfattningen och om hur berättelsen kunde gagna kommunens beslutsfattarprocess.

Det arbete med välfärdsindikatorer som utgör grunden för välfärdsberättelsen igångsattes i en arbetsgrupp, kallad miniarbetsgruppen, som koordinerades av Stakes. I miniarbetsgruppens arbete deltog sakkunniga från olika sektorer (skolförvaltningen, socialförvaltningen, ekonomiförvaltningen, tekniska sektorn, hälsovården, miljöförvaltningen och planeringen av främjandet av hälsa). Arbetsgruppen höll sju sammanträden under projektets gång. Den gjorde förslag rörande innehållet och strukturen i berättelsen och om kommunernas välfärdsindikatorer, som de multiprofessionella arbetsgrupperna i pilotkommunerna och de sakkunniga inom olika ämnesområden vid Stakes bearbetade i sina egna arbetsgrupper mellan miniarbetsgruppens sammanträden. Som ett resultat av arbetet publicerades ett omfattande förslag till välfärdsindikatorer, som bifogades Stakesprojektets nätsidor (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs) i ett mycket tidigt skede för att alla kommuner skulle ha tillgång till det.

Stakes anordnade under projektets gång gemensamma arbetsseminarier där man bedömde projektets framskridande. Vid sammanträdena gick man igenom olika modeller för insamling av uppgifter som t.ex. "Omsorgens grå zoner" –metoden, sådan som den utvecklats vid Stakes (www.stakes.fi/hyvinvointi/kehi/menetelmat/index.htm) och i undersökningen om hälsobeteende bland den vuxna befolkningen som utförts av Folkhälsoinstitutet (AVTK) (www.ktl.fi/). AVTK undersökningen klarlägger via en enkät befolkningens hälsobeteende och levnadsvanor. Det är möjligt att till frågebatteriet bifoga frågor som belyser frågor ur kommunens eget intresse.

Pilotkommunerna beredde under projektets gång välfärdsberättelser för den egna kommunen vilka behandlades och presenterades vid kommunens egna seminarier och vid riksomfattande seminarier och skolningstillfällen (Terve Kunta -dagarna 2003; Käyhkö, Koski och Hiekka (toim.) Välfärdspusslet, Jyväskylä 2003; Heikkala m.fl. Tillverkningsprocessen för kommunens välfärdsplan och -berättelse, Orimattila 2001). I bilaga 2 innehållsförteckningar från pilotkommunernas välfärdsberättelser.

Definition av välfärdsindikatorer

Välfärdsberättelseprojektets viktigaste uppgift var att utveckla välfärdsindikatorer på kommunnivå³. För uppgiften tillsattes en arbetsgrupp under ledning av Stakes som kallades miniarbetsgruppen. Till medlemmar i arbetsgruppen kallades sakkunniga från olika förvaltningssektorer i pilotkommunerna enligt den principen att varje sektor (hälsovårdssektorn, sociala sektorn, utbildningssektorn, miljö- och tekniska sektorn samt sektorn för kommunal ekonomi) skulle representeras i arbetsgruppen av två sakkunniga från kommunen. Arbetsgruppens⁴ representanters uppgift var att förmedla de sakkunnigas uppfattningar i sin egen kommuns arbetsgrupp åt miniarbetsgruppen och på motsvarande sätt ta upp till diskussion sådana saker i den egna kommunens multiprofessionella arbetsgrupp som diskuterats inom miniarbetsgruppen. På detta sätt försökte man få tillgång till möjligast stor sakkunskap från olika sakkunniga som kunde beaktas i utvecklingsprocessen kommunerna emellan.

³ En indikator (visare, indikator) beskriver ett fenomen med ett tal och komprimerar härigenom lätt data till en förståelig form. Indikatorn beskriver det undersökta fenomenets situation och förändringarna. I allmänhet beskriver indikatorn brister i det önskade fenomenet eller egenskapen. Detta beror på att datainsamlingen i allmänhet grundar sig på en beskrivning av risker eller bristen på välfärd. På framsidan av en indikator som beskriver illamående eller bristen på välfärd kan man således se välfärd. En indikators jämförbarhet grundar sig på en kongruent definiering av data och på insamlingsättet, varvid indikatorn kan jämföras mellan regioner eller i tid.

⁴ Medlemmar i arbetsgruppen var Paula Käyhkö och Jouko Ridell från Jyväskylä, Pekka Heinonen, Tarja Kupiainen, Tapio Reijonen och Pekka Saarenmaa från Kervo samt Pirkko Mönkäre och Kari Rannanpiha från Orimattila.

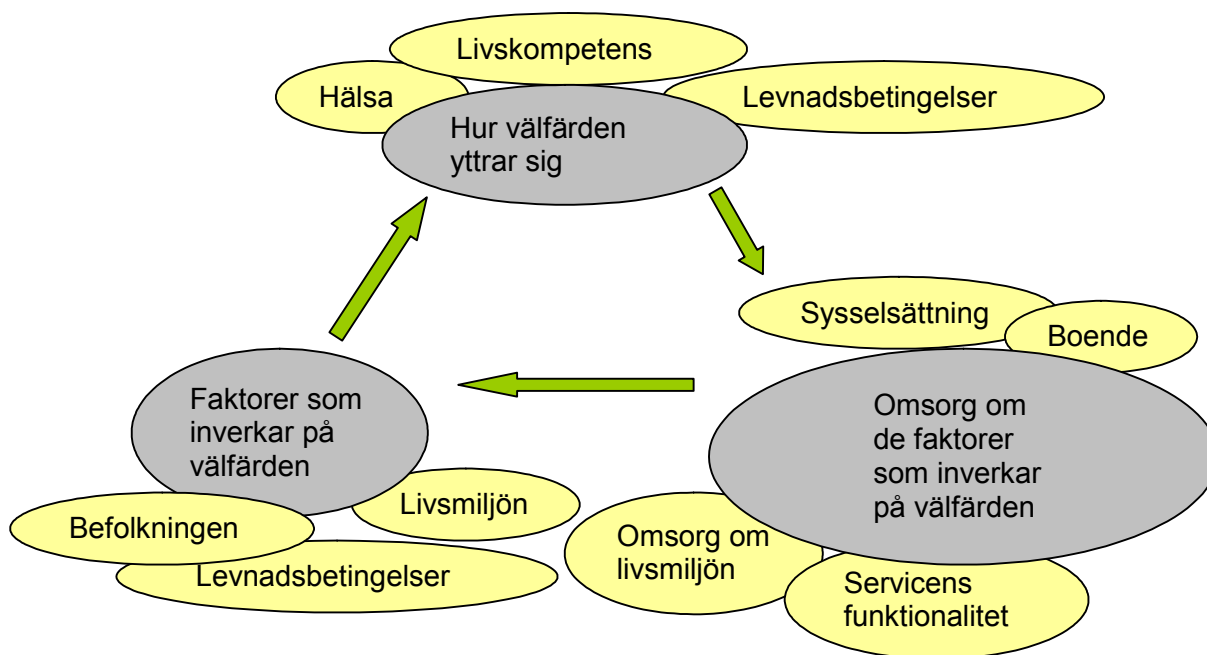
Miniarbetsgruppen inledde sitt arbete med att klarlägga dittills utfört utvecklingsarbete med indikatorer i Finland och utomlands. Då det gäller barn och ungdom var utgångsläget det förslag till välfärdsindikatorer som Stakes' tidigare gjort tillsammans med 13 kommuner inom ramen för välfärdsindikatorprojektet rörande barn och ungdom (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs -> Förslaget till välfärdsindikatorer för barn och ungdom). Övriga välfärdsindikatorer utgjordes av bl.a. Terve Kunta –nätverkets utvecklingsarbete med välfärdsindikatorer, WHO:s Healthy City -indikatorer, EU –projektet rörande välfärdsindikatorer för barn och ungdom samt utkastet rörande det arbete med välfärdsindikatorer som gjorts inom ramen för Public Health institutet i Sverige.

Indikatorarbetet började med att man frågade sig vilka uppgifter rörande befolkningens välfärd, faktorer som inverkar på den och kommunens verksamhet man borde känna till så att bilden av välfärdssituationen i kommunen skulle vara tillräckligt mångsidig. Indikatorerna borde utvisa fenomen som kommunens högsta ledning och de förtroendevalda med egna beslut kan påverka endera direkt eller indirekt. Vid valet av visare ville man inte enbart hålla sig till sådana som för tillfället var tillgängliga. Man ville till helheten foga visare som visat sig viktiga, vilkas tillgänglighet ännu vid den tidpunkten var oklar men vilkas framtida utveckling ansågs viktiga.

Miniarbetsgruppen preciserade sitt indikatorarbete med en struktur där de valda indikatorerna skulle svara på frågorna

- Vilka faktorer påverkar befolkningens välfärd?
- Hur yttrar sig befolkningens välfärd?
- Hur tar kommunen hand om de faktorer som inverkar på välfärd?

De visare som valts att svara på de två första frågorna beskriver såväl objektiv som subjektiv välfärd. Man hade tänkt sig att den tredje frågan skulle svara på de delar av den första frågan som kommunens servicesystem och av kommunen förverkligad välfärdspolitik kan svara på. Idén var att producera uppföljningsindikatorer som beskriver servicesystemet för att svara på hur kommunen ansvarar för förverkligandet av välfärd. Helheten åskådliggörs med figur 2, enligt vilken de faktorer som inverkar på välfärden har betydelse för på vilket sätt befolkningens välfärd yttrar sig. Bilden av befolkningens välfärd indikerar å sin sida tyngdpunkterna i sättet att ordna servicen och förverkliga välfärdspolitiken i kommunen. Kommunernas välfärdspolitiska beslut och tyngdpunkterna i sättet att ordna servicen utvisar samtidigt hur kommunen ansvarar för de faktorer som påverkar välfärden. Bilden åskådliggör helheten i välfärdspolitiken och betonar att man i beslutsfattandet i allt större utsträckning borde utgå från välfärdsfenomen och inte från den service som servicesystemet erbjuder. Miniarbetsgruppen funderade om livskompetens och livsstil beskriver välfärd eller om de är fenomen som påverkar välfärden. Bägge synsätten är befogade. Arbetsgruppen beslöt sig för en beskrivning i enlighet med figur 3.



Figur 3. Disponering av välfärdssituationen som grund för indikatorarbetet i pilotskedet

I figuren förs inte fram välfärdsindikatorernas samband med ekonomin. Arbetsgruppen band inte i initialskedet funderingarna om indikatorerna till ekonomin fastän den ansåg det vara viktigt. Först i det skedet då ett innehållsmässigt vidsträckt indikatorförslag var färdigt började man fundera på ekonomiska indikatorer. Uppgiften fogades senare till det utvecklingsarbete som sker inom indikatorbanken vid Stakes.

Arbetsgruppen ställde upp följande krav för de indikatorer som skall väljas för välfärdsberättelsearbetet:

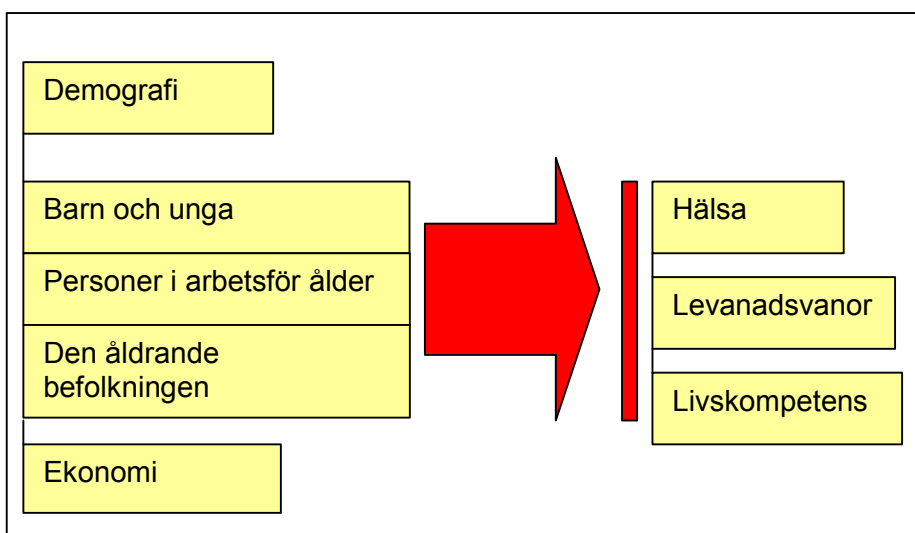
- indikatorerna måste kunna definieras noggrant så att man kan lita på de uppgifter som de utvisar
- de uppgifter som indikatorerna innehåller måste möjliggöra en jämförelse kommuner emellan och uppgörande av tidsserier
- en klassificering på basen av åldersgrupp och kön bör vara möjlig till de delar som det är väsentligt
- man strävar till att till indikatorer välja även sådana indikatorer som beskriver annat än välfärdsunderskott
- indikatorernas antal borde inte få bli för stort (målsättning max 50-70 st.)
- merparten av indikatorerna bör finnas tillgängliga i kommunerna men man godkänner att även nya indikatorer som visat sig uttrycka välfärd beaktas

Pilotkommunerna utredde de uppgifter som erhålls från kommunerna. Stakes gjorde upp en förteckning över var och på vilka villkor man kan få uppgifter från nationella datakällor.

På basen av arbetsgruppens arbete uppgjordes ett förslag till välfärdsindikatorer för kommunerna, som lades ut på Stakes nätsidor i ett väldigt tidigt skede för att de skulle kunna brukas även av andra kommuner (www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/tieto.htm).

Omfattningen av indikatorförslagen var slutligen ca dubbelt jämfört med målsättningarna. Helheten var alltför omfattande för att kunna användas i en årligen återkommande uppföljning. Man beslöt därför att parallellt uppgöra en mera begränsad version som senare har utgjort grunden för det utvecklingsarbete som gjorts inom välfärdsindikatorbanken Stakes Data.

Välfärdsberättelsens struktur diskuterades många gånger under projektets gång. Det var problematiskt att göra upp en indikator del som beskriver servicesystemets funktionalitet och förverkligandet av kommunens välfärdspolitik. Den knappa tillgången till data försvårade skapandet av en helhet. Man föreslog att dispositionen borde ändras så att de demografiska uppgifterna och uppgifterna om ekonomin presenteras som särskilda helheter, uppgifterna som inverkar på välfärden (livsmiljön och levnadsbetingelserna) berör alla befolkningsgrupper men välfärdens uppkomst och servicesystemets funktionalitet indelas i åldersgrupper; barn och unga, den vuxna och den åldrande befolkningen (figur 4). På detta sätt möjliggör disponeringen lättare en granskning per åldersgrupp och fungerar vid behov smidigare som basmaterial för välfärdsstrategier per åldersgrupp.



Figur 4. Beskrivning av befolkningens välfärd

Kommunernas förhandsuppfattningar om välfärdsberättelsen

Arbetet med välfärdsberättelsen i kommunerna påbörjades genom att intervjua ledande tjänstemän och förtroendevalda om välfärdsberättelsens innehåll och det behov av uppgifter som hänför sig till den. I Jvaskylä och Kervo insamlades uppgifterna via individuella och/eller gruppintervjuer. Orimattila svarade skriftligt på intervjufrågorna. I de intervjuer som Stakes genomförde deltog från kommunerna ledande tjänstemän från skolektorn, bildningssektorn, dagvården, social- och hälsovårdssektorn, bostadssektorn, samfundsplaneringen, miljö- och tekniksektorn, byggnadsövervakningen, räddningsväsendet, kommunens centralförvaltning samt företrädare för förtroendemannaledningen (N=33).

Intervjuteman var följande:

- Vad är välfärd?
- Hurudana uppgifter behöver man i kommunen för att beskriva och förklara välfärd?

- Hurudana uppgifter om välfärd insamlas för tillfället i kommunen/inom er sektor och hurudan dataproduktion skulle vara möjlig i framtiden?
- Hurudan borde kommunens välfärdsberättelse vara?

Avsikten med intervjuerna var att skapa en uppfattning om talpraxisen rörande välfärden och beskrivningen av den i kommunen och skissera behovet av en välfärdsberättelse, dess natur och innehåll.

Definition av välfärd som tjänstemännen och de förtroendevalda beskriver den

I allmänhet var definitionen av välfärd vid och heltäckande. Välfärden sågs som helhetsbetonad, subjektiv och relativ. Välfärden definieras utgående från människans egen värdevärld i relation till den omgivande världen och den upplevs som varierande i tiden. Människans livskvalitet och livskompetens ger uttryck för välfärd. En tolkning innefattar alltid ett val av värden.

Hälsan upplevdes ofta som en av de viktigare, kanske den viktigaste delen av välfärden. Då man sade att välfärden främjar hälsa förstod man hälsan som ett övergripande begrepp. Människorna påverkar välfärden och därigenom även hälsan via de val som de gör i vardagen. Välfärden grundar sig också på sociala förhållanden och deltagande avlägsnar den ensamhet som hotar välfärden.

Välfärden granskades ofta i förhållande till servicesystemet. För största delen av befolkningen består välfärden av faktorer utanför servicesystemet. Service frågar man efter då det har uppstått ett välfärdsunderskott. Den likvärdiga, funktionerande, kvalitativa och konkurrenskraftiga service som servicesystemet erbjuder kommuninvånarna utgör grunden för välfärden. Välfärden stärks genom att man ger stöd åt individer och familjer i olika livssituationer så att de skall klara sig i vardagen. Även organisationerna har en egen roll som producenter av välfärdsservice.

En trivsam, mångsidig och stimulerande livsmiljö där servicen och möjligheterna till fritidssysselsättning är enkla att nå, skapar välfärd. Det estetiska i omgivningen och förverkligandet av principerna för en hållbar utveckling inverkar på välfärden. Om omgivningen inte sköts på ett hållbart sätt återspeglar det sig negativt på människornas välfärd.

Indikatorerna som beskrivare och förklarare av välfärd

Kommunernas ledande tjänstemäns och förtroendevaldas förväntningar på välfärdsindikatorerna som beskrivare och förklarare av välfärd är ganska utmanande om än till många delar även motstridiga.

Välfärdsindikatorhelheten borde bestå av några till nyckeltal komprimerade indikatorer som beskriver fenomenet välfärd möjligast vitt omfattande och tillräckligt konkret. Å ena sidan "borde mätarna inte få vara för konkreta så att de ger uttryck för detaljer" och å andra sidan "berättar de ingenting om de är alltför abstrakta. Man konstaterade att mängden är enkel att mäta medan kvaliteten är svårare. Man var rädd för att den kvalitativa beskrivningen skulle förbli på en "verbalakrobatisk nivå", om man uttrycker det med vackra ord.

Indikatorerna borde beskriva individ-, samfunds- och aggregatnivån. Indikatorerna borde vara känsliga att registrera ändringar och utvecklingstrender, de borde vara tillförlitliga och gå att rekapitulera. Då man gör indikatorer borde man alltid komma ihåg att "de siktar mot framtiden och en utveckling av verksamheten, inte enbart på att anklaga nuläget".

Som förfaringsätt i indikatorarbetet föreslogs ett utgångsläge där man "först klarlägger vad som finns att tillgå och sedan väljer man bland dem de centrala indikatorerna, d.v.s. man lyfter fram några indikatorer och ser efter om de fungerar".

Man konstaterade att välfärdsdata finns att tillgå i större utsträckning än man förmår behandla. Problemet utgörs i stället av bristen på komprimerat material och rapporter som är enkla att förstå.

Hurudana uppgifter finns att tillgå i kommunerna och hurudana uppgifter har man behov av?

Intervjuerna utvisade att datainsamlingen i kommunerna är varierande och skiftande. Tjänstemännen vet ungefär hurudana uppgifter som finns inom den egna förvaltningssektorn men vetenskapen om en helhet som beskriver välfärden är lösryckt, i synnerhet bland de förtroendevalda. Förutom de uppgifter som insamlas på riksomfattande bas eller av kommunens centrala förvaltning är de olika förvaltningssektorerna med i olika frivilliga datainsamlingssystem.

Insamlingen av data och tillgodogörandet av resultaten ansågs beroende av resurserna. Kommunerna hade med skiftande framgång gjort separata undersökningar, bedömningar av verksamheten, förfrågningar av arbetstagarna, undersökningar av klientservicen och förfrågningar i hemmen. Tillförlitligheten till separata datainsamlingar ansågs tidvis förorsaka problem. Samtidigt funderade man på om svarandena representerar alla befolkningsgrupper på ett heltäckande sätt eller om de endast representerar den välmående delen av befolkningen. Nyttan av enskilda undersökningar ansågs tillfällig. Man upplevde sig ha ett behov av en välplanerad undersökning av befolkningen. Man förväntade sig snabbhet av datainsamlingen i framtiden, även tillgodogörandet av undersökningar i realtid.

Behöver tjänstemännen och de förtroendevalda en välfärdsberättelse?

Den i samband med intervjuerna väckta frågan om nödvändigheten av en välfärdsberättelse utvisade att kommunernas beslutsfattare i beslutsprocessen saknade något som stöder planering och uppföljning, ett datapaket som innehåller välfärdsdata. Beträffande hurudan den borde vara efterlyste man i intervjuerna klara, men samtidigt krävande förväntningar.

Berättelsens natur och omfattning

Välfärdsberättelsen sågs som ett arbetsredskap för planeringsprocessen och beslutsfattandet, inte som ett självändamål. Välfärdsberättelsen borde:

- ge någon slags referensram rörande strukturen i kommunens välfärd
- vara kompakt, tillräckligt kort, inte för "tung"
- styra planeringen av arbetet och utvisa resultaten för de förtroendevalda
- utvisa "var det skulle finnas skäl till förbättringar och var saker och ting är i ordning" och
- beskriva förändringar på basen av vilka beslut kan göras som styr verksamheten.

Det skulle vara väsentligare "att kunna identifiera riktningen på utvecklingen av människornas totala välfärd än att kunna beskriva riktningen för något enskilt ärende". Det lönar sig emellertid inte att förvänta sig alltför mycket av välfärdsberättelsen, "i detta arbete löser man inte hela välfärdsproblematiken".

Beslutsfattarna saknade basdata om välfärden som skulle publiceras årligen men varnade samtidigt för att processen inte skulle få bli för tung. Om berättelsen görs årligen "borde den hänföra sig till de ekonomiska målsättningarna och bokslutet och vara ganska enkel och åskådlig" och "den borde kunna redogöra för var problemområdena finns".

En till innehållet mera omfattande berättelse ville man åstadkomma en gång per fullmäktiges mandatperiod. Berättelsen borde beredas tillsammans med samtliga förvaltningssektorer. Härigenom skulle processen "betona att ansvaret för välfärden är en uppgift för hela kommunen". Omfattningen diskuterades också i termer av "kunde olika användare få versioner av olika omfattning".

Berättelsens innehåll och användningsändamål

Beträffande välfärdsberättelsens innehåll presenterades många förslag. Berättelsen borde:

- innehålla de viktigaste indikatorerna från många år så att man skulle kunna se utvecklingens riktning
- använda indikatorer som går att upprepa
- möjliggöra en jämförelse mellan kommunerna fastän lokala förhållanden naturligtvis bör beaktas
- vara kopplad till ekonomin (euron)
- jämföra det förverkligade till de uppställda målsättningarna
- sträva till användning av uppgifter i realtid fastän en del av uppgifterna av tvingande skäl kommer med en liten fördröjning
- innehålla uppgifter som erhålls ur separata undersökningar men endast i den mera omfattande och mera sällan gjorda versionen
- utvisa resultat även av det förebyggande arbetet om än det skulle ske på lång sikt

Enligt de intervjuade skulle välfärdsberättelsen fungera som en förstärkare av samarbetet mellan olika förvaltningssektorer. Berättelsen behövs för att få igång och fördjupa dialogen mellan olika sektorer. Den diskussion som förs på fullmäktigenivå rör sig ofta runt enskilda detaljer eller projekt. Välfärdsberättelsen skulle kunna styra diskussionen till en nivå där man mera granskar helheter.

Med en redogörelse (berättelse) som täcker hela välfärdsproblematiken kunde man enligt de intervjuade "kvitta" enskilda redogörelser. Det lönar sig inte att göra berättelser över alltför många teman. Man tänkte sig att berättelsen skulle fungera som en vägvisare i strategiarbetet och samtidigt utgöra ett arbetsredskap för revisionsnämnden. Välfärdsberättelsen kunde i kommunen fungera som "en kommunalberättelse, m.a.o. som en rapport över hur väl kommunen har förmått producera välfärd åt kommuninvånarna". "Kunde välfärdsberättelsen vara en ny sorts kommunalberättelse?"

Välfärdsberättelsens natur beskrevs på följande sätt vid ett för kommunerna gemensamt arbets-sammanträde i februari 2001. Välfärdsberättelse(n)

- borde beskriva kommunens välfärdssituation, de välfärdsmålsättningar som kommunen uppställt och godkänt samt de nya målsättningar som indikatorerna lyft fram
- uppgift är att öka en ömsesidig uppgiftsstyrning, hjälpa till med tolkningen av välfärdssituationen och att föra fram alternativa val.

Beredning av välfärdsberättelsen i kommunerna

Pilotkommunerna arbetade med sina egna välfärdsberättelser under projektets gång. Tabell I utvisar ett sammandrag av kommunernas välfärdsberättelseprocess.

Tabell 1. Centrala saker i pilotkommunernas välfärdsberättelseprocess

	JYVÄSKYLÄ	KERVO	ORIMATTILA
Inträdet	Terve Kunta-nätverket	Terve Kunta-nätverket	Intresse av välfärds-ärenden, Tjänstemännen på kvalitetskolning, till vilken berättelsearbetet kopplades
Behandling (beslut om deltagande i pilotprojektet)	Utvidgad ledningsgrupp	Kommitté för förebyggande arbete	Kommunens ledningsgrupp
Kartläggning av utgångsläget i kommunen	Intervjuer	Intervjuer	Skriftligt svar
Indikatorer	Indikatorlistans uppgifter finns att tillgå i kommunen	En del av indikatorerna finns att tillgå i kommunen. Målsättningen är att använda indikatorer som kan jämföras på ett riksomfattande plan	Används indikatorer som är lättillgängliga
Insamlat uppgifter som kompletterar indikatorerna	Folkhälsoinstitutets AVTK	Kommunstatistiker	Ikkihyvä Päijät-Häme: välfärdsbarometer
Berättelsens beredare i kommunen	Social- och hälsovårdsservice, miljösektorn	Miljön, utbildning, social- och hälsovård, planläggningssektorn	Social- och hälsovård, allmän förvaltning
Styrgrupp		Kommitté för förebyggande arbete	
Berättelsens beredare	I huvudsak tjänstemannaarbete	I huvudsak tjänstemannaarbete	Tjänstemannaarbete
På vilket sätt är de förtroendevalda med?	Presenterats för de förtroendevalda	Överblick över situationen i takt med att arbetet framskrider; åt kommittén för förebyggande arbete och via nämnderna	Presenterats för de förtroendevalda
Anordnade tillfällen	Publiktillfällen 2002 och 2003	Informationstillfälle för stadens tjänstemän och förtroendevalda år 2002	Presentationstillfälle i februari 2002 för de olika förvaltningarnas företrädare
Berättelsen	- I. pilotberättelsen	- I. pilotberättelsen	- I. pilotberättelsen

färdig	- Välfärdspusslet 2003	gjord. - Följande berättelse bereds på basen av det slutresultat som projektet producerar. Målsättningen är att kunna använda sig av det riksomfattande resultatet då det färdigställs i syfte att förbättra enhetligheten och jämförbarheten	
Fortsatta planer	Behandling av berättelsen i nämnder, fullmäktige och styrelsen år 2003	Information för stadens personal och de förtroendevalda. Målsättningen är att berättelsen bifogas som en del till verksamhets- och ekonomiplaneringen	I fortsättningen bifogas berättelsen som en del till verksamhets- och ekonomiplaneringen
Tankar som framkommit		Hur skulle den kunna vara en del av kommunens kvalitetsarbete och -projekt?	Viktigare än valet av indikatorer är processen med vilken man gör välfärdsärendena till en del av kommunens årliga verksamhets- och ledningssystem

Erfarenheter från beredningen

Jyväskylä

Jyväskylä kom med i projektet som en kommun ur Terve Kunta -nätverket. Projektet behandlades i den utvidgade ledningsgruppen på hösten 2000, varvid projektets igångsättande godkändes. Till koordinator utnämndes Terve kunta -nätverkets koordinator. Processen fortskred i enlighet med det sammandrag som framgår av tabell 2.

I projektets inledningsfas fördes ideologiska diskussioner om välfärdsberättelsens innehåll och omfattning. Vad var det fråga om för ett slags arbete? Vad avses med välfärd? Vem betjänar det dokument som uppgörs? Vid uppgörandet av en modell för en välfärdsberättelse fanns inga exempel som man kunde jämföra sig med varför det arbete som man åtagit sig inte uppfattades på samma sätt inom alla förvaltningar.

Då indikatorförslaget byggdes upp induktivt, genom att dra nytta av olika källor och beakta behoven inom de olika förvaltningssektorerna, blev indikatorförslaget omfattande. I kommunen förde man diskussioner om huruvida man trots allt borde ha utgått ifrån någon färdig lista över

exempel. I vilket fall som helst önskade man att indikatorförslaget skulle förkortas. Med tanke på den ekonomiska planering som skall göras varje år skulle antalet indikatorer ha varit för stort. Man ansåg att ett så stort datapaket endast skulle uppgöras en gång per fullmäktiges mandatperiod.

Den första versionen av välfärdsberättelsen i Jyväskylä bereddes inom social- och hälsovårdsheten ganska tekniskt på så sätt att hälsovårdsplaneraren samlade ihop de uppgifter som inkommit från olika förvaltningar i den utsträckning som de fanns att tillgå och Stakes producerade de riksomfattande uppgifterna. För att bredda dataunderlaget utfördes en blankettundersökning rörande hälsobeteendet och hälsan hos den vuxna befolkningen i enlighet med Folkhälsoinstitutets AVTK formulär (N=1200). Folkhälsoinstitutet gjorde på basen av en förfrågan en rapport (hälsobeteendet och hälsa bland den vuxna befolkningen i Jyväskylä 2001), som användes som dataunderlag för välfärdsberättelsen och vars resultat rapporterades vid en tillställning där förtroendevalda, tjänstemän och medborgare deltog.

Från Jyväskylä deltog i Stakes' miniarbetsgrupp förutom den koordinator som företräder hälsovårdssektorn även en representant för miljösektorn. Då de indikatorer som beskriver omgivningens välfärd presenterades konstaterade man att de indikatorer som redan användes, WHO:s (environmental health indicators) i första hand lämpade sig för jämförelser länder emellan, inte för jämförelser inom landet. Vid miljöverket grunnade man på saken mera vidsträckt och efter det förstärktes arbetet med sakkunskap från verkets enheter för luftskydd och avfallsärenden.

Arbetet med välfärdsberättelsen utfördes som ett tjänstemannaarbete. De förtroendevalda hade informerats om projektet vid olika tillfällen och om välfärdsberättelsens filosofi och innehåll hade en presentation hållits i stadsstyrelsens aftonskola. Även fullmäktige behandlade några ärenden som berörde välfärdsberättelsens innehåll.

Samarbetet med övriga pilotkommuner var litet under utvecklingsprocessens gång. Utöver de möten som hölls med Stakes hade man under projektets gång haft ett par externa diskussioner med representanter för övriga pilotkommuner.

Den första versionen av Jyväskyläs välfärdsberättelse blev klar på våren 2002. Arbetet presenterades i början av juni vid samma publika tillfälle där man behandlade resultaten av Folkhälsoinstitutets undersökning om den vuxna befolkningens hälsa. Efter presentationen bearbetade arbetsgruppen välfärdsberättelsens struktur och kompletterade de brister som hade uppmärksamats. Man planerade att skriva berättelsen per åldersgrupp. Beskrivningen av servicesystemet fungerar ändå inte per åldersgrupp varför granskningen presenterades ur servicearrangörens och klientens synvinkel.

Välfärdsberättelsen, *Välfärdspusslet, Jyväskylä stads välfärdsberättelse 2002*, presenterades för de förtroendevalda och tjänstemännen följande gång vid ett seminarium som ordnades i januari 2003. Presentationen av berättelsen blottade betydelsen av dokumentet, dess möjlighet att på ett heltäckande sätt beskriva välfärdssituationen i staden och dess betydelse som ett instrument för välfärdsstrategisk planering och uppföljning.

Välfärdsberättelsen behandlades i nämnder, stadsstyrelsen och stadsfullmäktige. Följande version av välfärdsberättelsen bereds för det nya fullmäktige år 2005. Efter att den har blivit färdig är avsikten att åstadkomma ett ännu mera komprimerat samarbete redan under beredningsprocessen, nu då man vet varför det lönar sig att samarbeta.

Kervo

Kervo deltog också i projektet som medlem av Terve Kunta- nätverket. Som projektets kontaktperson fungerade Terve Kunta –nätverkets kontaktperson. Till den kommunala arbetsgruppen i Kervo hörde sakkunniga från miljö-, utbildnings-, social- och hälsovårds- samt planläggningssektorerna. Som styrgrupp för Terve Kunta-nätverket fungerar stadens kommitté för förebyggande arbete, som tillsatts av stadsstyrelsen. Kommitténs samtliga medlemmar är förtroendevalda från olika partier, tjänstemännen fungerar som sakkunniga och hör till kommitténs sekretariat.

Kervo förde välfärdsberättelseprojektet framåt enligt en naturlig tidtabell. Arbetsgruppen diskuterade om grunderna för valet av visare och möjligheterna att tolka dem. I diskussionerna funderade man även på om projektet skulle kunna utgöra en del av kvalitetsarbetet i kommunen. Arbetsgruppen ansåg det viktigt att det förutom substanskunnande även finns statistik- och datakunnskap företrädd i arbetsgruppen. Vid valet av indikatorer betonade man att som visare borde väljas saker där man är framgångsrik och saker där framgången är svagare och på vilka man i fortsättningen borde satsa. Man ansåg valet av sådana indikatorer vara viktigt som man kan följa med även i fortsättningen och vilka är jämförbara i en riksomfattande jämförelse.

Under tiden man funderade på välfärdsberättelsen hade det uppstått en ”indikatorbank” i Kervo, som man tänkte dra nytta av vid beredningen av program eller strategier eller kanske t.o.m. i den operativa beredningen. En enskild välfärdsberättelse ansågs inte betydande utan nyttan sågs i kontinuiteten, i möjligheterna att följa med välfärdsutvecklingen. Man hade tänkt sig att på basen av berättelsen i något skede kunna bereda ett välfärdsprogram eller -strategi. Fullmäktiges mandatperiod ansågs vara en god tidsperiod. Fullmäktige granskar linjedragningarna per fullmäktigeperiod och de ändrar inte under periodens gång. Välfärdsberättelsens stora utmaning är att få fullmäktige intresserade av uppföljningen av välfärden. För närvarande ansåg man att fullmäktiges intressen hänförde sig till styrningen av ekonomin och sektorverksamheten. Man föreställde sig att tankarna kring välfärdsberättelsen skulle slå sönder gränser och skapa en mera helhetsbetonad verksamhetspolitik.

Välfärdsberättelsen beredd som ett tjänstemannaarbete. De förtroendevalda fick uppgifter om berättelsen huvudsakligen via kommittén för förebyggande arbete och via vissa nämnder. Olika versioner av välfärdsberättelsen delades under processens gång ut till de personer som deltagit i beredningen, bl.a. åt kommittén för förebyggande arbete och social- och hälsovårdsnämnden.

Orimattila

Orimattila deltog år 2000 i Päijät-Häme centralsjukhus kvalitetsskolning (PHQ), och förenade arbetet med välfärdsberättelsen med den. Då man satte igång projektet beslöt man i Orimattila att utgångspunkten för berättelsen skulle vara kommuninvånaren, inte servicesystemet. Kommunens arbetsgrupp ansåg det viktigt att de uppgifter som används i indikatorerna är relativt enkelt tillgängliga och att en aktuell jämförelse är möjlig. Indikatorerna borde kunna beskriva befolkningens välfärd väl och man borde kunna påverka dem med den egna serviceproduktionen.

Under beredningsprocessen kom man i Orimattila fram till att det är alltför arbetskrävande att göra en välfärdsberättelse varje år. Berättelsen måste kopplas till kommunens ekonomi- och verksamhetsplaner för att den skall fungera i praktiken. Tävlan sektorerna emellan upplevdes som ett hot för behandlingen av välfärdsärendena.

I arbetet med välfärdsberättelsen hemföll man till en alltför djup diskussion om indikatorer, varvid saken inte gick framåt ur kommunens synvinkel. Man fick inte ett tillräckligt grepp om tolkningen av de uppgifter som indikatorerna utvisade. Viktigare än en diskussion om ”valet av indikatorer” är den process i kommunen som utvisar hur man kommer framåt och får med välfärdstänkandet i kommunens årliga verksamhet och ledningssystem. En anslutning av välfärdsdata till en del av planeringssystemet förutsätter basdata för definiering av tyngdpunktsområden och linjedragning.

Man kom i Orimattila överens om att det material som insamlats för välfärdsberättelsen används som en del av ekonomiplaneringen år 2002. Man beslöt inskriva välfärdsmålsättningar i budgetförslaget vilkas förverkligande bedöms i det skede då berättelsen görs. Man beslöt göra beredningen tillsammans med de olika sektorerna. Det utförda arbetet och besluten lyfte upp välfärdsärendena i kommunplaneringen fastän materialet till välfärdsberättelsen inte kunde bifogas kommunplanen. Man diskuterade om välfärdsärenden mera än tidigare fastän de inte syntes i dokumenten.

I fortsättningen såg man välfärdsberättelsen som flera produkter; som en separat berättelse, som målsättningar ingående i planeringsdokumenten, på www sidorna och som berättelser med olika innehåll.

Välfärdsberättelsens ideologi hade presenterats i samband med Päijät-Hämes PHQ-skolning. Vid ett sammanträde som arrangerades i februari 2002 presenterades välfärdsberättelsen för de olika förvaltningarnas företrädare och för de förtroendevalda. Processen har stått i träda efter våren 2002 men den fortsätter bara man får resurser för det fortsatta arbetet.

Bedömning av projektet

Pilotkommunernas första välfärdsberättelser blev klara på hösten 2002. Stakes bedömde då i pilotkommunerna, på basen av en intervjuundersökning, välfärdsberättelsens beredningsprocess, hur väl pilotmodellerna fungerade och nyttan av dem i kommunerna samt fortsättningen på utvecklingsprojektet inom ramen för en samarbetsprocess. Man intervjuade de tjänstemän och förtroendevalda från Jyväskylä och Kervo som varit med i pilotprojektet. Intervjuerna utfördes som grupp- och individuella intervjuer. De intervjuade tillfrågades om välfärdsberättelsens beredningsprocess i kommunen och samarbetet med Stakes, de förtroendevaldas andel i processen, synpunkter på välfärdsberättelsemodellen och erfarenheterna om nyttan av den i kommunen samt om förslagen till utveckling av modellen. Av de förtroendevalda frågade man dessutom om den databas som behövs som grund för beslutsfattandet samt om behovet och användningen av välfärdsberättelsen.

Välfärdsberättelseprocessen bedömd av tjänstemännen

Kommunens tjänstemän bedömde välfärdsberättelseprocessen både i kommunens verksamhet och i samarbetet med Stakes. De positiva uppskattningarna hänförde sig till berättelsens användbarhet och viktighet och till det att processen kunnat bidra till att lyfta fram välfärdsärenden. Man upplevde att problemen i processen hänförde sig till de oklarheter som hör ihop med frågorna om definiering, om välfärdsbegreppets vidsträckthet och om utmaningarna i arbetet med indikatorerna.

I kommunerna försvårades igångsättandet av att man inte riktigt visste vad man höll på att åstadkomma. Man förde ideologiska diskussioner om välfärden men arbetet konkretiserades inte tillräckligt. Detta medförde olägenheter i början då det gällde att få de olika förvaltningssektorerna att binda sig till projektet. Välfärdsbegreppets omfattning försvårade en avgränsning av

arbetet. Man upplevde i kommunerna att utgångsläget för välfärdsberättelsen; "att ifråga om innehållet stöda sig på sakkunskapen i kommunen" kanske var alltför krävande och att man i beredningen skulle ha behövt mera handledning.

I indikatorarbetet var det viktigt att starta från de behov som finns beträffande uppföljningen av beslutsfattandet och välfärdssituationen. Tjänstemännen upplevde att de inte vid sidan av sitt eget arbete hade tillräckligt med tid att fördjupa sig i ideologin runt indikatorerna. I efterhand bedömde man det så att det kanske skulle ha varit lättare starta med att bedöma användbarheten av de indikatorer som redan var i bruk än att även försöka hitta nya indikatorer. I miniarbetsgruppen hade medtagits sakkunniga från olika sektorer i olika kommuner. Efteråt frågade man sig om det i den riksomfattande gruppen borde ha funnits en större grupp sakkunniga från olika sektorer. Man upplevde indikatorarbetet som krävande och mycket vidsträckt.

Beredningsprocessen rörande kommunens välfärdsberättelse borde enligt de intervjuade i början ha innehållit flera arbetsmöten sektorerna emellan och inom sektorerna. Fastän man såg beredningen av berättelsen som en uppgift för tjänstemännen skulle man mera ha kunnat presentera berättelsens arbetsskeden för de förtroendevalda. Man ansåg det vara en god sak att det i berättelsens beredningsskede ingick företrädare för olika förvaltningssektorer i arbetsgruppen.

Man ansåg i kommunerna att välfärdsberättelsearbetet i och för sig var viktigt och "en ambitiös sak som såg över förvaltningsgränserna". Man ansåg välfärdsberättelsen vara det första dokumentet i sitt slag som på ett heltäckande sätt beskriver välfärdspolitiken. Man ansåg det vara bra att detaljerade uppgifter samordnades till en helhet och att berättelsen "betjänar en heltäckande kommunpolitik" som för fram behovet av samarbete mellan förvaltningssektorerna. 'I kommunerna tänker man lätt att saken hör åt någon annan förvaltningssektor'.

Tjänstemännen såg välfärdsberättelsen som ett papper som samlar in de bakgrundsuppgifter för välfärdsberättelsens strategidokument som blottar vad man bör fästa uppmärksamhet vid i välfärdspolitiken. På basen av välfärdsberättelsen kan man börja skapa strategier och verksamhetspolitik. Välfärdsberättelsen förutsätter inte de förtroendevaldas godkännande i likhet med strategierna och verksamhetsprogrammen, i berättelsen redogör man för välfärdssituationen i kommunen och de funktioner som bidragit till den. Som problem i välfärdsberättelsen såg man det organisatoriska utgångsläget och bristen på synpunkter av kommuninvånaren. Att svänga på synpunkten sågs som en inlärningsprocess.

Analyseringen av de resultat som välfärdsindikatorerna utvisar ansågs viktigt. De intervjuade föreslog att man ur välfärdsberättelsen borde lyfta upp några teman för fullmäktigebehandling, en bit i gången. Å andra sidan ansåg man det viktigt att för fullmäktige även presentera välfärdssituationen som en helhet. Förutom att lyfta upp fenomenen ansåg man det vara intressant att föra diskussioner om orsaken till fenomenen och följdverkningarna samt de slutledningar som skall dras av detta.

Tjänstemännens tanke var att man skulle göra välfärdsberättelsemodeller av olika omfattning för olika användningsändamål. Å ena sidan en "mera omfattande berättelse som beskriver välfärdssituationen, kommuninvånarnas levnadsbetingelser och hur dessa kan förbättras" och å andra sidan ett annat "kort, lätt tillgängligt informationssystem med vilket man kan följa med saken och som görs årligen". Andra tankar rörande berättelsen var "en folklig upplaga" av berättelsen som årligen skulle göras om olika teman, en version som publiceras på nätet och en komprimerad version som ryms på en A4-sida.

Den årliga välfärdsberättelsen sågs som en del av planeringen av kommunens verksamhet och ekonomi. En jämförelse kommuner emellan i några specifika saker som beskriver välfärd ansågs viktig fastän berättelsen inte behöver vara likadan i alla kommuner.

Välfärdsberättelseprocessen bedömd av de förtroendevalda

De förtroendevalda var medvetna om välfärdsberättelseprojektet i kommunen men de deltog inte i berättelsens beredningsprocess. De förtroendevalda ansåg att det var positivt att de blev hörda redan i inledningsskedet av projektet. Några ansåg att man skulle ha kunnat höra dem ännu mera, i synnerhet då man beslöt om välfärdsberättelsens innehåll. En del föreslog att de förtroendevalda borde vara medlemmar av arbetsgruppen under hela välfärdsberättelseprocessen om än tidsanvändningen skulle förorsaka problem. Även vanliga medborgare föreslogs som delaktiga i beredningen av välfärdsberättelsen.

Enligt de förtroendevalda borde välfärdsberättelsen under beredningsprocessens gång presenteras speciellt för representanter för de centrala nämnderna. De intervjuade funderade på välfärdsberättelsens förhållande till andra strategihandlingar i kommunen och huruvida berättelsen kunde ersätta några av de handlingar som för närvarande uppgörs i kommunen. Producerandet av olika handlingar kräver en stor arbetsinsats varför man noggrant bör fundera på mängden och hur väl de passar ihop.

Kommunernas välfärdsresultat borde presenteras vid offentliga seminarier dit alla har fritt tillträde. Man borde göra saken känd via lokala tidningar och den lokala radion.

De förtroendevalda konstaterade att de behöver sådana uppgifter som finns i välfärdsberättelsen för att kunna bilda sig en uppfattning om helheten. Nivån på de uppgifter som behövs beror på förtroendeorganet, nämnderna behöver mera detaljerade uppgifter och fullmäktige mera helhetsbetonade uppgifter. Uppgifterna bör också kunna granskas för "som beslutsfattare kan man inte förlita sig helt okritiskt på en annans synpunkter". De förtroendevalda beskrev välfärdsberättelsens stöd som "en nödvändighet och ett bra papper", så att man inte enbart behöver förlita sig på uppgifter där man bara föreställer sig saker.

De förtroendevalda ansåg det viktigt med en regelbunden behandling av välfärdsuppgifter så att det skulle bli möjligt att höra "svaga signaler". För att det skall vara möjligt att följa signalerna noggrannare borde uppgifterna i större utsträckning vara i realtid. Det är möjligt att påverka med kunskap. Ett ärende avancerar i beslutsfattandet då dess effekter kan påvisas t.ex. i form av kostnader. Att följa med verksamheten i andra kommuner utvisar påverkan som en följd av olika val. Av dessa kan man lära sig något med tanke på den egna verksamheten.

Man tänkte sig att en genomgång av välfärdsberättelsen skulle väcka diskussion och på detta sätt öppna frågorna på ett mångfacetterat sätt. Man tänkte sig att välfärdsberättelseuppgifterna skulle kunna ändra på den viktighetsordning som beslutsfattarna fastställt. Man saknade en bedömning av de ekonomiska effekterna som en del av beskrivningen av välfärd.

De förtroendevalda betonade att välfärdsberättelsens beredningsprocess måste kopplas till kommunens planeringsprocess och berättelsens förhållande till olika program bör klarläggas. Välfärdsberättelsen borde fungera som revisionsnämndens arbetsredskap.

Bedömning av välfärdsberättelsemodellen i pilotkommunerna

Tjänstemännen och de förtroendevalda bedömde de första versionerna av välfärdsberättelsen i sina kommuner. Några tjänstemän ansåg att beredningsprocessen har inverkat på så sätt att berättelsens omfattning inte är objektiv för alla sektors vidkommande. De första versionerna

av välfärdsberättelserna innehöll nyckeltal från den vidsträckta indikatorrekommendationen varför den var ganska omfattande och ett uppgörande av den varje år ansågs inte meningsfullt. I pilotberättelsen ingick nyckeltal om den befolkningsförfrågan som gjordes för detta ändamål. En så omfattande version av välfärdsberättelsen ansågs lämplig att åstadkomma som dokument en gång per fullmäktiges mandatperiod.

De förtroendevalda ansåg innehållet i välfärdsberättelsen vara mångsidigt och sådant att det beaktar många olika sektorer. Man var i allmänhet nöjda med berättelsens omfattning om än man jämsides saknade ett mera komprimerat sammandrag. Berättelsens användbarhet förutsatte, enligt de förtroendevalda, en fortsatt precisering av uppgifterna och ett erbjudande av rätta uppgifter. Berättelsen borde presenteras med text och grafik, man borde ägna det yttre mera omsorg. Grafiken ansåg man vara det snabbaste och enklaste sättet att förmedla uppgifter. Man konstaterade att beslutsfattaren behöver fakta, jämförande uppgifter och gärna olika scenarier. Man ansåg det vara helt nödvändigt att ekonomisk bedömning tas med i berättelsen.

Rekommendationer rörande beredningsprocessen och innehållet

Välfärdsberättelsens uppgift

Välfärdsberättelsen är en översikt som gjorts av sakkunniga inom olika verksamhetssektorer över kommuninvånarnas välfärd och hälsa och de faktorer som inverkar på dem, såsom befolkningens levnadsbetingelser, kommunens välfärdspolitik och servicesystemets funktionalitet. I välfärdsberättelsen preciseras invånarnas centrala välfärdsbehov och bedöms den verksamhet som bedrivits under senare år samt de tillbudsstående resursernas förhållande till dessa behov.

Jämsides med termen välfärdsberättelse används benämningarna välfärdsredogörelse eller -utredning. Gemensamt för dessa dokument är att man i dem beskriver välfärdssituationen i kommunen och den utveckling som har bidragit till den i tidsserier (5-10 år) och jämför uppgifterna i nejden, regionalt och på ett riksomfattande plan.

Välfärdsberättelsen innehåller i regel inte planer om framtiden, bedömning av alternativa lösningsmodeller eller förslag om strategiska val för utvecklande av verksamheten. Berättelsen sammanfattar tolkningen av de faktorer som hotar välfärden i kommunen och de som utvisar styrka. Välfärdsberättelsen är ett arbetsredskap som uppgjorts av tjänstemän och övriga sakkunniga för förtroendemannaförvaltningen med tanke på beslutsfattande rörande strategiska val och politiskt beslutsfattande.

I välfärdsberättelsen ser man på nuläget och pejar det mot det förflutna. Vid sidan av bilden av välfärd 'ritar' den upp den verksamhetspolitik som uttrycker de förverkligade strategiska linjdragningarna. Avsikten med berättelsen är att den skall kunna underlätta bedömningen av den förverkligade politiken och välfärdseffekterna av de godkända strategierna. De uppgifter som utvisar jämförelser kommunerna emellan underlättar också i sökandet av sådana möjligheter och hot i fråga om välfärd som man inte tidigare har observerat och behandlat i kommunen.

Välfärdsberättelsen samlar ihop en lätt behandlad och förståelig, av kvantitativa och kvalitativa visare komprimerad bild av ett mångdimensionellt och vitt omfattande material om välfärden. I en komprimerad form utgör den ett några sidor långt sammandrag av det planeringsdokument som årligen uppgörs i kommunen rörande verksamhet och ekonomi. I en vidare version, separat, möjligen en gång under fullmäktiges mandatperiod publicerat dokument, betjänar det de förtroendevalda i kartläggningen av välfärdssituationen.

Datagrunden och datans tillgänglighet

Välfärdsindikatorer och deras begränsningar

Den första uppgiften då en välfärdsberättelsemodell uppgjordes var att samla ihop en helhet av välfärdsindikatorer på kommunnivå ifråga om befolkningens välfärd och de faktorer som inverkar på den.

Indikatorn (visare, uttrycksmedel) är ett statistiskt nyckeltal med vilket man kan komprimera data och som beskriver förhållandet och förändringarna i det fenomen som utforskas. Tolkningen av en indikator underlättas om man för den kan uppställa en målsättning, t.ex. en målsättning

per åldersgrupp i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015: av 16-18-åringarna röker färre än 15 % år 2015.

Å andra sidan bör man vid tolkningen av en indikator beakta att det är osäkert att dra slutsatser på basen av en eller några få indikatorer. Härvid kan man behöva de tilläggsuppgifter som undersökningen eller tilläggsutredningen ger. Man måste även beakta att allt inte går att beskriva med hjälp av indikatorer. Då är det befogat att använda kvalitativt material som tilläggsinformation.

Man har föreslagit många typer av mätare som indikatorer, men statistiskt begränsas valet av dem av en del relativt entydiga kriterier. Dessa allmänna kriterier är:

1. Då man utvecklar indikatorer som berör befolkningen bör man beakta materialets *tillgänglighet*. Då man anskaffar material bör man se till att det är möjligt att få tillgång till det även i fortsättningen. De valda indikatorerna bör lämpa sig för den undersökta befolkningen och de bör företräda ifrågasatt befolkning väl. T.ex. dödlighet lämpar sig illa som ett nyckeltal för de ungas hälsa eftersom dödlighet är mycket sällsynt i de unga åldersgrupperna. På motsvarande sätt representerar en sjukdom som hänför sig endast till någon riskgrupp som indikator hela befolkningen dåligt.
2. I fråga om indikatorer och övriga mätare gäller kraven på *validitet och reliabilitet*. En valid mätare mäter det som man anser att den skall mäta medan mätarens reliabilitet hänvisar till mätningens tillförlitlighet. Ett exempel på en valid men otillförlitlig mätare är längdmåttet, vars skala är otillförlitlig.
3. En indikator skall beskriva förändringar *på ett känsligt sätt*. Då man följer en ändring i tiden är känslan i beskrivningen av ändringen fundamental. Mätaren kan vara bra på andra grunder men om man med hjälp av den inte kan följa ändringar under den tidsperiod som skall observeras är dess lämplighet som indikator ifrågasatt. Det är inte förnuftigt att använda medellängd som en indikator på kort eller medellång sikt eftersom den inte kan förväntas ändras snabbt.
4. Av en indikator krävs *specifikationsförmåga*. Den bör möjliggöra en observation av skillnaderna i den dimension som skall granskas. Om det är kommunerna man är intresserad av bör som indikatorer väljas sådana faktorer som kan tänkas variera kommuner emellan.
5. Endast mätare som går att jämföra med varandra kan jämföras varför mätarna på ett eller annat sätt bör fås *jämförbara*. Vanligen innebär detta en avvägning i förhållande till befolkningen.
6. Det sista allmänna kriteriet för indikatorerna är *representativiteten* med vilken man avser att siffran bör representera det objekt som intresserar möjligast objektivt. Kravet på representativitet kan utsträcka sig till olika befolkningsgrupper, områden eller till det ämnesområde som granskas.

Huvudfrågan vid användningen av indikatorer är deras *tillgänglighet* inom välfärdens olika *delsektorer*. Indikatorernas *giltighet och trovärdighet* kan variera stort inom olika åldersgrupper. Uppgifter rörande de första levnadsåren kan t.ex. inte efterfrågas av barnen själva. De frågor som berör välfärdsindikatorernas *förändringsbenägenhet* komprimeras till *upprepning och reproducering*. Eftersom man i första hand är intresserad av ändringarna i välfärden bör insamlingen av indikatorerna gå att upprepa och de bör i huvudsak grunda sig på befintliga datasystem.

Merparten av de politiska beslut som berör välfärd fattas på den lokala nivån. Eftersom servicen kan variera mellan kommuner och lokala nivåer förutsätter *jämförbarheten* kommunerna emellan att de kan ställas i relation till något *medeltal*, *någon del av befolkningen* eller till t.ex. *det totala utbudet*.

Fastän man skulle ha tillgång till uppgifter från olika välfärdssektorer garanterar det inte att uppgifterna berättar heltäckande om välfärden. Uppgifterna berättar, förutom om området för objektet även om nivån på beskrivningen och omfattningen på synpunkten.

Nivån på beskrivningen syftar på om man använder sig av uppgifter på riksomfattande eller lokal nivå. Riksomfattande trender i fråga om rökning bland unga utgör viktiga basfakta då man skall bedöma i vilken riktning man kan förvänta sig att dödligheten i lungcancer kommer att utvecklas på befolkningsnivå. Då beslut som berör välfärd bland barn och ungdom ändå i allt högre grad görs i kommunerna stöder riksomfattande uppgifter ganska dåligt betoningarna i social- och hälsovårdspolitiken på lokal nivå.

Välfärdsuppgifternas *synvinkel* begränsas av uppgiftsproducentens intresse. Uppgiftsinsamlingen som berör t.ex. den grundläggande utbildningen styrs av utbildningsförvaltningens synvinkel. Antalet elever beskrivs i kommuner och skolor. Denna uppgift förädlas vidare till skolors medelstorlek och antalet avgångsbetyg. Dessa i och för sig viktiga uppgifter berättar inget om vad som sker i grundskolan under de nio år som eleven tillbringar där. Det är inte lätt att få uppgifter per skola om t.ex. skolfrånvaro.

Tolkningen av välfärdsuppgifterna begränsas också av den synpunkten ur vilken uppgifterna bedöms. I en riksomfattande jämförelse är det någorlunda klart att det faktum att barn i ökande utsträckning placeras utanför hemmet berättar någonting om en allmän försämring i fråga om barnens välfärd. I ett enskilt barns fall är målsättningen med en placering utanför hemmet i alla fall att trygga barnets välfärd.

Välfärdsindikatorerna beskriver oftast välfärdsunderskott, risker och avvikelser, mera sällan det vanliga livet. De flesta statistikerna insamlas rörande servicesystemens funktionalitet och därför beskriver de sådana situationer där människorna efterfrågar service. Denna snedvridning beskriver också varför ett avvikande fenomen är så intressant ur beslutsfattarnas och informationsförmedlingens synvinkel. Fastän en indikator som beskriver ett allmänt eller typiskt fenomen finns att tillgå lyfter man ofta fram ett fenomen som avviker från det gängse eller ett sällsynt fenomen. Då det t.ex. är fråga om barn intresserar i regel inte det faktum att merparten av barnen är friska, oberoende av om man som mätare använder vilket delområde av hälsa som helst. Det är vanligare att rapportera om dödlighet, åkommor eller upplevd dålig hälsa.

På motsvarande sätt är en förändring intressantare än ingen ändring alls. Man strävar till att välja fenomen där man kan förvänta sig förändringar.

Tolkningen av välfärdsindikatorer och andra uppgifter förutsätter alltid kännedom om samhällspolitiken och verksamhetsmiljön samt en förmåga att tolka. En jämförelse av kommuner och regioner är nyttig men tolkningarna skall göras efter noggrant övervägande. Det anses vara motiverat och nödvändigt att använda sig av uppgifter insamlade från olika datakällor eftersom dylika uppgifter ger en mera omfattande och av olika synvinklar bestående och varandra kompletterande bild av befolkningens välfärd.

Datakällor

Kommunvisa indikatorer som insamlats från riksomfattande datakällor används som en del av kommunens välfärdsberättelse. I bilaga I finns en förteckning över riksomfattande befolkningsundersökningar och registermaterial grupperat enligt livscykelänkandet.

Stakes välfärdsindikatorbank

Vid Stakes bereds en "indikatorbank" -databas (www.stakes.info/indikatorbank), till vilken man ur riksomfattande statistiker, register och undersökningar samlar centrala indikatorer som hänför sig till välfärd (Orre 2004). Den som är i behov av uppgifter kan i fortsättningen inhämta uppgifter från sin egen arbetsstation via en www-adress, endera från en databas som är öppen för alla eller från en som finns bakom ett lösenord. Indikatorbanken kommer att innehålla flera indikatorhelheter⁵. Indikatorbankens databas är färdig och dess användargränssnitt testas för närvarande i en pilotgrupp. Det användargränssnitt som riktats till slutanvändarna tas i bruk i stor utsträckning under år 2004. I databasen har insamlats uppgifter tidigast från år 1990.

Målsättningen med indikatorbanken är att skapa ett system som är lätt att använda och från vilket användaren, i enlighet med sina användarrättigheter, kan välja endera indikatorer för ett visst projekt eller alla de indikatorer som databasen innehåller. Av indikatorerna får man i allmänhet förutom ett relativt tal även uppgifter om mängden (N). Man strävar ofta till att presentera indikatorerna även per kön. Till varje indikator hänför sig metadata av vilken användaren ser bl.a. vem som har producerat uppgifterna, vilka faktorer som har tagits med i indikatorn, fr.o.m. vilket år uppgifterna finns att tillgå och vilka eventuella begränsningar som hänför sig till indikatorn. Dessutom är det i fortsättningen möjligt att till indikatorn ansluta saker som är viktiga ur tolkningens synvinkel.

Indikatorer för välfärd och hälsa är ett av indikatorbankens projekt. Det grundläggande arbetet för detta har gjorts inom ramen för indikatorarbetet i kommunernas välfärdsberättelse. Ur det omfattande indikatorpaketet insamlades i sakkunniggrupperna kärnindikatorer i enlighet med livscykelutvärderandet. Av de indikatorer som berör befolkning, barn och unga, personer i arbetsför ålder och åldringar valdes de som ur tillgänglighets- och jämförbarhetssynvinkel ansågs vara centrala med tanke på välfärden.

Vad berättar välfärds- och hälsoindikatorerna? Det är nu viktigt att koncentrera sig på tolkningen av uppgifterna – på det som indikatorn berättar om det omkringliggande samhället. Här behövs uppgifter om indikatorns bakgrund och hur den bildas, om vilka uppgifter som har använts i indikatorn, vad indikatorn i själva verket beskriver och vad som lämnar utanför? Å andra sidan behövs även lokala uppgifter om hur servicen är ordnad, vad som kan observeras i gatubilden och om hur människorna mår?

I programmet funderar sakkunniga på vad välfärds- och hälsoindikatorerna berättar för oss om välfärd, om vilka tolkningar man kan göra på basen av dem och vilka begränsningar som skall beaktas i tolkningen av dem. Ur bilaga 2 framgår nuvarande indikatorer för välfärd och hälsa och deras datakällor i Stakes' indikatorbank.

Uppföljningsindikatorer i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015

På uppdrag av delegationen för folkhälsoarbetet håller man som bäst på att samla ihop uppföljningsindikatorer för programmet Hälsa 2015, vilkas nyckeltal per kommun/region troligen

⁵ Indikatorbanken kommer att innehålla åtminstone indikatorer rörande välfärd och hälsa avsedda för kommunens beslutsfattare och förtroendevalda, bastabeller rörande Kommunhälsa avsedda för hälsovårdscentralernas ledande läkare, Stakes' traditionella Kommunstatistikindikatorer, länens kommunkort avsedda för länsstyrelserna samt (IKI)-indikatorer rörande vård och service för äldre personer avsedda för uppföljning av kvalitetsrekommendationer. Även den traditionella statistikdatabasen (Sotka) inom social- och hälsovården tas i bruk via samma användargränssnitt. I fortsättningen kommer man att ansluta även andra indikatorer till "banken". Databasen möjliggör skapandet av skraddarsydda indikatorgrupper för olika användargrupper.

kommer att hänföras till Stakes' indikatorbank. Uppföljningsindikatorerna för Hälsa 2015 lämpar sig för kommunens välfärdsberättelse, i synnerhet till de delar som målsättningarna i Hälsa 2015 ingår i kommunens välfärdsstrategi och i de långsiktiga verksamhetsplanerna. Om uppföljningsindikatorerna i Hälsa 2015 finns uppgifter att tillgå något senare under adressen (www.terveys2015.fi).

Övriga datakällor

Förutom de uppgifter som man får ur nationella forsknings- och datakällor består datainnehållet i välfärdsberättelsen av kommunens egna statistiker och de undersökningar som gjorts separat. Välfärdsuppgifter kan insamlas på basen av respons från klienter och inlämnade besvär eller på basen av separata uppföljningar som gjorts av arbetstagarna. Kommunen kan själv förverkliga eller beställa befolkningsförfrågningar, barometrar, intervjuer, temasållningar, jämförande bedömningar o.s.v. av utomstående forskningsanstalter.

De uppgifter rörande *innehållet, jämförbarheten, trovärdigheten, aktualiteten, tillgängligheten och reproducerbarheten* som används i berättelsen bör bedömas och beträffande de använda uppgifterna skrivs in i berättelsen. Jämförbarheten av uppgifterna förutsätter enhetliga sätt att samla in informationen, noggrann definition av datainnehållet och ett utvecklande av det. I fråga om jämförbarheten bör uppmärksamhet fästas vid tiden och platsen, uppgifterna bör kunna användas såväl som tidsserier som vid jämförelse av kommuninvånarnas välfärd med situationen i andra kommuner, regioner eller på riksomfattande nivå. I fråga om trovärdighet bedöms uppgifternas felkällor och kvalitet, i fråga om aktualitet uppgifternas färskhet och jämförbarhet och i fråga om tillgänglighet möjligheten till ständig tillgång till uppgifter för uppföljningsbehov.

Vid *tolkningen* av välfärdsuppgifter bör man alltid beakta de begränsningar av uppgifterna som kommer sig av att man använt sig av olika metoder (t.ex. www.stakes.fi/sva/ivamenetelmat.htm). Begränsningarna i fråga om nämnda faktorer samt den ringa omfattningen i fråga om svarsprocenten och selektiviteten i fråga om svarsgruppen bör beaktas i det skede då materialet insamlas, analyseras och tolkas.

Om berättelsens beredningsprocess

Ansvaret för välfärdsberättelsens beredningsprocess bör åligga den person och den enhet i kommunen som ansvarar för planeringen av verksamheten och ekonomin och/eller välfärdsstrategierna. I de flesta fall åligger ansvaret högsta tjänstemannaledningen i kommunen, kommundirektören och/eller den sektorchef som kommunledningen utsett, härvid oftast social- och hälsovårdsdirektören.

Då välfärdsberättelsen uppgörs som ett dokument på regionkommunal eller landskapsnivå görs besluten om beredningen inom region- eller landskapsförvaltningen där primärkommunernas ledning är representerad. Uppgifterna i den välfärdsberättelse som uppgörs på regional nivå insamlas i huvudsak per kommun varvid den ersätter behovet av en välfärdsberättelse i medlemskommunerna.

Kommunens välfärdsberättelse görs som ett samarbete mellan alla de organ som verkar för välfärdspolitiken och på ett sådant sätt att alla förvaltningssektorer deltar i producerandet och tolkandet av uppgifterna med sin sakkunskap. Om kommunens välfärdspolitik och förverkligandet av den också består av verksamheten av andra aktörer än dem som verkar inom kommunorganisationen bör man vid beredningen av välfärdsberättelsen beakta även dessa aktörers roller. Speciellt i små kommuner har de största arbetsgivarna, näringslivet, utbildningsinstitutionerna eller de aktiva organisationerna en betydande välfärdspolitisk uppgift i kommunen.

Beredningen av välfärdsberättelsen börjar med ett beslut i kommunens ledning om att den skall göras, om omfattningen och användningsändamålet. Innan kommunen har gjort beslut om uppgörandet av en välfärdsberättelse är det bra att föra en diskussion med ledningen inom olika sektorer där man försäkras om samsyn beträffande uppgiften.

- Vad är kommunens välfärdsberättelse, för vilket ändamål har man för avsikt att bereda den och hur integreras den för närvarande med planerings- och uppföljningssystemen rörande verksamhet och ekonomi i kommunens verksamhet? Hur stöder välfärdsberättelsen uppföljningen och bedömningen av välfärds- och hälsoläget i kommunen?
- Vem har man tänkt sig att dokumentet skall betjäna (förtroendemannaförvaltningen, den högsta tjänstemannaledningen, den operativa ledningen, arbetstagarna eller kommuninvånarna) och vem ansvarar för beredningen av den och datainnehållet nu och i fortsättningen?
- Hur förstås och begränsas välfärden i detta sammanhang?
- Hurudana uppgifter borde berättelsen innehålla och var kan man eventuellt hitta uppgifterna?
- Hur organiseras och finansieras samarbetet mellan de olika sektorerna under beredningen av berättelsen?

Då samförstånd beträffande berättelsens natur, finansieringen av beredningen av den och samarbetskompanjonerna uppnåtts utnämns en ansvarsperson/görare för projektet och till stöd för honom/henne en styr- eller ledningsgrupp.

Beredningen av berättelsen börjar med ett gemensamt möte där man kommer överens om samarbetsformerna, deltagarnas uppgifter och ansvar, arbetsfördelningen och tidtabellerna.

Fastän beredningen av berättelsen egentligen hör åt tjänstemännen är det bra att informera de förtroendevalda om processen, fråga efter deras synpunkter rörande behov och dokumentets natur och presentera uppgifter för dem om hur projektet framskrider i olika skeden.

Ett regionkommunalt samarbete är nyttigt i synnerhet vid uppgörandet av datainnehållet, vid skapandet och upprätthållandet av system för uppföljning av välfärdsuppgifter samt vid tolkning av välfärdsdata och vid dragandet av slutsatser.

Det lönar sig inte att fastna i en indikatordiskussion alltför länge. Tolkingen av uppgifterna och en begrundan av den kommunala utvecklingsprocessen är nyttigare. Under processens gång preciseras också de "lämpliga" indikatorerna.

Välfärdsberättelsen kan vara ett mångfacetterat dokument; ett omfattande separat dokument, en del av kommunplaneringsdokumenten eller en separat berättelse med olika innehåll på nätsidorna. Ett införande av välfärdsuppgifter i kommunplaneringen är en process som kräver ett målmedvetet arbete.

En naturlig tajming för beredningen av välfärdsberättelsen är slutet av fullmäktiges mandatperiod då den gamla fullmäktigeförsamlingen med hjälp av berättelsen rapporterar för den nya fullmäktigeförsamlingen om det välfärds läge som åstadkommit med den välfärds politik som de fört. Den nya fullmäktigeförsamlingen får via berättelsen en färsk beskrivning som grund för det egna strategiarbetet och linjedragningarna för välfärden. Det är bra att diskutera om innehållet och tolkingen av uppgifterna tillsammans med de förtroendevalda.

Beredningen av välfärdsberättelsen gagnar förutom planerings- och uppföljningsarbetet även förhandsbedömningen av alternativa beslutsförslag och skapandet av kommunens kvalitetssystem.

På basen av erfarenheterna är den viktigaste saken i sig inte att få berättelsen färdig. Lika viktig är den process som ansluter sig till beredningen och att få välfärdsuppgifterna att bli en del av planerings- och uppföljningspraxisen i kommunen. Berättelsens beredningsprocess bereder jordmånen för att kunna ta välfärdsärenden till tals i kommunen. Den lyfter fram styrkan och utvecklingsobjekten i välfärden och gör den verksamhet och det beslutsfattande som hör ihop med välfärden mera transparent. På basen av uppgifterna är det lättare att hitta och motivera tyngdpunktsområden för verksamheten.

Rekommendationer beträffande innehållet

Erfarenheterna från pilotkommunerna utvisar förnuftigheten i välfärdsberättelsen då beredningen av den görs i form av en utvecklingsprocess som är gemensam för kommunen. Då man sätter igång utgående från de fenomen som utvisar kommuninvånarnas välfärd (t.ex. barnfamiljernas välfärd, verksamhets- och boendemiljön som främjare av välfärd, trygghet och trivsel), ifrån att göra dem synliga och att kunna inverka på dem, bygger arbetsprocessen en bild av välfärds läget i kommunen utgående från människorna.

Välfärdsberättelsen beskriver befolkningens välfärdssituation som servicesystemet ansvarar för. Om bilden i stället byggs upp utgående från servicesystemets synvinkel, splittras bilden av välfärden till prestationer.

Välfärdsberättelsen baserar sig på kommunens välfärdspolitik, på nuvarande strategier och på ett förverkligande av verksamheten. Om berättelsen görs med regelbundna intervaller fungerar den som ett uppföljningsinstrument för välfärdspolitiken och effekterna av strategierna.

Struktur och omfattning

I slutet av 1990 –talet har Kaplans och Nortons utvecklade balanserade uppsättning av mätare (balanced scorecard) blivit mycket populära som redskap för strategiarbetet. Av BSC mätarna har utvecklats ett ledningssystem för strategierna fastän de från början inte utvecklades för det ändamålet. I BSC –mätarna granskas förverkligandet av visionen och strategin ur fyra synvinklar; ekonomins, de interna affärsverksamhetsprocessernas, klientens och inläringens samt tillväxtens synvinklar. Inom den offentliga förvaltningen har synvinklarna tillämpats på ett sätt som passar det egna användningsändamålet och de mätare som beskriver kritiska framgångsfaktorer har skapats i enlighet med dem.

Om kommunen använder BSC mätare som ett ledningsredskap för strategierna kan den strukturera datainnehållet i välfärdsberättelsen i enlighet med det (figur 5). I mitten av ramen finns de utgångspunkter som styr välfärdspolitiken, nuvarande strategier och de tyngdpunktsområden som de definierat samt de mätare som beskriver hur framgångsrika de är.

Bilden av kommunens välfärd struktureras utgående från fyra infallsvinklar.

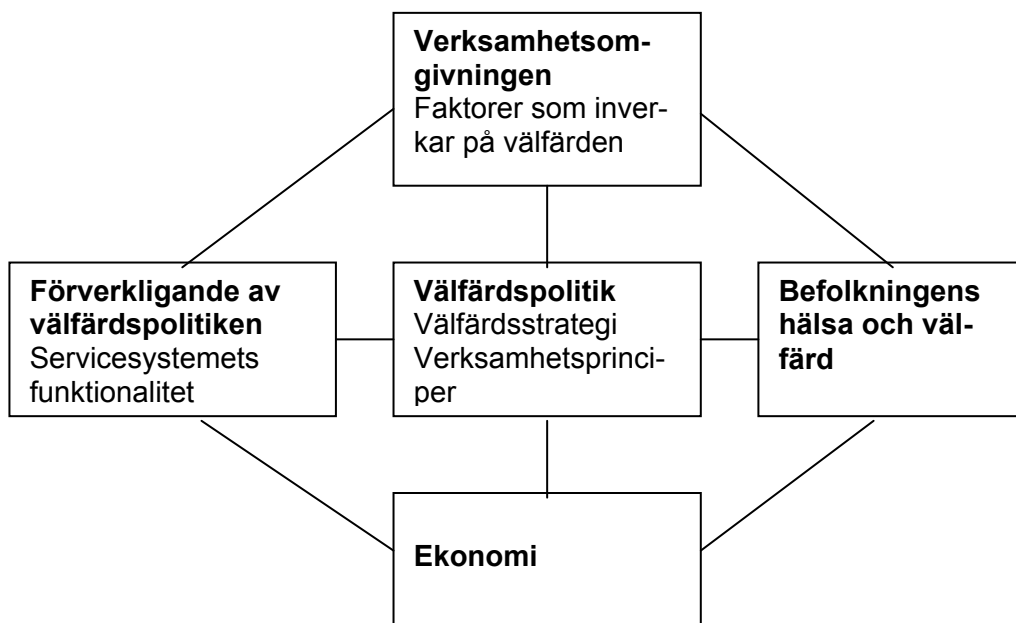
I. Bakgrundsfaktorer som inverkar på välfärden benämns här *verksamhetsomgivning*. De är objektiva mätbara resursfaktorer för välfärden, såsom befolkningsstrukturen och ändringarna i den, faktorer som beskriver levnadsförhållandena, såsom familjestrukturen, utbildningsnivån, sysselsättningsnivån och kommuninvånarnas utkomst. Till välfärdens bakgrundsfaktorer kan även hän-

föras resursfaktorer som beskriver livsmiljön, såsom boendet samt hälsan och trivseln i den fysiska omgivningen.

2. Den andra synvinkeln, *befolkningens hälsa* och välfärd, innehåller objektivt och subjektivt mätbara uttrycksformer. I detta sammanhang förstås hälsa som ett fenomen på individnivå; som ett tillstånd av fysisk, psykisk, social, emotionell och andlig välfärd. En sak som man kan komma överens om är huruvida de indikatorer som beskriver levnadsvanor och livskompetens skall beaktas för att beskriva befolkningens hälsa och välfärd eller om de skall placeras bland resursfaktorerna (bland bakgrundsfakta, bland faktorer som inverkar på välfärden). I pilotprojektet ansågs de visare som beskrev hälsosamma levnadsvanor och livskompetensen beskriva förekomsten av hälsa och välfärd.

3. Den tredje synpunkten, välfärdspolitikens förverkligande och servicesystemets funktionalitet, beskriver en process, funktionaliteten för de faktorer som producerar välfärd och *verksamhets-systemets funktionalitet* samt tillgängligheten till service. Servicesystemet svarar mot de behov som stöder befolkningens hälsa då ett välfärdsunderskott kan förutspås eller då det redan har uppstått. Sådana indikatorer som beskriver personalens yrkesskicklighet, tillgängligheten till service och smidighet ur användarens synvinkel hör hemma i denna kategori. De resultat som indikatorer ur denna kategori utvisar kan kommunen speciellt påverka med sin egen politik och verksamhet.

4. Den fjärde synpunkten, *ekonomin*, är viktig även i välfärdsberättelsen. Välfärdsmålsättningarna bör bindas till de ekonomiska resurserna och bedömas i förhållande till annan verksamhet i kommunen.



Figur 5. Disposition över välfärdsberättelsens innehåll

I centrum av välfärdsberättelsen finns kommunens nuvarande välfärdspolitik och funktionspraxisen. Berättelsens grundläggande uppgift är att beskriva befolkningens hälsa och de faktorer som

inverkar på den. Befolkningens välfärd är delvis beroende av bakgrundsfaktorerna, d.v.s. verksamhetsomgivningen, och av kommunens välfärdspolitik. Den är också beroende av kommunens ekonomiska politik och av hur resurserna inriktas. Dessa fyra synpunkter bör vara i balans för att ett gott slutresultat skall uppnås. Att finna balansen och att beskriva den på ett åskådligt sätt lyckas knappast fullständigt då berättelsen för första gången görs upp. Det är en inlärningsprocess i vilken kommunens samtliga sakkunniga behövs.

Välfärdsberättelsens synvinkel är inte i enlighet med BSC-kortsystemet i visioneringen om framtiden. Berättelsen bildar en stenfot och en riktning från det förflutna till nutid. Den bygger en grund för strategisk planering och för skapandet av inriktningen. Om berättelsen förnyas regelbundet bygger den ett uppföljningssystem för främjande av välfärd och hälsa i kommunen och regionalt.

Exempel på innehållet

Följande presentation rörande en beskrivning av innehållet i välfärdsberättelsen är riktgivande och ett exempel. I exemplen används hänvisningar till indikatorer vilkas närmare definition framgår av bifogade sammandrag eller av källor omnämnda i litteraturen. Indikatorerna i Stakes indikatorbank är definierade så att möjligheter till jämförelser av de relationstal som de producerar är möjlig kommunerna emellan. Berättelsens omfattning definieras i kommunen enligt användningsändamålet (görs upp årligen eller per fullmäktiges mandatperiod). En välfärdsredogörelse som görs varje år som en del av planeringen av verksamheten och ekonomin är naturligtvis mera kortfattad och innehåller speciella utredningar endast i mycket begränsad omfattning.

Exempel på innehållet i välfärdsberättelsen

1. Inledning

I inledningen berättar man om bakgrunden, i vilken kontext och för vilka behov välfärdsberättelsen har gjorts, vilka som har deltagit i beredningsprocessen och hur man har för avsikt att använda berättelsen vid planering och uppföljning av kommunens verksamhet och ekonomi.

2. Utgångspunkter och strategier som styr kommunens välfärdspolitik

Här beskrivs de strategier, visioner, mål och målsättningar som styr kommunens välfärdspolitik samt funktionsprinciperna, hur verkställigheten av välfärdsstrategierna förverkligas (t.ex. beskrivningar av spjutspetsprojekt) och eventuellt hurudan inverkan den nuvarande verksamhetspolitiken har haft på befolkningens välfärd. Beskrivningen presenterar välfärdsberättelsens plats i planeringsramen och redogör för de välfärdspolitiska tyngdpunktsområdena i enlighet med vilka vilken välfärdsberättelsen utformas. I detta sammanhang kan man definiera hur kommunen förstår begreppet välfärd då berättelsen uppgörs, vad man fokuserar på.

3. Välfärdsberättelsens synvinklar och de mätare som beskriver den

De indikatorer som beskriver respektive synvinkel väljs så att de i fortsättningen betjänar uppföljningen av välfärds- och hälsoläget och utvisar de förändringar som uppstått som en följd av den förverkligade välfärdspolitiken. Man strävar till att välja en del av indikatorerna så att de möjliggör nationella jämförelser (källorna utgörs av nationella databaser). En del av indikatorerna väljs utgående från kommunens egna intressen.

Varje synvinkel beskrivs även med ord och situationen bedöms i förhållande till tidigare situation eller andra kommuner genom att man lyfter fram de starka sidorna och de utsikter som hotar välfärden.

De valda indikatorerna beskriver välfärdens kritiska framgångsfaktorer. I berättelsen borde man bedöma eller för läsaren presentera de godtagbara, eftersträvansvärda eller optimala jämförelsetalen till den del som det är möjligt. Dessa utgör grunden för diskussionen om välfärdsstrategier i framtiden.

1 Beskrivning av välfärdspolitikens verksamhetsomgivning

De uppgifter som beskriver verksamhetsomgivningen presenteras som figurer eller tabeller, dokument och som jämförelser med andra kommuner. Exempel på faktorer som beskriver kommuninvånarnas livssituation och livsmiljö (se indikatordefinitionerna i bilagorna):

- Utbildningsnivå
- Sysselsättningsnivå
- Utkomst
- Bostadsförhållanden
- Hälsa, trygghet och trivsel i den fysiska livsmiljön
- Samfundsstrukturen

2 Befolkningens hälsa och välfärd

- Fysisk och psykisk hälsa; t.ex. egen uppfattning om hälsoläget, förekomsten av fysiska och psykiska symptom, övervikt, munnens hälsa, antal personer som erhållit sjukdagpenning, antalet personer på invalidpension, antalet personer i rusmedelsvård och personer som är i behov av vårdbidrag eller stödservice.
- Levnadsvanor; t.ex. tobaksrökning, exponering för tobaksrök, användning av alkohol och droger, intressen, näringsvanor.
- Livskompetensen; t.ex. barnskyddsåtgärder, bristen på föräldraskap, vänskapsförbindelser, index över resurssvaga, känslan av trygghet, förnöjsamheten med livet, skolframgång, närvaro i skolan, livssituationen för dem som avslutat grundskolan, påverkningsmöjligheter, brottslighet.

3 Förverkligande av välfärdspolitiken, servicesystemets funktionalitet

Till denna synpunkt som beskriver processen söker man indikatorer som utvisar hur kommunen med sin egen verksamhet svarar mot de hälsoproblem som förekommer bland befolkningen och hur det förstärker den verksamhetsomgivning som stöder hälsa. Användningen av servicen beskrivs gärna ur tillgänglighetens och funktionalitetens synvinkel. I servicens funktionalitet ingår beskrivningarna om yrkeskunnig personal och kunnande.

- Funktionaliteten och tillgängligheten i fråga om service inom social-, hälsovårds- och utbildningssektorn
- Bostadsverksamheten
- Skyddet av livsmiljön
- Planering av rekreations- och fritidsområden
- Planering av markanvändning och byggande
- Anordnande av brand- och räddningsväsendet
- Beaktande av en hållbar utveckling av omgivningen
- Interesse- och kulturverksamhet

4 Ekonomi

Tyngdpunktsområdena i välfärdsstrategierna har operationaliserats till målsättningar och verkställighetsplaner. I berättelsen strävar man till att bedöma de ekonomiska följdverkningarna av att vissa målsättningar uppnås, behovet av satsningar och värdet av effekterna. Åtgärdernas alternativa lösningar kan bedömas genom tillämpande av IVA-metoden (Bedömning av konsekvenser på människor). Förverkligandet av välfärdsmålsättningarna bör knytas till budgeten och uppföljningen av den.

5 Bedömning av välfärdspolitikens förverkligande

Ett sammandrag görs över slutsatserna i välfärdssynpunkterna (1-4). Slutsatserna pejlas gentemot kommunens ikraftvarande välfärdsstrategi samt mot de välfärdens tyngdpunktsområden och målsättningar som är beaktade i verksamhets- och ekonomiplanen.

I bedömningarna beskrivs vad man har gjort på basen av de starka sidor och svagheter som har framkommit i slutledningarna, hurudana resurser man har använt och hurudana resultat man har uppnått. Bedömningen samlar ihop pågående projekt rörande främjandet av välfärd och hälsa och beskriver deras resultat i den helhet som utgör effekterna av välfärdsstrategierna. Bedömningen 'kvitterar' den nuvarande välfärdspolitikens resultat/effekter och ger en grund för formuleringen av en ny politik.

Bedömningen är ett teamarbete inom och mellan olika förvaltningssektorerna. Även de förtroendevalda, åtminstone på nämndnivå, kan delta i bedömningen av den förverkligade politiken. Fullmäktige och styrelsen kan föra diskussioner om resultatet av bedömningen på basen av en färdigställd välfärdsberättelse. Vid bedömningen skulle det vara bra att göra en överblick över de riksomfattande välfärdsmålsättningarna.

6 Slutledningar

I slutledningarna görs ett sammandrag av de positiva faktorerna och av de delfaktorer som måste utvecklas i fråga om välfärden i kommunen. Synpunkterna bifogas till den ikraftvarande strategin och/eller till de årliga verksamhetsplanerna. Om man under processen har använt sig av bedömning av konsekvenser på människor (IVA), bifogas resultaten berättelsen. Om det är möjligt bifogas välfärdsberättelserna till budgeten.

Sammandrag av rekommendationerna

I detta välfärdsberättelseprojekt gemensamt initierat av Stakes och tre kommuner sökte man en sådan verksamhetsmodell för beredning av välfärdsberättelsen, dess struktur och innehåll, som i kommunerna skulle lämpa sig som en med jämna mellanrum gjord rapport som motsvarar den riksomfattande folkhälsoberättelsen.

Under tiden projektet pågick noterade man att det i detta läge av utvecklingsprocessen inte är angeläget att rekommendera en och åt alla en gemensam välfärdsberättelsemodell där innehållet i modellen och de välfärdsindikatorer som skall uppföljas skulle vara noggrant definierade. Det är nyttigare att presentera en ram för kommunens välfärdsberättelse, beskriva berättelsens beredningsprocess och hellre bekantgöra en omfattande än en alltför inskränkt helhet av tillbudsstående välfärdsindikatorer och sådana som behöver utvecklas. Beredningen av en välfärdsberättelse är en inlärningsprocess där en enskild kommun eller en helhet av flera kommuner stärker sitt eget välfärdspolitiska kunnande och småningom bygger upp en allt bättre datagrund och tolkning av välfärdsutvecklingen bland den egna befolkningen och målsättningarna för den kommunala välfärden och förverkligandet och effekterna.

I samband med beredningsprocessen av de första berättelsemodellerna och vid skapandet av uppgiftsinnehållet stöter man på många svårigheter, öppna frågor och osäkerhet i kommunen. Den första berättelsen måste godkännas som en prototyp, vars behandling föranleder verklig diskussion och tar fram olika yrkessektors företrädares andel och kunnande i välfärdsfrågorna. Uppföljningssystemet stabiliseras småningom under processens gång. Då välfärdsberättelsen uppdateras med jämna mellanrum utvecklas den till att allt bättre motsvara behoven i kommunen eller regionen. Berednings- och bedömningsprocessen ökar behovet av tvärsektorieellt samarbete och lyfter fram välfärdsledningen som en fråga som skall lösas inom kommunen.

Praktiska rekommendationer som hänför sig till välfärdsberättelsens beredningsprocess:

1. Motiv till varför det lönar sig för kommunen att göra en välfärdsberättelse

Man har konstaterat att uppföljningen av befolkningens välfärd och hälsa är mycket splittrad och slumpartad i kommunerna. Den högsta ledningen i kommunen (tjänstemännen och de förtroendevalda) har sannolikt inte någon klar uppfattning om kommuninvånarnas välfärd och de fenomen som inverkar på den.

Det är ur en riksomfattande och regional synvinkel nödvändigt att skapa ett uppföljningssystem på kommun- och/eller regionnivå för att på ett riksomfattande plan kunna göra jämförande uppföljningar kommuner emellan.

Kommuninvånarnas välfärd och hälsa utgör betydande konkurrensfaktorer vid sidan av ett fungerande och konkurrenskraftigt näringsliv. Det löns att slå vakt om dem och synliggöra dem i kommunstrategierna.

Det är angeläget att närma sig välfärdsärendena ur människornas synvinkel och inte endast ur servicesystemets synvinkel. Att granska välfärdsärendena ur befolkningens synvinkel är mera krävande än att beskriva serviceutbudet. Ett betraktelsesätt som utgår från befolkningen beskriver välfärdssituationen genuinare jämfört med en granskning som utgår från servicesystemets synvinkel. Det faktum att man lyfter fram ärenden ökar även transparensen inom verksamheten och beslutsfattandet.

Välfärdsberättelsen är en del av välfärdsstrategiprocessen. Berättelsen fungerar som ett arbetsredskap för beredningen och uppföljningen av strategin.

Beredningen av berättelsen är en betydande samarbets- och inlärningsprocess i kommunen och regionkommunen som erbjuder en möjlighet till att stärka det gemensamma välfärdskunnandet.

2. För vem görs välfärdsberättelsen och vem deltar i arbetet

Välfärdsberättelsen bereds för kommunens tjänstemannaledning och de förtroendevalda. Beslutet om beredning av berättelsen fattas i kommunstyrelsen och/eller i fullmäktige. De förtroendevalda bör vara medvetna om beredningen av berättelsen och om användningsändamålet.

I berättelsens beredningsprocess deltar alla förvaltningssektorer. Beslut om deltagande görs inom sektorledningen där man också bestämmer om de resurser per sektor som åtgår vid beredningen av berättelsen.

Välfärdsberättelsen kan göras som ett gemensamt dokument inom kommunen eller regionen varvid besluten om beredningen fattas vid regiondirektörernas sammanträde. Beredningen av välfärdsberättelsen förutsätter att man utnämner en koordinator eller en projektsekreterare. Koordinatoren fungerar som arbetsgruppernas sammankallare, som insamlare av uppgifter och som skribent. I arbetet behövs också sakkunniga informationsanskaffare, sakkunniga beträffande det innehållsliga samt personer som fattar administrativa beslut.

3. Beredning av välfärdsberättelsen i praktiken

För beredning av berättelsen kallar man ihop en arbetsgrupp med aktörer från olika sektorer. Dessutom kan det inom respektive sektor fungera egna beredningsgrupper som kommenterar arbetets övergångsskeden för samarbetsgruppen.

För arbetsgruppen väljs en sekreterare eller en koordinator som har tillräckligt med tid för beredningen av berättelsen. Sammanställningen av berättelsen kan förverkligas också genom att dela arbetet mellan medlemmarna i arbetsgruppen. Arbetsgruppens regelbundna sammanträffanden skapar en grund för att berättelsen blir klar och stärker samtidigt den gemensamma verksamhetskulturen.

I början av arbetet är det bra att komma överens om vem berättelsen skall presenteras för under den tid som den bereds (företrädare för olika sektorer, beslutsfattare, medborgare). Samtidigt kommer man överens om hurudan offentlighet man vill ge välfärdsberättelsen.

Berättelsearbetets periodisering och bindning till en tidtabell gör processen fastare. Beredningen av den första välfärdsberättelsen utgör det klart största arbetet och det är bra att komma ihåg att processen lätt fördröjs. Det finns mycket uppgifter att tillgå och valet är svårt. Beredningen av de följande berättelserna går mycket enklare då en del av uppgifterna bara kan uppdateras och då man har fört en diskussion om den första versionen.

4. Berättelsens omfattning och användningsändamål

Då man definierar begränsningarna för välfärdsberättelsen förs en diskussion om hur man uppfattar välfärden i detta sammanhang och hurudana uppgifter berättelsen bör innehålla.

En omfattande välfärdsberättelse färdigställs en gång under fullmäktiges fyraåriga mandatperiod. Följande naturliga tillfälle att göra en berättelse är år 2004 då berättelsen fungerar som det gamla fullmäktiges välfärdsrapport för det nya fullmäktige 2005.

Å ena sidan fungerar välfärdsberättelsen i kommunen som ett grunddokument då man drar upp välfärdsstrategier på lång sikt. Å andra sidan fungerar den som en del av den planering av verksamheten och ekonomin via vilken man systematiskt för fram välfärdsärendena i budgetförhandlingarna. För det tredje fungerar den som en ram och ett basmaterial vid utvecklingsarbetet och uppföljningen av den riksomfattande välfärdspolitiken och folkhälsoarbetet.

5. Var får man tag på de uppgifter som behövs i välfärdsberättelsen?

Riksomfattande jämförande uppgifter erhålls från nationella databanker (t.ex. Stakes' välfärdsindikatorbank, uppföljningsindikatorer för Hälsa 2015). Uppgifter som beskriver funktionaliteten i kommunens servicesystem finns i kommunstatistikerna och i uppföljningsstatistikerna per sektor i den omfattning som man insamlat dem i kommunen. Dessutom behövs speciella utredningar såsom av arbetstagarna gjorda speciella utredningar, befolkningsförfrågningar, barometrar, fokusgruppsintervjuer och specialutredningar. Av de uppgifter som erhålls i klientarbetet samt via arbetstagarnas sakkunskap och genom att lyssna på kommuninvånarna får man olika slag av uppgifter som beskriver välfärdssituationen.

Som bilaga till denna rapport finns adresser till följande indikatorkällor;

- www.stakes.info/6/2/index.asp, i vilken man insamlat indikatorer som beskriver välfärd som demografiska faktorer, ekonomi och en utgallrad grupp fenomen som är knutna till åldersgrupper.
- www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/index.html; tillsammans med pilotkommunerna gjorda förslag till välfärdsindikatorer och en del av dem ingår i Stakes' välfärdsindikatorbank
- Rapporterna rörande förnyelse av data inom social- och hälsovården 2005
- Uppföljningsindikatorer till folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.

6. Välfärdsberättelsens bindning till övriga planeringsprocesser i kommunen och offentligheten

Med tanke på välfärdsberättelsens användbarhet är det viktigt att komma överens om hur man skall koppla den till i kommunen pågående välfärdsprocesser, hur den kan bli en del av planeringsprocessen rörande verksamhet och ekonomi i kommunen samt hur och när den behandlas i förtroendemannaförvaltningen.

Vid beredningen av välfärdsberättelsen måste man ännu komma överens om berättelsens publicitet, åt vem och hur den presenteras och om den läggs in på kommunens nätsidor. Det är viktigt att informera kommunens egen personal och lokala media om färdigställandet av berättelsen och om användningsändamålet, men även aktörer och kommuninvånare utanför kommunorganisationen.

Diskussion

Avsikten med detta utvecklingsprojekt är att producera erfarenhet av välfärdsberättelsens beredningsprocess och att färdigställa rekommendationer om de fenomen som verkar vara ganska lika varandra då kommuner av olika typ bereder sin berättelse. Utgångsläget var å ena sidan den social- och hälsovårdsberättelse som på riksomfattande nivå färdigställs vartannat år och å andra sidan en överflyttning av välfärdsansvaret från statsmakten till kommunerna och till denna ändring hörande rekommendation rörande beredningen av välfärdsberättelsen i kommunerna.

I kommunerna har det insamlats ganska mycket erfarenhet då det gäller beredningen av innehållet i olika välfärdspolitiska program. Mest populära har de program varit som gjorts om välfärd bland barn och ungdom samt den åldrande befolkningen. I många kommuner har man även färdigställt rusmedels- och drogpolitiska program. Välfärdspolitiska program för hela befolkningen blev aktuella i slutet av 1990-talet och erfarenheter av dylika finns i ca var tionde kommun.

I flera av Stakes' projekt har man strävat till att stöda välfärdsstrategiarbetet i kommunen. Övergången från ett system med en välfärdspolitik styrd av statsmakten till ett system med kommunalt välfärdsansvar har varit en betydligt mera utmanande uppgift än man kunde förvänta sig. Välfärdens innehåll och välfärdspolitikens möjligheter på den kommunala nivån har föranlett mycken diskussion. En annan central fråga har varit den kommunala välfärdspolitikens databas och förädlingen av uppgifter för det kommunala beslutsfattandet till en sådan form att beredarna och beslutsfattarna kan använda sig av dem.

I detta utvecklingsprojekt utgick man från de egna behoven i tre pilotkommuner. Stakes' uppgift var att stöda pilotkommunerna vid beredningen av deras välfärdsberättelser och speciellt att effektivisera samarbetet kommunerna emellan. Vid igångsättandet av projektet antog man att då tre olika kommuner bygger upp sin första välfärdsberättelse utkristalliserar sig även de drag rörande processerna, strukturerna och innehållet som skulle vara gemensamma för största delen av kommunerna och på basen av vilka man skulle kunna göra upp riksomfattande rekommendationer. Fastän projektet delvis framskred på förväntat sätt och producerade förväntade resultat visade sig uppgiften i alla fall vara betydligt svårare än man på förhand kunde förvänta sig.

Från början av projektet fördes en fortgående diskussion om avgränsningen av uppgiften och innehållet i kärnbegreppen. Först talade man om kommunens hälsovårdsberättelse. Denna term fungerade emellertid inte i praktiken. I kommunerna upplevde man att den begränsade arbetet alltför mycket till ett ansvar för hälsovårdssektorn. Hälsovårdsberättelsen hade redan stabiliserats till att innebära en enskild kommuninvånarens hälsovårdsdokument. Ganska snart började man tala om kommunens välfärdsberättelse.

I ett följande skede medförde omfattningen av välfärdsbegreppet problem. I kommunallagen har kommunens uppgift i fråga om främjandet av välfärd och hälsa uppfattats vidsträckt. All verksamhet i kommunen kan tolkas som främjande av välfärd. Då man förenar välfärdens många dimensioner till kommunens administrativa och på kommuninvånarnas erfarenheter baserade synpunkter är det svårt att finna en gemensam förståelse beträffande välfärdsberättelsens innehåll inom en enskild kommun för att inte tala om situationen mellan olika kommuner.

I takt med att projektet framskred lärde man sig att det är viktigt att mellan kommunens olika aktörer genast i början förs en dialog om välfärdsbegreppet och om hur det skall tolkas. Samtidigt bör man observera att mångfalden bland välfärdsfenomenen lätt medför en ändlös diskussion. Om man kräver att alla centrala välfärdsfenomen skall beaktas blir uppgiften snart omöjlig.

Den interna diskussionen i kommunen om innehållet i välfärdsbegreppet borde relativt snabbt ledas till en gemensam diskussion om den relativt avgränsade och praktiska tolkning som är möjlig att ta som grund i den första välfärdsberättelsen. Senare, då kunnandet och grunden för vetandet stärkts, kan denna tolkning vidgas.

I avgränsningen av välfärdsbegreppet förenades omedelbart problemen med mätningen av de olika innehållen. Då välfärdsinnehållet gavs en vidsträckt tolkning utvidgades indikatorlistan så att samtliga delområden av välfärden skulle bli tillräckligt beskrivna. Detta bidrog till att projektets framskridande fördröjdes i början. Diskussionen fastnade i indikatorerna och processen framskred inte. Prioriteringen av indikatorerna var framme redan i ett mycket tidigt skede, närmast på grund av de problem som hör ihop med insamlingen av uppgifter. Ju mera indikatoruppgifter man föreslog i berättelsen desto större arbete var man tvungen att bereda sig på i kommunerna.

Om det visade sig vara en krävande uppgift att avgränsa välfärdsbegreppet och hitta mätare för dess olika dimensioner var det lika svårt i det skede då man började samla in uppgifter. Finlands i och för sig goda välfärdsstatistiker har utvecklats för att betjäna statsförvaltningen. I kommunerna fanns inte någon färdig databas eller något sätt att insamla uppgifter utan man var tvungen att samla in uppgifterna ur de olika sektorernas egna system. De riksomfattande rekommendationerna rörande välfärdsindikatorer för kommunerna befann sig bara i beredningsskedet. Beredningen av dem skedde delvis i anslutning till detta projekt. I fortsättningen kommer arbetet i detta hänseende att vara lättare då kommunerna kommer att ha tillgång till Stakes' databas över välfärdsindikatorer, indikatorerna i folkhälsoprogrammet Hälsa-2015 och inom flera delområden även kvalitetsrekommendationer.

Skillnaderna i pilotkommunerna betonades då man framskred till det skede då man samlade in och analyserade välfärdsdata. I en stor kommun fanns det mera resurser och sakkunniga beredare än i en liten kommun. I samtliga kommuner hade man under åren av ekonomisk recession gallrat personalen inom det förebyggande arbetet och tillräcklig tillgång till personal som behärskade informationsförsörjning fanns inte heller. I små kommuner är det svårt att använda uppgifter som är avvägda i förhållande till befolkningen. Problemen med befolkningsförfrågningar som klarlägger välfärd är att svarsprocenten är liten och materialet är litet, varvid materialets trovärdighet och generalitet kan ifrågasättas. Som ett gott sätt att insamla uppgifter i små kommuner ansågs användning av bl.a. temasällning och jämförande konsultationer.

I syfte att klarlägga välfärdsbegreppet, överenskomma om indikatorerna och insamla uppgifter används lätt så mycket tid och resurser att tolkningen av uppgifterna blir ogjord. I fråga om insamlandet av uppgifter skulle det vara bra om man i första skedet skulle begränsa sig till de uppgifter som är tillgängliga på basen av en rimlig arbetsmängd. Avgränsningen leder oundvikligen till en konflikt med begreppsdiskussionen. De uppgifter som redan finns täcker bara en del av de dimensioner som ansetts viktiga för välfärden. Man borde ändå godkänna detta problem för annars stannar processen lätt upp alltför länge i datainsamlingsfasen.

Det underlättar begreppsdefinieringen och datainsamlingen om man genast i början av beredningen gör det klart för vem man i första hand gör berättelsen. Det hjälper vid avgränsningen av innehållet om man lyfter fram behoven bland berättelsens viktigaste målgrupp, kommunens förtroendevalda. Under processens gång kom det fram att de förtroendevalda behöver sektoröverskridande, samlat och selektivt välfärdsmaterial till stöd för beslutsfattandet. Berättelsen beskriver och bedömer kommunens välfärdspolitik. Den borde garantera att de förtroendevalda bättre än tidigare känner välfärdspolitikens målsättningar, förverkligandet och effekterna av den i den egna kommunen: Vilka välfärdsresultat har kommunen med egna val och egen verksamhet åstadkommit? Berättelsen skall lyfta fram de centrala välfärdsärendena ur beslutsfattandets synvinkel i kommunen och inte svara på alla sektors detaljerade behov av data.

En väsentlig fråga vid beredningen av välfärdsberättelsen är definieringen av kommunens egna välfärdspolitiska målsättningar. Pekka Kuusi, som byggde upp en grund för en rationell välfärdspolitik i hela landet på 1960-talet, konstaterade att "såvida trovärdiga uppgifter om de samhällspolitiska målsättningarna inte finns att tillgå går en planerlig utveckling av samhället om intet. ... En plan utan målsättningar är en plan utan mening." (Kuusi 1968, sidorna 16 – 17.) Ju bättre de välfärdspolitiska målsättningarna har preciserats i verksamhets- och ekonomiplanerna i hela kommunen desto lättare är det också att rikta välfärdsberättelsen till de ur beslutsfattarnas synvinkel centrala sakerna.

Beredningsprocessens betydelse som inlärningsprocess och som en stärkare av bindningsgraden kom klart fram i samtliga pilotkommuner. Ju fler nivåer som hörs och tas med i beredningsskedet desto fler förbinder sig till att bedöma och utveckla välfärdssituationen som en gemensam sak i kommunen. Den dialog mellan olika sektorer och den inlärningsprocess som följer av beredningen av berättelsen var viktiga. De tjänstemän som intervjuats i pilotkommunerna ansåg beredningsprocessen vara lika viktig som den färdiga slutprodukten.

Sökandet av balans mellan en vidsträckt diskussion och en planerligt ledd beredning bör i varje kommun medvetet övervägas genast i början av arbetet. Även i detta hänseende är det viktigt att se beredningen som en inlärningsprocess vars första skede stakar ut riktningen åt rätt håll men som samtidigt bör fås färdig inom rimlig tid. Det bör finnas en klar ledning för beredningen som ansvarar för att uppgiften blir gjord inom ramen för de resurser och den tidtabell som står till buds. Förutom ledning och deltagande krävs för beredningen även för ändamålet speciellt reserverade resurser. Från diskussioner, seminarier och arbetsmöten bör skrivas promemorior, uppgifter bör insamlas från olika källor och de insamlade uppgifterna bör bearbetas och speciellt bör man satsa på berättelsens läsbarhet och åskådlighet så att den verkligen informerar om de viktiga sakerna för sina målgrupper.

Behoven och sättet att samla in uppgifter skiljde sig i någon mån från varandra i de tre pilotkommunerna. Fastän man utgick ifrån att man skulle åstadkomma en gemensam välfärdsberättelsemodell blev kommunernas berättelser och tyngdpunktsområdena i kommunerna olika. Dessa erfarenheter utvisar att berättelsemodellen bör vara flexibel, den insamlar jämförande uppgifter, men utgör samtidigt ett redskap som betjänar kommunens olika behov. I stället för en entydig modell är det, åtminstone i utvecklingsskedet, bättre att rekommendera en "lös" berättelseprocess som kommunerna kan tillämpa enligt egna behov.

Fastän skillnaderna mellan kommunerna visade sig vara ganska stora i detta projekt framkom även gemensamma drag i processerna, strukturerna och i innehållet. I rapporten har man preliminärt samlat ihop dessa gemensamma drag till rekommendationer som det löns att överväga då man i kommunen sätter igång och bereder en välfärdsberättelse.

Efter att de första välfärdsberättelserna blivit färdiga har frågan om deras publicitet aktualiserats. Enligt de flesta borde välfärden kunna nås av alla kommuninvånare varigenom ett minimikrav är att berättelsen publiceras på kommunens Internetsidor. Man har även föreslagit att det av berättelsen borde göras en kompakt folklig version som kunde utdelas i större upplagor. Publicitetskravet har upplevts som ett problem. Då man i beredningsskedet vet att berättelsen publiceras vidsträckt kan det uppstå ett behov av att betona positiva saker och lämna bort de negativa sakerna. Enligt någras uppfattning kan kommunens rykte vara i fara om välfärdproblemen och de faktorer som bidrar till en eventuell ökning av dem förs fram alltför klart.

Beredningen av den första välfärdsberättelsen var en längre process än man kunde vänta sig. Ett år är en alltför kort tid då man tar med möjligast många nivåer och strävar till att bygga upp en hållbar grund för en fortgående välfärdsuppföljning och -rapportering. Berättelsen kan naturligt-

vis färdigställas på några månader med hjälp av sakkunskap men då betonas slutprodukten mera än inläringen och byggandet.

På grund av den tid som beredningen kräver lönar det sig knappast att kräva en vidsträckt berättelseprocess alltför ofta. I detta projekt och även i annat välfärdspolitiskt strategiarbete har man konstaterat att den viktigaste tidsperioden är fullmäktiges mandatperiod. Välfärdsberättelsen kunde utgöra avgående fullmäktiges sammandrag och bedömning av välfärdspolitiken under senaste fyraårsperiod. Härigenom skulle det fullmäktige som står i beråd att sluta sitt arbete förutsätta en beredning av välfärdsberättelsen så att den kan godkännas under det sista året av fullmäktiges mandatperiod. Berättelsen skulle vara färdig då det nya fullmäktige inleder sitt arbete och den preciserar de välfärdspolitiska målsättningarna och verksamhetslinjerna i kommunen under den nya fyraårsperioden.

I detta projekts pilotkommuner använde man mycket tid till att klarlägga välfärdsbegreppet och till att överenskomma om välfärdsindikatorerna. Då få tidigare modeller fanns att tillgå hade man ett behov av att reservera mera tid än beräknat för dessa skeden. I de första välfärdsberättelserna koncentrerade man sig på en beskrivning av välfärdssituationen och ändringarna i den. Övriga viktiga sektorer i välfärdsberättelsen – kommunens verksamhet, servicen och ekonomin som främjare av välfärd eller som förorsakare av problem – förblev i stort sett obehandlade. I fortsättningen borde man satsa lika mycket på dessa områden som på att beskriva välfärdssituationen.

Välfärdsberättelsens speciella uppgift är att klarlägga den välfärdspolitik som kommunen bedriver och att bedöma konsekvenserna av den. I pilotprojektet kom man ännu inte så långt. Fastän man i varje kommun gör viktiga välfärdspolitiska val utgör den strategiska linje som utformas inte nödvändigtvis ett gemensamt övervägt val, utan den formas med tiden via en kedja av separata beslut. I välfärdsberättelsen borde man synliggöra den av kommunen valda välfärdspolitiska strategin och även granska andra strategiska alternativ som är före vid tillfällen då väsentliga val görs.

Betoningen bör i kommunerna i fortsättningen koncentreras på tillgodogörandet av uppgifterna i berättelsen och på de slutledningar som skall göras på basen av dem, eller m.a.o. på vad uppgifterna betyder med tanke på kommuninvånarnas välfärd och välfärdspolitik. Välfärdsuppgifterna och av dem följande åtgärder samt att få berättelseprocessen att bli en del av kommunprocessen och kommunens välfärdsstrategi är viktigt. Man bör i kommunerna utreda vilket förhållande är mellan kommunstrategin och berättelsen. Dialogen mellan strategin, berättelsen och kommunens planeringsdokument bör få fungera. Berättelsen är ett styrmedel för politiken varför beredningen av berättelsen bör utgöra en del av den fortgående planerings- och bedömningsprocessen i kommunen. Det tvärsektoriella arbete som beredningen av berättelsen kräver garanterar en utveckling av utvecklandet och stärkandet av välfärdskunskapen i kommunerna. Det är därför viktigt att följa med och stöda behandlingen av berättelsen i kommunen. Det är viktigt att skapa vanor och god praxis för behandling av berättelsen, publicering av data, valet av åtgärder och alternativa funktionssätt som görs på basen tillgängliga uppgifter samt att få uppgifterna med i beslutsfattareprocessen.

Noggrannare uppgifter behövs om användningen av berättelsen och en mera omfattande välfärdskunskap i beslutsfattandet och om dess betydelse för kommunernas välfärdspolitik. Man måste ta reda på om man ser och beaktar på beslutet inverkande välfärdsfrågor i beslutssituationen, om välfärdsberättelsen bidrar till att göra välfärden synligare i samband med beslutsfattandet och om man använder sig av tillgängliga uppgifter som grund för beslutsfattandet.

Förutom kommunernas egna berättelser lönar det sig i fortsättningen att bedöma nyttan och behovet av regionkommunala välfärdsberättelser. Ett flertal regionkommunala projekt har för-

verkligats eller uppstartats i olika delar av Finland. Dessa ökar samarbetet mellan kommunerna och vetskapen om bl.a. sättet att arrangera välfärdsservice. Centralt är också att klargöra hur man med användning av informationsstyrning berett välfärdsprogram och –berättelser och använt välfärdsuppgifter har lyckats stöda och stärka befolkningens välfärd och välfärdskunskapen i kommunerna.

Kommunernas välfärdsberättelseprojekt bedömdes i samband med intervjuer som gjordes med nyckelpersoner i pilotkommunerna. Resultaten av intervjuerna stödde de positiva erfarenheter som insamlats under projektets gång. Välfärdsberättelsen ansågs vara ett nödvändigt och bra arbetsredskap vid behandlingen av välfärdsärenden såväl ur de förtroendevaldas som de olika förvaltningssektorernas synvinkel. Berättelsen förstärker välfärdsuppgifternas ställning i kommunens verksamhets- och ekonomiplanering. De ”mjuka” och ”hårda” uppgifter som den innehåller, förenad med slutledningarna och beredningsprocessen i kommunen, ökar den gemensamma förståelsen och kunskapen ifråga om välfärdsärenden.

Slutligen måste man varna för farorna med att sträva till fullständighet. I pilotkommunerna observerade man att en strävan till fullständighet lätt stoppar beredningen. Vid beredningen av den första berättelsen borde man godkänna en långvarig process. Den första berättelsen är bara en start och under de följande åren utvecklas den. Det är också sannolikt att spridningen mellan kommunerna är störst under första omgången då berättelserna ännu söker sin form. På basen av erfarenheterna bearbetas berättelsen för att bättre motsvara kommunens behov och samtidigt ökar möjligheterna till jämförelser kommunerna emellan.

Fastän välfärdsansvaret i allt större utsträckning har överflyttats på kommunerna och varje kommun borde klarlägga sin välfärdspolitik och uppställa klara målsättningar, stärka det välfärdspolitiska strategiarbetet och även planerligt följa med verksamhetens förverkligande och välfärdsresultaten är det i praktiken svårt för kommunerna att ensamma klara av arbetet. Utöver kommunernas regionala samarbete krävs även riksomfattande åtgärder med vilka man underlättar för kommunerna att klara av de nya utmaningarna. Då kommunernas välfärdsprojekt upphör kan man komprimera två riksomfattande åtgärdsförslag som man i brådskande ordning borde överväga:

I. Ett riksomfattande forsknings- och utvecklingsprogram för uppföljning och rapportering av välfärd i kommunen

I nästan samtliga kommuner har man redan skaffat sig erfarenheter av strategiarbete åtminstone inom något delområde. Klarläggandet av en välfärdspolitik som täcker hela kommunen och fastslåendet av målsättningar, uppföljning och rapportering som grund för det är ändå alldeles i början av utvecklingen. Under detta projekts gång har man observerat att det ännu finns mycket att göra ifråga om uppföljningen av kommuninvånarnas välfärd och vid utvecklandet av de metoder som krävs för bedömning av effekterna av kommunens välfärdspolitik.

Den största utmaningen ur kommunernas synvinkel är att samla ihop relevant och jämförbart datamaterial om kommuninvånarnas välfärd och målsättningarna, förverkligandet och effekterna av kommunens välfärdspolitik. Datainnehållet och metoderna för insamling och rapportering av data är tekniska frågor. Fastän kommunernas storlek och välfärdssituation i någon mån inverkar på dessa metoder lönar det sig knappast att göra utvecklingsarbete separat i varje kommun.

Tillsvidare har utvecklingsarbetet koncentrerats till en beskrivning av kommuninvånarnas välfärd. Ur välfärdspolitikens synvinkel är det lika viktigt att uppställa välfärdspolitiska målsättningar, för deras uppnående planerade och förverkligad verksamhet samt de resurser som krävs för verksamheten. Uppgifterna borde även möjliggöra en bedömning av effekterna av den förverk-

ligade välfärdspolitiken. Om innehållet i välfärdsberättelsen begränsas till välfärdssituationen är det svårt att ur den dra för beslutsfattandet i kommunen relevanta slutsatser.

En uppföljning och rapportering om den inre utvecklingen i kommunen är viktig men lika viktigt är även en jämförelse med andra kommuner. Jämförelserna förutsätter gemensamma avtal om insamlingen och rapporteringen av uppgifter. Delvis av denna orsak har man i detta projekt talat om kommunernas "välfärdsbokföring". För uppföljningen och rapporteringen av välfärdssituationen borde man som målsättning uppställa likadana regler som vid uppföljningen och rapporteringen av kommunens ekonomi.

Vid uppföljningen av välfärdssituationen utgör de utvecklade datasystemen som betjänar kommunerna ett speciellt problem. Då välfärdsuppgifternas uppgift tidigare var att stöda beslutsfattandet inom statsmakten har processerna för insamling och rapportering uppbyggts för detta ändamål. Fastän de insamlade uppgifterna förädlas till kommunala välfärdsindikatorer är fördröjningen från insamling till rapportering för lång. Målsättningen borde vara att de uppgifter som samlas på riksomfattande nivå granskas och är i bruk på kommunal nivå först. Detta skulle möjliggöra ett fullständigt tillgodogörande av uppgifterna från det sista året i kommunberättelsen för planering av ekonomi och verksamhet under den nya omgången.

Jämsides med det statistiska material som samlas för riksomfattande behov samlar man i kommunerna in mycket ur välfärdssituationens synvinkel värdefulla uppgifter som ändå inte tas i bruk på grund av de utvecklade datasystemen. De uppgifter som samlas från servicesystem, såsom rådgivningar och skolhälsovård, skolor och läroanstalter samt olika hälsokontroller, borde kunna användas som hela kommunen beskrivande indikatorer. I många kommuner har man prövat på befolkningsfrågningar och även barometrar som tillämpar ny datateknik för kommuninvånarna och välfärdsservicens arbetstagare.

En fråga för sig utgör frågan om hur uppgifter som samlats från olika håll skall bevaras i databaser och hur man skall rapportera om dem. Det lönar sig knappast för varje liten kommun att bygga upp en egen databas. Centrala välfärdsuppgifter kunde samlas inom ramen för kommunalt samarbete per regionkommun, landskap eller sjukvårdsdistrikt. Fastän berättelserna skulle göras med fyra års mellanrum kunde uppgifterna uppdateras åtminstone årligen. På detta sätt skulle färskare uppgifter finnas tillgängliga vartefter arbetet med kommunens ekonomi- och verksamhetsplanering fortskrider. Ur en databas som innehåller alla uppgifter skulle man kunna bearbeta komprimerade tabeller och diagram som samtliga kommuninvånare kunde ta del av på den egna kommunens hemsida.

Detta välfärdsberättelseprojekt har utvisat att en uppföljning och rapportering av välfärdsläget i kommunerna är en krävande utvecklingsuppgift för vilken kommunerna och statsmakten tillsammans borde överenskomma om tillräckligt resurserade forsknings- och utvecklingsprogram.

2. Lagstadgad förpliktelse för kommunerna att uppfölja välfärdssituationen och rapportera om den med jämna mellanrum

Statsmaktens och kommunernas arbetsfördelning i fråga om välfärdsansvar ändrades på ett avgörande sätt på 1990-talet. Den nya kommunallagen förpliktar kommunerna att främja välfärd och en hållbar utveckling. Kommunernas självständighet är emellertid inte obegränsad utan på basen av de i kommunallagen presenterade grunderna skall de beakta nationella värden och målsättningar. Enligt gällande lagstiftning kan statsmakten inte ge allmänna direktiv av normkaraktär rörande kommunernas välfärdspolitik. Kommunerna har inte heller någon lagstadgad förpliktelse att följa upp utvecklingen av kommuninvånarnas välfärd.

I lagstiftningen inom olika förvaltningssektorer har man på olika sätt beaktat kommunernas nya välfärdsansvar. Social- och hälsovårdssektorns lagar har i huvudsak färdigställts på 1960- och 1970 –talen. I dem har man inte beaktat de nya uppgifter som ålagts kommunerna som en följd av välfärdsansvaret. Skollagstiftningen har förnyats under senare år. Enligt skollagarna fastställer statsrådet och utbildningsstyrelsen de riksomfattande grunderna för läroplanerna. Anordnaren av utbildning har en skyldighet att bereda läroplaner på kommunal och skolnivå och att bedöma målsättningarnas förverkligande på basen av en intern och extern bedömning.

Det välfärdspolitiska strategiarbetet i kommunerna och den beredning som krävs i anslutning till det har hittills grundat sig på respektive kommuns egna överväganden. Om det välfärdspolitiska strategiarbetet även i fortsättningen är beroende av prövning kommer olikheterna mellan kommunerna sannolikt att snabbt öka. De kommuner som aktivt klarlägger sin välfärdsstrategi lär sig beredningsarbetet, reserverar resurser för det och bygger upp allt bättre fungerande uppföljnings- och rapporteringsförfaranden, varvid deras möjligheter att uppnå noggrannare övervägda egna strategiska linjedragningar också förbättras.

Om riksomfattande social- och hälsovårdsberättelse har stadgats i för ändamålet avsedd lag. Utan att blanda sig i målsättningarna eller förverkligandet av kommunernas välfärdspolitik borde man överväga att precisera den allmänna förpliktelsen om främjande av välfärd med en lag som skulle förutsätta att man i varje kommun borde följa med utvecklingen av kommuninvånarnas välfärd och åtminstone en gång under fullmäktiges mandatperiod rapportera om välfärdsutvecklingen och resultaten av kommunens välfärdspolitik åt fullmäktige.

Litteratur

Ahola, Jyrki & Kevala, Tero (2003): Kymenlaakson hyvinvointistrategia 2003-2010. Loppuraportti 2003. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Bokföringsförordningen 1339/1997, www.finlex.fi

Bokföringslagen 1336/1997, www.finlex.fi

Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:29, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hansen, Tore (2000): Kommunal autonomi - hvor stort er spillerrommet? Teoksessa: Balderheim Harald ja Lawrence E. Rose (red.). Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. Fagbokforlaget, Bergen.

Heikkilä, Matti ja Kautto, Mikko (toim.) 2002. Suomalaisten hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Hyvinvoinnin palapeli, Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2002.

Idékortet 2/99. Bedömning av konsekvenser på människor. Stakes.

Jyväskylän aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2001. Nummela, Olli & Uutela, Antti. Kansanterveyslaitos, Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto, Terveyden edistämisen tutkimusyksikkö, Helsinki 2002.

Folkhälsoberättelsen 1996, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer.

Kinnunen, Petri & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) (2003): Alueelliset hyvinvointistrategiat Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Oulu 2003. Oulun kaupungin painatuskeskus, Oulu.

Kunnan hyvinvointisuunnitelman ja -kertomuksen tuottamisprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin julkaisuja C23/2001. Heikkala, Risto & Heikkilä, Kirsti & Mönkäre, Pirkko & Rannanpiha, Kari & Schauman, Anja. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri, Lahti 2001.

Kommunallagen 365/1995 (och ändringslagarna), www.finlex.fi.

Lag om avgivande av berättelse om folkhälsotillståndet till Riksdagen 1238/1995, www.finlex.fi.

Lag om planering av och statsandelar för social- och hälsovården 733/1992 (och ändringslagarna), www.finlex.fi.

Lasten ja nuorten hyvinvointi Oulussa. Oulun kaupunki. Lasten ja nuorten hyvinvointia selvittävän työryhmän raportti 19.2.2002

Lehto-Trapnowski, Päivi. Sotkan tietokanta ehkäisevän sosiaalipolitiikan tietolähteenä. Yhteiskuntapolitiikka 65, 2:2002 s. 146-150.

Loimaan seutukunnan lasten ja nuorten hyvinvointikatsaus 1995-2001 ja toimenpideehdotukset. Varsinais-Suomen "Syrjästä toiminnan keskipisteeseen" SYKE 2004-hanke. SYKY 2004-tukiyksikkö ja Länsi-Suomen lääninhallitus.

Luopa, Pauliina & Rimpelä, Matti & Jokela, Jukka. Nuorten hyvinvointi Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä. Kouluterveyskysely 2000 ja 2002. Aiheita 7/2003, Stakes.

Mikkelin kaupungin hyvinvointiselvitys. Hyvinvointipoliittinen työryhmä. Mikkelin kaupungin julkaisuja 1/2003.

Oulasvirta, Lasse & Brännkärr, Christer (2001): Så fungerar kommunen. Finlands kommunförbund. Tammivuoren Kirjapaino Oy. Vanda

Oulasvirta, Lasse & Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari (2002): Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Orre, Soili & Rimpelä, Matti & Jokela, Jukka. Terve Kainuu-projektin kuntien lasten ja nuorten hyvinvointi. Terve Kainuu-projekti.

Orre, Soili 2004. Yleiskatsaus indikaattorityöhön. VII Terve Kunta -päivät 21. - 22.1.2004. Aiheita 2/2004. Stakes.

Perttilä, Kerttu (1999): Terveysten edistäminen kunnan tehtävänä. Tutkimuksia 103, Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Pääkkönen-Tarvainen, Leena (toim.) Vantaan hyvinvointikertomus 2002. Vantaan kaupunki, Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala. Vantaan hyvinvointiverkko, Vantaan hyvinvointiryhmä,

Rauman seudun kuntien lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko 2002.

Ruuskanen, Petri (2001): Sosiaalinen pääoma -käsitteet, suuntauksat ja mekanismit. VATT - tutkimuksia 81. Helsinki.

Sandberg, S. & Ståhlberg, K. (1997): Kuntalaisten kunta ja valtio. Kunnallissalan kehittämistäitiö. Polemia-sarjan julkaisu nro 25. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Sosiaali- ja terveystietomus 2002, STM julkaisuja. www.stm.fi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 2003:21, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Hyvinvoinnin tila -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 2003:34, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Toimeentulotukiryhmän työryhmämuistioita 2003:35, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Väestön terveydentila -ryhmän työryhmämuistioita 2003:36, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti 2003:37, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tapaninen, Annikka & Kauppinen, Tapani & Kivinen, Kirsti & Kotilainen, Helinä & Kurenniemi, Marja & Pajukoski, Marja (2002): Ympäristö ja hyvinvointi. WSOY. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Temmes, M. (1994): Hallinto puntarissa. Hallinnonuudistusten arvioinnin mahdollisuudet ja edellytykset. Valtionvarainministeriö, Helsingin yliopisto. Painatuskeskus, Helsinki.

Varsinais-Suomen hyvinvointikatsaus 1995-2001. Varsinais-Suomen "Syrjästä toiminnan keskipisteeseen" SYKE 2004-hanke. SYKE 2004-tukiyksikkö. Länsi-Suomen lääninhallitus.

[www](#)

www.verkkotato.net

www.who.dk/healthy-cities

www.terveys2015.fi

www.stm.fi

www.stakes.fi/hyvinvointi/khs

www.stakes.fi/hyvinvointi/kehi/menetelmat/index.htm

www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/tkverkosto/index.html

www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/index.html

www.stakes.info/6/2/index.asp

www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/tieto.htm

www.ktl.fi

www.kela.fi

www.statfin.fi

www.stat.fi

www.kuntaliitto.fi

www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/

Riksomfattande datakällor

Källa: Utkast till uppföljningsindikatorer för förverkligandet av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (bearbetat på basen av det förslag som Folkhälsoinstitutet, Stakes och Institutionen för hälsovetenskap gjort)

Uppgifter om befolkningsundersökningar som gjorts rörande barn och ungdom

I **undersökningen om de ungas hälsovanor (NTT)** har man vartannat år sedan år 1977 med hjälp av riksomfattande postförfrågningar klarlagt 12-18-åriga ungdomars hälsa och hälsovanor med jämförbara metoder. Den färskaste undersökningen är från år 2001.

I **Skolhälsoförfrågan (KTK)** insamlas uppgifter om 14-18-åringarnas skolerfarenheter samt om hälsa och hälsovanor för att ställas till kommunernas och skolornas förfogande. Undersökningar har gjorts årligen sedan 1995. Skolhälsoförfrågan görs i samma kommuner vartannat år. Under jämna år deltar kommunerna i Södra Finlands, Östra Finlands och Lapplands län i förfrågan och under udda år kommunerna i Västra Finlands och Uleåborgs län.

Survey materialet till **WHO-undersökningen bland skolelever** insamlas med frågeblanketter i skolklasserna. Materialet, som täcker hela landet, har insamlats under åren -84, -86, -90, -94, -98 och 2002. I undersökningen medverkar 11-, 13- och 15-åriga skolelever. I undersökningen deltar förutom Finland ca 30 europeiska länder, samt Israel, Kanada och USA. I Finland koordineras undersökningen av Jyväskylä universitet.

ESPAD-undersökning. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs har verkställts i Finland åren 1995 och 1999. Undersökningen har producerat generaliserande material som berör skoleleverna (9 kl. = 15-16 åringar) i hela landet rörande användningen av droger och de förändringar som inträffat härvidlag. Förutom i Finland har undersökningen gjorts i ca 30 Europeiska länder. Undersökningen koordineras i Finland av Stakes.

Barn och ungdomar har också deltagit i de **Hälsovårdssektorns befolkningsundersökningar** som FPA (och Stakes) utfört (TERVA) åren 1964, 1968, 1976, 1987 ja 1995-1996. Föräldrarna har svarat i barnens ställe på frågor som berör bl.a. långtidssjukvård, bäddavdelningsvård på sjukhus, läkarbesök i öppenvård samt användningen av receptbelagda läkemedel.

Survey materialet till **Värnpliktsundersökningen** insamlas anonymt under de första dagarna med hjälp av en frågeblankett bland dem som trätt i aktiv tjänst i juli i 10 truppförband runt om i landet. Undersökningar har gjorts sedan år 1968, men fr.o.m. 1998 årligen. Fr.o.m. år 2000 har stickproven baserat sig på ankomstgranskningar: år 2000 omfattades var 4. och åren 2001-2002 var 5. ankomstgranskad person av stickprovet.

Uppbåds- och ankomstgranskningar av värnpliktiga. Uppbåden hålls i samtliga militärlän i landet årligen i september-november. De berör de ynglingar som under året fyller 18 år med undantag av dem som har godkänts för tjänstgöring på frivillig bas. Försvarsmaktens truppförband (garnisonerna) arrangerar ankomstgranskningar för dem som träder in i aktiv tjänst inom 14 dagar efter att tjänstgöringen börjat. Vid den ankomstgranskning som förrättas efter att tjänstgöringen inletts definieras rekryternas tjänstgöringsduglighetsklass med tanke på beväringstjänsten och ges vaccinationer enligt ett årligen fastställt vaccinationsprogram. Vid ankomstgranskningen görs till hälsan anslutna mätningar (såsom längd, vikt, syn och färgsyn, hörsel och blodtryck) och prov samt en separat tandkontroll.

Centrala tyngdpunkter vid den undersökning som görs vid *Den kriminologiska enheten vid Rättspolitiska forskningsinstitutet* utgörs av en uppföljning och bedömning av utvecklingen av brottslighet och kontrollsystemets funktion. Inrättningen har deltagit i ett flertal undersökningar av offer som kartlagt dold brottslighet och brottskador, undersökningar som även innehåller uppgifter om brottslighet som hänför sig till barn, såväl i Finland som utomlands.

Befolkningsmaterial som berör personer i arbetsför ålder

Förfrågan rörande den vuxna befolkningens hälsovanor (AVTK) är en undersökning som Folkhälsoinstitutet gjort årligen sedan 1978 på basen av en postförfrågan. Stickprovet utgörs av ett representativt riksomfattande urval av 5000 personer i åldern 15-64-år. I förfrågan förhörde man sig om hälsotillstånd, långtidssjuka, symptom, användningen av läkemedel, tobaksrökning, kostvanor, användningen av alkohol, motion och i vilken utsträckning man är exponerad för droger.

FINRISKI-undersökningar har gjorts sedan 1972 med 5 års mellanrum. Åt ett sampel på ca 10 000 personer (25-64-v) har gjorts en begränsad hälsoundersökning. Under åren 1997 och 2002 var även 65-74-åringar med i FINRISKI-undersökningen.

I undersökningen **Hälsa 2000** gjordes en grundlig hälsoundersökning åren 2000-2001 i form av ett stickprov omfattande 10 000 vuxna personer. I hälsoundersökningen deltog 30 år fyllda personer och för 18-29-åringarna utfördes en för dem avsedd intervju. Mini-Suomi-undersökningen var en motsvarande hälsokontrollundersökning avsedd för 30 år fyllda personer som gjordes under åren 1978-1980.

Statistikcentralen har deltagit i en Europeisk undersökning om levnadsförhållanden (European Community of Household Panel, **ECHP**). Uppgifterna har insamlats från samma hushåll genom årliga intervjuer under åren 1996-2001. Undersökningen riktade sig till personer över 15-år och i den klarlades bl.a. hälsotillstånd, långtidssjukvård, kroniska sjukdomar, funktionsförmåga, antalet sjukhusdagar, sjukhusbesök, läkarbesök, tobaksrökning, längd och vikt. I fortsättningen deltar Statistikcentralen i en undersökning som granskar inkomster och levnadsförhållanden, finansierad av EU (Statistics on Income and Living Conditions, **EU-SILC**). I frågor som berör hälsa kartläggs allmänt hälsotillstånd, långtidssjuklighet, funktionsförmåga och tillgången till hälsovårdsservice. I Finland påbörjas EU-SILC år 2004.

Statistikcentralen utför **Eurobarometer**-undersökningar (Eurostat), som i det följande innehåller frågor om hur omgivningen påverkar hälsan. I Eurobarometern har man även frågat om befolkningens förnöjsamhet med hälsovårdens tjänster åtminstone under åren 1996, 1998 och eventuellt under år 2002.

Statistikcentralen genomför dessutom en **European Social Survey (ESS)** -undersökning, där aktuella samhällsliga frågor såsom social status, sociala nätverk och sociala strukturer utgör aktuella teman. Medborgarnas aktiviteter klarläggs bl.a. genom att jämföra levnadssätt och samhällsligt deltagande. Även inställningar och värden intresserar ur olika vetenskapsområdets synvinkel. Vidare frågar man i ESS om medborgarnas upplevda hälsa och om tillgången till hälsovårdsservice. Undersökningen utförs sedan år 2002 (materialet tillgängligt senast 7/2003).

Undersökningen om arbetsförhållanden är en av Statistikcentralen utförd besöksintervju bland löntagarna. Undersökningen har utförts åren 1984, 1990, och 1997. Avsikten är att undersökningen görs nästa gång år 2003.

Uppgifterna i **Statistikcentralens arbetskraftsundersökning** insamlas via en telefonintervju och omfattningen av det månatliga stickprovet uppgår till ca 12 000 personer. Undersökningen

innehåller uppgifter om deltagande i arbetet, sysselsättningen, arbetslösheten och arbetstiderna bland den 15-74-år fyllda befolkningen.

Intervjuundersökningen Arbete och hälsa i Finland är en telefonintervjuundersökning som genomförs av Institutet för arbetshygien bland hela den yrkesverksamma befolkningen vart tredje år. Undersökningen har genomförts under åren 1997 och 2000. Nästa undersökning görs år 2003.

En TYKY-barometer har gjorts under åren 1998 och 2001 och den upprepas med tre års mellanrum. Med hjälp av den försöker man få fram uppgifter om verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan på finländska arbetsplatser.

Arbetskraftsministeriet gör årligen en **arbetsmiljöbarometer** i form av en telefonintervju bland ca 1000 personer.

Statistikcentralen genomför internationell **ISSP**-forskning (International Social Survey Programme) i Finland, där man ställer frågan om man anser omgivningen utgöra en risk för hälsan (allmänt, inte för den egna hälsan). Slumpmässigt urval av 17-74 -åriga finländare. Gjord år 2000 och följande åren 2006/2007?.

Statistikcentralen ja Rättspolitiska forskningsinstitutet gör undersökningar om **tryggheten i omgivningen**.

Material från befolkningsundersökningar rörande äldre personer

Undersökningen rörande hälsovanor hos den äldre befolkningen (EVTK) har sedan år 1985 gjorts vartannat år som en postförfrågan bland personer i pensionsåldern (Folkhälsoinstitutet). Sedan år 1993 har förfrågan omfattat även ett stickprov om 2400 personer i åldern 65-84-år.

I FINRISKI-seniorundersökningen undersöktes ett urval om 1500 personer i åldersgruppen 65-74-åriga finländare. Forskningsområdet utgjordes av Helsingfors+Vanda och Norra Karelen.

I undersökningen Hälsa 2000 var även 65-99-åringar med. De genomgick en grundlig hälsoundersökning. Tack vare hembesök erhöll man en hög deltagarprocent även i de äldsta åldersgrupperna.

Registeruppgifter

- Register över smittosamma sjukdomar (Folkhälsoinstitutet)
- Vaccinationsregister (Folkhälsoinstitutet/ROKO utvecklare)
- Uppföljningssystem för sjukhusinfektioner och resistens bland mikrobmediciner (Folkhälsoinstitutet)
- Statistik över dödsorsak (Statistikcentralen)
- Statistik över befolkningsförändringar (Statistikcentralen)
- Statistikcentralens kombinerade registermaterial (bl.a. EKSJ, m.a.o. registret över dödsorsaker kombinerat med uppgifterna om befolkningsräkningen)
- Brottregister (Statistikcentralen)
- Polisens register
- Vårdanmälningsregister (Stakes)
 - socialvårdens anstaltsvård
 - hälsovårdens anstaltsvård
 - klienträkning i hemvården

- Social- och hälsovårdens databas (SOTKA) (Stakes) beskriver kommunalekonomin, befolkningen, familjer, boende, prevalens och dödlighet, arbetskraften inom social- och hälsovårdssektorn, kostnader och användningen av service
- Kommunstatistiker (Stakes)
- Abort- och steriliseringsregister (Stakes)
- Register över antalet födda barn (Stakes)
- Register över missbildningar (Stakes)
- Cancerregister (Stakes / Finlands Cancerregister)
- Statistik över antalet arbetsolyckor och yrkesrelaterade sjukdomar. Uppgifterna rörande arbetsolycksfall insamlas i Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbunds (OFF) och Lantbruksföretagarnas pensionsinrättnings register, på basen av vilka Statistikcentralen uppgör en officiell statistik över arbetsolyckor (årligen). Institutet för arbetshygien rapporterar registeruppgifter om yrkesrelaterade sjukdomar årligen
- Institutets för arbetshygiens register över arbetshygieniska exponeringsmätningar
- Institutets för arbetshygiens register över biologiska exponeringsmätningar
- Folkpensionsanstaltens register och statistiker
 - sjukdagpenning (uppgift om sjukdomen i urvalet)
 - personer berättigade till speciellt ersatta mediciner
 - ersättningar för mediciner
 - medicinordinationer
 - användningen av privat hälsovårdsservice
 - pensioner på grund av arbetsförmåga och andra pensioner
 - vårdbidrag för barn
 - handikappbidrag
 - Socialförsäkringens databas (SOVAKA)
- Arbetspensionssystemets register och statistiker (Pensionskyddscentralen, pensionsanstalterna)
 - pension på grund av arbetsförmåga och andra pensioner
- Skolbetygsmaterial (register över medeltalet bland de elever som går ut avgångsklassen i grundskolan), OPTI-databasen (bl.a. antalet barn som får specialundervisning)
- Statens delegation för ungdomsärendens (NUORA) databas över 15-29-åringarnas levnadsförhållandeindikatorer

BILAGA 2

Välfärds- och hälsoindikatorer som för tillfället finns i Stakes' indikatorbank

INDIKATOR	DATAKÄLLA
Allmänna	
Befolkning sammanlagt	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
0-6 -åringar % av befolkningen	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
7-15 -åringar % av befolkningen	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
16-24 -åringar % av befolkningen	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
25-64 -åringar % av befolkningen	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
65-74 -åringar % av befolkningen	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
75 år fyllda % av befolkningen	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
Total befolkning, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik (Sotka)
0-6 -åringar % av befolkningen, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik (Sotka)
7-15 -åringar % av befolkningen, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik
16-24 -åringar % av befolkningen, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik
25-64 -åringar % av befolkningen, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik (Sotka)
65-74 -åringar % av befolkningen, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik (Sotka)
75-åringar % av befolkningen, befolkningsprognosens genomsnittsalternativ år 2010	Statistikcentralen/ befolkningsstatistik (Sotka)
Dödlighet per 100 000 invånare	Statistikcentralen/ Personalstatistiker / dödsorsaker
Allmän fertilitetsstatistik	Stakes/ födelseregister
Kommunens nettoflyttning per 1000 invånare	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistiker)
Annat än finska eller svenska som modersmål per 1000 invånare	Statistikcentralen/Personalstatistiker/befolkningsstatistiker
Barnfamiljer, % -andel av familjerna	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
Mätare av utbildningsnivån	Statistikcentralen/ Personalstatistiker/ examensregister
Arbetslösa, % -andel av arbetskraften	Sotka (Statistikcentralen/Personalstatistiker/sysselsättningsstatistik)
Antal bostadshushåll som bor trångt, % av alla bostadshushåll	Sotka (Statistikcentralen/ bostadssituation)
Försörjningsförhållande	Statistikcentralen/ Personalstatistiker/ befolkningsstatistik
Sjuklighetsindex	FPA
Antalet våldsbrott som kommit till polisens kännedom/ 1000 invånare	Statistikcentralen/ Personalstatistiker/ rättsstatistiker
Barn och ungdom	
Antalet ensamförsörjarfamiljer, % av barnfamiljerna	Sotka (Statistikcentralen/ befolkningsstatistik)
Ungdomsarbetslösa, % av 15-24 -åriga arbetslösa	Sotka (Statistikcentralen/Personalstatistiker/ sysselsättningsstatistik)
Andelen barn som bor i fattiga bostadshushåll av alla 0-17 -åriga barn, %	Statistikcentralen/Levnadsförhållanden/ statistik över inkomstfördelning
Antalet 18-24-åringar som erhållit utkomststöd i % av jämngamla	Stakes/Statistik över utkomststöd
Antalet bostadshushåll med barn som bor trångt i % av alla bostadshushåll med barn	Sotka (Statistikcentralen/ bostadsförhållanden)
Brister i skolans fysiska arbetsmiljö, % 8. och 9. årskursens elever	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Bristen på föräldraskap, % av elever i årskurserna 8. och 9.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Antalet 17-24-åriga personer som lämnat sig utan utbildning/ 1000 jämngamla	Statistikcentralen/Personalstatistiker/statistiker över elevtillströmning
Antalet 0-15-åriga personer som är berättigade till speciellt ersatta läkemedel /1000 jämngamla	FPA/ statistik för ersättning av läkemedel
Antalet 16-24-åriga personer som är berättigade till speciellt ersatta läkemedel /1000 jämngamla	FPA/ statistik för ersättning av läkemedel
Hälsotillståndet medelmåttigt eller dåligt, % av elever i årskurserna 8. och 9.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Medelsvår eller svår depression, % av elever i årskurserna 8. och 9.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Minst två symptom per dag, i % av eleverna i årskurserna 8.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.

och 9.	
Röker dagligen, i % av eleverna i årskurs 8 och 9.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Verkligt berusade minst en gång per månad, i % av 8 och 9 årskursens elever	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Har prövat illegala droger åtminstone en gång, i % av eleverna i årskurs 8 och 9.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Utövar motion mera sällan än en gång per vecka, i % av 8. och 9 årskursens elever	Stakes/Skolhälsoförfrågan, 8-9.kl.
Avbrytande av havandeskap bland kvinnor under 25 år /1000 15-24-åriga kvinnor	Stakes/ register över avbrytande av havandeskap och steriliseringsregister
Inga nära vänner, i % av eleverna i årskurs 8 och 9.	Stakes/ Skolhälsoförfrågan, 8.-9. kl.
Antalet 0-17-åriga personer som fått sjukhusvård på grund av mentala störningar/ 1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet 18-24-åriga personer som fått sjukhusvård på grund av mentala störningar/ 1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet 0-15 åriga personer som vårdas på sjukhus på grund av olycka /1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet 16-24 åriga personer som vårdas på sjukhus på grund av olycka /1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Placerade barn och ungdomar/ 1000 0-17 -åringar	Stakes/ barnskyddsregistret
Personer i arbetsför ålder	
Arbetslösa, i % av den 25-64 -åriga arbetskraften	Statistikcentralen/Personalstatistiker/sysselsättningsstatistik
Antalet 25-64 -åriga arbetslösa, % jämgamla arbetslösa	Statistikcentralen/Personalstatistiker/sysselsättningsstatistik
Klienter som erhåller utkomststöd av 25-64 -åringar, %	Stakes/ register över utkomstskydd
Långtidsklienter i behov av utkomststöd 25-64 -åringar, %	Stakes/ register över utkomstskydd
Antalet besök i öppen vård bland 15-64-åringar, i % av personer i motsvarande ålder	Stakes/ hälsovårdens funktionsstatistik
Skilsmässor bland 25-64 -åringar /1000 jämnåriga som lever i äktenskap	Statistikcentralen/ Personstatistik/ befolkningsstatistik
Antalet 25-64 åringar som är berättigade till speciellt ersatta läkemedel / 1000 jämgamla	FPA/ statistik för ersättning av läkemedel
Antalet 25-64 -åringar /1000 jämnåriga som erhållit sjukdagpenning	FPA/ sjukförsäkringsersättningar
Antalet 25-64-åriga personer som är pensionerade på grund av arbetsoförmåga /1000 jämgamla	FPA/ pensionsstatistiker
Medelålder vid pensionering	Pensionsförsäkring /FPA
Antalet 25-64-åriga personer som vårdats på sjukhus på grund av olyckor /1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet avslutade vårdperioder vid sjukhus för 25-64 -åringar/1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet vård dagar för 25-64-åriga personer som vårdats vid sjukhus/1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet 25-64-åriga klienter som vårdats vid rusmedelsinrättningar/1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
Index över illa lottade	FPA/ Stakes
De äldre	
Antalet 65 år fyllda personer som lyfter folkpension, i % av jämgamla	FPA/ pensionsstatistiker
Ensamboende 75 åringar, i % av jämgamla	Sotka (Statistikcentralen/ bostadsförhållanden)
Antalet personer som fyllt 65 år som bor i bristfälligt eller synnerligen bristfälligt utrustade bostäder, %	Statistikcentralen/ bostads- och byggnadsbestånd
Antalet personer som fyllt 65 år som är berättigade till speciellt ersatta läkemedel/1000 jämgamla	FPA/ statistik för ersättning av läkemedel
Antal personer i sjukhus- eller anstaltsvård av 75-år fyllda personer, i % av jämgamla	Stakes/ HILMO
Antalet personer som fyllt 65 år som är berättigade till speciellt ersatta läkemedel på grund av mentala störningar /1000 jämgamla	FPA/ statistik för ersättning av läkemedel
Antalet besök hos läkare i öppen vård bland 65 år fyllda /1000 jämgamla	Stakes/ hälsovårdens verksamhetsstatistik (Sotka)
Dödlighet bland 65 år fyllda /100 000 jämgamla	Statistikcentralen/ register över dödsorsak
Antalet personer över 65 år som vårdas vid sjukhus på grund av olyckor, i % av jämgamla	Stakes/ HILMO

Antalet vård dagar för 75-år fyllda personer inom somatisk specialsjukvård vid sjukhusen / 1000 jämgamla	Stakes/ HILMO
---	---------------

KERVO STADS VÄLFÄRDSBERÄTTELSE 2001

Innehåll

1. Inledning -----	2
2. Valfärdsmålsättningar som styr kommunens verksamhet -----	2
3. Faktorer som inverkar på kommuninvånarnas välfärd -----	2
3.1. Befolkningen och levnadsbetingelserna -----	2
3.2. Livsmiljön -----	4
4. Hur kommuninvånarnas välfärd manifesteras: hälsa, levnadsvanor och livskompetens -----	4
4.1. Barn och unga -----	4
4.2. Den vuxna befolkningen -----	7
4.3. Den åldrande befolkningen -----	9
5. Hur ansvarar man för faktorer som inverkar på kommuninvånarnas välfärd -	
SERVICESYSTEMET: -----	10
5.1. Ansvar för sysselsättningen -----	10
5.2. Ansvar för bostadsverksamheten -----	11
5.3. Skydd av livsmiljön -----	11
5.4. Service för barn och ungdom -----	12
5.5. Service för den vuxna befolkningen -----	17
5.6. Service för den åldrande befolkningen -----	18
6. SLUTLEDNINGAR -----	18
6.1. De utvecklingstrender inom välfärden där utvecklingen har varit gynnsam -----	19
6.2. De utvecklingstrender inom välfärden där utvecklingen har varit ogynnsam -----	19
6.3. Aktuella teman och riksomfattande program -----	19
6.4. Bedömning av förverkligandet av uppställda mål -----	19
6.5. Andra observationer -----	19
7. FORTSATTA ÅTGÄRDER -----	19

Bilagor

Litteratur

VÄLFÄRDSPUSSLET

Jyväskylä stads välfärdsberättelse 2002

INNEHÅLL

1. Inledning -----	3
2. Utgångspunkter och strategier som styr kommunens välfärdspolitik -----	5
3. Faktorer som inverkar på kommuninvånarnas välfärd -----	6
3.1. Befolkningen och levnadsbetingelserna -----	6
3.2. Livsmiljön -----	9
4. Hur kommuninvånarnas välfärd manifesteras -----	10
4.1. Hälsa och funktionsförmåga samt vården av sjukdomar -----	10
4.2. Hälsobeteende -----	18
4.3. Livskompetens -----	19
5. Hur ansvarar man för faktorer som inverkar på kommuninvånarnas välfärd? -----	20
5.1. Ansvar för sysselsättningen -----	20
5.2. Ansvar för bostadsverksamheten -----	21
5.3. Utvecklande av livsmiljön -----	22
5.4. Social service -----	25
5.5. Hälsovårdsservice -----	36
5.6. Utbildningsservice -----	42
5.7. Måltidsservice -----	44
5.8. Service inom brand- och räddningstväsendet -----	44
5.9. Service inom intressen och kultur -----	44
6. Slutledningar -----	46
6.1. Positiva dimensioner av välfärd -----	46
6.2. Behovet av utvecklande av välfärd -----	47
6.3. Aktuella projekt för främjandet av välfärd -----	49

VÄLFÄRDSPUSSLET

Jyväskylä stads välfärdsberättelse 2002

Jyväskylä social- och hälsovårdsservicecentrals publikationer 2/2003

Paula Käyhkö, Jarmo J Koski, Eija Hiekka (red.)

<http://www.jkl.fi/infomatkaailu/info/filet/hyvinvointikertomus.pdf>

KOMMUNERNAS VÄLFÄRDSINDIKATORER

Välfärdsberättelsens indikatorförteckning sådan som Välfärdsberättelsearbetsgruppen överlämnade den på våren 2002. (www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/tieto.htm)

Innehåll

1. Befolkning och levnadsförhållanden	69
2. Livsmiljön	70
3. Barns och ungdomars hälsa	71
4. Levnadsvanor bland barn och ungdom	72
5. Livskompetens bland barn och unga	73
6. Den vuxna befolkningens hälsa (i huvudsak 18 - 64-åringar)	74
7. Levnadsvanor bland den vuxna befolkningen	75
8. Livskompetensen bland den vuxna befolkningen	75
9. Den åldrande befolkningens hälsa (65 v. fyllda)	76
10. Levnadsvanor bland den åldrande befolkningen	77
11. Livskompetensen bland den åldrande befolkningen	77
12. Skötseln av sysselsättningen	78
13. Bostadsverksamhet	78
14. Skyddet av livsmiljön	79
15. Funktionaliteten i servicen för barn och ungdom (tillgänglighet och användning)	80
16. Funktionaliteten i servicen för den vuxna befolkningen (tillgänglighet, användning och förnöjsamhet med servicen)	81
17. Funktionaliteten i servicen för den åldrande befolkningen (tillgänglighet, användning och förnöjsamhet med servicen)	82

1. Befolkning och levnadsförhållanden

1.1 Befolkningsstruktur

1.1.1. Befolkningen per åldersgrupp: 0-6år, 7-16-år, 17-24år, 25-44-år, 45-64-år, 65-74-år och 75- och sammanlagt. Källa: Sotka.

1.2 Sysselsättning

1.2.1. Total arbetslöshet, antal (i medeltal./år) och i % av arbetskraften. Källa: Sotka.

1.2.2. Ungdomsarbetslöshet, antal (i medeltal./år) och i % av den 15-24 -åriga arbetskraften. Källa: Sotka.

1.2.3. Långtidsarbetslöshet (de som varit arbetslösa över 12 månader), antal (i medeltal./år) och i % av arbetskraften. Källa: Sotka.

1.3 Utkomst

1.3.1. Inkomstnivån: Beskattningsbar inkomst, minus skatt / inkomsttagare. Källa: Statistikcentralen.

1.3.2 Antal hushåll som erhållit utkomststöd och % av hushållen. Källa: Sotka.

1.3.3. Antalet unga (under 25 år) som erhållit utkomststöd och % under 25-åringar berättigade till utkomststöd. Källa: Kommunstatistiker.

1.3.4. Antal bostadshushåll med barn som erhållit utkomststöd av alla bostadshushåll med barn och %. Källa: Sotka.

1.4 Familjetyper

1.4.1. Ensamförsörjarfamiljer (antal, andel av barnfamiljer). Källa: Sotka.

1.4.2. Antalet ensamboende, %-andel (bostadshushåll med en person i förhållande till samtliga bostadshushåll). Källa: Sotka.

1.4.3. Barnfamiljer (antal, %-andel av alla familjer). Källa: Sotka.

1.5 Utbildning

1.5.1 Antalet personer som avlagt en examen på mellan- eller högstadienivå och i % av 15 år fyllda befolkningen. Källa: Statistikcentralen/StatFin.

1.5.2. Inget avgångsbetyg från grundskolan, antal elever som gått ut nionde årskursen i grundskolan och i % av åldersgruppen. Källa: Kommunstatistik.

1.6 Boende

1.6.1. Boendeyta m²/person. Källa: Kommunerna/Statistikcentralen.

1.6.2 Totala antalet bostadshushåll som bor trångt och % av samtliga bostadshushåll. Källa: Sotka.

1.6.3. Antalet bostadshushåll med barn som bor trångt och % av samtliga bostadshushåll med barn. Källa: Sotka.

1.6.4 Antalet ensamstående bostadslösa och/1000 invånare. Källa: Sotka.

1.7 Flyttning

1.7.1 Total flyttning från kommunen. Källa: Statistikcentralen/StatFin.

1.7.2 Total flyttning till kommunen. Källa: Statistikcentralen/StatFin.

2. Livsmiljön

2.1. Luftkvaliteten

2.1.1. Luftkvalitetens inverkan på miljön (beskriver luftkvalitetens inverkan på miljön med användning av IAP-index). Granskningsintervall: 1* /4. år. Källa: Miljöverket (miljöskyddet).

2.1.2. Uteluftens kvalitet: Luftkvalitetsindex. Anmäls det antal dagar då luftkvaliteten är god. Granskningsintervall: 1 år. Källa: Miljöverket (miljöskyddet).

2.1.3. Kvaliteten på inneluften i skolor och daghem: koldioxidhalten i rummen. Granskningsintervall: 1 år. Källa: Miljöverket (hälsoövervakning).

2.1.4. Kvaliteten på inneluften i lägenheterna: antal äskanden om åtgärder/1000 invånare. Granskningsintervall: 1 år. Källa: Miljöverket (hälsoövervakning).

2.1.5. Dålig inneluft som eleverna upplever den (Skolhälsoförfrågan; fråga 13: I skolorna svar på frågan: medför följande faktorer olägenheter för arbetet i skolan /"dålig ventilation". Deras andel som har svarat endera ganska mycket eller väldigt mycket.). Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 13.

2.2. Vattnets kvalitet

2.2.1. Hushållsvatten: Andelen vattenprover som fyller rekommendationer och krav:

1) I stora och små vattenverk.

2) från privata brunnar och övriga privata vattentäkter. granskningsintervall: 1 år. Källa: Miljöverket (hälsoövervakning).

2.2.2. Vattendrag. Mätare: klassificering av vattendrag för nöjesanvändning. Anmäls vattendragens ytas fördelning i olika klasser. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Regionala miljöcentraler.

2.3. Buller

Rekommenderas att uppföljas i kommuner där bullersituationen är problematisk.

2.3.1. Bullersituationen: Mätare: över 55 dB (LAeq, kl. 7-22 och LDEN) relativa andelen av dem som bor vid ett bullerområde. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Miljöverket (miljöskyddet) och stadsplaneringen.

2.3.2. Bullrets störningsgrad: Omgivningsbullrets störningsgrad så som invånarna själva upplever det. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Förfrågan.

2.4. Strålning

Rekommenderas att uppföljas i de kommuner där man har radonproblem i enlighet med Strålskyddscentralens klassificering.

2.4.1. Radonhalten i bostäderna. Anmäls de bostäder där 200 och 400 Bq överskrider och kommunens medeltal. Granskningsintervall: 1 år. Källa: Strålskyddscentralen och miljösektorn (hälsoövervakningen). (Kommunen får de resultat som uppmätts av privata personer via Strålskyddscentralen.)

2.5. Trivsel i närområdet

Rekommenderas att tas i bruk i stadsliknande kommuner.

2.5.1. Antalet parker och rekreationsområden i närområden/invånare. Antalet V- grön- och rekreationsområden på stadsplaneområden granskas. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Stadsplaneringen (planläggning) och parkavdelningarna.

2.6. Säkerheten i närområdet

2.6.1. Våld i hem och familjer: antalet alarmbesök som gjorts på grund av våld i hemmet eller familjen/år, antal/1000 invånare. Granskningsintervall: 1 år. Källa: Polisens jourstatistik.

2.6.2. Känsla av trygghet: Polisens trygghetsbarometer. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Förfrågan.

3. Barns och ungdomars hälsa

3.1. Prevalens

3.1.1. Upplevt hälsotillstånd: Andelen svarande som anser sig ha en dålig hälsa/ % av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 21.

3.1.2. Prevalens i olika sjukdomsgrupper: pat./1000 invånare(10 vanligaste) och vårddagar /pat. samt 3 diagnoser, för vilkas vård man har använt flest vårddagar: 0-18-åringar. Åren 1998-2000. Källa: HILMO - vårdanmälningsregistret.

3.1.3. Förekomsten av de vanligaste symptomen under det senaste halvåret. Deras andel (%) som har minst 2 dagliga symptom. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 31.

3.1.4. Mental hälsa: Depression hos unga: antalet personer med medelsvår eller svår depression och % - andel bedömda enligt R-BDI sinnesstämningsmätare. Källa: Skolhälsoförfrågan, frågorna 36-48.

3.2. Munnens hälsa

3.2.1. D-index: De 6- och 18-åringar, som vid förrättad granskning konstaterats ha ny karies i de bestående tänderna, andelar (%) av åldersgruppen. Källa: Kommunens tandvårdsstatistik.

3.3. Användningen av mediciner

3.3.1. Antalet 0-24 åringar som erhåller speciellt ersatta läkemedel, % invånare. Källa: FPA.

3.3.2. Antalet mediciner avsedda för vård av mentala störningar bland 0-24-åringar, DDD/1000 invånare/dygn. Källa: FPA.

3.4. Övervikt

3.4.1. Antalet personer vars relativa vikt är minst +20%. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 20.

3.5. Olycksfall

3.5.1. Antalet olyckor under fritiden och / 1000 invånare/år (sjukhusvård på grund av skador och förgiftningar): 0-6-år., 7-14-år., 15-24-år. Källa: Sotka.

3.5.2. Antalet barn och unga som vårdats på grund av trafikolyckor; vårddagar, vårddagar/patient och patienter/1000 invånare. Källa: Hilmo (orsaken till att man sökt sig till vård V01-V99).

3.5.3. Våldsrelaterad död bland unga –mätaren preciseras för att motsvara indikatorerna i programmet Hälsa 2015. Källa:

3.6. Sexualhygien

3.6.1. Ungas kännedom om sexuella frågor är dålig. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 64.

4. Levnadsvanor bland barn och ungdom

4.1 Intresseinriktning

4.1.1. De unga har åtminstone ett regelbundet intresse. Källa: Förfrågan.

4.1.2. Utövar motion mera sällan än en gång per vecka/ % av de svarande. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 103.

4.2 Användningen av berusningsmedel

4.2.1. Antalet som röker dagligen, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 85.

4.2.2. Antalet pojkar som snusar, % -andel av antalet svarande pojkar. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 83.

4.2.3. Verkligt berusade minst en gång per månad, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 92.

4.2.4. Alkohol användning per vecka, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 93.

4.2.5. Har provat illegala droger åtminstone en gång, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 100.

4.2.6. Har provat andra berusningsmedel åtminstone en gång, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 100.

4.3. De som blir exponerade för tobaksrök

4.3.1. Deras andel som själva inte röker men som regelbundet blir exponerade för tobaksrök. Källa: Förfrågan.

5. Livskompetens bland barn och unga

5.1. Mobbing i skolan

5.1.1. Mobbad i skolan 1*/vecka, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, frågorna 18-19.

5.1.2. Mobbar minst 1*/veckan, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, frågorna 18-19.

5.2 Problem i skolans arbetsklimat

5.2.1. Enligt eleverna förekommer det problem i skolans arbetsklimat, % bland eleverna i grundskolans 8 och 9. årskurs. Summavariabel på basen av 9 olika påståenden. Källa: Skolhälsoförfrågan, frågorna 9, 13, 14.

5.3. Bekymmer för att barnens utveckling och hälsa riskeras

5.3.1. Inom omsorgsområdet, zonerna 1-7, antalet barn under 7-år och % -andelen av dem som under uppföljningsperioden (1 vecka) varit i dagvård eller besökt en barnrådgivning. Källa: Intervjuer gjorda av daghemspersonal och hälsovårdare.

5.4. Vänskapsförhållanden

5.4.1. Inte en enda nära vän, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 128.

5.5. Närvaro i skolan

5.5.1. Frånvaroprocenten i skolan enligt elevernas egna uppgifter: antalet frånvarande på grund av sjukdom över 2 dagar/månad % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 16.

5.5.2. Frånvaroprocenten i skolan enligt elevernas egna uppgifter: . Antalet personer som är frånvarande p.g.a. skolkning över 2 dagar/månad %-andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 16.

5.6. Livssituationen bland dem som slutat grundskolan

5.6.1. Inlett fortsatta studier inom ett år efter att man slutat grundskolan. Källa: Kommunstatistiker.

5.7. Skolframgång

5.7.1. Medeltal under 6,5, antal och % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 10.

5.7.2. Studiesvårigheter, % -andel av svarandena. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 14.

5.8 Ungdomsbrottslighet

5.8.1. Egendomsbrottslighet: Antalet misstänkta personer under 21 år bland de egendomsbrott som polisen utrett under ett år (antal, % -andel av åldersgruppen). Källa: Statistikcentralen/StatFin.

5.8.2. Våldsbrottslighet: Antalet personer under 21 år som kunnat knytas till av polisen uppklarade våldsbrott (brott som riktar sig mot liv och hälsa) under ett års tid (antal, % -andel av åldersgruppen). Källa: Statistikcentralen/StatFin.

5.8.3. Drogriminalitet: Antalet personer under 21 år som under året befunnits skyldiga till drogrelaterade brott (antal, % -andel av årsklassen). Källa: Statistikcentralen/StatFin.

6. Den vuxna befolkningens hälsa (i huvudsak 18 - 64-åringar)

6.1. Upplevt hälsotillstånd

6.1.1. Används av WHO rekommenderat datainsamlingsredskap. RAND-36; index av frågorna 1, 33, 34, 35, 36. Källa: Förfrågan.

6.2. Prevalens

6.2.1. Prevalens per sjukdomsgrupp, pat./1000 invånare. (10 vanligaste) och vårddagar/pat. Samt 3 diagnoser, för vilkas vård man har använt mest vårddagar: 19-64 -år. Åren 1998-2000. Källa: HILMO - vårdanmälningsregister.

6.2.2 Standardiserat index för mottagare av sjukdagpenning. Källa: Sotka.

6.2.3. Självupplevd mental hälsa: Antalet personer som lider av medelsvår eller svår depression och % av svarande 18-64-åringar. Används den 5-punkters frågedel rörande mental hälsa som ingår i SF-mätaren. Källa: Förfrågan.

6.3. Munnens hälsa

6.3.1. Tändernas antal: 18-64-åringar, som har minst 20 fungerande tänder, % av under året undersökta. Källa: Kommunstatistiker.

6.4 Användningen av mediciner

6.4.1 Ålders- och könsstandardiserat index för personer som erhåller specialersättning för mediciner. Källa: FPA.

6.4.2. Antalet mediciner avsedda för vård av mentala störningar bland 25-64 -åringar, DDD/1000 invånare/dygn. Källa: FPA.

6.5 Arbetsförmåga

6.5.1. Antalet personer på pension på grund av arbetsförmåga, antal/1000 personer i arbetsför ålder samt ålders- och könsstandardiserat index. Källa: Sotka.

6.5.2. Antalet personer på pension på grund av mentala störningar och /1000 19-64-åringar. Källa: Sotka. Åldersproportioneringen måste göras själv. Grundar sig på statistikcentralens befolkningsuppgifter.

6.5.3. Antalet personer på pension på grund av blodcirkulationssjukdomar och/1000 19-64-åringar. Källa: Sotka. Åldersproportioneringen måste göras själv, t.ex. grundande sig på Sotkas befolkningsuppgifter.

6.5.4. Antalet personer på pension på grund av arbetsförmåga förorsakad av sjukdomar i rörelseorganen och/av 1000 19-64-åringar. Källa: Sotka.

6.6. Dödlighet

6.6.1 Antalet döda samt ålders- och könsstandardiserad dödlighet. Källa: Sotka. Åldersproportioneringen måste göras själv t.ex. grundande sig på Sotkas befolkningsuppgifter.

6.7. Olyckor

6.7.1. Antalet olyckor som inträffat på fritiden/år/10000 invånare. Källa: Sotka.

6.7.2. Antalet trafikolyckor. Källa: Sotka.

6.7.3. Antalet på grund av trafikolyckor vårdade patienter, vårddagar, vårddagar/patient och patienter/1000 invånare. Källa: Hilmo (orsaken till att man sökt sig till vård V01-V99).

6.8. Övervikt

6.8.1. Viktindexet minst 30. Källa: Förfrågan.

7. Levnadsvanor bland den vuxna befolkningen

* alla uppgifter i punkt 7 erhålls på basen av en speciell förfrågan (Folkhälsoinstitutets utvidgade AVTK-frågeblankett kan användas)

7.1. Näring

- 7.1.1. Mjölkens kvalitet/fetthalt.
- 7.1.2. Brödfettets kvalitet.
- 7.1.3. Användningen av salt.
- 7.1.4. Användningen av grönsaker.

7.2. Intresseinriktning

- 7.2.1. Åtminstone ett regelbundet intresse.
- 7.2.2. Utövar motion minst två gånger i veckan.

7.3. Användningen av berusningsmedel

- 7.3.1. Antalet personer som röker varje dag och % -andel av svarandena.
- 7.3.2. Alkoholförbrukning/dos (12 g alkohol) /vecka.
- 7.3.3. Antal personer som använt droger 2-4 gånger eller oftare under senaste året % -andel.
- 7.3.4. Bruket av berusningsmedel som personalen uppskattar det: beräkning på basen av berusningsfall under 1 dygn.

7.4. Exponering för tobaksrök

- 7.4.1. Deras andel som själva inte röker men som regelbundet blir exponerade för tobaksrök

8. Livskompetensen bland den vuxna befolkningen

8.1. Förnöjsamhet med livet

- 8.1.1. Andelen 18-64 -åringar som upplever att de har meningsfull sysselsättning. Källa: Förfrågan.

8.2. Påverkningsmöjligheter

- 8.2.1. Upplevd möjlighet bland 18-64-åringar att delta i beslutsfattande som rör en själv. Källa: Förfrågan.
- 8.2.2. Röstningsprocenten i kommunalval. Källa: Statistikcentralen/StatFin.

8.3. Vänskapsförhållanden

- 8.3.1. Minst 1*/vecka kontakt med släkt, vänner, bekanta osv. Källa: Förfrågan.

8.4. Brottslighet

- 8.4.1. Egendomsbrottslighet: Antalet för egendomsbrott misstänkta 21-64 åringar som polisen under ett års tid klarlagt (antal, % -andel av åldersgruppen). Källa: Statistikcentralen/StatFin, Åldersproportioneringen måste göras själv t.ex. grundande sig på Sotkas befolkningsuppgifter.
- 8.4.2. Våldsbrottslighet: antalet för våldsbrott misstänkta 21-64 åringar som polisen under ett års tid klarlagt (antal, % -andel av åldersgruppen) l. Brott som riktar sig mot liv och hälsa. Källa: Statistikcentralen/StatFin, Åldersproportioneringen måste göras själv t.ex. grundande sig på Sotkas befolkningsuppgifter.
- 8.4.3. Drogkriminalitet: Antalet för drogrelaterade brott misstänkta som polisen under ett års tid klarlagt (antal, % -andel av åldersgruppen). Källa: Statistikcentralen/StatFin, Åldersproportioneringen måste göras själv, t.ex. grundande sig på Sotkas befolkningsuppgifter.

9. Den åldrande befolkningens hälsa (65 v. fyllda)

9.1. Upplevt hälsotillstånd

9.1.1. Antalet 65 år fyllda personer som anser sig ha en bra eller synnerligen bra hälsa, % av svarandena. RAND-36-mätare: index på basen av frågorna 1, 33, 34, 35 och 36. Källa: Förfrågan.

9.2. Prevalens

9.2.1. Prevalens per sjukdomsgrupp, pat./1000 invånare. (10 vanligaste) och vårddagar/pat. Samt 3 diagnoser, för vilka flest vårddagar använts: >65-år. Åren 1998-2000. Källa: HILMO – vårdanmälningsregister.

9.2.2. Självupplevd mental hälsa: Antal personer som lider av medelsvår eller svår depression och % av svarandena, av 65 år fyllda. Används den 5-punkters frågedel rörande mental hälsa som ingår i SF-mätaren. Källa: Förfrågan..

9.3. Munnens hälsa

9.3.1. Tandernas antal: De över 64-år fyllda personer som har minst 20 fungerande tänder. Källa: Kommunstatistiker.

9.4. Användningen av mediciner

9.4.1. Ålders- och könsstandardiserat index för personer som erhåller speciellt ersatta läkemedel. Källa: FPA.

9.4.2. Mängden läkemedel avsedda för mentala störningar bland personer som fyllt 65 år DDD /1000 invånare/dygn Källa: FPA.

9.5. Dödlighet

9.5.1. Antalet döda samt ålders- och könsstandardiserad dödlighet. Källa: Sotka.

9.6. Olyckor

9.6.1. Antalet olyckor under fritiden: antal / år och antal /1000 invånare av 65-74-åringar och 75 år fyllda. Källa: Sotka.

9.6.2. Antalet patienter som vårdats på grund av trafikolyckor, vårddagar/patient och patienter/1000 invånare Källa: Hilmo (orsaken till att man sökt sig till vård V01-V99).

9.6.3. Allvarliga fallolyckor bland åldringar: Antalet lårbensfrakturer (dg: s.720).

9.7. Åldringarnas funktionsförmåga

9.7.1. Funktionsförmågan hos åldringar som använder sig av kommunens hemvård och bor i servicebostäder eller är i anstaltsvård, konstaterad med RAVA-mätare. Källa: Kommunstatistiker.

9.8. Övervikt

9.8.1. Viktindexet minst 30. Källa: Förfrågan.

10. Levnadsvanor bland den åldrande befolkningen

* alla uppgifter i punkt 10 erhålls på basen av en separat förfrågan (Folkhälsoinstitutets utvidgade AVTK-frågeblanketter kan användas)

10.1. Näring

- 10.1.1. Mjölakens kvalitet/fetthalt.
- 10.1.2. Brödfettets kvalitet.
- 10.1.3. Användningen av salt.
- 10.1.4. Användningen av grönsaker.

10.2. Intresseinriktning

- 10.2.1. Åtminstone ett regelbundet intresse.
- 10.2.2. Utövar motion minst två gånger i veckan.

10.3. Användningen av berusningsmedel

- 10.3.1. Antalet personer som röker dagligen/% -andel av svarandena.
- 10.3.2. Alkoholförbrukning/dos (12 g alkohol) /vecka.
- 10.3.3. Antal personer som under senaste år använt droger 2-4 gånger eller oftare och % -andel.
- 10.3.4. Omfattningen av bruket av droger som personalen upplever det: Antalet räknade berusningsfall under 1 dygn.

10.4. De som blir exponerade för tobaksrök

- 10.4.1. Deras andel som själva inte röker men som regelbundet exponeras för tobaksrök.

11. Livskompetensen bland den åldrande befolkningen

11.1. Förnöjsamhet med livet

- 11.1.1. Andelen 64-år fyllda som upplever att de har något angeläget att göra. Källa: Förfrågan.

11.2. Påverkningsmöjligheter

- 11.2.1. Den upplevda möjligheten att delta i beslutsfattande som rör en själv. Källa: Förfrågan.

11.3. Vänskapsförhållanden

- 11.3.1. Minst en gång i veckan kontakt med släktingar, vänner o.s.v. Källa: Förfrågan.

12. Skötseln av sysselsättningen

12.1. Självförsörjning i fråga om arbetsplatser

12.1.1. Arbetsplatsernas antal inom kommunens område/antalet sysselsatta. Källa: Kommunstatistiker.

12.2. Sysselsättande

12.2.1. De sysselsatta personernas antal/antalet arbetslösa. Källa: Kommunstatistiker.

13. Bostadsverksamhet

13.1. Kommunal hyresbostadsverksamhet

13.1.1. Kösituationen till hyresbostäder; tid i medeltal som går åt från den stund då en person i brådskande behov av bostad lämnat in sin ansökan tills han får bostaden. Källa: Kommunstatistiker.

13.1.2. Antalet hyresbostäder som kommunen och offentliga samfund producerat. Källa: Kommunstatistiker.

13.1.3. Antalet personer som är i brådskande behov av en bostad. Källa: Kommunstatistiker.

14. Skyddet av livsmiljön

14.1. Ansvaret för luftkvaliteten, vattenkvaliteten, bullret och kvaliteten på livsmedel

14.1.1. Inneluften i bostäder och övriga uppehållsrum: antal åtgärder/1000 invånare. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Miljöverket (hälsoövervakning).

14.1.2. Kvaliteten på uteluften. Beskrivning av problem med luftkvaliteten, besvär, tillräckligheten i uppföljningen och åtgärderna, eller granskning av kommunens koldioxidbalans. Mätaren utvecklas fortsättningsvis. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Miljöverket (miljöskyddet).

14.1.3. Hushållsvattenmätare: andelen personer som har tillgång till kommunalteknik. Dessutom en beskrivning av problemen med hushållsvattnet och åtgärder på kommunens område. Granskningsintervall: 1*/år eller 1*/4 år. Källa: Miljöverket och vattenvårdsverket.

14.1.4. Vattendrag. Mätare: Beskrivning av problemen med vattenkvaliteten i vattendragen och åtgärderna. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Miljöverket, föreningar för skydd av vattendrag och regionala miljöcentraler.

14.1.5. Bekämpning av buller. Beskrivning av ett planerligt minskande och bekämpning av bullerskador, t.ex. ett bullerbekämpningsprogram eller motsvarande. Granskningsintervall: 1*/år (besvär), 1*/4 år (andra bekämpningsåtgärder). Källa: Miljöverket (hälsoövervakning, miljöskydd, luftfartsverket).

14.1.6. Livsmedlens trygghet och kvalitet. Livsmedelsövervakningens tillräcklighet: Livsmedelsövervakningens resursindex meddelas. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Hälsoövervakning, livsmedelsverket.

14.1.7. Radon i inneluften (gäller kommuner med radonproblem). Sättet för bekämpning av radon. Mätare: Förverkligande av radonbekämpning. Meddelas om det beaktats i samband med byggnadstillståndet ja/nej. Dessutom meddelas den andel av kommunens bestånd av bostadsbyggnader där man hittills utfört radonmätningar och radoninformationens mängd/sätt. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Miljöverket (hälsoövervakningen), byggnadsövervakningen, Strålskyddscentralen, byggnadsövervakningen.

14.2. Planering av markanvändning och byggande

14.2.1. Hur har en trivsamt, trygg och hälsosamt omgivning beaktats i planeringen av markanvändningen - beskrivning. Mätaren utvecklas fortsättningsvis.

14.2.2. Antalet hinderlösa bostäder/bostadsbeståndet i gamla och nya byggnader - kartläggning av avsaknaden av hiss - valfri. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Kommunen.

14.3. Brand- och räddningsverksamhet

14.3.1. Hur snabbt är polisen, ambulansen eller brandbilen på plats. Tid som har förflutit sedan alarmet emottagits på kretsalarmcentralen till dess att utryckningsfordonet är på plats/ min. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Brand- och räddningsverket.

14.3.2. Antalet personer som kunnat nå tack vare förebyggande räddningsrådgivning. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Brand- och räddningsväsendet.

14.4. Avfallsservice

14.4.1. Mängden varierande samhällsavfall som slutförvaras på avstjälpningsplatsen/kg/invånare. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Kommunens avfallssektor.

14.5. Planering och underhåll av rekreations- och fritidsområden

14.5.1. Längden på de motionsrutter som skall hållas i skick sommar och vinter/invånare. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Kommunens idrottsverk.

14.5.2. Ytan på gamla (mogen för nyodling, medelålder över 80 år) skogsbestånd i kommunägda skogar. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Kommunens grönservice.

14.6. Beaktande av en hållbar utveckling av omgivningen

14.6.1. Kommunala enheter som på ett planerligt sätt förverkligar en hållbar utveckling. Mätaren utvecklas fortsättningsvis. Granskningsintervall: 1*/år. Källa: Miljöverket.

14.6.2. Miljöskyddsmätare: Ytan på skyddade naturområden av kommunägda grönområden. Anmäls på basen av kommunalt beslut, skyddade områden på plane- eller naturskyddsområden. Granskningsintervall: 1*/4. år. Källa: Miljöverket, stadsplaneringen (planläggning).

15. Funktionaliteten i servicen för barn och ungdom (tillgänglighet och användning)

15.1. Dagvårdsservice

15.1.1. Dagvårdens klienter: antalet 0-2 åringar i dagvård och % -andel av alla 0-2-åringar. Källa: Sotka.

15.1.2. Dagvårdens klienter: antalet 3-6 åringar i heldagsvård och % -andel av alla 3-6-åringar. Källa: Sotka.

15.1.3. Antalet 0-6 åringar i deltidsvård och % -andel av alla 0-6-åriga barn. Källa: Sotka.

15.2. Undervisningsservice

15.2.1. Antalet elever, antalet lärare och elever/lärare i allmän undervisning på årskurserna 0-6 och 7-10. Källa: Statistikcentralen.

15.2.2. Antalet 1-2 klassister som är i eftermiddagsvård anordnad eller stödd av kommunen eller i privat eftermiddagsvård. Källa: Kommunstatistiker och av kommunen insamlade uppgifter från andra serviceproducenter.

15.2.3. Antal beslut om specialundervisning och % -andelen 7-16-åringar. Källa: Kommunstatistiker.

15.2.4. Antalet personer under 18 år som lämnat utanför utbildning, antal och % -andel av alla 16-18-åringar. Källa: Kommunstatistiker och arbetskraftsstatistik.

15.3. Hälsovårdsservice

15.3.1. Antalet klienter vid barnrådgivningsbyråerna/hälsovårdare. Källa: Kommunstatistiker.

15.3.2. Antal elever/skolhälsovårdare. Källa: Kommunstatistiker.

15.3.3. Antalet elever/skolpsykolog. Källa: Kommunstatistiker.

15.3.4. Antalet elever/skolkurator. Källa: Kommunstatistiker.

15.3.5. Tillgängligheten till skolhälsovårdarens/-läkarens mottagning. Källa: Skolhälsoförfrågan, fråga 23.

15.3.6. Antalet besök hos läkare inom primärhälsovården, 1-6-åringar och 7-14-åringar. antal och i förhållande till åldersgrupperna. Källa: Sotka. Åldersproportioneringen måste göras själv t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter.

15.3.7. Kötid till psykiatrisk vård för barn /dygn Källa: Kommunstatistiker – preciseras ännu, vilken grupp som avses.

15.3.8. Tillräckligheten beträffande psykiskt stöd och psykiatrisk vård för barn och ungdomar. Källa: Kommunstatistiker – mätaren preciseras ännu.

15.3.9. Antalet mentalvårdspatienter inom sjukhusvården. Källa: Sotka uppgifter erhålls utan åldersfördelning och separat ansökan. Från Hilmo med indelning i 0-16-åringar och 17-24-åringar

15.3.10. Antalet mentalvårdspatienter inom barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård. Källa: Kommunstatistiker, eller om uppgifter inte finns att få på basen av föregående: Antalet öppenvårdsbesök inom specialsjukvården/år. Källa: Sotka.

15.3.11. Antalet vård dagar inom psykiatrins specialområde/1000 invånare. Källa: Sotka. Åldersproportioneringen måste göras själv, t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter.

15.3.12. Antalet 3-18 åringar som under de senaste 3 åren besökt tandläkare, antal och % -andel av åldersgruppen. Källa: Kommunstatistiker. Uppgifter som berör hela landet erhålls tidigast i slutet av hösten 2001.

15.3.13. Hur har man ordnat preventivrådgivningen i kommunen – mätaren skall preciseras. Källa: Kommunen.

15.4. Bispisningsservice.

15.4.1. Fetthalten i den mjölk som används i av kommunen anordnad anstaltsbispisning/ % och salthalten i brödet/% Källa: Kommunstatistiker.

15.5. Social service / Stödåtgärder för barn

15.5.1. Antalet besökare vid uppfostrings- och familjerådgivningar, vid familjecentral (eller motsvarande) och klienter/1000 0-17-åringar/år. Källa: Sotka.

15.5.2. Antalet 0-17 åriga barn och unga som placerats utanför hemmet och/av 1000 0-17-åringarna. Källa: Sotka.

15.5.3. Antalet barn som fått stödjande åtgärder inom den öppna vården: antal och /1000 0-17-åringar. Källa: Sotka. Proportioneringen måste göras själv, t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter. .

15.5.4. Service som hemvården erbjuder barnfamiljerna, timmar/1000 barnfamiljer. Källa: Kommunstatistiker.

15.6. Förlikning i brotts- och tvistemål

15.6.1. Antalet fall bland <18-åringar: antal och % av alla 15-17-åringar. Källa: Kommunstatistiker.

15.7. Intresse- och kulturell verksamhet

15.7.1. Kulturutbud åt barn och ungdom, beskrivning. Källa: Kommunstatistiker.

15.7.2. Antalet klubbtimmar som erbjuds av skolorna/vecka. Källa: Kommunstatistiker.

15.7.3. Andelen barn i åldersgruppen som får grundundervisning i konstämnen. Antalet personer under 25 år som använt sig av kommunens motionstjänster. Källa: Kommunstatistiker.

15.7.4. Vilka är de som inte använder servicen, skede II. Källa: Kommunen (skede II).

16. Funktionaliteten i servicen för den vuxna befolkningen (tillgänglighet, användning och förnöjsamhet med servicen)

16.1. Utbildningsservice

16.1.1. (Vuxenstudier, beskrivning av utbudet – beskrivningen flyttas till textdelen).

16.2. Hälsovårdsservice

16.2.1. Antalet läkarbesök inom primärhälsovården bland 15-64 -åringar. Antal/invånare/år. Källa: Sotka. Åldersproportioneringarna måste göras själv, t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter.

16.2.2. Standardiserat index för sjukhuspatienter. Källa: Sotka.

16.2.3. Läkarstjänstens täckningsgrad: Antalet 15-64 åriga personer som under året använt läkarstjänst vid hälsovårdscentralerna. Källa: Kommunstatistiker.

16.2.4. Hälsovårdscentralstjänstens täckningsgrad: Andelen 15-64-åringar av befolkningen som under ett års tid använt hälsovårdscentralens service. Källa: Kommunstatistiker.

16.2.5. Är den tandvård som kommunen arrangerar tillgänglig under veckans alla dagar? Svar ja/nej (kommunen som arrangör, producenten kan vara annan än kommun). Källa: Kommunstatistiker.

16.2.6. Klarar kommunen av att ansvara för alla 1956 eller senare födda personer som är i behov av tandvård? Svar ja/nej. Källa: Kommunen.

16.2.7. Antalet patienter inom psykiatrisk sjukhusvård under året/1000 invånare. Källa: Sotka. Proportioneringarna måste göras själv, t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter.

16.2.8. Antalet vård dagar inom psykiatrins specialområde/år för 15 år fyllda personer. Antal och/1000 invånare. Källa: Sotka. Proportioneringarna måste göras själv, t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter.

16.2.9. Antalet mentalvårdspatienter inom specialsjukvårdens öppenvård/1000 15-64 -år fyllda invånare. Källa: Sotka.

16.2.10. Antalet mentalvårdspatienter inom primärhälsovården/1000 invånare. Källa: Kommunstatistiker eller, om det inte framgår av ovan nämnda: Antalet mentalvårdsbesök inom primärhälsovården/år totalt. Källa: Sotka.

16.3. Social service

16.3.1. Antalet socialarbetare/1000 invånare. Källa: Kommunstatistiker.

16.4. Handikappservice

16.4.1. Källa:

16.4.2. Källa:

16.5. Intresse- och kulturell verksamhet

16.5.1. Användningen av biblioteket: antalet lån/invånare. Källa: Kommunstatistiker.

16.5.2. Användare av kommunens motionsplatser/motionsplats. Källa: Kommunstatistiker.

17. Funktionaliteten i servicen för den äldre befolkningen (tillgänglighet, användning och förnöjsamhet med servicen)

17.1. Hälsovårdsservice

17.1.1. Antalet besök i primärhälsovården för den 65 år fyllda befolkningen. Antal/invånare/år. Källa: Sotka. Åldersproportioneringarna måste göras själv, t.ex. på basen av Sotkas befolkningsuppgifter.

17.1.2. Läkarservicens täckningsgrad: Antalet personer över 65 år som under ett år använt hälsovårdscentralläkarservice av hela befolkningen. Källa: Kommunstatistiker.

17.1.3. Hälsovårdscentralservicens täckningsgrad: : Antalet personer över 65 år som under ett år använt hälsovårdscentralservice av hela befolkningen. Källa: Kommunstatistiker.

17.2. Social service

17.2.1. Antalet arbetstagare/vårdplats (separat på hälsovårdscentralernas bäddavdelning, vid åldringarnas serviceboendeenheter, vid ålderdomshem och eventuellt vid serviceboendeenheternas bäddavdelningar som ger anstaltsvård och alla tillsammans). Källa: Kommunstatistiker.

17.2.2. Antalet anstaltsplatser eller platser som erbjuder motsvarande service/75 åringar.< (innehållande bl.a. servicebostäder och åldringshem, platser vid en hälsovårdscentral som avsetts för långvårdspatienter och platser vid servicebostadsenheter som erbjuder långvård). Källa: Kommunstatistiker.

17.2.3. Användningen av hemvårdsservice: timmar/över 74 -år. Källa: Kommunstatistiker.

17.2.4. Antalet personer som fyllt 74 år inom hemvård (använder det regelbundet)/1000 över 74-åringar (inte de som bor i servicebostadsenheter och får hemvård där. Källa: Kommunstatistiker.

17.2.5. Antalet invånare eller patienter i långvård (separat vid hälsovårdscentralens bäddavdelning, vid servicebostadsenhet för åldringar, vid ålderdomshem eller liknande och vid servicebostadsenhet som erbjuder anstaltsvård) /1000 75 år fyllda personer. Källa: Kommunstatistiker.