

Minna Uusitalo, Kerttu Perttilä, Kristiina Poikajärvi, Matti Rimpelä

Lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa(TEJO)

Förundersökningsrapport

Aiheita 22/2003

Översättning:
Hans Frantz,
auktorerad translator, tf överlärare

ISBN 951-33-1422-7
ISSN 1236-9845

Stakes monistamo, Helsinki 2003

ABSTRAKT**Publicerad**

Författare Minna Uusitalo, Kerttu Perttilä, Kristiina Poikajarvi, Matti Rimpelä		Utgivare Stakes	
		Förläggare Stakes	
Titel Lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa (TEJO). Förundersökningsrapport			
Serie och nummer Aiheita 22/2003			
Sammandrag <p>Målsättningen med forsknings- och utvecklingsprojektet lokala strukturer och främjandet av välfärd och hälsa (TEJO) är att hjälpa kommunerna att hitta fungerande arrangemang för att klarlägga ställningen ifråga är om främjandet av välfärd och hälsa och befastandet av verkställighetsstrukturerna i kommunernas förvaltning. Projektet, som fördelar sig på en kommunutredning och ett experimentskede, förverkligas under åren 2003 - 2006 i samarbete med yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området, länsstyrelserna och i projektet deltagande kommuner.</p> <p>Denna kommunutredningsrapport grundar sig på intervju- och dokumentmaterial från 49 kommuner. Yrkeshögskolornas lärare intervjuade kommunernas ledande tjänsteinnehavare och förtroendepersoner och uppgjorde rapporter på basen av intervjuerna som utgjorde delmaterial i undersökningen. På basen av dokumentmaterial från 36 kommuner försökte man klarlägga hur målsättningarna i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 beaktats.</p> <p>De ledande förtroendepersonerna och tjänsteinnehavarna bedömer ledningen av främjandet av välfärd och hälsa i kommunerna med skolvitsordet sju. Omfattande välfärdsprogram eller -strategier som godkänts av kommunfullmäktige var sällsynta. Ett planmässigt system för uppföljning av befolkningens välfärd saknas i de flesta kommuner. I kommunernas centrala förvaltning behandlades ärenden som berör välfärd ofta enbart i anslutning till beredningen av budgeten varvid diskussioner fördes om de personella resurserna. I kommunerna fanns ett flertal strategi-, program- och projektdokument som hänför sig till enskilda välfärdsteman. Ärenden som berör barn och äldre ofta var oftast förekommande välfärdsteman.</p> <p>Ansvar för främjandet av välfärd var odefinierat och fördelade sig på olika sektorer och nivåer. I kommunerna fanns inte styr-/ledningsgrupper för främjande av välfärd eller skilda koordinatörer för främjande av hälsa. Kontaktpersoner för hälsofostran fanns i nästan varje kommun men deras funktionsförutsättningar var anspråkslösa. För ledningen avsedd utbildning som hänför sig till välfärdsledning förekom i liten utsträckning. Någon person som ansvarar för utbildning i anslutning till främjandet av välfärd hade inte utsetts i kommunerna.</p> <p>Målsättningarna i programmet Hälsa 2015 förekommer tillsviðare i liten utsträckning i kommunernas planer. Av målsättningarna per åldersgrupp är barnens välfärd, minskandet av användningen av rusmedel bland unga och förbättrandet av välfärden i gruppen över 75 år mest synliga. Förbättrandet av barnens psykiska välfärd och trygghet, förebyggandet av användningen av droger och stöddandet av äldreomsorgen betonades. Minst uppmärksamhet fick minskandet av olycksfall och våldsam död bland unga vuxna män.</p> <p>Av resultaten kan man dra slutsatsen att man i kommunernas ledning ofta är medvetna om befolkningens välfärdsproblem men att resurserna för att svara på välfärdsutmaningarna upplevs som alltför små. I kommunernas centrala förvaltning är ansvaret för ledningen av välfärd oftast odefinierat och verksamhetsstrukturerna är svaga och splittrade. Främjandet av befolkningens välfärd och hälsa i kommunerna är i huvudsak en intern angelägenhet för social- och/eller hälsovårdssektorn. Programmet Hälsa 2015 syns sporadiskt i kommunernas verksamhets- och ekonomidokument. Kommunerna koncentrerar sig på att producera kvalitativ och tillräcklig välfärdsservice och satsar i första hand på välfärdstjänster för barn, barnfamiljer och äldre.</p>			
Nyckelord välfärdsledning, välfärdsstrategi, främjande av hälsa, ledning, strukturer			
Övrigt (t.ex. elektronisk publicering eller Internet-adress) www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke			
ISSN 1236-9845		ISBN 951-33-1422-7	
Antal sidor 87		Språk Svenska	Pris 19 e (inkl. moms)
Distribution och försäljning Stakes, PB 220, 00531 Helsingfors, tel. 09 3967 2140 eller 09 3967 2141 eller automat 09 3967 2308, fax 09 3967 2450			

SAMMANDRAG

På uppdrag av Social- och hälsovårdsministeriet påbörjade Stakes utvecklingsprojektet Lokala strukturer och främjande av välfärd och hälsa (TEJO) för åren 2002-2005. Målsättningen med projektet är att hjälpa kommunerna att hitta fungerande arrangemang för att klarlägga ställningen ifråga om främjandet av hälsa och förstärka verkställighetsstrukturerna i kommunernas förvaltning. Projektet, som fördelar sig i en kommunutredning och ett experimentskede, förverkligas i samarbete med yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området, länsstyrelserna och deltagande kommuner.

Denna utredningsrapport grundar sig på insamlat intervju- och dokumentmaterial från 49 kommuner som yrkeshögskolorna har samlat in. Yrkeshögskolornas lärare intervjuade kommunernas ledande förtroendepersoner och ledande tjänsteinnehavare och gjorde upp intervju rapporter som utgör delmaterial i denna rapport. I intervjuerna deltog två samkommuner inom hälsovårdens sektor, ett landskap och Ålands hälso- och sjukvårdsområde. Genom att ta del av dokumentmaterial (budgeter för åren 2001-2002, ekonomiplanerna för åren 2000-2004 och verksamhetsberättelsen för år 2001) försökte man ta reda på hur väl folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 beaktats i 36 kommuner (en samkommun, 33 kommuner).

I kommunerna hade man godkänt ett stort antal strategi-, program- och projektdokument som hänför sig till enskilda välfärdsteman. Omfattande välfärdsprogram eller -strategier som skulle ha godkänts i kommunfullmäktige var sällsynta. I de flesta kommunerna förekom ingen planenlig uppföljning beträffande befolkningens välfärd. Ansvar för främjandet av välfärd var odefinierat och det fördelade sig på olika sektorer och nivåer. I kommunernas centrala förvaltning behandlade man ärenden i anslutning till välfärd oftast endast i anslutning till uppgörandet av budgeten varvid man diskuterade om de personella resurserna. De teman som var mest framträdande var välfärden bland barn och äldre.

Ledande förtroendepersoner och tjänsteinnehavare bedömer ledningen av främjandet av välfärd och hälsa i kommunerna med vitsordet sju. I kommunerna fanns inte någon styr-/ledningsgrupp för främjande av hälsa, ej heller separata koordinatörer för främjande av hälsa. En kontaktperson för hälsofostran fanns i så gott som varje kommun men deras funktionsförutsättningar var ringa. Någon utbildningsansvarig för främjande av hälsa hade inte utnämnts.

Målsättningarna i programmet Hälsa 2015 förekommer tillsvdare sparsamt i kommunernas planer. Av de målsättningar som hänför sig till olika åldersgrupper är det främst sådana som berör barnens välfärd, minskande av användningen av rusmedel bland ungdom, förbättrandet av välfärden för personer som fyllt 75 år som är oftast förekommande. Mest betonade man en ökning av barnens psykiska välfärd och trygghet, förebyggande av användningen av droger och stöddet av äldre personers hemvård. Av målsättningarna i programmet Hälsa 2015 ägnades minst omsorg om minskandet av olyckor och våldsam död bland unga vuxna män. Med tanke på den förlängda livstiden, tillgången på fungerande hälsovårdsservice och förverkligandet av en minskning av ojämlikheten bland befolkningen strävar kommunerna till att producera och utveckla konkurrenskraftiga servicesystem både vad gäller servicens kvalitet, tillgång och effektivitet.

Enligt denna kommunutredning är man i kommunernas ledning medvetna om befolkningens välfärdproblem men resurserna för att svara på välfärdsutmaningarna anses vara små. Kommunerna koncentrerar sig på att producera kvalitativ och tillräcklig välfärdsservice och satsar på välmåga bland barn, barnfamiljer, unga och äldre. I kommunernas centrala förvaltning är ansvaret för ledningen av välfärd vanligen odefinierat och verksamhetsstrukturerna svaga och splittrade. Befolkningens välfärd och främjandet av välfärd och hälsa är i huvudsak en intern verksamhet för social- och/eller hälsovårdssektorn. Programmet Hälsa 2015 syns sporadiskt i kommunernas verksamhets- och ekonomidokument.

INNEHÅLL

INLEDNING	8
Bakgrund	8
Målsättning	11
Arbetsplan	12
Igångsättandet	13
FÖRSTUDIE - KOMMUNUTREDNING	15
Material och metoder	15
Administration, organisation och ledning ifråga om främjande av välfärd och hälsa på basen av intervjuerna	18
Uppföljning och bedömning av befolkningens välfärd	18
Välfärdsstrategier och -program.....	22
Koordinering, ledning och ansvarsfördelning i fråga om främjandet av hälsa	27
Främjande av hälsa bland barn och ungdom.....	33
Utvecklande av kunnandet	34
Verkställandet av programmet Hälsa 2015 i kommunen	36
De intervjuades självbedömning.....	37
Målsättningarna i programmet Hälsa 2015 i kommunernas dokument	40
Välfärdsprojekt i kommunerna	52
DRYFTNING OCH SAMMANDRAG	54
Kommunutredningen som förundersökning	54
Sammandrag av observationerna och utvecklingsbehoven i förundersökningen	56
Från utredning till utvecklingsprojekt	59
KÄLLOR	
BILAGOR	
Bilaga 1. Stakes förslag till Social- och hälsovårdsministeriet.	62
Bilaga 2. Funktionsprocesserna i TEJO-projektet (bilagetabell 1).	68
Bilaga 3. Yrkeshögskolornas och länens kontaktpersoner år 2002 (bilagetabell 2 och 3).....	70
Bilaga 4. Brev till kommundirektörerna.	71
Bilaga 5. Kommuner, i vilka intervjuer och intervjurapporter gjordes (bilagetabell 4).....	73
Bilaga 6. Intervjublankett.	74
Bilaga 7. Kommuner, i vilka kommunvisa dokumentrapporter uppgjordes (bilagetabell 5).....	77
Bilaga 8. Befolkningsunderlaget i analyskommunerna (bilagetabell 6).....	78
Bilaga 9. I samband med intervjuerna omnämnda välfärdsprojekt i kommunerna (bilagetabell 7).....	79
Bilaga 10. Nya begrepp.	82
Bilaga 11. Lagar som hänför sig till välfärd och främjande av hälsa.	85

TABELLER

TABELL 1. Intervjuade personers titlar. 16

TABELL 2. Befolkningsunderlaget i de kommuner som deltagit i kommunutredningen. (n=49) 17

TABELL 3. Oftast omnämnda sätt att uppfölja befolkningens välfärd och hälsa. (n=49) 19

TABELL 4. De intervjuades synpunkter på ansvarspersonerna för uppföljning av välfärd och hälsa i kommunerna. (n=49) 20

TABELL 5. Välfärdsärenden som enligt de intervjuade behandlas i ledningsgrupper, styrelse och fullmäktige. (n=49) 23

TABELL 6. I intervjuerna omnämnda välfärdsstrategier och –program som är färdiga eller under beredning. (n=49) 25

TABELL 7. De intervjuades synpunkter på ansvarspersoner/nivåer i frågor rörande välfärd och främjande av hälsa. (n=49) 28

TABELL 8. De intervjuades synpunkter på utvecklandet av kunnandet ifråga om främjandet av välfärd och hälsa samt om de nivåer/personer som ansvarar för arbetsplats- och kompletteringsutbildning. (n=49) 35

TABELL 9. Åtgärder som hänför sig till verkställandet av programmet Hälsa 2015 vid beredningen av verksamhets- och ekonomiplanerna för år 2003. (n=49) 37

TABELL 10. Påståenden i anslutning till bedömningen av främjandet av välfärd och hälsa. 38

TABELL 11. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 1 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 41

TABELL 12. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 2 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 43

TABELL 13. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 3 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 44

TABELL 14. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 4 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 46

TABELL 15. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 5 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 48

TABELL 16. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 6 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 49

TABELL 17. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 7 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 50

TABELL 18. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 8 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36) 52

FIGURER

FIGUR 1. Medeltal i bedömningarna avgivna för ledning av främjande av välfärd och hälsa. 38

INLEDNING

Bakgrund

Den under 1990-talet förnyade verksamhetsidén beträffande främjandet av hälsa utkristalliserades under ledning av Världshälsoorganisationen år 1986 till följande fem funktionslinjer i den s.k. Ottawa-rapporten (Rimpelä 1994, Vertio 2003):

1. Förenande av hälsovårdsmålsättningar till all samhällspolitik
2. Åstadkommande av en omgivning som befrämjar hälsa
3. Samfund som befrämjar hälsa
4. Individuella färdigheter för främjande av hälsa
5. Hälsovårdsservice som befrämjar hälsa

Ottawa-dokumentet ger en överskådlig bild av hur främjandet av hälsa utvidgats från förebyggande av sjukdomar till byggande av välfärd och välfärdsservice i hela samhällspolitiken. Främjandet av hälsa bör vara planerligt och fortgående grunda sig på bevis och forskning. Vid främjandet av hälsa förekommer många olika nivåer från individernas vardagsliv till den samhällspolitik som utövas av kommuner och stater och vidare till en globalt hållbar utveckling.

I Finland har ansvaret för främjandet av hälsa och det förebyggande arbetet ålagts hälsovårdens sektor. På den riksomfattande nivån ansvarade Medicinalstyrelsen och vid länsstyrelserna länsläkarna och läns hälsovårdarna för det förebyggande arbetet. Redan på 1880-talet grundades i kommunerna hälsovårdsnämnder som i stor utsträckning koncentrerade sig på förebyggande arbete. Kommunalläkarnas tjänsteåligganden koncentrerades kring hälsovården ända till början av 1970-talet då folkhälsoarbetet förnyades.

Även i de flesta andra länder var det förebyggande arbetet länge en central uppgift för hälsovårdens sektor. I internationell litteratur har "public health" och "community health" – funktionslinjerna en stabil tradition, även vad gäller ledning och förvaltning. Även i länder där man i första hand stöder sig på privat företagsamhet och företagsmässig sjukvård har public health/community health – uppgifterna överlåtits åt statsmakten eller den regionala förvaltningen. I praktiken har detta medfört ett klart tudelat system där skyddet av hälsa och det förebyggande arbetet – således i modernt avseende främjandet av hälsa - utgjort en del och differentierade professioner och administrativa strukturer en annan del.

Då folkhälsoarbetet förnyades på 1960-talet började man i Finland bygga upp en även i internationellt hänseende ganska särpräglad helhet. I folkhälsoalagen hänfördes skyddet av hälsa och övrigt förebyggande arbete till primärsjukvården. Då man å ena sidan strävade till att förena tvingades man å andra sidan till att differentiera då många kommuner var för små för att bära ansvaret för folkhälsoarbetet. I syfte att uppnå tillräckligt storlek på enheterna överfördes folkhälsoarbetets uppgifter på av kommunerna gemensamt grundade och en från kommunens egen administration differentierad förvaltningsstruktur som under senare år benämnts samkommun.

De internationellt sett traditionella public health/community health uppgifterna överfördes till folkhälsoarbetets uppgifter i samband med att folkhälsoalagen trädde i kraft. I kommunerna koncentrerades ledningsansvaret till ifrågakvarande nämnd och till ledande/ansvariga överläkaren och ledande skötaren.

Fastän man i samband med beredningen av förnyandet av folkhälsoarbetet och i såväl den nya lagens motiveringar som i tolkningen av den på 1970-talet betonade arbetet för främjandet och

förebyggande av hälsa blev den centrala utmaningen anordnandet av sjukvården. Byggandet av ett nät av hälsovårdscentraler i hela landet var i praktiken planering, byggande och ibrukttagande av mottagningsutrymmen, bäddavdelningar, laboratorier och andra utrymmen som hänförde sig till sjukvården.

Den kraftiga styrningen från statsmaktens sida och det statsandelssystem som möjliggjorde den reducerade ledningen av kommunernas och deras gemensamma hälsovårdscentraler till att i stor utsträckning handla om byggande samt personal- och ekonomiförvaltning. De riksomfattande planerna och Medicinalstyrelsens verkställighetsdirektiv gav klara riktlinjer om hur det förebyggande arbetet och i synnerhet den förebyggande servicen skulle ordnas. Den statliga styrningen fäste relativt liten uppmärksamhet vid ledningen av kommunernas folkhälsoarbete i så vidsträckt omfattning som man avsåg i motiveringarna till folkhälsolagen och i den riktning som den snabbt förstärkta internationella public health/community health –funktionslinjen avancerade.

Beträffande hälsovårdscentralernas förebyggande service och mera allmänt om hälsofostran, gavs detaljerade instruktionsbrev vid övergången mellan 1970- och 1980-talen. Jämsides med den förebyggande servicen strävade man till att förstärka även de administrativa strukturerna genom att rekommendera hälsovårdscentralerna att utnämna kontaktpersoner för hälsofostran¹ och att tillsätta delegationer för hälsofostran som består av personer företrädande olika sektorer. Kontaktpersonernas för hälsofostran uppgift var att utveckla främjandet av hälsa som ett samarbete mellan olika sektorer och att förstärka verkställigheten av de riksomfattande folkhälsoprogrammen i kommunerna.

Samtidigt började problemen med hälsovårdscentralernas primärsjukvård kräva allt mera resurser i form av ledning och förvaltning. Byggandet av hälsovårdscentralnätet påbörjades i landskommunerna. Den politiska viljan för ett förstärkande av folkhälsoarbetet började emellertid vackla då det gällde att bygga upp primärhälsovården i de stora städerna. Resurserna i förhållande till utmaningarna föreblev ringa. Samtidigt växte kritiken mot den statliga styrningen och man krävde allt större frihet för kommunerna, även ifråga om sättet att anordna hälsovården. Relationerna mellan läkare och vårdpersonal ifråga om ledningen av hälsovårdens enheter strammades åt. Lösningen blev att man enades om ledningsstrukturer differentierade per yrkesgrupp. I slutet av 1980-talet bands resurserna avsedda för ledning upp även av den snabbt växande läkarbristen och om tillämpningen av principen om befolkningsansvar som man tillägnat sig samt en förstärkning av samarbetet inom social- och hälsovårdens sektor, i synnerhet inom åldersvården.

Kritiken av byråkratin inom hälsovården och den statliga styrningen hade i början av 1990-talet hade gjort statsmakten och kommunerna mogna för en översyn av deras inbördes arbetsfördelning. Den statliga styrningen monterades ned snabbt. Förutom ansvaret för att anordna servicen gavs kommunerna en exceptionellt stor och självständig rätt och ansvar över välfärdsservicen i allmänhet och även över hälsovårdspolitiken. Den ekonomiska recessionen snabbade på förändringen eftersom kommunernas finansieringsansvar för folkhälsoarbetet och hälsovården växte snabbt. Då man till detta även bifogade en överföring av specialistsjukvårdens statsandelar direkt till kommunerna började ledningens resurser inom hälsovårdscentralerna att i allt större omfattning gå åt till ekonomiförvaltningen och till samarbetet med specialistsjukvården.

Jämsides med den statliga normstyrningen kom informationsstyrningen in i bilden redan på 1980-talet. I folkhälsoprogrammet Hälsa åt alla år 2000 (STM 1989, STM 1993) betonades samarbetet mellan olika förvaltningssektorer som ett medel att främja välfärd och hälsa och ansvaret för befolkningens hälsa ålades samtliga förvaltningssektorer. Hälsovårdens roll beto-

¹ Se bilaga 10.

nades som den sakkunniges och kontaktpersonens för hälsofostran och delegationens roll som förmedlare, utvecklare och koordinator av kunskap vid förverkligandet av folkhälsoarbetet.

I kommunerna sökte man detta samarbete t.ex. genom att utveckla samarbetet mellan primärhälsovården och den sociala sektorn med tanke på det regionala befolkningsansvaret. Innehållsmässigt innebar detta många positiva saker med tanke på främjandet av befolkningens välfärd och hälsa såsom en koncentration av samarbetet mellan olika förvaltningssektorer och ett betonde av familjecentreringen. Inom stora kommuner och samkommuner splittrade betoningen av det regionala ansvaret förvaltningen till regionerna varvid ledningen av främjandet av välfärd och hälsa inom den centrala förvaltningen försvagades. Samtidigt tvingade den ekonomiska recessionen kommunerna att göra sparbeslut och att minska personalens antal. Antalet tjänster för ledande skötare som hade ansvaret för främjandet av hälsa och det förebyggande arbetet indrogs och uppgiftsbeskrivningarna för läkarna som hade hand om det förebyggande arbetet ändrades i riktning mot ett befolkningsansvar. Även kontaktpersonernas för hälsofostran verksamhet inskränktes och delegationer indrogs.

Dessa plock från några vid respektive tidpunkt aktuella utmaningar rörande ledningen av främjandet av hälsa under tre årtionden visar att det i kommuner och hälsovårdscentraler har blivit kvar ganska små möjligheter att koncentrera sig på grunduppgifter ifråga om främjandet av hälsa på det sätt som avsetts i § 1 folkhälsolagen: "Med folkhälsoarbete avses hälsovård som rör individen och hans livsmiljö samt individens sjukvård, ävensom sådan verksamhet i anslutning till dessa, som avser upprätthållande och främjande av befolkningens hälsotillstånd" (Folkhälsolagen 66/1977, 1 § 1. momentet).² Ett modernt främjande av hälsa och i ännu vidare omfattning av välfärd har blivit aktuellt i kommunerna först på 1990-talet och man måste därför förstå att traditionerna beträffande praxis och strukturer i ledningen fortsättningsvis är tunna.

På 1970-talet var främjandet av folkhälsan synligt framme såväl vid utvecklandet av utbildningen av yrkespersonal som vid vetenskapspolitiken. Hälsovårdsforskningen bedömdes och riktlinjerna för ett förstärkande av den skisserades i flera promemorior och program. Finland har blivit internationellt känt via sina framgångshistorier då det gäller epidemiologiska undersökningar av folksjukdomar och program för förebyggande verksamhet. I detta hänseende har Finland ofta kallats folkhälsoarbetets modelland.

Samtidigt har bedömningarna av forskningen och utbildningen tvingats konstatera att det i Finland finns speciella utmaningar beträffande forsknings- och utvecklingsarbete samt utbildningsprogram inom välfärdssektorerna och i synnerhet beträffande ledningen av hälsovården. Spjälkningen av främjandet av hälsa på flera olika institutioner inom universiteten kan delvis ha förorsakat denna situation. Institutionen för folkhälsovetenskap och institutionerna för vårdvetenskap har koncentrerat sig på forskning rörande folksjukdomar. Institutionerna för allmän medicin betonar centrala frågor i allmänläkarens arbete och vid institutionerna för vårdvetenskap forskar man i frågor som berör vårdarbetets teori och praxis. Då ett litet lands begränsade resurser dessutom fördelar sig på flera universitet och forskningsinstitutioner har det förekommit ganska lite forsknings- och utvecklingsarbete som berör främjande av hälsa, ledning av folkhälsoarbetet och den förebyggande servicen samt förvaltningsstrukturerna.

Kerttu Perttilä undersökte i början av 1990-talet ledningens uppfattningar om hälsa och främjande av hälsa i några kommuner. Främjandet av hälsa sågs som en viktig och understödansvärd uppgift men att förverkliga den som ett gemensamt ansvar förvaltningssektorerna emellan fanns det inga praktiska förutsättningar för. Ansvaret för främjandet av välfärd och hälsa hörde medvetet inte till någon (Perttilä 1999).

² Se bilaga 11

I den år 2000 publicerade utredningen "Kontaktpersoner för hälsofostran och främjandet av hälsa" (Pirskanen & Pietilä 2000) konstaterades att arrangemangen för ledningen av främjandet av välfärd och hälsa är skiftande i olika kommuner och att resurserna ofta är knappt tilltagna. Forskarna föreslog att man borde bygga upp en ny infrastruktur i kommunerna som skulle ta det lokala ansvaret för ledningen av främjandet av välfärd och hälsa. Enligt utredningen skulle man vid sidan av kommunens och hälsovårdscentralens ledning behöva aktörer från olika verksamhetssektorer och en person som koordinerar och planerar främjandet av hälsa tvärssektoriellt.

Som ett sammandrag av utvecklingen under de senaste tio årtiondena kan man konstatera att ifråga om ledningen och förvaltningen av främjandet av välfärd och hälsa har kommunerna, de ekonomiska regionerna och landskapen relativt oförberedda tvingats möta många nya utmaningar. De vedertagna strukturerna och den vedertagna praxisen, kunnandet, utbildningen och även forskningen och informationssystemen baserade sig ända till 1990-talet på en omgivning influerad av kraftig statlig styrning och ett kommunalt produktionsansvar. Inom några år flyttades även ansvaret för den strategiska ledningen till kommunerna och samtidigt tvingade de ekonomiska svårigheterna kommunerna att krympa resurserna för ledning, forsknings- och utredningsarbete och utbildning. Den praxis och de strukturer rörande främjandet av välfärd och hälsa som byggts upp under en period om tre årtionden inom folkhälsoarbetets sektor försvagades avsevärt samtidigt som kommunernas strategiska välfärdsansvar betonades. Ledningsresurserna vid hälsovårdscentralerna åtgick i allt större utsträckning till utvecklandet av ekonomi- och personalförvaltning och anordnandet av sjukvård.

I samband med att utredningen "Kontaktpersoner för hälsofostran och främjandet av hälsa" överlämnades till social- och hälsovårdsministeriet den 18.5.2000 inlämnade Stakes samtidigt ett förslag om ett forsknings- och utvecklingsprojekt vars målsättning var att hjälpa kommuner av olika storlek att hitta fungerande arrangemang för förstärkande av verkställighetsstrukturer ifråga om främjandet av hälsa och klarläggandet av denna sektors ställning i den kommunala förvaltningen (bilaga 1). På hösten 2002 kom man i samband med överläggningarna om ett resultatavtal mellan social- och hälsovårdsministeriet och Stakes överens om ett förverkligande av detta forsknings- och utvecklingsprojekt ("Lokala strukturer och ledning av främjande av välfärd och hälsa" (TEJO) under åren 2002-2005.

Målsättning

I projektet Lokala strukturer och ledning av främjande av hälsa (TEJO) klarläggs ledningen av främjandet av välfärd och hälsa samt ledningsstrukturer i kommunerna.

De mera detaljerade målsättningarna är att:

1. Klarlägga ledningen av främjandet av välfärd och hälsa samt ledningsstrukturerna i kommunerna.
2. Klarlägga hurdana uppgifter man använder sig av i kommunerna vid ledningen av främjandet av välfärd och hälsa och utveckla sådan informationsstyrning som stöder förverkligandet av programmet Hälsa 2015.
3. I samarbete med pilotkommunerna utveckla ledningen och ledningsstrukturerna ifråga om främjandet av välfärd och hälsa och utarbeta rekommendationer rörande detta för olika typer av kommuner.
4. Förstärka och stöda kunnandet rörande ledning av främjandet av välfärd och hälsa hos de personer som arbetar i ledningsuppgifter i kommunerna i samarbete med yrkeshögskolorna och ifrågavarande institutioner vid universiteten.

Arbetsplan

Ledningen av främjandet av välfärd är i första hand nätverksledning som förutsätter delning av ansvaret mellan olika förvaltningssektorer. Ledningen i sig förutsätter påverkan och effektivitet precis som vid ledningen av vilket resultatområde som helst. Till verksamheten hör bedömning av behov, planering, prioritering, fattande av beslut, organisering och koordinering av ärenden. För att uppnå bra beslut behövs fungerande informationssystem, uppföljning av befolkningens hälsa och ändringarna i den, bedömning av effekterna av gjorda beslut, fungerande administrativa strukturer, resurser och ledning (Simnett 1997). Saken blir mångdimensionell på grund av att främjandet av välfärd och hälsa som begrepp är mångtydigt och vidsträckt som uppgiftsområde. Ansvaret fördelar sig på många förvaltningssektorer och besluten inom de olika förvaltningssektorerna inverkar på verksamheten inom andra förvaltningssektorer. Koordineringen av främjandet av välfärd och hälsa förutsätter förmåga att skapa och upprätthålla nätverk mellan olika yrkesgrupper och kommunmedlemmar samt förmåga att identifiera kanaler via vilka ärenden kan föras framåt. Till ett lyckat resultat inverkar i avgörande grad människorna själva via sina beslut. Den offentliga förvaltningens uppgift är att skapa möjligheter och förmedla uppgifter.

TEJO-projektet förverkligas i form av ett nätverkssamarbete där aktörerna i praktiken utgörs av yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området, länsstyrelserna och Stakes i samarbete med i projektet deltagande kommuner. Projektet fördelar sig på en kommunutredning som utförs som en förstudie (denna rapport) och på ett utvecklingsförsök som ingår i forskningsdelen.

På basen av den förundersökning som färdigställs på hösten 2003 påbörjas försök som utreder strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa i en eller två kommuner av olika storlek samt i två eller tre ekonomiska regioner. I projektet framförs nya lösningar för att leda och koordinera främjandet av välfärd och hälsa som en tväradministrativ verksamhet. Speciell uppmärksamhet fästs vid planeringen och moderniseringen av kontaktpersonernas för hälsofostran uppgifter och befattningsbeskrivningar. Utvecklingsförsöken stöds i kommunerna via en metod- och processutbildning i anslutning till ledningen av främjandet av välfärd.

Som bakgrundsstomme för TEJO-projektet används folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 och dess förverkligande i kommunerna. Som ett program som berör olika sektorer av samhällspolitiken förutsätter Hälsa 2015 en uppsjälkning av verkställighetsplanen på en längre tidsperiod, t.ex. per fullmäktigeperiod, en strategi och därtill hörande prognostisering av alternativ (bedömning av effekter som riktar sig mot människan, bedömning av hälsoeffekter), ibruktagande av uppföljningsinstrument för främjande av hälsa och uppbyggande av ett kvalitetssystem för främjande av hälsa i kommunen som beretts av ledningen i kommunen/den ekonomiska regionen. Vid beskrivning av välfärds läget i kommunen är det bra att ta i bruk kommunens välfärdsberättelse och uppföljningsindikatorer. Under tiden som TEJO-projektet pågår anordnas riksomfattande och lokal utbildning om dessa ämnen för kommunerna. Kommunerna bereds dessutom möjlighet att delta i den Hälsa 2015 (10 sv) utbildning som Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och den virtuella yrkeshögskolan tillsammans planerat och som förverkligas som nätverksutbildning. Studiehelheten har planerats så att den lämpar sig som grund-, fortbildnings- och kompletteringsutbildning vid yrkeshögskolorna.

I TEJO-projektet ingår förutom förundersökningen en forskningsdel rörande strukturer och processer för ledningen av främjandet av välfärd och hälsa. Ämnesområden som skall bedömas är identifieringen av välfärdsbehov, planering, beslutsfattande, verkställande och förverkligande av beslut, resurser och allokering, tillbudsstående databas samt uppföljning och bedömning.

Projektets framskridande stöds och uppföljs vid de arbetsmöten som Stakes ordnar årligen och vilka är avsedda för yrkeshögskolorna, länens representanter och kommunerna. Kommunvisa arbetsmöten med olika sammansättning ordnas enligt behov. Projektet och dess resultat förevisas på riksomfattande, regionala och lokala utbildningstillfällen (t.ex. TERVE - SOS, Terve Kunta -dagarna) och vid arbetsmöten. Teman och resultat framläggs även i facktidsskrifter och i vetenskapliga publikationer. TEJO-projektet som en del av förverkligandet av programmet Hälsa 2015 behandlas och uppföljs även i sektionen av den lokala kommittén inom Folkhälsodelegationen och på projektet Hälsa 2015:s nätsidor (<http://www.terveys2015.fi>).

Igångsättandet

TEJO-projektets nätverkssamarbete började med samarbetsmöten arrangerade av Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes tillsammans med länsstyrelserna och yrkeshögskolorna (bilaga 2, bilagetabell 1). I Social- och hälsovårdsministeriets och länsstyrelsernas resultatavtal 2002 bestämdes att en av länsstyrelsernas uppgifter är att göra programmet Hälsa 2015 känt på den regionala och lokala nivån och att tillsammans med Stakes göra en utredning över hur det administrativa ansvaret för främjandet av välfärd och hälsa är ordnat i kommunerna.

Samarbetet med yrkeshögskolorna startades i anslutning till verkställigheten av programmet Hälsa 2015. Yrkeshögskolorna har till uppgift att, förutom att handha sin utbildningsuppgift, att meddela sådan högskoleundervisning för yrkesinriktade expertuppgifter som baserar sig på arbetslivets och arbetslivsutvecklingens krav samt på forskning och konstnärliga utgångspunkter, att stöda individens yrkesutveckling och att bedriva tillämpat forsknings- och utvecklingsarbete (Yrkeshögskolelagen 351/2003, 4§ 1. momentet). Yrkeshögskolorna bör stärka samarbetet med näringslivet och utveckla sin aktiva roll som en del av en regional och en riksomfattande utvecklingsstrategi med målsättningen att utveckla näringslivet och övrigt arbetsliv och att förbättra sysselsättningen. En del av yrkeshögskolorna har fungerat mycket aktivt i samarbetet med kommunerna även inom välfärdssektorn och hälsovårdssektorns nätverk inom yrkeshögskolorna har uppgjort sin egen hälsovårdsstrategi.

Utgående från detta tillfrågades yrkeshögskolorna om sitt intresse för att delta i ett samarbete med Stakes, Social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelserna rörande främjandet av verkställigheten av programmet Hälsa 2015. Det första arbetsmötet arrangerades på hösten 2001. I mötet deltog representanter för alla de 24 yrkeshögskolor som meddelar undervisning inom sektorerna hälsovård och det sociala området, Undervisningsministeriet och Social- och hälsovårdsministeriet. Som ett resultat av mötet beslöt man starta samarbete inom ramen för projektet lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa och grundade ett nätverk av förbindelse lärare omkring välfärdsteman. Samtidigt startades planeringen av en virtuell studiehelhet som främjar verkställigheten av programmet Hälsa 2015.

TEJO-projektet har avancerat som en gemensam process tillsammans med länens och yrkeshögskolornas kontaktpersoner samt representanter för Stakes och social- och hälsovårdsministeriet. Projektets arbetsplan delades i två delar.

1. Förundersökning – Lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa, vars resultat man beskriver i denna rapport.
2. Forsknings- och utvecklingsprojekt i några kommuner och ekonomiska regioner på basen av förundersökningen (2003-2005).

Förundersökningen gjordes i form av en intervju-undersökning och en dokumentanalys i kommuner som yrkeshögskolorna överenskommit om. Yrkeshögskolorna gjorde rapporter på basen av intervjuteman, var och en från sin egen kommun samt sammandrag av vissa av kommunens

dokument enligt temat att målsättningarna i programmet Hälsa 2015 skall synas i dokumenten. Denna förundersökningsrapport består av en analys och ett sammandrag av tidigare nämnt material.

Under det första året arrangerades sex arbetsmöten inom ramen för TEJO-projektet, där man diskuterade och kom överens om riktningen beträffande framskridandet, funktionssätten och tidtabellerna. Dessutom arrangerades separata forskarseminarier, sammanträffanden för de svenskspråkiga representanterna och sammanträffanden för smärre beredningsgrupper. (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke).

Projektets utvecklingsförsök startar på basen av behandlingen av en detaljerad arbetsplan som uppgjorts på basen av förundersökningen. Detta sker vid ett arbetsmöte i september 2003 där Stakes, yrkeshögskolorna och länen är närvarande. Den arbetsplan som uppgjorts tillsammans sänds till de kommuner som deltagit i förundersökningen med ett erbjudande om att delta i det fortsatta arbetet med TEJO-projektet. Arbetsplanen innehåller kriterierna för deltagande i projektet och förutsättningarna för olika parter (kommunerna, Stakes, yrkeshögskolorna och länsstyrelsernas) att delta samt till projektet hörande utbildningsplan.

Innehållet i TEJO projektet behandlas noggrannare vid det arbetsmöte som anordnas i slutet av oktober dit förutom representanter för yrkeshögskolorna och länens kontaktpersoner även kallas representanter för de kommuner som är intresserade av att delta i det fortsatta arbetet. Kommunerna svarar bindande på erbjudandet om samarbete före utgången av december via ett brev som undertecknas av stads-/kommundirektören och styrelsens ordförande. Under hösten igångsätts planeringen och förverkligandet av utbildningen i samarbete med yrkeshögskolorna och uppgörs en mera detaljerad forskningsplan. Utvecklingsförsöken inleds stegvis i början av år 2004. Forsknings- och utvecklingsprojektet TEJO föredras på Terve Kunta –dagarna i januari 2004.

FÖRSTUDIE - KOMMUNUTREDNING

Material och metoder

Materialiet i den kommunutredning som utgör förstudien består av intervju- och dokumentmaterial. Sammanlagt 20 yrkeshögskolor anmälde sig villiga att utföra kommunutredningar av vilka 19 införskaffade material och gjorde intervjuer. Utredningsarbetet startades på hösten 2002 inom respektive yrkeshögskolas verksamhetsområde. Länsstyrelsens kontaktperson och yrkeshögskolans förbindelse lärare (bilaga 3, bilagetabell 2 och 3) valde ut 1-3 kommuner som utredningsobjekt inom respektive yrkeshögskolas verksamhetsområde. Man strävade till att förverkliga kommunutredningen i olika typer av kommuner. Urvalskriterierna utgjordes av kommunens storlek (stor/liten kommun), om det i kommunen fanns en ledande skötare eller inte och hänsyn togs till huruvida kommunen hörde till en samkommun för folkhälsoarbetet eller om kommunen sköter folkhälsoarbetet självt. Stakes tillställde kommundirektörerna ett informationsbrev rörande projektet (bilaga 4) där man bad om kommunernas medgivande till intervjuerna. Samtidigt bad man kommunen tillstålla områdets yrkeshögskolas förbindelse lärare det bakgrundsmaterial som behövs för intervjuerna. Förbindelse lärarna tog kontakt med de personer som skulle intervjuas.

Intervjumaterial

Kommunintervjuerna gjordes under ledning av yrkeshögskolans lärare. I vissa intervjuer deltog även studeranden. Kommunernas ledande förtroendepersoner och tjänsteinnehavare intervjuades. Av de ledande tjänsteinnehavarna intervjuades kommundirektören, bastrygghetsdirektören eller social- och hälsovårdsdirektören (i de kommuner som hör till en samkommun för folkhälsoarbetet intervjuades förutom socialdirektören även samkommunens ledande läkare och ledande skötare), kommunkonferenschefen eller planeringschefen och koordinatören för främjande av hälsa i kommunen/hälsovårdsplaneraren (såvida en sådan fanns i kommunens centrala förvaltning). Av de ledande förtroendepersonerna intervjuades kommunstyrelsens ordförande och bastrygghetsnämndens eller social- och hälsovårdsnämndens ordförande. (Tabell 1).

Intervjurapporter finns att tillgå från 19 yrkeshögskolor, sammanlagt 41. I rapporterna ingår intervjuer med tjänsteinnehavare och förtroendepersoner i 49 kommuner. Medverkande är två samkommuner för folkhälsoarbetet och ett landskap (7 kommuner) samt Ålands hälso- och sjukvårdsområde (bilaga 5, bilagetabell 4). Antalet intervjuade personer i intervjuerna uppgår till sammanlagt 254, 158 tjänsteinnehavare och 75 förtroendepersoner. I Kajanaland deltog sammanlagt 21 personer i intervjuerna som i rapporten inte separat fördelas i förtroendepersoner och tjänsteinnehavare. Ur alla rapporter framgår inte det totala antalet personer som intervjuats, ej heller de intervjuades titlar.

Intervjutemata berörde strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa (bilaga 6). I intervjuerna granskades bl.a. koordineringen och organiseringen av främjandet av välfärd och hälsa i kommunen, uppföljnings- och bedömningsmetoder beträffande utvecklingen av välfärd och hälsa, beslutsfattande rörande välfärd och hälsa samt i kommunen färdigställda välfärdspolitiska strategier och program. Vidare granskades sådana åtgärder och målsättningar i kommunernas verksamhets- och ekonomiplaner som överensstämmer med folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.

Intervjuerna gjordes under tiden 1.11.2002-31.1.2003 och rapporterades i enlighet med en gemensam rapportram. En del av intervjuerna gjordes som individintervjuer, en del som gruppintervjuer och en del som telefonintervjuer. En del av dem som intervjuades hade bekantat sig

med ämnet på förhand och en del hade inte gjort det. Intervjublanketten var enligt många intervjuare och intervjuade alltför omfattande och mångtydig vilket medförde problem i intervjusituationerna. I allmänhet hade man i kommunerna ställt förhållit sig positiva till intervjuförfrågningarna och tider för intervjuerna kunde lätt ordnas. Enligt flertalet hade intervjuerna förflutit väl och problemfritt.

För varje kommun gjordes en gemensam rapport. De sista kommunvisa rapporterna färdigställdes i april 2003. Förutom den gemensamma rapporten uppmanades förbindelse lärarna att skicka in kommunens organisationsschema samt anteckningarna från respektive intervju för eventuell granskning. Inom några områden hade man kommit överens om att inga personliga svar skickas in varför dessa dokument naturligtvis fattas från dessa områden.

TABELL 1. Intervjuade personers titlar.

	PERSONER SOM INTERVJUATS	ANTAL
1	FÖRVALTNINGSDIREKTÖR	3
2	FÖRVALTNINGSJURIST, FÖRVALTNINGSSEKRETERARE, SPECIALSAKKUNNING, KANSLIST	4
3	REGIONAL DIREKTÖR FÖR VÄLFÄRDSOMRÅDET	1
4	LEDANDE SKÖTARE/FÖRVALTNINGSÖVERSKÖTARE/LEDANDE HÄLSOVÅRDARE	15
5	LEDANDE FÖRTROENDEPERSON	3
6	LEDANDE TJÄNSTEINNEHAVARE	3
7	CHEFSÖVERLÄKARE	8
8	8 STADS-/KOMMUNDIREKTÖR/BITRÄDANDE STADSDIREKTÖR	25
9	9 STADS-/KOMMUNSEKRETERARE	10
10	UTVECKLINGS-/SKOLNINGSDIREKTÖR, UTVECKLINGSKONSULT, PLANERINGSCHEF/-DIREKTÖR, STADSPLANERARE	8
11	KOMMUN-/STADSSTYRELSENS ORDFÖRANDE	19
12	KOMMUN-/STADSFULLMÄKTIGES ORDFÖRANDE	5
13	BASSERVICEAVDELNINGENS DIREKTÖR/BASTRYGGHETSDIREKTÖREN, CHEFEN FÖR BASSERVICEN	4
14	BASTRYGGHETS-/BASSERVICENÄMNDENS ORDFÖRANDE	7
15	SJUKVÅRDSDISTRIKTETS FÖRVALTNINGSDIREKTÖR	1
16	STYRELSENS ORDFÖRANDE I SJUKVÅRDSDISTRIKTET	1
17	SOCIAL- OCH/ELLER HÄLSOVÅRDSDIREKTÖR, DIREKTÖR FÖR SOCIALARBETET/HÄLSOVÅRDSDIREKTÖR	15
18	ORDFÖRANDE I SOCIAL- OCH/ELLER HÄLSOVÅRDSNÄMNDEN	15
19	SOCIALSEKRETERARE	3
20	DIREKTÖR FÖR HÄLSOÖVERVAKNING	1
21	VERKSTÄLLANDE DIREKTÖR FÖR HÄLSOVÅRDSVERKET	1
22	FORSKNINGSSEKRETERARE	1

Dokumentanalys

Materialet består av en dokumentrapport från de yrkeshögskolor som deltar i projektet. Av 19 yrkeshögskolor levererade 16 sin rapport till Stakes. Materialet består av 33 kommuner och en samkommun till vilken tre kommuner hör (n=36). (bilaga 7-8, bilagetabell 5 och 6.) Materialet innehåller en dokumentanalys av

- 1) budgeten för år 2001 och ekonomiplanen för åren 2001-2003
- 2) verksamhetsberättelsen för år 2001
- 3) budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004.

Yrkehögskolorna gjorde upp sammandragsrapporter på basen av nämnda dokument, vilka utgör bas för denna analys. I sammandragsrapporterna analyserades förekomsten av målsättningar i programmet Hälsa 2015 i kommunernas dokument. Avsikten var att utreda hur innehållet i målsättningarna i programmet Hälsa 2015 framgår av kommunernas planer och åtgärder.

Vid genomläsning av dokumentanalysen bör man komma ihåg att programmet Hälsa 2015 har publicerats först i maj 2001 varför man i de dokument som undersökts inte kan hitta direkta hänvisningar till programmets målsättningar. Därför granskar man i analysen huruvida det av kommunernas dokument framgår innehåll i likhet med målsättningarna i Hälsa 2015 och därtill hörande åtgärdsplaner. Yrkehögskolornas representanter har gått igenom dokumenten och på basen av dem uppgjort en fritt formulerad sammandragsrapport. Rapporternas form, omfattning och innehåll varierar betydligt. Då man bedömer resultaten bör man observera att de kvantitativa bedömningarna är riktgivande. Tolkning har gjorts i två skeden. Första gången gjorde yrkehögskolornas representanter det då de läste igenom dokumenten och skrev rapporter, den andra gången då sammandragsanalys gjordes av dessa rapporter.

Kommuner som deltagit i kommunutredningen

Största delen av de kommuner som deltagit i utredningen är små eller medelstora kommuner. Antalet kommuner med färre än 5000 invånare uppgår till 16 och antalet kommuner med färre än 10 000 invånare till 27. Antalet städer med flera än 100 000 invånare uppgår till två. (Tabell 2). "Av kommunerna är cirka hälften kommuner med flyttningsunderskott (28 st.) och ca en tredjedel kommuner med flyttningsöverskott (19 st.). Arbetslösheten nämns som ett problem i var tredje rapport. 19 kommuner hör till en samkommun för folkhälsoarbetet och 30 hör inte. Enligt rapporterna finns det en ledande skötare i 32 av kommunerna, i sex av kommunerna en ansvarig överskötare eller överskötare, i åtta kommuner en ansvarig avdelningsskötare eller motsvarande skötare, en ledare för vårdarbetet i tre av kommunerna och en direktör för hälsovårdsväsendet i en kommun. I några kommuner har man nämnt om att man har flera ledare för vårdarbetet. En chefläkare/ledande läkare, överläkare eller hälsovårdsdirektör finns i varje kommun. Det förekommer en viss brist på yrkeskunnig personal. I var tredje rapport omnämns bristen på läkare. Bristen på vårdpersonal omnämns mera sällan.

TABELL 2. Befolkningsunderlaget i de kommuner som deltagit i kommunutredningen. (n=49)

BEFOLKNINGSUNDERLAGET I DE KOMMUNER SOM AVGIVIT INTERVJURAPPORTER	ANTAL KOMMUNER
1. Under 3000	7
2. 3001-5000	9
3. 5001-10 000	11
4. 10 001-20 000	8
5. 20 001-50 000	7
6. 50 001-100 000	5
7. Över 100 001	2
Sammanlagt	49

Administration, organisation och ledning ifråga om främjande av välfärd och hälsa på basen av intervjuerna

Uppföljning och bedömning av befolkningens välfärd

I nästan varannan (19 st.) av de rapporter som innehåller intervjumaterial framgår att det i kommunerna inte finns ett system som systematiskt följer upp utvecklandet av befolkningens välfärd och i ingen kommun finns ett egentligt välfärdsbokslutssystem.³ (Tabell 3). Nästan alla av de intervjuade räknade i alla fall upp flera sätt att följa upp verksamheten som kommunerna använder. I tre intervjurapporter nämner man om att en del av de intervjuade var osäkra eller inte visste hur befolkningens välfärd och dess utveckling uppföljs i kommunen. I en kommun hade man inte någon form av uppföljningssystem.

Uppföljningen och bedömningen av befolkningens välfärd och hälsa har i kommunerna i stor utsträckning baserat sig på riksomfattande statistiker. Det var dem man hänvisade till som uppgiftskällor i 18 rapporter. De uppgifter som uppgjorts vid Stakes, Folkpensionsanstalten och Statistikcentralen utgör nyttiga källor för uppföljningsdata enligt de intervjuade. Även arbetskraftsförvaltningens arbetskrafts- och arbetslöshetsstatistik används.

Kommunvisa uppgifter som hänför sig till välfärd insamlas och statistikförs i någon mån även på regional bas (landskap och län, 10 st.). I rapporterna nämns bl.a. statistik över klientbesök (17) samt statistik över vårddagar/vårdtygnd och vårdtyngd (5) samt statistik över prevalens (förekomsten av sjukdomar), livstid och dödlighet (16). Kvaliteten på serviceutbudet (4) och klientförnöjsamheten (7) nämndes som mätningsobjekt i sammanlagt 11 rapporter. I tre kommuner har man gjort kommun- eller serviceförfrågningar med hjälp av vilka man utvecklar servicen i en riktning som motsvarar behovet.

Uppgifter som beskriver befolkningens välfärd och hälsa insamlas också i samkommuner (6 st.) och sjukvårdsdistrikt (6 st.). Enligt fyra rapporter insamlas dessa uppgifter vid hälsovårdscentraler. T.ex. vid samkommunen för Korpilahti-Muurame hälsovårdscentral utvecklas för närvarande ett datasystem för patientadministration som kommer att underlätta statistikföring och uppföljning. Ett annat exempel är Kajanalands sjukvårdsdistrikts och hälsovårdscentralernas kvalitetsprojektet i vilket man utvecklar kvalitetsmätare och kriterier för regionen Kajaland. Kommunerna upplevde det som ett problem att de uppgifter som samkommunerna insamlat inte har varit tillgängliga för primärkommunerna i tillräcklig utsträckning.

Beträffande barn (11 st.), skolelever (12 st.) och ungdomar (9 st.) insamlas välfärdsdata vid rådgivningar, inom dagvården, inom skolväsendet och inom skolhälsovården. Aktiv statistikföring inom åldringsvården förekommer också (13 st.). Personalens välfärd uppföljs i fem kommuner. Beträffande uppföljningen av övriga befolkningsgrupper förekommer inga omnämnan. I kommunerna uppföljs bl.a. användningen av rusmedel (8 st.), boendeförhållanden (boendestatistik, hemlösa, 4 st.) och långtidssjuka (6 st.). Uppgifter som utvisar befolkningens välfärd erhålls vidare via olika projekt (7 st.). I rapporten från Riihimäki för man fram lärdomsproven vid yrkeshögskolorna som en uppgiftskälla för beslutsfattarna. I tio rapporter förekommer ett allmänt omnämmande om att de olika förvaltningssektorerna självständigt samlar in statistikuppgifter inom respektive område.

³ Se bilaga 10.

Tyngdpunkten i uppföljningen och rapporteringen har förflyttats till att mera bli en uppföljning av utgiftsutvecklingen inom hälsovården. De viktigaste uppföljningsdokumenten är kommunens och dess olika verksamhetssektors verksamhets- och ekonomiplaner samt verksamhetsberättelserna. Dessa nämns i varannan rapport (18 st.).

TABELL 3. Oftast omnämnda sätt att uppfölja befolkningens välfärd och hälsa. (n=49)

	UPPFÖLJNINGSSÄTT	ANTAL OMNÄMNANDEN
1	verksamhets- och ekonomiplaner (för olika sektorer och kommunens allmänna)	18
2	riksomfattande statistik, t.ex. Stakes statistik	18
3	statistik över klientbesök	17
4	statistik över prevalens, livslängd och dödlighet	16
5	statistik rörande service för äldre	13
6	statistik rörande skolhälsovård/skolelevernas hälsotillstånd	12
7	statistik som berör barnens välfärd	11
8	regional statistik (länen)	10
9	statistik som uppgjorts inom olika förvaltningssektorer	10
10	statistik över ungdomars välfärd	9
11	statistik över missbrukarvård (alkohol/droger/tobak)	8
12	statistik över klientförmågsamhet	7
13	Folkpensionsanstaltens statistik	7
14	statistik som uppgjorts på basen av projekt/program/kampanjer	7
15	statistik som uppgjorts i samkommuner	6
16	statistik över långtidssjukdomar	6
17	statistik över dagvård	6
18	statistik som uppgjorts av sjukvårdsdistriktet	6
19	uppföljning av personalens välfärd	5
20	vård dygn, belastning, kostnader etc.	5
21	statistik som uppgjorts på rådgivningar	5
22	Statistikcentralens statistik	5
23	statistik över befolkningsutvecklingen	5
24	statistik över boende, bostadssituationen, bostadslösa	4
25	välfärdsutredningar/-redogörelser	4
26	statistik över barnskyddstillfällen/barnskydd	4
27	statistik över serviceutbud (hälsovård, kultur, fritid)	4
28	statistik uppgjord vid hälsovårdscentral	4
29	statistik som uppgjorts av arbetskraftsförvaltningen (sysselsättning, arbetslöshet)	4
30	kommun-/serviceförfrågningar	3
31	kvalitetsprojekt och därtill hörande statistik	3
32	statistik som hänför sig till sällning och periodvisa kontroller	3
33	hälsovårdsstatistik	3
34	inget systematiskt uppföljningssystem	19

Välfärdsredogörelser

I fyra intervjurapporter nämner man om att man i kommunerna bereder eller har berett en hela befolkningen omfattande välfärdsredogörelse eller ett välfärdsbokslut.⁴ I Keuruu bereder man en välfärdsredogörelse som behandlar ärenden som berör välfärdsamatörer. I Kuopio sammanställer man en välfärdsredogörelse en gång per fullmäktigeperiod och i St Michel har man gjort ett välfärdspolitiskt utredningsarbete som utgör grunden för ett kommande arbete med en välfärdsstrategi och utvecklandet av amatörer. Även i Vuolijoki har man gjort en lokal välfärdsutredning, Vuolijokibornas välfärdsredogörelse.

Mindre omfattande välfärdsutredningar som riktar sig till någon bestämd befolkningsgrupp har gjorts i stor utsträckning. Välfärdsredogörelser rörande barn och ungdom har gjorts bl.a. i Brahestad, Uleåborg, Grankulla, Kajana, Kiihtelysvaara, Kemi, Lahtis och Villmanstrand. Välfärdspolitiska program rörande barn och ungdom håller på att färdigställas eller har färdigställts i Savitaipale, Suomussalmi, Toijala och Vammala. I Muurame utvecklas ett system för uppföljning av välfärd hos barn och ungdom och i Kuhmo kartläggs personalens välfärd. Välfärdsamatörer utvecklas i Lapinlahti, Kuopio och Sotkamo och ett rapporteringssystem inom hälsovårdssektorn i Taipalsaari. Utredningar som utförts av ekonomiska regioner och kommuner som hänförs till välfärd omnämns i rapporterna från Hattula, Joensuu ja Bjärnä.

Välfärdsansvar

Behandlingen av ärenden som beskriver välfärd har fördelat sig vidsträckt och på många tjänsteinnehavares ansvar (tabell 4). I tio intervjurapporter nämner man om att ingen inom kommunen ansvarar för underhållet och utvecklandet av uppföljningssystemen för välfärd på ett koordinerat sätt. Enligt så gott som varje rapport (40 st.) ansvarar i allmänhet social- och/eller hälsovårdssektorn och dess tjänsteinnehavare för uppföljningssystemen. Uppföljningssystemet har givits som en uppgift åt bl.a. socialdirektören, social- och hälsovårdsdirektören, bastrygghetsdirektören eller ledande läkaren. Kommunens centrala förvaltning ansvarar för uppföljningen enligt 14 rapporter. T.ex. enligt fem intervjuade personer hör uppföljningen av välfärden åt stadsdirektören och de personer som arbetar med planeringsärenden (planeringschefen, planeringssekreteraren samt planeringsbyråns eller utvecklingsbyråns personal) har i fyra fall nämnts som ansvariga för uppföljningssystemen.

TABELL 4. De intervjuades synpunkter på ansvarspersonerna för uppföljning av välfärd och hälsa i kommunerna. (n=49)

	VEM ÄR ANSVARIG FÖR UPPFÖLJNINGEN	ANTAL OMNÄMNANDEN
1	social- och/eller hälsovårdssektorn (social- och/eller hälsovårdsdirektören, bastrygghetsdirektören, socialsekreteraren, socialplaneraren, hälsovårdsverket, verkställande direktören vid hälsovårdsverket, ledande läkaren)	40
2	förtroendeorganen (nämnderna, styrelsen, fullmäktige, förtroendepersonerna)	15
3	centralförvaltningen (stads-/kommundirektören, utvecklingsdirektören/-chefen, planeringssekreteraren, planeringschefen, planeringsbyrån, kamrern, ekonomi- och planeringssekreteraren)	14
4	samkommunen, sjukvårdsdistriktet	8
5	ledande skötaren, ledaren för vårdarbetet, hälsovårdaren	7
6	övriga verksamhetsenheter/tjänsteinnehavare inom kommunen (kvalitetschefen, chefen för informationsförsörjningen, datacentralen, direktören för fritidsverket, omgivningscentralen)	5
7	verksamhetsenheterna själva	3
8	övriga (Folkhälsan, Röda Korset, länen)	3
9	kontaktpersonen för hälsofostran/hälsofrämjande	2
10	ingen har ett koordinerat ansvar	10

I två rapporter omnämns kontaktpersonen för hälsofostran eller kontaktpersonen för främjandet av hälsa som ansvarsperson. Samkommunerna har omnämnts som ansvarsnivåer i sex rapporter och i två rapporter åläggs sjukvårdsdistrikten ansvaret för uppföljningen. Då det gäller förtroendepersonsorganisationen har man som ansvariga nämnt nämnderna (social- och/eller hälsovårdsnämnden 9 st.), förtroendepersonerna i allmänhet (1 st.), kommunens styrelse (4 st.) eller fullmäktige (1 st.). Vidare omnämns i rapporterna att olika verksamhetsområden och direktörerna för verksamhetsområdena självständigt ansvarar för uppföljningen av välfärd.

Rapportering

Uppföljningen av främjandet av välfärd och hälsa producerar statistiker och skriftliga rapporter åt kommunerna som används som grund för planering och beslutsfattande. I ca varannan intervju rapport nämns att uppföljningsutredningarna tillställs nämnderna (18 st.). Om uppföljningen meddelas dessutom kommunstyrelsen (11 st.) och fullmäktige (12 st.), kommunens ledningsgrupp (4 st.), förtroendepersonerna (8 st.) samt respektive förvaltningsenheter och vid dem fungerande ledningsgrupper (11 st.).

Revisionsnämnden

Den av kommunfullmäktige tillsatta revisionsnämndens uppgift är förutom att bedöma de ekonomiska målsättningarna även bedöma förverkligandet av de funktionella målsättningarna i kommunen (Kommunallagen 365/1995, 71 § 2. momentet). I åtta rapporter har revisionsnämndens verksamhet och de ärenden som där behandlats förblivit oklara för åtminstone en del av de intervjuade. I allmänhet har inte revisionsnämnderna fäst uppmärksamhet vid välfärdsärenden (17 st.). De oftast behandlade ärendena ansluter sig till ekonomin (12 st.).

Mest har revisionsnämnderna behandlat situationen inom åldringsvården och åldringsvårdens kvalitet (12 st.), välfärdssituationen bland barn (7 st.) och ungdom (5 st.) samt frågor om resurseringen och om hur väl primärhälsovården och den sociala servicen fungerar (17 st.). Missbrukarvården (3 st.) och frågor om hur arbetstagarna orkar i arbetet (6 st.) har nämnts i vissa rapporter. Allmän diskussion om främjande av välfärd och hälsa har förts enligt fyra rapporter.

Revisionsnämnderna har framfört att man borde utveckla nya, effektiva mätare som beskriver verksamheten och effekterna av den för uppföljning av välfärden. Revisionsnämndens arbete försvåras av att det inte i välfärdsprogrammen eller förverkligandeplanerna per förvaltningssektor finns klart definierade kvantitativa eller kvalitativa välfärdsmålsättningar. I en rapport finns ett omnämnande om att revisionsnämnden i samkommunen fäster uppmärksamhet vid utvecklandet av mätare som bedömer servicestrukturen och servicen.

Förändringar i verksamhets- och ekonomiplanerna från år 2002 till år 2003

I över hälften (21 st.) av rapporterna berättar man om att det i verksamhets- och ekonomiplanerna för år 2003 inte har skett nämnvärda förändringar jämfört med föregående år. I intervju rapporterna återkommer kommentaren att planerna för 2003 måste göras inom ramen för en resursram som är mera knappt tilltagen än fjolårets. Enligt nio rapporter ses den försvagade ekonomin som en bestämmande faktor då planerna görs upp.

Enligt planeringsdokumenten har de största förändringarna inträffat ifråga om resurseringen för arbetet bland åldringar. Kommunerna har under år 2003 satsat mera på utvecklandet av arbetet bland åldringar och på att åldringarna skall klara sig hemma (14 st.). Även de personella resurserna har ägnats större omsorg än under fjolåret (8 st.), liksom frågan om hur personerna skall orka på jobbet och på arbetsvälfärden (4 st.). Utvecklandet av basservicen och dess kvalitet har lyfts fram i ca var tredje rapport (14 st.).

⁴ Se bilaga 10.

På frågor som berör barns välfärd satsas det mera än tidigare (10 st.) bl.a. genom att öka på dagvårdsservicen (3 st.) och genom att utveckla barnskyddet och barnavården (4 st.). På de ungas välfärd (6 st.) satsas det mera än under föregående år genom att skolhälsovården (3 st.) och elevvården utvecklas (9 st.). Familjearbetet utvecklas enligt sex kommuners planer. I enskilda planer får rusmedelsarbetet mera resurser (5 st.) än under föregående år. I vissa kommuner har man fäst speciell uppmärksamhet vid förebyggande arbetet, främjandet av hälsa och välfärdsstrategier (5 st.). Välfärdsräddare utvecklas i sex kommuner och i fyra kommuner har man i planerna för 2003 gått in för att förstärka samarbetet över sektor- och kommungränserna ifråga om välfärdsärenden.

Endast i tre intervju rapporter nämner man om att utgångspunkten för målsättningarna i planerna för år 2003 är programmet Hälsa 2015. I rapporterna från Muurla och Salo nämns att målsättningarna i programmet Hälsa 2015 beaktats i ekonomiplanen för samkommunen för folkhälsoarbetet i Salonejden och att mätare utarbetats för uppföljningen av målsättningarna. I rapporten från Rantasalmi nämns att man i planerna för folkhälsoarbetet i Nyslott har beaktat tyngdpunkterna i programmet Hälsa 2015.

Sammandrag

Uppföljningen av främjandet av befolkningens välfärd och hälsa är oregelbundet och splittrat i många kommuner. Förtroendepersonerna och de ledande tjänsteinnehavarna har ingen klar uppfattning om hurdana uppgifter om befolkningens välfärd som insamlas och hur de kan tillämpas i praktiken. De uppgifter som hänför sig till uppföljningen av de intervjuade förtroendepersonernas och tjänsteinnehavarnas välfärd avviker från varandra. De faktorer som inverkar på befolkningens välfärd och bedömningen av hälsoeffekterna av de beslut som gjorts upplevs som svåra i kommunerna.

Revisionsnämndens roll i kommunens organisation är obekant för många av de intervjuade. I intervjuerna framkom att tyngdpunkten i revisionsnämndens ekonomiska granskning borde utvidgas även i riktning mot en funktionell granskning. I sammanlagt nio rapporter kritiserades revisionsnämndens ekonomiska betoning. Ett önskemål är att kommunernas målsättningar skulle bli mera konkreta och att man skulle utveckla passande mätare för de kvalitativa målsättningarna. I rapporten från Joensuu förs ett förslag fram om att revisionsnämnden i sin berättelse skulle göra en välfärdsbedömning av hur befolkningens välfärd har utvecklats under det gångna året. Man vill emellertid inte ändra på revisionsnämndens makt eller ansvar.

Välfärdsstrategier och -program

Behandling av ärendena i kommunens centralförvaltning

Behandlingen av ärenden som hänför sig till främjande av välfärd och hälsa behandlas ganska vidsträckt i kommunens centrala förvaltning, i ledningsgruppen, i styrelsen och i fullmäktige (tabell 5). Endast i två av kommunerna kunde de intervjuade inte nämna ett enda ärende rörande välfärd som skulle ha behandlats i den centrala förvaltningen. I åtta rapporter visste en del av de intervjuade inte om välfärdsärenden har behandlats i förvaltningsorganen eller så kom de inte ihåg att dylika ärenden skulle ha behandlats.

Uppgörandet av verksamhets- och ekonomiplanen är en process under vilken man diskuterar om ärenden som hänför sig till främjande av välfärd och hälsa. Detta har omnämnts i ca var tredje rapport. Ärenden som berör främjandet av välfärd och hälsa bland barn, ungdomar och äldre utgör de tre klart viktigaste frågorna som förekommer på ledningsgruppens, styrelsens och fullmäktiges ärendeförteckningar. I några kommuner har även familjernas välfärd lyfts upp på ärendeförteckningarna. Välfärden bland de arbetslösa har varit framme på centrala förvaltning-

ens ärendeförteckningar i form av hur personalen orkar i sitt arbete, av verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan (TYKY) och i form av personalens avlöning. Tillräckliga och kvalitativa bas- och välfärdstjänster utgör kommunernas allmänna målsättningar.

TABELL 5. Välfärdsärenden som enligt de intervjuade behandlas i ledningsgrupper, styrelse och fullmäktige. (n=49)

BEHANDLINGEN AV VÄLFÄRDSÄRENDEN	ANTAL OMNÄMNINGEN
I LEDNINGSGRUPPEN	
1. budgetärenden	14
2. främjande av välfärd/hälsa allmänt	14
3. service för äldre/äldringsvårdsärenden	13
4. välfärdsärenden rörande barn	11
5. personalvälfärd/resursering	7
6. missbrukarbete/missbrukarärenden	7
7. skolhälsovård	6
8. välfärdsprogram/-utredningar/-redogörelser	5
9. välfärdsärenden rörande ungdomar	5
10. byggnadsprojekt/investeringar/anskaffningar	5
11. service i allmänhet/servicestrukturens funktionsförmåga	4
12. omgivning/planläggning/trygghet/trafik	4
13. ärenden som hänför sig till motionsplatser och motion	2
14. ärenden som berör boende/bostadslösa	1
15. välfärdsärenden rörande familjer	1
I STYRELSEN	
1. budgetärenden	16
2. service för äldre/äldringsvårdsärenden	12
3. välfärdsärenden rörande barn	11
4. främjande av välfärd/hälsa allmänt	10
5. missbrukarbete/missbrukarärenden	8
6. personalvälfärd/resursering	7
7. välfärdsärenden rörande ungdomar	6
8. service i allmänhet/servicestrukturens funktionsförmåga	6
9. skolhälsovård	5
10. omgivning/planläggning/trygghet/trafik	4
11. välfärdsprogram/-utredningar/-redogörelser	3
12. välfärdsärenden rörande familjer	2
13. byggnadsprojekt/investeringar/anskaffningar	2
14. ärenden som berör boende/bostadslösa	1
15. Programmet Hälsa-2015	1
16. samarbete över förvaltnings- och kommungränser	1
I FULLMÄKTIGE	
1. budgetärenden	16
2. service för äldre/äldringsvårdsärenden	15
3. främjande av välfärd/hälsa allmänt	12
4. personalvälfärd/resursering	10
5. välfärdsärenden rörande barn	9
6. välfärdsärenden rörande ungdomar	8
7. service i allmänhet/servicestrukturens funktionsförmåga	6
8. missbrukarbete/missbrukarärenden	6
9. skolhälsovård	5
10. byggnadsprojekt/investeringar/anskaffningar	5
11. omgivning/planläggning/trygghet/trafik	4
12. ärenden som berör boende/bostadslösa	3
13. välfärdsprogram/-utredningar/-redogörelser	3
14. samarbete över förvaltnings- och kommungränser	3
15. ärenden som hänför sig till motionsplatser och motion	2
16. välfärdsärenden rörande familjer	1

Som temavisa helheter har man i den centrala förvaltningen diskuterat om utvecklande av missbrukarvården och skolhälsovården. I tre kommuner håller man på att öka personalen inom skolhälsovården. Även omgivningshygien, omgivnings- och planläggningsärendena, tryggheten och trafikärenden observeras i viss utsträckning. I vissa fullmäktigeförsamlingar har man diskuterat om boende, boendeförhållanden och de bostadslösa. Även en ökning av samarbetet mellan de olika förvaltningssektorerna och kommunerna har väckt diskussion i några styrelser och fullmäktigeförsamlingar. Övriga ärendehelheter som lyfts fram berör investeringar och byggnadsprojekt som hänför sig till välfärdsservicen, såsom byggandet av åldringshem, utbyggnad av hälsovårdscentralen eller iståndsättande av motionsställen.

I rapporterna konstateras det att de diskussioner som förs i den centrala förvaltningen förs endast på en principiell nivå och att de inte leder till verksamhet i praktiken. Välfärdsärenden har behandlats mera ingående i samband med behandlingen av välfärdsprogram och/eller utredningar och i samband med att man gjort linjedragningar per verksamhetsområde (social- och hälsovårdens strategier, hälsovårdens strategier samt service- och kvalitetsstrategier). Endast i en rapport omnämns att man i kommunens styrelse har behandlat folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (Kajana).

Representanterna för samkommunerna har i intervjuerna fört fram att samkommunernas administration bara sporadiskt får uppgifter om beslut som fattats i kommunernas beslutande organ. Detta har omnämnts i tre rapporter. Samarbetet borde intensifieras och i en rapport framkom ett önskemål om att en representant för samkommunen borde vara med i kommunernas ledningsgrupper. I samkommunernas förvaltningsorgan behandlas välfärdsärenden i samband med budgeten, i likhet med förfaringsättet i kommunerna. Nämda ärenden är missbruksarbetet (4 st.), skol- och elevhälsovården (1 st.) samt familjearbetet (1 st.). Andra ärenden som hänför sig till välfärd som behandlats är arbetstagarnas skolning och personalens tillräcklighet (3 st.).

Välfärdsstrategier och -program

I många kommuners rapporter redogör man för att det i kommunen inte finns egentliga välfärdsstrategier⁵, men att välfärdsärendena ingår i kommunens övriga strategier och program. Budgeterna betraktas i vissa kommuner som välfärdspolitiska program. De beskrivs på följande sätt som de dokument som styr välfärdsverksamheten.

"...kommunstrategin är kommunens välfärdspolitiska strategi eftersom den i sin helhet strävar till att främja välfärden, det är kommunens högsta program."

"...hos oss fungerar inte välfärd och hälsa utgående från någon stor skylt utan allting ingår i dessa (övriga) strategier".

"...kommunmedlemmarnas välfärd sköts inom ramen för den alldagliga verksamheten (...) utan att man skulle ha börjat uppgöra speciella papper. Omfattningen av välfärd är inbyggd i de befintliga funktionerna, något speciellt program har inte uppgjorts."

"...hur avviker den välfärdspolitiska strategin från stadens strategi, vems strategi är det att stadens invånare kan ges största möjliga välfärd?"

I nästan samtliga av de kommuner som deltog i utredningen kunde man nämna välfärdsstrategier eller program som hänför sig till välfärd som uppgjorts för en viss del av befolkningen eller för en viss sektor (tabell 6). Man säger att kommunens allmänna kommunstrategi (5 st.) samt social- och/eller hälsovårdssektorns strategier (11 st.) styr välfärdsarbetet. I tolv kommuner

⁵ Se bilaga 10.

finns egentliga strategier som går under namnet välfärdsstrategier och i 24 kommuner finns program eller utredningar som går under namnet välfärd (slgt. 36 st.). Även andra strategier och program som framkommit hänför sig intimt till välfärd. Endast en kommun meddelar att där inte har uppgjorts eller håller på att uppgöras välfärdsstrategier.

TABELL 6. I intervjuerna omnämnda välfärdsstrategier och –program som är färdiga eller under beredning. (n=49)

	FÄRDIGA/UNDER BEREDNING VARANDE STRATEGIER OCH PROGRAM	ANTAL OMNÄMNANDEN
1	välfärdsprogram/redogörelser/strategier (riktar sig till vissa befolkningsgrupper)	36
2	åldringpolitiska strategier/program	33
3	strategier/program för missbruksarbete	31
4	strategier/program som hänför sig till barns välfärd	28
5	strategier/program som hänför sig till ungdomars välfärd	27
6	strategier/program som hänför sig till servicenivån	17
7	strategier som hänför sig till omgivning och miljövård, strategier för trygghet/planläggning/trafik	16
8	mentalvårdsstrategier/program	15
9	strategier för handikappade/utvecklingsstörda	14
10	utvecklingsstrategier/program för social- och/eller hälsovården	11
11	strategier/program för öppen vård och hemservice	10
12	personalstrategier/program, strategier för personalens välfärd, personalskolningsstrategi	9
13	välfärdsstrategierna ingår i kommunens andra strategier	8
14	strategier/program för serviceboende/servicehus/servicecentraler	8
15	dagvårdsstrategier/program	8
16	boendestrategi/bostadspolitik	7
17	kvalitetsstrategier/program	7
18	familjepolitiska strategier/program	7
19	strategier/program för förebyggande av utslagning/tidig inblandning	7
20	näringspolitiska strategier/program	5
21	kommunprofil/kommunstrategi	5
22	utvecklingsstrategier/program som hänför sig till motion	5
23	strategier/program för sysselsättning/arbetslöshet	5
24	strategier/program för skolelever/skolor	4
25	utvecklingsstrategier/program för den grundläggande utbildningen/förskoleutbildningen	4
26	strategier för förebyggande och vård av fetma	2
27	strategier/program som riktar sig till invandrare	2
28	strategier/program som uppgörs av Stakes	2
29	har inga strategier/program som hänför sig till välfärd	1

De mest allmänna temavisa strategierna utgörs av åldrings- och rusmedelsstrategierna. Strategier som hänför sig till åldringar finns i 33 kommuner och rusmedelsstrategier i 31 kommuner. Utvecklingsprogram för öppna vården och hemservicen finns det rikligt av (10 st.). Åldringarnas välfärd utvecklas medelst olika slag av servicehusprojekt och till dem anslutna strategier (8 st.). Övriga allmänna separata strategier inom social- och hälsovårdssektorn är strategier som styr mentalvårdstjänster (15 st.) och vården av utvecklingsstörda (14 st.).

Barnens (28 st.) och ungdomarnas (27 st.) välfärd är framme i flera kommuners strategier och politiska program, likaså familjernas välfärd (7 st.) och anordnandet av dagvården (8 st.). På skolelevernas välfärd inverkar skolelevernas välfärdsstrategier (4 st.) och de strategiska lin-

jedragningar som ordnas av utbildningssektorn såsom utvecklingsprogrammen för grundutbildning och förskola (4 st.). I en rapporten omnämns att man i trygghetsprogrammet har fäst uppmärksamhet även vid mobbning som förekommer på arbetsplatsen och i skolan. Strategier som hänför sig till de arbetsföra och välmågan på arbetsplatsen finns i nio kommuner.

Med allmänna servicestrategier (17 st.) har man strävat till att säkra tillgången till basservice, dess funktion och tillräcklighet. Servicens kvalitet utvecklas via servicestrategier (7 st.). Med hjälp av strategierna har man strävat till att hitta lösningar för att förhindra utslagning och att känna igen problemen i ett tidigt skede (7 st.).

Omgivningens välmåga, skyddet av omgivningen, planläggningsärenden och en allmän trygghet i livsmiljön har antecknats som strategier och program i 16 kommuner. Beträffande sysselsättningspolitiken (5 st.) och bostadspolitiken (7 st.) finns separata strategier i ganska många kommuner, detsamma gäller näringslivspolitiken (5 st.). Dessutom förstärker kommunerna befolkningens välfärd med motionsprogram som befrämjar välfärd (5 st.).

Vilka deltog i beredningsarbetet med strategierna?

Strategier och program uppgörs vanligen under ledning av kommunens centrala förvaltning. I uppgörandet deltar social- och/eller hälsovårdssektorn (31 st.) och kommunernas tjänsteinnehavare i allmänhet (29 st.) och speciellt direktörerna inom social- och/eller hälsovårdsväsendet (9 st.). Av de politiska beslutsfattarna är nämnderna (27 st.), kommunstyrelsen (22 st.) och kommunfullmäktige (29 st.) aktivt med. Kommunens ledningsgrupp nämns ibland separat (4 st.). En allmän beskrivning är att respektive förvaltningssektor själv uppgör strategier och program inom sin egen sektor (17 st.). Utöver social- och hälsovårdssektorn deltar utbildningssektorn (17 st.), ungdomssektorn (10 st.), tekniska sektorn (8 st.), fritidssektorn (8 st.), kultursektorn (4 st.) samt motionssektorn (3 st.) och dagvårdssektorn (3 st.) i uppgörandet av välfärdspolitiska program. Av nämnderna är det främst social- och/eller hälsovårdsnämnden (13 st.) samt bastrygghetsnämnden (4 st.) som deltar. I fyra kommuner (Kajana, Sotkamo, Vuolijoki, Hyrynsalmi) bereds välfärdsstrategierna av en välfärdsgrupp.

Samkommunerna för folkhälsoarbetet deltar inte alltid i uppgörandet av kommunernas välfärdsstrategier. Samkommunerna omnämns i sju rapporter och sjukvårdsdistrikten i två rapporter. Enligt fyra rapporter är det chefläkarna eller överläkarna som bereder strategierna och enligt två rapporter ledande överskötarna eller överskötarna. Den tredje sektorn och organisationerna deltar i strategiarbetet i viss utsträckning (9 st.) liksom polisen (5 st.) och församlingarna (7 st.). I några kommuners strategiarbete deltar även yrkeshögskolorna (4 st.) och de ekonomiska regionerna (3 st.).

Sammandrag

I kommunerna finns olika slag av strategier och program som hänför sig till välfärd. En systematisk processering, uppföljning och bedömning av förverkligandet uppmärksammas i mindre utsträckning i intervju rapporterna. Kanske det var på grund av strategiernas mångtalighet och splittring som många av de intervjuade bara kände till strategierna i huvuddrag, inte noggrannare målsättningar. I kommunerna skulle finnas ett behov av att samla ihop strategierna och programmen för att t.ex. få dem till kontinuerligt uppdaterade välfärdsprogram.⁶ Enligt rapporterna är det viktigt att strategierna och programmen hålls på en "alldaglig nivå" och inte blir alltför högtidliga så att deras praktiska tillämpning försvagas.

Bäst insatta i strategier och program som hänför sig till välfärd är man inom social- och hälsovårdssektorn och bland dem som själva deltagit strategiarbetet. Informationsförmedlingen och –

⁶ Se bilaga 10.

gången mellan olika förvaltningssektorer och nivåer i kommunen upplevs som ett gemensamt problem.

Ekonomi har en framträdande plats på ärendeförteckningarna i samband med kommunernas beslutsfattande. Även välfärdsärenden behandlas ur ekonomisk synvinkel i anslutning till verksamhets- och ekonomiplanen. För uppgörandet av välfärdsstrategier har man i allmänhet inte använt sig av tilläggsresurser. Strategi- och programarbete utgör en del av det sedvanliga arbetet bland förtroendepersoner och tjänsteinnehavare. En del av de intervjuade kritiserade i alla fall det faktum att man använt så små resurser för strategiarbete. Strategi- och projektarbete är givande men samtidigt lider det vanliga rutinarbetet och arbetsstressen ökar.

Koordinering, ledning och ansvarsfördelning i fråga om främjandet av hälsa

Ansvar för främjande av befolkningens välfärd och hälsa

I mera än varannan rapport (24 st.) konstateras att någon person som skulle ha ett officiellt helhetsansvar för främjande av hälsa inte har utnämnts eller antecknats i kommunens dokument. Ärenden som berör välfärd och främjande av hälsa är enligt några rapporter så omfattande att man inte kan lägga ansvaret på en person eller ett förvaltningsorgan. I varje kommun utses ändå personer eller förvaltningsorgan som är ansvariga för välfärdsärenden. I många kommuner antecknas ansvaret på många olika nivåer.

I ungefär varannan rapport (18 st.) har det beskrivits hur en ansvarspersons ansvar är antecknat. I tio av kommunerna är ansvaret antecknat i instruktionen, i tre kommuner i kommunernas olika strategier och i tre kommuner i förvaltningsstadgan eller -förordningen. Samkommunernas ansvar är antecknat i grundavtalet eller i samkommunens instruktion. Som ett gemensamt konstaterande beskrivs ansvaren som antecknade i de olika tjänsteinnehavarnas uppgiftsbeskrivningar, i nämndernas handlingar, kommunernas handlingar, lokala utvecklingsprogram samt arbetsgruppspromemorior. Ansvaret för välfärdsärenden har även antecknats i olika slag av verksamhetsplaner och -berättelser. I några kommuner grundar sig ansvarsfördelningen på ministeriedirektiv och lag.

I allmänhet åläggs ansvaret för välfärd och främjande av hälsa på tjänsteinnehavarna inom social- och hälsovårdssektorn. Tjänsteinnehavarna inom social- och hälsovårdssektorn får sammanlagt 90 omnämmanden. Bland de ledande tjänsteinnehavarna åläggs ansvaret oftast bastrygghetsdirektören, direktören för social- och/eller hälsovårdssektorn, direktören för hälsovårdsavdelningen och familjeavdelningen samt socialsekreteraren. Även kommunernas och städernas centrala förvaltning får många omnämmanden (33 st.). I den centrala förvaltningen nämns bl.a. stadsdirektören, biträdande stadsdirektören, stadssekreteraren och förvaltningssekreteraren. (Tabell 7.)

De politiska beslutsfattarna och förtroendepersonerna omnämns också ganska ofta som ansvarsbärare i frågor som berör välfärd och främjande av hälsa (slgt. 59 st.). Kommunfullmäktige och kommunstyrelsen omnämns som de huvudansvariga i några kommuner liksom kommunens ledningsgrupp. Som ansvariga nämnder omnämns oftast social- och hälsovårdsnämnden, bastrygghetsnämnden och hälsovårdsnämnden. I enstaka omnämmanden förekommer social-, fritids-, idrotts- och utbildningsnämnderna. För vissa kommuner omnämns att ansvaret för välfärdsärendena åligger respektive förvaltningssektor och verksamhetssektor separat (11 st.). I några kommuner anses arbetsgruppen för främjande av välfärd vara den som bär ansvaret.

Samkommuner och sjukvårdsdistrikt omnämns som ansvariga aktörer i 21 kommuner. Inom samkommunen har ansvaret anförtrotts samkommunens ledningsgrupp samt samkommunens styrelse och fullmäktige. En stor del av ansvaret för befolkningens välfärd åligger hälsovårdspersonalen, oftast omnämns chefläkarna och överläkarna, ganska ofta även ledande överskötarna och överskötarna eller hälsovårdarna. Även länsläkaren och länsstyrelsen får enstaka omnämningar.

TABELL 7. De intervjuades synpunkter på ansvarspersoner/nivåer i frågor rörande välfärd och främjande av hälsa. (n=49)

	ANSVARSPERSONER	ANTAL OMNÄMNINGAR
1	Social- och/eller hälsovårdssektorn (ledande läkaren, överläkaren, social- och/eller hälsovårdsdirektören, bastrygghetsdirektörerna, familjeavdelningens direktör, hälsovårdavdelningens direktör, socialsekreteraren, ledningsgrupperna, arbetsgrupperna som befrämjar välfärd och hälsa)	90
2	förtroendeorganen (förtroendepersonerna, social- och/eller hälsovårds-, bastrygghets-, fritids-, idrotts- och utbildningsnämnderna, styrelsen, fullmäktige)	59
3	centralförvaltningen (stads-/kommundirektören, biträdande stadsdirektören, ledningsgruppen, stads-/kommunsekreteraren, förvaltningssekreteraren, planeringsbyrån)	33
4	samkommun (samkommunens ledningsgrupp, styrelsen, fullmäktige), sjukvårdsdistriktet	21
5	ledande skötaren, ledande överskötaren, överskötaren ansvariga skötaren/hälsovårdaren	13
6	verksamhetssektorer ansvarar själva	11
7	övriga (direktören för hälsoövervakningen, fritidsdirektören, utbildningsdirektören, länsläkaren)	5
8	länet (länsstyrelsen)	2
9	har inte definierats/antecknats officiellt	24

Hälsofostran

På den operativa nivån åläggs ansvaret för ledning, utveckling och verkställighet av hälsofostran oftast social- och hälsovårdsdirektörerna, socialdirektörerna, chefläkarna och ledande skötarna. Kontaktpersonerna för hälsofostran har ett utvecklingsansvar, i vissa frågor som berör hälsofostran även ett lednings- och verkställighetsansvar. Utvecklings- och verkställighetsansvaret utsträcker sig även till utförandenivån, till personalen inom respektive sektor. För ledning, utveckling och verkställighet av hälsofostran ansvarar oftast social- och/eller hälsovårdssektorn.

Förebyggande service

Ansvaret för den förebyggande servicen fördelar sig i stort mellan samma personer och förvaltningsnivåer som ansvaret för hälsofostran. Ändå benämns chefer och arbetstagare inom respektive som ansvariga. T.ex. ärenden som berör näringsfostran leds, utvecklas och verkställs av näringssterapeuter, kosthållsföreståndare, familjeavdelningens chefer, skolor och rådgivningar.

Ledningen, utvecklandet och verkställigheten av sexualfostran åligger förutom de ledande tjänsteinnehavarna inom sektorerna social- och hälsovård och hälsovård även familjeavdelningens chef, skolhälsovården, skolsektorn och barnrådgivningarna. I familjefostran deltar familjeavdelningens chef, familjearbetaren och skolhälsovården.

Som ansvarsnivåer inom mödrarådgivningsarbetet, barnrådgivningsarbetet och familjeplaneringsservicen har, förutom de ledande tjänsteinnehavarna, ledande läkarna, ledande skötarna och ledande förvaltningsorganen, nämnts familjeavdelningens chef, rådgivningarna och hälsovårdarna. Inom skolhälsovården är skolförvaltningen, skolhälsovården, familjeavdelningens chef och skolkuratorn ansvarspersoner.

Inom studerandehälsovården bärs lednings-, utvecklings- och verkställighetsansvaret även av de ledande tjänsteinnehavarna inom social- och hälsovårdssektorn och därtill hörande förvaltningsorgan men även av rektorerna, familjeavdelningens chef och studerandehälsovårdarna. Enskilda ansvariga för elevvården är skolsektorn, rektorerna, kuratorn, utbildningsdirektören, ledande psykologen, skolläkaren, rådgivningarna, familjeavdelningens chef och elevvårdsgrupperna.

I fråga om munhälsovården är ansvarsfördelningen klarast. Där åligger ansvaret för ledning, utveckling och verkställighet ansvariga tandläkaren. Övriga ansvarspersoner, utöver de ledande tjänsteinnehavarna och förvaltningsorganen, är munhygienisterna och hälsovårdsavdelningens chef.

Ansvar för arbetsplatshälsovården delas av arbetsplatsens hälsovårdsstation, hälsovårdsavdelningens chef, arbetshälsovårdsläkaren, arbetshälsovårdssköterskan, psykologen och fysioterapeuterna. Då fråga är om barnskyddet har som ansvarsnivåer nämnts socialsekreteraren, utvecklingschefen, familjeavdelningens chef, direktören för socialarbetet, daghemsverksamheten och rådgivningarna. Utöver dessa bär också social- och hälsovårdssektorn, hälsovårdssektorn, hälsovårdscentralen och kommunens samt samkommunens förvaltningsorgan ansvaret

Ansvar för det förebyggande mentalvårdsarbetet åligger ansvariga psykologen, överläkaren i psykiatri, sjuksköterskan och familjeavdelningens chef. Ansvariga verksamhetssektorer är, förutom social- och hälsovårdssektorn, även ungdoms- och skolsektorn. Ungdomssektorn och fritidssektorn ansvarar för det förebyggande ungdomsarbetet.

Ansvar för ledningen, utvecklingen och verkställigheten inom det förebyggande missbruksarbetet handhas av A-klinikerna, skolsektorn, ungdomssektorn samt förutom social- och hälsovårdssektorn även fritidssektorn. Av verksamhetssektorners egna tjänsteinnehavare har som ansvariga nämnts ansvariga socialterapeuten, familjeavdelningens chef, överläkaren i psykiatri, socialarbetarna och psykologen. Personer som delar ansvaret inom uppfostrings- och familjerådgivningen är överläkaren i psykiatri, familjeavdelningens chef, psykologen, rådgivningarna och skolsektorn.

Styr- och ledningsgrupp för främjandet av hälsa

I de kommuner som deltagit i utredningen har man inte utnämnt lednings- eller styrgrupper som skulle vara sektorövergripande där frågor som berör välfärd och hälsa skulle behandlas. I sju kommuner finns grupper som påminner om en ledningsgrupp eller styrgrupp för frågor som berör främjande av välfärd och hälsa och i 16 kommuner koordinerar en arbetsgrupp eller samarbetsgrupp frågor som berör främjande av välfärd och hälsa eller hälsofostran.⁷

Ledningsgruppen eller grupper i likhet med styrgruppen består i huvudsak av ledande tjänsteinnehavare inom social- och hälsovårdssektorn, chefläkaren och överläkarna samt ledande sköterskorna och översköterskorna. I några kommuner hör hälsovårdaren, fysioterapeuten och företrädare för den privata och tredje sektorn till styrgruppen. Grupperna är tillsatta av fullmäktige eller styrelsen eller så är de utnämnda inom hälsovårdssektorn. Tillsättandet är antecknat i kommunens instruktion och i grundavtalet i samkommunerna. Grupperna sammankommer som oftast en gång per vecka och som mest sällan ett par gånger i året. Som ordförande fungerar chefläkarna, bastrygghetsnämndens ordförande eller direktören för hälsovårdsväsendet. Sekreteraruuppgiften handhas av förvaltningssekreteraren, ekonomichefen, skolnings- och utvecklingschefen. I grupperna behandlas allmänna förvaltningsärenden (beredning och uppgörande av budget, uppgörande av verksamhetsplaner). Övriga ärenden som behandlas är bl.a. hälsosam föda, effektivisering av motion, förverkligande av befolkningsansvaret, frågor som föranleds av läkarbristen samt hälsovården för olika befolkningsgrupper.

⁷ Se bilaga 10.

Arbetsgrupperna för främjandet av hälsa och hälsofostran är multiprofessionella och tvärsektorriella, men ändå arbetsgrupper som fungerar endast inom social- och hälsovårdssektorn. Deras medlemmar består av ledande tjänsteinnehavare, av arbetstagare inom olika sektorer, av läkare och skötare. I arbetsgrupperna finns representanter även från kommunernas centrala förvaltning, från samkommunerna samt från föreningar och organisationer. Som ordförande i samarbetsgrupperna fungerar kontaktpersonen för hälsofostran, ledande läkaren, överläkaren, överskötare eller stadsdirektören. Som sekreterare fungerar hälsovårdaren, skolhälsovårdaren, kontaktpersonen för hälsofostran, fysioterapeuten eller en representant för planeringsbyrån. Arbetsgrupperna är tillsatta av kommunstyrelsen eller t.ex. bastrygghetsnämnden. I grupperna behandlas ärenden som hänför sig till främjandet av hälsa, arrangeras tillställningar, skolning och temadagar. Även ärenden som berör hälsosam mat, effektivisering av motion och förebyggande av sjukdomar och olycksfall hör till arbetsgruppernas ärendeförteckningar. Grupperna sammankommer regelbundet 2-5 gånger i året. Arbetsgrupperna samarbetar också med polisen, idrottsföreningarna, lärarna och frivilligorganisationerna.

I kommuner där det inte finns separata styrgrupper eller arbetsgrupper ansvarar kommunens ledningsgrupp (5 st.), hälsovårdscentralen och dess ledningsgrupp (4 st.), nämnderna (9 st.), samkommunen och dess ledningsgrupp (6 st.), kommunens olika tjänsteinnehavare (9 st.) eller förvaltningssektorerna och deras ledningsgrupper (15 st.) för välfärdsärendena. Social- och/eller hälsovårdssektorn, dess nämnder och ledningsgrupper nämns oftast. Enligt en rapport har de ärenden som en ledningsgrupp för främjande av hälsa och välfärd brukar sköta inte givits åt någon annan. I tre rapporter ansåg åtminstone en del av de intervjuade grundandet av en lednings- eller styrgrupp nödvändig.

Planerare för främjande av välfärd

I de kommuners centrala förvaltning som deltog i utredningen finns inga hälsoplanerare⁸ som betjänar alla förvaltningssektorer. I en kommun (Kuopio) finns en tjänsteinnehavare med tjänstebenenämningen planerare för främjande av hälsa vid planeringsbyrån som är underställd social- och hälsovårdssektorn. I sju rapporter visste en del av de intervjuade inte eller så var de inte säkra på huruvida det i kommunen finns en planerare för främjandet av hälsa. I sex kommuners rapporter konstaterar man att man i kommunerna inte anser att en separat planerare för främjandet av hälsa är nödvändig. I de små kommunerna anser man att man inte behöver en separat hälsoplanerare och å andra sidan ingår hälsoplanerarens uppgifter i andra tjänsteinnehavares uppgifter.

"De intervjuade ansåg inte den (hälsovårdsplanerartjänsten) vara speciellt viktig, arbete borde göras mera på den utförande nivån (...)planeringsarbetet skulle utföras bakom skrivbordet."

"...i stadens centrala förvaltning finns ingen planerare och någon med en sådan benämning behövs inte heller."

"Det är definierat som en uppgift för ledande överskötare varför någon separat planerare inte behövs."

"Kommunens ringa storlek ansågs utgöra grunden för att en dylik separat uppgift/tjänst inte skulle behöva finnas."

⁸ Se bilaga 10.

"...finns inte och ingen av de intervjuade ansåg att det nödvändigt heller. Motivet var kommunens ringa storlek och att det skulle behövas mera arbetare än planerare."

"...i en kommun med ca X invånare har man inget behov av en separat planerare för främjande av hälsa utan främjandet av hälsa, dvs. det s.k. förebyggande arbetet, tillhör det normala arbetet inom respektive resultatområde. Ledningen i en kommun av denna storlek består av 2-3 ledande tjänsteinnehavare. Dylika planerare kan inte finnas. (...)... det förebyggande arbetet borde vara en självklar del av det normala arbetet inom resultatområdet och resultatenheten och "främjandet av hälsa" borde inte ses som ett separat arbete för vilket den centrala förvaltningen har en egen planerare. Då kommunens uppgift är att producera välfärd kan man se saken även från den sidan att social- och hälsovårdssektorerna i sig är redskap för detta "främjande av hälsa", inget värde i sig."

Uppgifterna för en hälsovårdsplanerare sköts i kommunerna av ledande skötare (3 st.), över-skötare eller ansvarig avdelningsskötare (2 st.). Även chefsöverläkaren, överläkaren och ledaren för vårdarbetet utför planeringsarbete ifråga om främjande av hälsa (3 st.). Av kommunens tjänsteinnehavare utför stadsdirektören (2 st.), fritidssekreteraren/-ledaren (3 st.), socialdirektören och socialsekreteraren (sammanlagt 4 st.) planeringsarbete. Även upplysningssekreteraren, kamreren, psykologen, chefen för bastygghetsavdelningen, förvaltningsdirektören, arbetarskyddschefen och länsläkaren nämndes som enskilda arbetstagare som förverkligar främjande av välfärd och hälsa. I några kommuner är det planeringschefen (2 st.) planerings- och ekonomi-sekreteraren samt social- och hälsovårdssektorns planerare som har hälsoplanerarens roll (2 st.). Administrativt ansvarar kommunernas ledningsgrupper, hälsovårds- och fritidsnämnderna samt social- och/eller hälsovårdssektorn för planeringen av främjandet av hälsa. Även samkommunernas förvaltning deltar i planeringen av främjandet av hälsa i vissa kommuner.

I några kommuner har man identifierat behovet av koordinering och planering av främjandet av hälsa och i kommunerna finns intresse för att avlöna en eventuell planerare för främjandet av hälsa. I en kommun bereder man ett projekt med vilket man torde få en gemensam koordinerare eller planerare till samkommunen för folkhälsoarbetet eller den ekonomiska regionen (Alavo). I en annan kommun har man planerat att foga hälsovårdsplanerarens uppgifter till ledande skötarens och avdelningsskötarnas uppgifter. I intervjuerna hade det framkommit att en planerare för främjandet av hälsa kunde avlönas med "t.ex. EU-medel".

Kontaktperson för hälsofostran

En kontaktperson för hälsofostran finns i så gott som alla kommuner eller ekonomiska regioner som deltagit i undersökningen.⁹ Endast i två kommuner och i en samkommun finns inga kontaktpersoner. I fem kommuner eller samkommuner finns ingen officiellt utnämnd kontaktperson för hälsofostran och i 23 av rapporterna visste inte de intervjuade om det i kommunen finns en kontaktperson för hälsofostran.

Kontaktpersonerna för hälsofostran är i huvudsak hälsovårdare (15 st.) eller skolhälsovårdare (6 st.). Även avdelningsskötarna (8 st.), överskötarna (5 st.) och ledande skötarna (5 st.) fungerar som kontaktpersoner för hälsofostran. Personer med många olika tjänstebenenämningar fungerar som kontaktpersoner såsom ledande läkarna, överläkarna, sjukskötarna, personalchefen, fritidssekreteraren eller –instruktören, utvecklingskonsulten, ungdomsinstruktören, nykterhetssekreteraren, A-klinikens socialterapeut eller planeraren för främjandet av hälsa.

⁹ Se bilaga 10.

Oftast är kontaktpersonerna för hälsofostran hälsovårdare (21 st.), sjukskötare (4 st.) eller hälsovårdsmagistrar till sin utbildning (4 st.). Sex kontaktpersoner för hälsofostran har skaffat sig sin kompetens via kompletterings- och tilläggskolning. Enligt fyra rapporter fungerar kontaktpersonen för hälsofostran i samkommunen. I nio kommuner fungerar kontaktpersonen i anslutning till social- och/eller hälsovårdssektorn.

I allmänhet sköter kontaktpersonerna för hälsofostran sina uppgifter vid sidan av sitt ordinarie arbete och gör kontaktpersonens arbete på deltid (19 st.). Deltid innebär endera halvtidsarbete eller några timmar i veckan. Kontaktpersoner för hälsofostran som arbetar i heltid finns i sex kommuner. I sju rapporter konstateras att kontaktpersonens arbetstid inte har specificerats. Kontaktpersonens för hälsofostran arbetsuppgifter består av koordinering och planering av arbetet med främjande av hälsa närmast inom social- och hälsovårdssektorn. Kontaktpersonerna fungerar som kontaktpersoner mellan de olika verksamhetssektorerna och håller kontakt med t.ex. olika organisationer. De samlar upplysningsmaterial och uppgör bl.a. vårdriktiv. Informationsverksamhet och arrangerande av skolning hör till arbetet för många kontaktpersoner för hälsofostran. Kontaktpersonen är med i projekt som hänför sig till välfärd och i olika välfärdsgruppers verksamhet men deltar i regel inte i den strategiska planeringen eller koordineringen av gemensamma välfärdsärenden som berör välfärd och hälsa i kommunen.

Sammandrag

Ansvar för främjandet av välfärd och hälsa har i kommunerna delats mellan tjänsteinnehavare på den operativa nivån och förvaltningsorgan på den högre nivån. I åtta rapporter förmår en del av de intervjuade nämna en ansvarsperson och ett dokument där ansvarsfördelningen antecknats då samtidigt andra intervjuade från samma kommuner berättar att någon ansvarsperson inte utsetts eller antecknats någonstans. Detta visar att ansvaret för främjandet av välfärd och hälsa i kommunerna är splittrat. Om man som ansvarig aktör har utnämnt ett politiskt beslutsfattarorgan, t.ex. en nämnd, utvisar det att ansvaret för välfärd inte officiellt är definierat i kommunen.

Ärenden som berör främjandet av hälsa är inte centralt framme i kommunernas förvaltning men beslutsfattarna är medvetna om att kommunmedlemmarnas välfärd inverkar även på kommunens ekonomi. Enligt förtroendepersonerna i en kommun är "förebyggande verksamheten billig och lönsam och i kommunens ledning och inom förvaltningen borde man satsa mera på den saken".

Främjandet av välfärd anses i allmänhet vara en viktig sak. Det ses som en bredbasig och mångskiftande helhet som gagnas av tvärvetenskaplig sakkunskap. I vissa kommuners rapporter konstateras att man inte vill splittra en verksamhet som betonar multiprofessionellt samarbete utan varje tjänsteinnehavare hämtar med sig sin egen sakkunskap i planeringen och beslutsfattandet. Detta kan vara ett motiv för varför ansvaret för främjandet av hälsa i kommunerna är så splittrat. I rapporterna betonas att man inte kan ge ansvaret för främjandet av hälsa åt tjänsteinnehavare utan att ansvaret borde vara bredare definierat åt landskapsförvaltningen, bastrygghetsnämnden eller kommunstyrelsen.

I vissa rapporter ser man främjandet av hälsa som en vidsträckt service som främjar kommunmedlemmarnas helhetsvälfärd, som förutom social- och hälsovården även innefattar omgivningen och byggandet. I några kommuner ser man främjandet av hälsa endast som en uppgift för hälsovårdssektorn och den sociala sektorn. I några kommuner ser man det så snävt att det inte lönar sig att tillsätta en styr- eller ledningsgrupp. I allmänhet fogar man främjandet av välfärd och hälsa förutom till social- och hälsovårdssektorn även till ungdoms-, skol-, dagvårds-, motions- och fritidssektorn. En klar definiering av begrepp i anslutning till främjandet av välfärd ses som en sak som på ett märkbart sätt klarlägger verksamheten. Det skulle medföra mera genomskinlighet till främjandet av välfärd som i synnerhet förtroendepersonerna saknar.

Främjande av hälsa bland barn och ungdom

Utvecklandet av barnfamiljernas rådgivningsverksamhet

Utvecklandet av barnfamiljernas rådgivningsverksamhet har ingått i beredningen av flera kommuners verksamhets- och ekonomiplan för år 2003 (21 st.). Om rådgivningsverksamheten har man under beredningen fört diskussioner i 15 kommuner. I tolv rapporter meddelar man att inga speciella åtgärder görs för barnfamiljernas rådgivningsverksamhet. Som ett hinder för utvecklingsverksamheten nämner man bristen på resurser (5 st.) eller så säger man att rådgivningsverksamheten i nuvarande omfattning är tillräcklig (2 st.). I några kommuner förekommer en konflikt mellan förtroendepersonernas och tjänsteinnehavarnas svar om utvecklandet av rådgivningsverksamheten.

Rådgivningsverksamheten utvecklas ofta med hjälp av projekt. Vid många rådgivningsbyråer pågår bl.a. ett program för utveckling av tidig interaktion (13 st.). Utvecklandet av familjerådgivningsverksamheten, uppfostringsrådgivning och stödande av åldrandet har nämnts som utvecklingsobjekt i nio rapporter. I kommunerna har även grundats välfärdsrådgivningar (3 st.) och utvecklats regionala, grupp- och åldringsrådgivningar (slgt 3 st.). Endast i en rapport nämns uppriktigt utvecklandet av barnrådgivningen.

Rådgivningsservicen utvecklas även genom att personalen utbildas (5 st.). I en kommun har man arrangerat arbetshandledning åt rådgivningspersonalen och tilläggspersonal har anställts i fyra kommuner. I rapporterna finns planer på att utveckla samarbetet med bl.a. barnrådgivningarna, sociala arbetet, utbildningssektorn och dagvården. Regionalt samarbete som utförs med grannkommunerna utvecklas i nio kommuner och de fysiska förutsättningarna för rådgivningsverksamheten åtgärdas via byggnadsprojekt i tre kommuner.

Effektivering av grundskolornas elevvård och skolhälsovården

Ärenden som hänför sig till elevvården och skolhälsovården har diskuterats i samband med beredningen av verksamhets- och ekonomiplanerna för år 2003 i många kommuner (13 st.). I sex rapporter sägs det att skolhälsovården eller elevvården inte kommer att beaktas på något speciellt sätt vid beredningen av 2003 års planer. Skolhälsovården bibehålls oförändrad och inga inskränkningar kommer att göras inom detta område enligt fyra rapporter. Besparingsåtgärder och bristen på resurser inverkar menligt på en effektivering av verksamheten i fyra kommuner. I två kommuner visste en del av de intervjuade inte om huruvida en effektivering av skolhälsovården är med i planerna för år 2003 eller inte. Samkommunerna ansvarar för skolhälsovården och elevvården i tre kommuner.

Personalsituationen (16 st.) är det ämne som oftast har lyfts fram i frågor som berör elev- och skolhälsovården. I tio kommuner har man anställt eller planerar att anställa flera hälsovårdare och i fyra kommuner har man ökat antalet kuratorstjänster. Även antalet läkartjänster (3 st.) och psykologtjänster (3 st.) har utökats. Som enskilda omnämmanden kan man hitta uppgifter om öknings av följande tjänster eller befattningar: gruppbiträden för specialbarn, speciallärare, ledare för eftermiddagsklubb, skolgångsbiträde, ungdomsledare och socialarbetare.

Ett utvecklande av ett multiprofessionellt samarbete inom skolorna och mellan sektorerna effektiviserar för sin del skolhälsovården (7 st.). Utvecklandet av det ömsesidiga samarbetet mellan skolhälsovården och elevvården omnämns i tre kommuner. Även samarbetet mellan hemmet och skolan effektiviserar (3 st.).

Man har i vissa kommuner (5 st.) fäst speciell uppmärksamhet vid användningen av berusningsmedel (droger, alkohol, tobak). Man planerar att effektivisera det förebyggande arbetet, förhindra utslagning bland skolelever och utveckla funktionsmodeller med vilka man strävar till

att i ett tidigare skede upptäcka problem bland skoleleverna och att snabbt kunna avhjälpa dem (3 st.). Tre kommuner nämner effektiviserande av eftermiddagsklubbverksamheten.

I en kommun ingår i planerna för år 2003 att uppgöra ett hälsopolitiskt program som hänför sig till skolelevernas hälsa och i en kommun har man redan uppgjort ett skolhälsovårdsprogram. Kommunerna bereder programmen som utvecklingsprojekt (3 st.) och gör undersökningar som hänför sig till skolelever (3 st.). Ifråga om innehållsmässiga omnämmanden som hänför sig till utvecklingsarbetet kan nämnas bl.a. skolmobbing, dödsfall, speciella problem för invandrare, skolkning, förebyggande av olyckor, upprätthållande av arbetsfred, stöld och våldsamhet.

Effektiverande av elevvården och studerandehälsovården vid yrkesläroanstalterna

Effektiveringsåtgärder som hänför sig till studerandehälsovården och elevvården har varit obetydliga vid uppgörandet av planerna för år 2003 (4 st.). I tio rapporter har man inte beaktat studerandehälsovården överhuvudtaget. I några rapporter säger man att studerandehälsovården har kopplats ihop med skolhälsovården (3 st.) och i några av de kommuner som deltagit i utredningen har man ingen studerandehälsovård överhuvudtaget (6 st.). I två kommuner säger man att man anser att studerandehälsovården är tillräcklig på nuvarande nivå. Några kommuners studerandehälsovård borde utvecklas men sparbetingen förhindrar utvecklingsplanerna (3 st.). Samkommunerna ansvarar för studenthälsovården i två kommuner och i ett fall ansvarar landskapsstyrelsen och sjukvårdsdistriktet för den.

Då planerna för 2003 har uppgjorts har man främst diskuterat om de personella resurserna (5 st.). Hälsovårdarresurserna har ökats liksom sjukskötarens. I några städer (Helsingfors, Lahtis och Villmanstrand) har man fäst speciell uppmärksamhet vid studerandehälsovården. I dessa städer upplever man att yrkeshögskolornas studeranden är förlorare. Yrkeshögskolorna och yrkeshögskolornas studentkårer har själva fäst uppmärksamhet vid saken.

Behovet av samarbete har lyfts fram inom studerandenas hälsovård. I vissa av planerna nämns effektivisering av samarbetet mellan kommuner, läroinrättningar och olika yrkeskategorier (3 st.). Som enskilda utvecklingsobjekt nämns i rapporterna utvecklandet av mentalvårdsservicen och A-klinikverksamheten för bl.a. drogtester (2 st.).

Sammandrag

I kommunerna har man satsat något mera än tidigare på främjandet av hälsa bland barn och ungdom, speciellt på skolhälsovården och barnfamiljernas välfärd. I alla de kommuner som deltagit i utredningen finns inte yrkesläroanstalter och därför ingår inte elevvården och hälsovården för studerande i verksamheten.

Utvecklande av kunnandet

Ansvarspersonerna för arbetsplats- och kompletteringskolningen

I kommunerna eller samkommunerna finns inte en klart utnämnd person som skulle ansvara för utvecklandet av kunnandet ifråga om främjandet välfärd och hälsa och personalens skolning. I rapporterna finns sammanlagt 51 olika tjänstebestämmelser eller förvaltningsorgan som ålades ansvaret i intervjuerna. I tio rapporter säger man klart att det inte finns någon nivå som har det officiella ansvaret. I fyra rapporter visste en del av de intervjuade inte vem som i kommunen är ansvarsperson för skolningsfrågor eller om det i kommunen finns någon ansvarsperson överhuvudtaget. (Tabell 8.)

I allmänhet berättar man i rapporterna att ansvaret för skolningsärenden höjs till verksamhetssektorerna och till respektive förvaltningssektor. Ansvaret åligger i huvudsak verksamhetsenheternas direktörer och tjänsteinnehavare.

"...varje arbetstagare svarar själv för sitt kunnande och utvecklandet av det. Förmännen för förvaltningssektorerna ansvarar var och en för skolningen på verksamhetsstället och kompletteringsskolningen."

Skolningsansvaret åläggs oftast social- och hälsovårdssektorn och av tjänsteinnehavarna där åt social- och hälsovårdsdirektören, socialdirektören och bastrygghetsdirektören. Även ledande skötarna, överskötarna, avdelningsskötarna, kontaktpersonerna för hälsofostran, ledande läkarna och överläkarna ansvarar för skolning och utveckling av främjandet av välfärd och hälsa.

I ganska många kommuner har som den ansvariga i allmänhet utpekats den centrala förvaltningen (30 st.) och förtroendeorganen (23 st.). Stadsdirektörerna och andra tjänsteinnehavare i den centrala ledningen ansvarar för skolningen. Likaså omnämns personalavdelningen/-byrån i vissa fall. I kommunerna finns skolningscentra, skolningsgrupper och utvecklingsgrupper samt skolnings- och utvecklingschefer som i intervjuerna ålagts ansvaret. Stadsstyrelsen, fullmäktige och stadens ledningsgrupp ordnar för sin del arbetsplats- och kompletteringsskolning. Nämnderna omnämns också ofta. Nämnder som bär ansvar är bastrygghetsnämnden, socialnämnden samt social- och hälsovårdsnämnden, hälsovårdsnämnden och utbildningsnämnden.

Samkommunernas och sjukvårdsdistriktens ledningsgrupper ansvarar för personalens tilläggs- skolning i 13 kommuner. Även hälsovårdscentralerna och grupper vid hälsovårdscentralerna ordnar kompletteringsskolning.

TABELL 8. De intervjuades synpunkter på utvecklandet av kunnandet ifråga om främjandet av välfärd och hälsa samt om de nivåer/personer som ansvarar för arbetsplats- och kompletteringsutbildning. (n=49)

	ANSVARSPERSONER/-NIVÅER IFRÅGA OM UTVECKLING OCH SKOLNING	ANTAL OMNÄMNANDEN
1	förvaltningssektorerna själva och deras tjänsteinnehavare	42
2	social- och/eller hälsovårdssektorn (ledande läkaren, överläkaren, direktören för social- och/eller hälsovårdsväsendet, bastrygghetsdirektören, chefen för primärvården, hälsovårdscentralen, hälsovårdscentralens ledningsgrupp, verksamhetssektorns ledningsgrupp, hälsovårdsverket, socialsekreteraren)	40
3	centralförvaltningen (stads-/kommundirektören, ledningsgruppen, personalavdelningen/-byrån, personalchefen, personalsekreteraren, ekonomisekreteraren, utvecklingschefen, skolningscentret, utbildningschefen, skolnings-/utvecklingsgruppen)	30
4	förtroendemannaorganen (nämnderna, styrelsen, fullmäktige)	23
5	ledande skötaren, överskötaren, ansvariga skötaren, avdelningsskötaren, ledaren för vårdarbetet	17
6	samkommunen (ledningsgruppen, styrelsen, samkommunens utvecklings-/skolningschef), sjukvårdsdistriktet (ledningsgruppen, styrelsen)	13
7	övriga (yrkeshögskolan, Stakes, ungdomssektorn, samarbetskommittén, arbetarskyddschefen)	5
8	kontaktperson för hälsofostran	2
9	läns-/landskapsstyrelsen	2
10	ingen har centrerat ansvar	10
11	kan inte säga, vet inte	4

Anordnande av kompletteringsutbildning

Kompletteringsutbildning i anslutning till främjandet av välfärd och hälsa anordnas i skiftande utsträckning för kommunens ledning. I nästan hälften av de kommuner som deltog i utredningen har man inte arrangerat speciell skolning som hänför sig till välfärd (24 st.). Bristen på resurser

hindrar ett deltagande i skolningstillfällena fastän utbudet på dem är rätt stort enligt fem rapporter. I fyra kommuner konstaterar man att man fritt får delta enligt eget intresse. Några av de intervjuade (3 st.) önskar mera skolningstillfällena samtidigt som man i en kommunintervju anklagar tjänsteinnehavarna för ett lättjefullt deltagande i skolningstillfällena. Några av de intervjuade har gett motstridiga svar beträffande skolningsutbudet (3 st.) och i sex rapporter nämner man om att inte alla som intervjuades var medvetna om skolning som möjligen hänför sig till välfärd.

Skolnings- och utvecklingsdagar samt –tillställningar har ordnats i 17 kommuner och seminarier rörande samma ämnen samt separata fullmäktigeseminarier har anordnats i 13 kommuner. Välfärd eller främjande av hälsa framkommer i skolningen i fyra kommuner och samkommuner (Kajana, St Michel, Riihimäki och Taivalkoski), skolning har anordnats om t.ex. främjande av välfärd och landsbygdens välfärd. Åt samkommunernas personal har anordnats skolning rörande förebyggande arbete och välfärdsstrategiskolning. Skolning rörande välfärd i arbetet och om att orka i arbetet har anordnats i sex kommuner. Seminarier i främjande av välfärd och hälsa har anordnats i fyra kommuner (Ekenäs, Keuruu, St Michel och Rantasalmi). Beträffande programmet Hälsa 2015 har skolning ordnats på två orter (Kajana och Vammala).

Skolningstillfällena anordnas ofta i anslutning till projekt (6 st.), program (5 st.) händelser och mässor (5 st.). T.ex. Terve Kunta –dagarna omnämns i fyra kommuner som skolningstillfällena och det nationella hälsovårdsprojektet i två kommuner. Även i samband med strategiarbetet ges olika slag av skolning (3 st.).

Övriga nämnda skolningsämnen var bl.a. skolning i anslutning till ledarskap för kommunens ledning (11 kommuner) och kvalitetsskolning (4 kommuner). Skolning har anordnats även i anslutning till välfärd för barn (4 st.), ungdom (2 st.) och åldringar (4 st.). Även ämnen som hänför sig till de utvecklingsstörda (2 st.), mentalvårdstjänster (2 st.) och rusmedel (5 st.) har varit ämnen vid skolningstillfällena.

I några kommuner har personalen deltagit i skolning som anordnats av samkommunerna (4 st.), där ämnena har varit bl.a. tidig interaktion, rusmedel och kvalitet. Hälsovårdscentralerna nämns som anordnare av skolning i tre rapporter. Dessutom deltar kommunernas beslutsfattare i skolningstillfällena ordnade av länen (5 st.) och Stakes (4 st.).

Sammandrag

I någon större utsträckning har skolning som berör främjande av välfärd och hälsa inte egentligen ordnats för kommunens personal och/eller kommunens ledning. Tidigare nämnda skolningstillfällena är närmast sådana om försiggår inom hälsovårds- samt social- och hälsovårdssektorn. För övriga sektorer och förtroendepersoner har dylik skolning inte just anordnats.

Verkställandet av programmet Hälsa 2015 i kommunen

Verkställigheten av målsättningarna i programmet Hälsa 2015 har inte varit aktivt i kommunerna. I knappt hälften av de kommuner som deltagit i undersökningen säger man att målsättningarna i Hälsa 2015 utgör grund för kommunens verksamhet och strategi men man har inte synliggjort det separat. Målsättningarna utgör t.ex. grund för verksamhets- och ekonomiplanerna. Enligt rapporterna har åtgärder i anslutning till Hälsa 2015 inte arrangerats och man har inte i kommunens ledning fört diskussioner om programmets målsättningar och i 16 kommuner har man inte klart behandlat dem. För en del av de intervjuade var programmet Hälsa 2015 eller dess målsättningar obekanta eller så visste de intervjuade inte hur målsättningarna har verk-

ställt (16 st.). Programmet Hälsa 2015 är främmande för de förtroendevalda och det är inte alltför bekant för tjänsteinnehavarna heller. (Tabell 9.)

Målsättningarna i programmet Hälsa 2015 förverkligas i kommunerna med hjälp av olika projekt och program (8 st.). Några beskrivningar om förverkligandet av programmet hänför sig till barn och barnfamiljer (6 st.), äldre (5 st.) samt missbruksarbete (3 st.). Samkommunen deltar i förverkligandet av målsättningarna i programmet Hälsa 2015 i fyra kommuner.

TABELL 9. Åtgärder som hänför sig till verkställandet av programmet Hälsa 2015 vid beredningen av verksamhets- och ekonomiplanerna för år 2003. (n=49)

	VERKSTÄLLIGHET AV PROGRAMMET HÄLSA-2015	ANTALET OMNÄMNADE
1	styr kommunens strategier, verksamhet och val i bakgrunden, utgör grunden för kommunens planering	32
2	man har inte behandlat målsättningarna i Hälsa-2015, direkta funktioner i enlighet med dem förekommer inte	16
3	har ingen kännedom om hur man har verkställt målsättningarna i Hälsa-2015, okänd sak för de intervjuade	16
4	Hälsa-2015 har verkställts via projekt eller program	8
5	beträffande barnfamiljer och barn har 2015-målsättningarna verkställts	6
6	beträffande äldre har 2015-målsättningarna verkställts	5
7	verkställigheten åligger samkommunen	4
8	beträffande missbrukarvården har 2015-målsättningarna verkställts	3
9	beträffande förebyggande verksamhet och utslagning har 2015-målsättningarna verkställts	2
10	beträffande ungdomen har 2015-målsättningarna verkställts	1
11	en arbetsgrupp för förverkligandet av 2015-målsättningar har tillsatts	1

Sammandrag

Programmet Hälsa 2015 och dess målsättningar är förvånansvärt obekanta i kommunerna. En del av de intervjuade känner inte till programmet överhuvudtaget och för en del är det närmare innehållet obekant. Man säger att målsättningarna i programmet Hälsa 2015 utgör grunden för beslutsfattandet i kommunerna men konkreta åtgärder för att förverkliga åtgärderna finns inte.

De intervjuades självbedömning

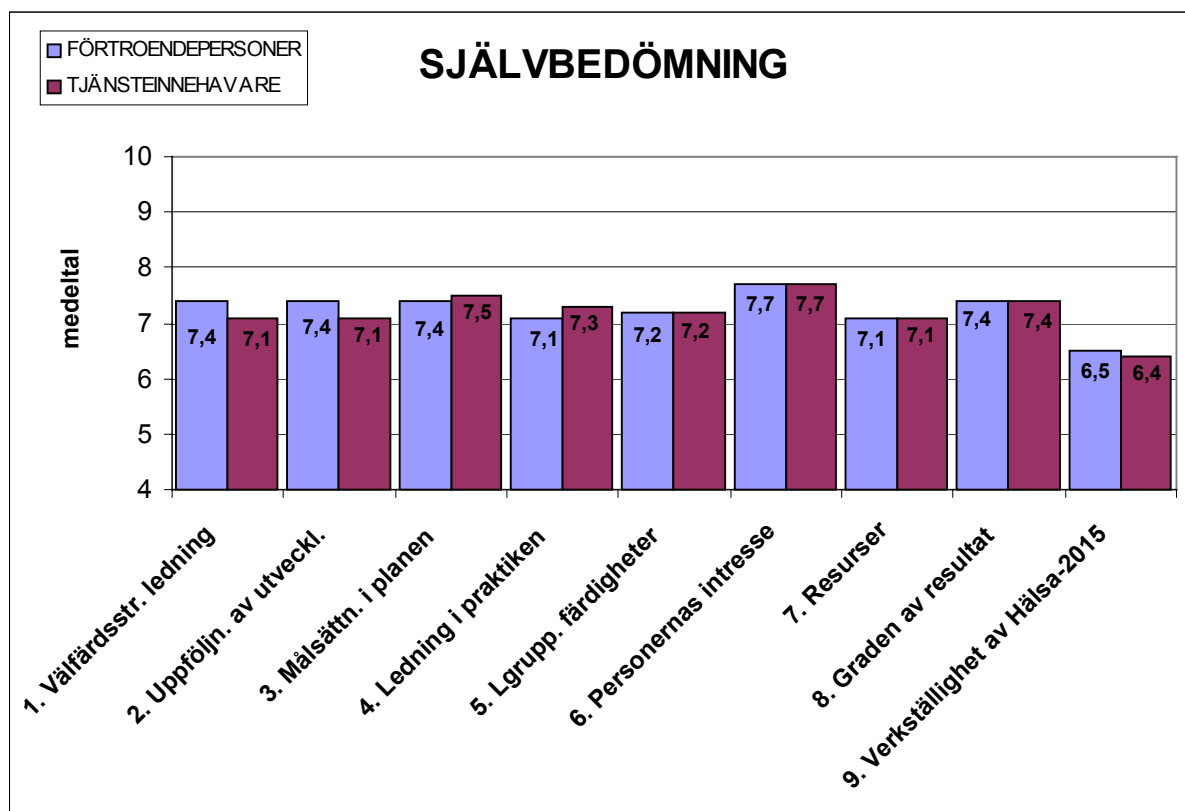
Man bad beslutsfattarna i de kommuner som deltagit i utredningen bedöma ledningen av främjandet av välfärd och hälsa och därtill hörande arrangemang i kommunerna. De bedömda påståendena framgår av tabell 10.

TABELL 10. Påståenden i anslutning till bedömningen av främjandet av välfärd och hälsa.

BEDÖMNING AV LEDNING OCH ARRANGEMANG IFRÅGA OM FRÄMJANDE AV VÄLFÄRD OCH HÄLSA
1. Välfärdsstrategisk ledning
2. Uppföljning av utvecklingen beträffande befolkningens välfärd och hälsa
3. Beaktande av målsättningar rörande välfärd och hälsa i kommunplanerna
4. Praktiska arrangemang ifråga om ledningen av främjandet av välfärd och hälsa
5. Kommunens ledningsgrupps beredskap att bereda och förverkliga främjandet av ledning av välfärd och hälsa i kommunen
6. Förtroendepersonernas intresse för främjande av välfärd och hälsa som en uppgift för kommunen
7. Speciella resurser som anvisats för främjande av välfärd och hälsa
8. Främjande av välfärd och hälsa som en resultatrik verksamhet
9. Igångsättandet av förverkligandet av programmet Hälsa 2015 under år 2002

Samtligas bedömning i allmänhet

Enligt den bedömning som förtroendepersoner och tjänsteinnehavare givit uppgår helhetsmedeltalet för ledningen av främjandet av välfärd och hälsa till 7,2 dvs. välfärdsledningen i sin helhet befinner sig på gränsen mellan god och nöjaktig. Bäst förverkligas påstående sex, förtroendepersonernas intresse för ärenden som berör välfärdsledning. Näst bäst förverkligas påståendena tre och åtta. Klart sist placerar sig förverkligandet av programmet Hälsa 2015 i kommunen. (Figur 1.)



FIGUR 1. Medeltal som givits för ledning av och arrangemang rörande välfärd och hälsa.

Förtroendepersonernas bedömning

Förtroendepersonernas och tjänsteinnehavarnas bedömningar är ganska lika vid samtliga påståenden. Medeltalen på de betyg som förtroendepersonerna gett varierar mellan 7,7 ja 6,5 och det gemensamma medeltalet för betygen uppgår till 7,2. Högsta medeltalet får förtroendepersonernas eget intresse för ledningen av främjandet av välfärd och hälsa. Näst högsta medeltal får påståendena ett, två, tre och åtta. Förverkligandet av igångsättandet av programmet Hälsa 2015 i kommunen år 2002 får de klart sämsta bedömningarna.

Tjänsteinnehavarnas bedömning

Medeltalet för de vitsord som tjänsteinnehavarna givit kommer nästan upp till samma nivå som förtroendepersonernas bedömningar. Medeltalen lämnar alla under åtta och varierar mellan 6,4 och 7,7. Främjandet av välfärd och hälsa i kommunerna får allt som allt medeltalet 7,2 av tjänsteinnehavarna. Det bästa medeltalet enligt de förtroendevalda får påståendet sex, förtroendepersonernas intresse för ärenden som hör ihop med välfärdsledning. Det näst bäst medeltalet får påstående tre. På tredje plats placerar sig en resultatrik välfärd. Det sämsta vitsordet får verkställigheten av programmet Hälsa 2015 i kommunen, precis som bland förtroendepersonerna.

Kommunvis bedömning

Då man betraktar den kommunvisa bedömningen varierar medeltalen mellan 8,1 och 6,2. Bedömningarna placerar sig således på en god och nöjaktig nivå med tyngdpunkten i riktning mot nöjaktig. De bästa medeltalen ger beslutsfattarna i Grankulla (8,1), Kiihtelysvaara (8,1), Vasa (8,1) och Lapinlax (8,0). Medeltalet i de övriga kommunerna lämnar under åtta. De sämsta medeltalen, dvs. under 6,5 ger beslutsfattarna i Vuolijoki (6,2), Polvijärvi (6,3), Dragsfjärd (6,4), Hyrynsalmi (6,4), Lovisa (6,4) och Pernå (6,4). Nöjaktiga, dvs. medeltal under sju, erhåller sammanlagt 17 kommuner.

Förtroendepersonernas bedömning kommunvis

Förtroendepersonernas kommunvisa medeltal varierar mellan 8,4 och 6,0. Medeltal på över åtta eller jämnt åtta ger förtroendepersonerna sig själva ifråga om ledningen av främjandet av välfärd och hälsa i åtta kommuner. De bästa vitsorden av förtroendepersonerna får beslutsfattarna i Muurame (8,4), Alavo (8,3) och Ekenäs (8,2). Medeltal börjande på en sexa får ca. en tredjedel av kommunerna (sammanlagt 19 st.). Ett medeltal om 6,5 eller lägre får fem kommuner, Polvijärvi (6,0), Vuolijoki (6,2), Hyrynsalmi (6,4), Kuopio (6,4) och Toijala (6,5).

Tjänsteinnehavarnas bedömning kommunvis

Om man betraktar resultaten kommunvis kan man konstatera att tjänsteinnehavarna ger flere dåliga vitsord än förtroendepersonerna då det gäller ledningen av främjandet av välfärd och hälsa. Medeltal på 6,5 eller lägre får tio kommuner av tjänsteinnehavarna. Det svagaste medeltalet får kommunerna Vuolijoki (6,2), Lovisa (6,2), Pernå (6,2) Sund (6,3) och Varkaus (6,3). Ett medeltal under sju får sammanlagt 19 kommuner. Ett gott medeltal får bara fyra kommuner, Grankulla (8,8), Kiihtelysvaara (8,1), Taivalkoski (8,1) och Riihimäki (8,0).

Sammandrag

Alla bedömningar från beslutsfattarna förblir ganska låga ifråga om ledningen av främjandet av välfärd och hälsa, de goda vitsorden är få i förhållandet till de tillfredsställande. Förtroendepersonernas och tjänsteinnehavarnas bedömningar är jämna vid en jämförelse sinsemellan. Ifråga om fyra påståenden är medeltalet helt samma och största differensen är bara 0,3 nummer. Den största skillnaden förekommer mellan påståendena 1 och 2.

Inom kommunerna skiljer sig förtroendepersonernas och tjänsteinnehavarnas åsikter mera. Mest skiljer sig åsikterna i Muurame (1,9 nummer), Grankulla (1,5 nummer), Kuopio (1,5 nummer), Ekenäs (1,3 nummer), Joensuu (1,3 nummer), Taipalsaari (1,2 nummer) och Hattula (1,1 nummer). Skillnader på en siffra kan man hitta ännu i Alavo och Sund. Samstämmighet beslutsfatta-

re emellan kan man också hitta inom kommunerna. I tio kommuner är beslutsfattarnas vitsord i medeltal lika stora, en skillnad på 0,1-0,3 kan man hitta i 14 kommuner.

Målsättningarna i programmet Hälsa 2015 i kommunernas dokument

MÅLSÄTTNING 1

BARNENS VÄLFÄRD ÖKAR, HÄLSOLÄGET FÖRBÄTTRAS OCH SYMPTOM OCH SJUKDOMAR SOM HÖR IHOP MED OTRYGGHET MINSKAR BETYDLIGT.

Budgeter och ekonomiplaner

Den första målsättningen i programmet Hälsa 2015 försöker man enligt budgeter och ekonomiplaner åtgärda genom ett tvärsektorielt samarbete mellan myndigheter. I samarbetet deltar bl.a. sociala sektorn, familjearbetet, dagvården, motionssektorn, specialungdomsarbetet, mentalvårdsarbetet, barnrådgivningsverksamheten, skolhälsovården och utbildningssektorn. Via samarbetet förbättras barnens välmåga, barnskyddet och mentalvårdsarbetet för barn och ungdom. Kommunerna vill trygga och utveckla sådan basservice och välfärdsservice som hänför sig till barn och ungdom inom ramen för tillbudsstående resurser. På detta sätt ökas livsbemästringen bland barn, skolelever och ungdomar och risken för utslagning bland barn och deras familjer förhindras. (Tabell 11.)

Barnens psykiska välbefinnande är kraftigt framme i budgetrapporterna. Barnens välfärd förbättras genom att man flyttar resurser och arbetets tyngdpunkt inom social- och barnskyddsarbetet samt utbildningssektorn i riktning mot förebyggande arbete och att i ett tidigt skede befatta sig med problem (t.ex. ifråga om skolmobbing). Utvecklande av familjearbetet och stöddandet av familjernas uppfostringsarbete anses som en viktig främjare av barnens välmåga. Utvecklandet av barndagvården och specialdagvården lyfts fram i nästan varannan rapport. På detta sätt tryggar man en balanserad uppväxt och utveckling av barnen. Uppmärksamhet har fortsättningsvis fästs vid specialundervisningen och i synnerhet vid förskoleundervisningen. Även bindningen till arbetet, frågan om hur man skall orka i arbetet och utbildningsbehoven har beaktats.

Som de mest konkreta åtgärderna i syfte att främja välfärd bland barn och unga anges utvecklandet av fritidsverksamheten bland barn och unga och specialungdomsarbetet. T.ex. beträffande nattcaféverksamhet förekommer omnämmanden. Uppmärksamhet har fästs även vid motions- och lekparkernas situation och förekommande tilläggsbehov. Ett utökande av påverkansmöjligheterna bland barn och ungdom ansågs som ett bra sätt att öka välmågan bland barn och ungdom, t.ex. genom att igångsätta verksamhet inom ramen för ett ungdomsfullmäktige.

Verksamhetsberättelsen

I verksamhetsberättelserapporterna har man behandlat ovan nämnda planer ganska sparsamt. Kommunerna koncentrerar sig på att hålla den service som hänför sig till välfärd bland barn på en lagenlig nivå och samtidigt resursera och rikta servicen så att de motsvarar behoven bland barn och barnfamiljer i den egna kommunen.

I budget- och ekonomiplanerapporterna har man planerat att utveckla välfärden för barn med hjälp av olika projekt och uppföljningsutredningar rörande välfärd men av verksamhetsberättelserna framgår att en del av projekten kommit igång dåligt. Ett multiprofessionellt samarbete med olika myndigheter har konstaterats vara bra med tanke på barnens välfärd. Med hjälp av samarbete och med inriktningen av resurserna har man kunnat minska t.ex. barnskyddsfallens antal. Familjearbete och stödet för barnens uppfostran har utökats. Faran för utslagning bland

barn har identifierats bättre och målsättningen att ingripa i ett tidigare skede har förverkligats väl. Som konkreta åtgärder för att minska otryggheten bland barn har kommunerna ökat resurserna till barnskyddsarbetet, familjearbetet, specialdagvården, den tidiga rehabiliteringen, skolhälsovården och elevvården.

Utökande av förskoleundervisningen och specialundervisningen utgör en del av förbättrandet av barnens välfärd. I skolorna har man fäst uppmärksamhet vid främjandet av barnens välfärd genom att utveckla samarbetsätt med hemmet, skolan samt med olika social- och hälsovårdsmyndigheter. Med hjälp av projekt som berör samarbete i fråga om uppfostran, elevarbetsgrupper och delegationer har man konkret strävat till att engagera sig i barn i skolåldern och deras familjers problem.

TABELL 11. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 1 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanerna för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Skapande av ett samarbetsnätverk mellan myndigheter.	6	6	4
2. Riktande av resurserna mot förebyggande arbete och ingripande i problemen på ett tidigt stadium.	10	6	4
3. Tilläggsresursering för och utveckling av mentalvårdsarbete för barn.	8	4	3
4. Tilläggsresursering för och utveckling av familjearbete, rådgivningsverksamhet och uppfostringsrådgivning.	16	22	12
5. Tilläggsresursering för och utveckling av ungdoms- och specialungdomsarbete.	7	7	9
6. Tilläggsresursering för och utveckling av dagvårds- och specialdagvårdsarbete.	15	16	13
7. Tilläggsresursering för och utveckling av förskoleundervisningen.	4	4	7
8. Tilläggsresursering för och utveckling av specialundervisningen.	5	4	4
9. Tilläggsresursering för och utveckling av barnskyddet.	7	9	6
10. Tilläggsresursering för och utveckling av skolhälsovården/elevvården.	7	9	4
11. Tilläggsresursering för och utveckling av motions- och fritidsverksamheten.	6	7	7
12. Främjande av livsbemästringen.	5	5	8
13. Identifiering och förhindrande av utslagning bland barn och barnfamiljer.	8	7	10
14. Ökande av barnens/de ungas egna påverkningsmöjligheter.	2	2	3
15. Hur de personer som arbetar med barn orkar i arbetet.	2	2	2
16. Avlägsnande av mobbning.	3	2	2

Sammandrag

I dokumentrapporterna har man fäst uppmärksamhet vid barnens psykiska hälsa. Man är i kommunerna medvetna om de problem som hänför sig till hälsa och välfärd bland barn och ungdomar och de har beaktats i dokumenten. Speciell uppmärksamhet har fästs vid otrygghet och psykisk välmåga.

Vid analysering av materialet fästs uppmärksamheten vid att insatser och resurser riktar sig kraftigt till skötseln av problem med problembarn och deras familjer. Förbättrandet av välmågan

och främjandet av hälsa observeras mindre då fråga är om barn och barnfamiljer som inte riskerar utslagning.

MÅLSÄTTNING 2

RÖKNING BLAND UNGA MINSKAR SÅ ATT UNDER 15 % AV 16-18-ÅRINGARNA RÖKER; HÄLSOPROBLEM BLAND UNGA SOM HÖR IHOP MED BRUKET AV ALKOHOL OCH NARKOTIKA KAN SKÖTAS PÅ ETT SAKKUNNIGT SÄTT OCH DE ÄR INTE ALLMÄNNARE ÄN I BÖRJAN PÅ 1990-TALET.

Budgeter och ekonomiplaner

I budgeter och ekonomiplanerrapporter gäller målsättningen om minskande av användning av tobak och droger bland ungdomar ofta en minskning av användningen av droger. I många rapporter konstaterar man att drogerna är eller kommer i framtiden att utgöra ett stort problem bland unga. Planerna på skapandet av en rusmedelsstrategi visar att kommunerna systematiskt vill skapa funktionsmodeller för bekämpande av droger för att styra och rikta rusmedelsarbetet. (Tabell 12.)

I budget- och ekonomiplanerrapporterna betonas förebyggande åtgärder vid användning av droger och att bry sig om rusmedelsproblemen i tillräckligt god tid. I allmänhet betonar man en effektivisering och utveckling av vårdstjänsterna för drogpatienterna. Ökande av kapaciteten inom missbruksarbetet och bland den personal som arbetar med dylika frågor samt uppgörandet av planer rörande rusmedelsarbetet tillsammans med olika myndigheter har inskrivits i många rapporter. De som deltar i samarbete är, beroende på kommunerna, skolektorn, skolhälsovården, sociala sektorn, ungdomsarbetet och specialungdomsarbetet samt inom hälsovårdssektorn mentalvårdstjänsterna. På många orter förverkligar man ett överkommungränserna gående samarbete. Det viktiga i verksamheten inom alla dessa delsektorer är främjandet av livsbemästringen och förhindrandet av utslagning.

I arbetet med bekämpande av rusmedel betonas ett förstärkande av de egna resurserna bland ungdomarna och en förstärkning av resurser för bekämpande av rusmedel. Kommunerna arbetar emot droger genom att erbjuda ungdomarna olika funktionsmodeller, tillräcklig kunskap om droger samt attitydfostran. Uppmärksamhet fästs i rapporterna vid resurseringen av specialungdomsarbetet och utvecklandet av nya funktionssätt.

Även föräldrarna försöker man aktivera i arbetet med bekämpandet av droger. I kommunerna finns planer på information och upplysning för personal som arbetar bland unga samt till unga och deras föräldrar rörande användningen av rusmedel, speciellt droger. Åt unga familjer erbjuds familjestöd, uppfostringsstöd och rådgivning.

Verksamhetsberättelsen

Kommunerna har förverkligat förebyggande rusmedelsarbete i sitt arbete. Modellen med snabbt ingripande i drogarbetet upplevs som ett bra sätt att motsätta sig spridning av droger och man har satsat på resursering och utvecklande av drogservice. Kommunerna utvecklar till rusmedelsarbetet riktade mentalvårdstjänster, A-kliniker, ungdomsmottagningstjänster, rehabiliteringshem, arbetsmeder och "lågtröskel" mottagningar.

Många kommuner har uppgjort en rusmedelsstrategi som styr rusmedelsarbetet. Man vill få med de unga i arbetet mot droger. T.ex. genom att grunda ungdomsfullmäktige ökar man ungdomarnas egna möjligheter att påverka och arbetet med bekämpning av rusmedel kommer på detta sätt närmare de unga.

Man har fått goda erfarenheter av samarbete mellan olika myndigheter. Ett multiprofessionellt samarbete som sträcker sig över kommungränserna främjar arbetet mot droger på en regional

nivå. I samarbete har man anordnat informations- och upplysningstillfällen för unga och deras föräldrar så att de unga och deras föräldrar skall vara medvetna om de faror som hänför sig till användningen av drog- och missbruksproblem. Kommunerna har resurserat och utvecklat specialungdomsarbetet i takt med att rusmedelsproblemen har ökat. Utvecklandet av alternativa, drogfriga fritidssysselsättningar för unga har utgjort ett konkret medel för att förhindra användningen av rusmedel bland unga.

Direkta omnämmanden om minskandet av rökning bland unga förekommer bara i några få rapporter. T.ex. i en rapport redogör man för att myndigheterna följer med tobakslagens förverkligande på restaurangerna. Drogtester görs i skolorna i en kommun.

TABELL 12. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 2 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Missbruksarbete i samarbete med olika myndigheter över kommungränserna.	7	5	6
2. Förebyggande missbruksarbete/nykterhetsarbete, tidig inblandning i de ungas problem.	8	8	8
3. Rådgivning åt unga/äldre ifråga om tobakens och rusmedlens skadeverkningar, attitydfostran.	6	5	3
4. Erbjudande av alternativa funktionsmodeller, utvecklande av fritidsverksamheten.	3	4	2
5. Stödande av kommunmedlemmarnas frivilliga verksamhet.	1	1	1
6. Stöd av äldre och familjestöd.	4	2	3
7. Drogskolning åt personal som arbetar med ungdom.	2	2	2
8. Ökning av skolhälsovård.	1		
9. Resursering och utvecklande av specialungdomsarbete.	2	4	3
10. Uppföljning av förverkligandet av tobakslagen.		1	
11. Förebyggande och minskande av de ungas bruk av tobak och berusningsmedel.	2	2	1
12. Diversifiering av drogservicen, inkluderande mentalvårdstjänster.	8	8	6
13. Drogtester i skolorna.	1	1	
14. Betoning av missbruksarbetet i drogerna.	1		4
15. Ökning av de ungas påverkningsmöjligheter.	2	4	2
16. Förhindrande av utslagning bland unga och ökning av livsbemästringen.	7	4	8
17. Skapande av en strategi eller funktionsmodell för missbruksarbetet.	4	7	4

Sammandrag

Kommunernas uppmärksamhet vid ungas användning av droger hänför sig intimt till förebyggandet av användningen av droger. I många rapporter nämner man bara om berusningsmedel och droger och inte om tobaksrökning bland unga och minskningen av den. Å andra sidan kan man tänka sig att upplysningsverksamheten om droger även innefattar tobaken och dess faror.

De kommuner som förekommer i dokumentanalysen har strävat till att förverkliga målsättningarna i programmet Hälsa 2015 att minska de hälsoproblem som hör ihop med ungas användning av alkohol och droger på ett sakkunnigt sätt. Kommunerna har medelst aktiva åtgärder förhindrat användningen av droger bland unga och utökat resurserna för vård av missbrukare. Målsättningen att minska tobaksrökning bland unga förverkligas inte lika väl enligt dokumenten.

MÅLSÄTTNING 3

OLYCKOR OCH VÅLDSRELATERAD DÖD BLAND UNGA FULLVUXNA MÄN MINSKAR MED EN TREDJEDEL JÄMFÖRT MED SITUATIONEN I SLUTET AV 1990-TALET.

Budgeter och ekonomiplaner

Verksamhet som ansluter sig till målsättning tre i programmet Hälsa 2015 förekommer endast i liten utsträckning i materialet. Man kan ändå hitta åtgärder i rapporterna som indirekt ansluter sig till denna målsättning. Då det gäller ökandet av välfärden hos unga män och avlägsnande av illamående framförs som vanligaste åtgärder en resursering och utveckling av rusmedelsarbetet och mentalvårdstjänsterna. Dessa servicesektorer anses främja förebyggandet av olyckor och våldsam död bland unga män. Kommunerna strävar till att stödja utvecklingen av livsbemästringen och självständighet bland unga vuxna samt att förhindra utslagning av unga genom att förbättra utbildningsmöjligheterna och sysselsättningen. (Tabell 13.)

Verksamhetsberättelsen

Som indirekta åtgärder för att förminska förekomsten av olyckor och våldsam död rapporteras utvecklandet av rusmedelsvården och mentalvårdstjänsterna. Livsbemästringen bland unga vuxna har främjats och utslagning förhindrats. Arbetsplatser har erhållits för unga och på dessa har man strävat till att speciellt anställa långtidsarbetslösa. Man har lyckats aktivera unga vuxna genom att öka utbildningsprojekt och genom att starta verksamhet inom t.ex. arbetssmeder.

TABELL 13. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 3 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Resursering och utvecklande av mentalvårdsservicen.	3	5	6
2. Tyngdpunkten på förebyggande mentalvårdsarbete.	2	2	2
3. Resursering och utvecklande av missbrukarvården.	7	7	7
4. Utslagningen av unga förebyggs och livsbemästringen främjas.	6	6	7
5. Uppmärksamheten riktas på trygga trafikarrangemang.	2	2	2
6. Trygga motionsplatser.	2	2	1
7. Förbättrande av skolningsmöjligheterna och sysselsättningen i kommunerna.	4	6	4
8. Förebyggande av olyckor genom upplysning och information.		1	
9. Förebyggande av olyckor genom ett inspektionsförfarande, t.ex. brandinspektion.	1	1	1

Sammandrag

Åtgärder för förverkligandet av målsättning tre i programmet Hälsa 2015 kan inte direkt hittas i rapporterna. Tidigare nämnda åtgärder hänför sig indirekt till förebyggandet av olyckor och våldsam död bland unga vuxna men de har inte riktats enbart till unga vuxna män utan rent allmänt åt alla kommunmedlemmar. I kommunerna är man ändå medvetna om problemen bland de unga fullvuxna, arbetslösheten bland unga vuxna, risken för utslagning och illamåendet bland unga vuxna. Åtgärderna för att rätta till problemet ingår i mera omfattande utvecklingsprojekt såsom utvecklandet av rusmedelsvården och mentalvårdstjänsterna.

MÅLSÄTTNING 4

ARBETS- OCH FUNKTIONSFÖRMÅGAN FÖR PERSONER I ARBETSFÖR ÅLDER OCH FÖRHÅLLANDENA I ARBETSLIVET UTVECKLAS SÅ ATT DE FÖR SIN DEL GÖR DET MÖJLIGT ATT ORKA LÄNGRE I ARBETET OCH ATT LÄMNA BORT FRÅN ARBETET CA TRE ÅR SENARE JÄMFÖRT MED SITUATIONEN ÅR 2000.

Budgeter och ekonomiplan

De arbetsföras välfärd samt arbets- och funktionsförmågan har ägnats ganska mycket omsorg i budget- och ekonomiplaner rapporterna. Nästan hälften av de kommuner som deltagit i analysen har rapporterat om åtgärder som upprätthåller arbetsförmågan (TYKY) och hur viktiga de är. Kommunerna är intresserade av sin egen personals välfärd och av hur väl den orkar i arbetet. I de flesta rapporter förekommer omnämningen om utbildning av arbetstagarna, om ökande av yrkesskickligheten och utvecklande av arbetet. Kommunerna vill erbjuda sin personal utbildningsmöjligheter och samtidigt ge dem möjligheter att utveckla sitt arbete och utvecklas i arbetet. Vidare försöker man utveckla åtgärder inom personalförvaltningen och personalledningen i en riktning som främjar välfärden bland de arbetsföra. (Tabell 14.)

Man har fäst stor uppmärksamhet vid personalens möjligheter att orka i arbetet och arbetets belastande inverkan liksom vid behovet av att avlöna mera personal. Ett viktigt sätt att öka personalens välfärd är att ansvara för tillräckliga personella resurser även under tider av semester. I planerna satsar man på att förbättra sysselsättningen, utveckla rehabiliterande arbetsfunktioner och att sysselsätta handikappade. På detta sätt förhindrar man utslagning av arbetsföra och försäkras sig om att de arbetsföra trivs och blir kvar som kommunens innevånare.

I kommunerna förbättrar man de arbetsföras arbets- och funktionsförmåga på ett mångsidigt sätt genom att beakta arbetstagarnas psykiska, sociala och fysiska faktorer. Uppmärksamhet fästs vid atmosfären i arbetssamfundet samt vid personalens trivsel, arbetssituation och förnöjsamheten i arbetet. Samtidigt erbjuder man personalen konditions- och motionsmöjligheter som faktorer i syfte att förbättra det fysiska välbefinnandet.

Verksamhetsberättelsen

Det framgår ur verksamhetsberättelserapporterna att kommunernas effektivaste sätt att förbättra välfärden hos de arbetsföra är att förverkliga och utveckla verksamheten som upprätthåller arbetsförmågan (TYKY). I denna verksamhet ingår alla de åtgärder som upprätthåller arbetsförmågan såsom rekreativ verksamhet, resultatdiskussioner, arbetsledning, etc. I samarbete med olika myndigheter har rehabiliterings- och motionskampanjer anordnats för personer i arbetsför ålder vilkas avsikt har varit att främja de arbetsföras motionsaktiviteter.

I många kommuner har man vidtagit åtgärder för att förbättra sysselsättningen och förminska arbetslösheten. Speciell uppmärksamhet har fästs vid sysselsättandet av unga arbetsföra och personer över 55 år. Som konkreta åtgärder som främjar funktionsförmågan hos arbetsföra kan nämnas avlöning av tilläggspersonal och vikarier. Personalkontrollen och personalledningen har utvecklats bl.a. genom att skapa en kommunal personalstrategi.

TABELL 14. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 4 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanerna för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Konditions- och motionsprojekt i samarbete med olika myndigheter.	3	5	1
2. Utvecklande av arbetsplatshälsovärden och regelbundna arbetsplatskontroller.	2	1	
3. Uppmärksamhet fästs vid hur arbetstagarna orkar i arbetet och vid arbetstagarnas välfärd.	6	4	8
4. Arbetstagarnas kunskaper, skolningen av dem och utvecklande av arbetet.	6	2	8
5. Utvecklande av verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan (TYKY).	13	8	14
6. Utvecklande av möjligheterna till fritidsaktiviteter i kommunen.	2	2	1
7. Avlönande av tilläggspersonal.	4	3	7
8. Satsning på trivselen och arbetsförhållandena på arbetsplatsen.	3	2	2
9. Uppmärksamhet fästs vid ett fungerande arbetssamfund och på atmosfären.	3	1	5
10. Beaktande av arbetarskyddet och en trygg arbetsmiljö.	2	1	2
11. Ökande av meningsfullheten i och intresset för arbetet.	2	1	3
12. Avlägsnande av arbetslöshet, rehabiliterande arbetsfunktioner, arbete åt begränsat arbetsföra (handikappade).	9	5	5
13. Utvecklande av personalförvaltningen och -ledningen.	3	3	4
14. Förhindrande av utslagning.	4	2	3
15. Utvecklingens tyngdpunkt förskjuts mot den äldre arbetskraften.	2	1	3

Sammandrag

De arbetsföras arbets- och funktionsförmåga och utvecklandet av förhållandena i arbetslivet samt åtgärder för att befrämja arbetstagarnas förmåga att orka i arbetet omnämns i ganska många rapporter. Ifråga om kommunernas egen personal har man fäst uppmärksamhet vid fenomenet men då det gäller omnämmanden om de arbetsföras välfärd eller arbets- och funktionsförmåga inom hela kommunen förekommer de nästan inte alls i rapporterna. I rapporterna har antecknats en allmän målsättning om välfärdsservicens kvalitet och tillgänglighet som naturligtvis berör främjandet av välfärd för alla i arbetsför ålder.

Ärenden som hör ihop med välfärden hos de arbetsföra och möjligheterna för dem att orka i arbetet har varit mycket framme i den allmänna diskussionen under de två senaste åren. Under budgetperioden 2002 har man ägnat frågan om hur personalen orkar i arbetet större intresse än under budgetperioden 2001. I rapporterna nämns speciellt frågan om hur personalen orkar och främjandet av hälsa bland personalen inom utbildnings-, dagvårds- och primärhjälsvårdssektorerna. Personalen och befolkningen som befinner sig i medelåldern behöver omsorg och åtgärder som främjar möjligheterna att orka i arbetet mera än tidigare.

MÅLSÄTTNING 5

FÖRBÄTTRINGEN AV MEDELFUNKTIONSFÖRMÅGAN FÖR DEN ÖVER 75-ÅR FYLLDA BEFOLKNINGEN FORTSÄTTER I SAMMA RIKTNING SOM UNDER DE SENASTE 20 ÅREN.

Budgeter och ekonomiplaner

Den vanligaste åtgärden för att förverkliga denna målsättning är att utveckla och utvidga verksamheten inom sektorerna öppen vård för äldre, hemvård och hemsjukvård. Åldringarnas vårdperioder vid sjukhusen förkortas och vårdplatser friställs varvid tyngdpunkten för åldringsarbetet flyttas till att stöda ett hemmaboende. Den ökade åldringsvården hemma ökar samtidigt behovet av hemservice samt mat- och städningsservice. Genom att öka stödtjänster för egenvård vill man främja åldringarnas hemmaboende. I rapporterna finns omnämmanden om minskning av institutionsplatser men samtidigt vill man fästa uppmärksamhet vid kvaliteten på de institutions- och långvårdsplatser som blir kvar. Man har fäst speciell uppmärksamhet vid tilläggsresursering och välfärd för den personal som jobbar inom åldringsvården. Några kommuner har gjort åldringpolitiska program eller planer för att staka ut utvecklingen för åldringsarbetet. (Tabell 15.)

I flera rapporter har man skrivit in utvecklandet av alternativa boendeformer (servicehus, servicecentra, servicebostäder). Även behovet av en ökning av antalet rehabiliteringsplatser för korttidsvård har beaktats. Funktionsförmågan gällande åldringarnas servicestruktur och smidigheten då det gäller vårdkedjan (utan vårdtider) har ansetts viktig. För att främja den fysiska funktionsförmågan, den psykiska välmågan och livsbemästringen för personer över 75 år har kommunerna utvecklat olika slag av dagverksamhet och motionsformer för äldre personer. Man försöker stöda åldringarnas hemmaboende genom att utveckla taxiverksamhet och möjligheterna för äldre att påverka har ökat genom att man inrättat äldreråd.

Verksamhetsberättelsen

I syfte att förverkliga förbättringsmålsättningarna ifråga om funktionsförmågan för personer som fyllt 75 år för man klarast fram ett utvecklande av den öppna vården (hemvård och hemsjukvård) och hemserviceverksamheten. För att öka aktiviteten och för att främja livsbemästringen har man förverkligat många åtgärder, t.ex. arrangerat motionservice och dagverksamhet, grundat äldreråd och understött veteranrehabilitering. I budgetrapporterna finns omnämmanden om utvecklandet av alternativa boendeformer, servicehus och servicecentra men åtgärder i denna riktning har inte inskrivits i verksamhetsberättelserapporterna.

Kommunerna har uppgjort åldringpolitiska planer och åldringsstrategier. Man har försökt utveckla servicestrukturer och vårdkedjor till att bli flexibla och fogfria. Förverkligade åtgärder som berör välmåga hos personal som arbetar inom åldringsvården, utvecklande av yrkesförmågan och hur man skall orka på arbetet framgår också av verksamhetsberättelserna.

Sammandrag

Kommunmedlemmarnas genomsnittliga medelålder ökar varför kommunerna måste satsa mera än tidigare på service för de äldre kommunmedlemmarna. Speciellt har man satsat på en effektivisering av möjligheterna för äldre att klara sig hemma. Öppen vård, hemvård, hemsjukvård och hemservice är de vanligaste åtgärderna för att främja åldringarnas funktionsförmåga och att klara sig hemma. Ett friktionsfritt samarbete mellan olika sektorer av åldringsarbetet är en ofta förekommande målsättning för att främja de äldres välmåga.

Institutionsbaserat åldringsarbete vill man klart minska och öka den hemliknande servicen inom åldringsvården. Utvecklandet av den öppna vården och olika slag av servicecentra ger de äldre en möjlighet att bo hemma eller en i hemliknande omgivning längre. I kommunerna har man också fäst uppmärksamhet vid förbättrandet av aktiviteten bland äldre och upprätthållandet av funktionsförmågan genom bl.a. motionsaktiviteter och dagverksamhet.

TABELL 15. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 5 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanerna för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Arbetet med äldre utvecklas och ett äldrepolitiskt program/plan/strategi uppgörs.	3	2	2
2. Möjligheterna för äldre människor att påverka ökas, äldreråd grundas.	2	2	2
3. Utvecklande av vård- och rehabiliteringskedjan ifråga om servicestrukturen för äldrearbetet till att bli enhetlig och flexibel i samarbete med olika myndigheter.	7	2	8
4. Dagverksamheten för äldre utvecklas.	3	6	2
5. Motions- och konditionsplatser avsedda för äldre personer utvecklas, motions- och friluftspj.ekt.	6	7	7
6. Livsbemästringen hos äldre stöds i samarbete med olika myndigheter.	1	2	3
7. Stödande av äldringarnas hemmaboende.	6	9	9
8. Tilläggsresursering och utveckling av sådan hemservice som avsetts för äldre.	13	16	12
9. Tilläggsresursering och utveckling av sådan öppen vård, hemvård och hemsjukvård som avsetts för äldre.	15	17	13
10. Utökande och utvecklande av servicecentra/servicehus, servicebostäder och platser för korttidsrehabilitering.	14	6	5
11. Tilläggsresursering och utveckling av institutionsvård och långtidsvård för äldre.	3	2	6
12. Uppmärksamhet fästs vid personalens tillräcklighet, skolning och vid faktorer som gör att personalen orkar längre i arbetet, uppgörande av personalplan.	2	2	1
13. Utvecklande av stödet för egenvårdare.	3		1
14. Stödande av veteranrehabiliteringen.	1	2	
15. Igångsättande och upprätthållande av servicetaxiverksamhet .	2	1	1

MÅLSÄTTNING 6

FINLÄNDAREN KAN FÖRVÄNTA SIG ATT LEVA FRISK I MEDELTAL TVÅ ÅR LÄNGRE ÄN ÅR 2000.

Budgeter och ekonomiplaner

Producerandet av goda, klientbaserade, kommunmedlemmarnas behov uppfyllande kvalitativa hälso- och vårdtjänster bidrar till att på ett allmänt plan uppnå denna målsättning. Besluten om att uppgöra välfärdsprogram¹⁰ förstärker förverkligandet av planerna. (Tabell 16.)

Förebyggande arbete och hälsorådgivning ses som medel att producera helhetstäckande välfärd. Hälsokontroller, sällningsundersökningar och olika slag av temagrupper som främjar hälsa (bantnings- och blodtrycksgrupper) utgör en del av det förebyggande arbetet. Som hälsobefrämjande åtgärder nämns kampanjer som motiverar kommunmedlemmarna att motionera samt åtgärder som inverkar på hälsa och trygghet i den fysiska omgivningen och dricksvattnets kvalitet. Främjandet av åtgärder som bidrar till att personalen orkar på jobbet strävar också till förverkligandet av denna målsättning.

Verksamhetsberättelsen

Åtgärder som omnämns i verksamhetsberättelserapporterna är producerandet av kvalitativa hälsovårds-, rådgivnings- och vårdtjänster i samarbete med olika myndigheter. Några kommuner har uppgjort ett välfärdspolitiskt program för att kunna verkställa åtgärderna. Enligt verksamhetsberättelserna har man lyckats ifråga om utökningen av motionsaktiviteterna för personer i olika åldrar. Kommunerna har enligt planerna fäst uppmärksamhet vid kommunens fysiska

¹⁰ Se bilaga 10.

omgivning och trygghet. Åtgärder har vidtagits t.ex. för att förbättra tryggheten vid idrottsplatser och trafikarrangemang och vid förbättrandet av kvaliteten på dricksvattnet.

TABELL 16. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 6 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanerna för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Uppgörande av välfärdsprogram.	3	2	4
2. Utveckling av mera förebyggande arbete och hälsofostran inom hälsovården.	8	3	7
3. För hela befolkningen skapas täckande och kvalitativa rådgivnings-, hälsovårds- och vårdtjänster i samarbete med olika myndigheter.	11	8	12
4. Hälsovårdskontroller och sällningsundersökningar som riktar sig till befolkningen förverkligas.	2		2
5. En omgivning som främjar fysisk, psykisk och social hälsa och trygghet skapas.	5	6	8
6. Olika temagrupper som befrämjar hälsa, t.ex. bantnings-, och blodtrycksgrupper, grundas.	2	1	2
7. Åtgärder som hjälper personer att orka i arbetet befrämjas.	3		5
8. Ökning av motionsaktiviteter i alla åldersgrupper.	9	8	6

Sammandrag

Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning sex i programmet Hälsa 2015, dvs. att främja hälsan och förlänga livstiden, är enligt många kommuner ganska allmän utvecklingsverksamhet i kommunerna. Denna målsättning är allmän och täcker kommunens samtliga servicesektorer och därför är det svårt att ur dokumenten plocka fram speciella åtgärder för att förverkliga målsättningen. Ur dokumentrapporterna framgår ändå klart att kommunerna vill satsa på goda hälsovårds-, rådgivnings- och vårdtjänster och på en hälsosam livsmiljö för att på detta sätt förebygga sjukdomar, främja hälsa och förlänga kommunmedlemmarnas livstid.

MÅLSÄTTNING 7

FINLÄNDARNAS BELÅTENHET MED TILLGÅNGEN TILL HÄLSOVÅRDSTJÄNSTER OCH HUR DE FUNGERAR SAMT DET UPPLEVDA EGNA HÄLSOTILLSTÅNDET OCH ERFARENHETERNA BETRÄFFANDE OMGIVNINGENS INVERKAN PÅ DEN EGNA HÄLSAN BIBEHÅLLS PÅ NUVARANDE NIVÅ.

Budgeter och ekonomiplaner

Enligt planerna försöker man öka kommunmedlemmarnas belåtenhet med hälsovårdstjänsterna genom att producera och utveckla effektiva och kvalitativa tjänster och förbättra tillgången till tjänster. Målsättningen är att minst kunna tillförsäkra medlemmarna lagstadgade tjänster som fungerar flexibelt och vilka kan erhållas utan alltför långa kötider. I några kommuner håller man på att övergå till ett system med egenläkare.

Man söker nya vägar för att producera välfärdstjänster. Förutom kommunens egna tjänster ingår i planerna köpta tjänster från den privata sektorn eller producerandet av dem tillsammans med grannkommunerna. Genom att tillgodogöra sig informationstekniken vid arrangerandet av servicen vill man öka effektiviteten och tillgången till service och samtidigt öka kommunmedlemmarnas valfrihet. (Tabell 17.)

Det att man ansvarar för personalens välfärd och dess möjligheter att orka i arbetet är ett sätt att upprätthålla hälsa på minst nuvarande nivå. Utvecklandet av verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan (TYKY) och utbildning av personalen förbättrar servicens kvalitet. Man vill få veta om kommunmedlemmarnas åsikter. Som en viktig kvalitetsmätare anser man mätningarna om klientförmöjsamhet vara. Kommunmedlemmarnas förmöjsamhet med servicen förbättras genom att man informerar om servicen.

Man kommer att fästa uppmärksamhet vid synpunkter som befrämjar hälsa, bl.a. i planerna för miljöhygien, byggnadsövervakning, planläggning, livsmedelsövervakning, miljövard samt brand- och räddningstjänsten.

Verksamhetsberättelsen

Beskrivningarna av konkurrenskraftiga, kvalitativa och effektiva välfärdstjänster motsvarar förverkligandet av målsättning sju. Med hjälp av förebyggande arbete och hälsofostran har man påverkat kommunmedlemmarnas hälsa att förbli på nuvarande nivå. Man har satsat på personalens TYKY-verksamhet och faktorer som gör att personalen orkar i arbetet. Resultaten i mätningarna om kundförmöjsamheten har styrt utvecklandet av servicen.

Målsättning sju i programmet Hälsa 2015 förverkligas genom att man bryr sig om omgivningens välfärd. Man har fäst uppmärksamhet vid utvecklandet och främjandet av en trygg, ren och trivsamt livsmiljö. Kommunerna har i sina funktioner strävat till att främja kommunmedlemmarnas livsbetingelser, hälsa och trivsamhet genom att öka t.ex. möjligheterna till motionsintressen. Även en minskning av olycksriskerna har ägnats omsorg genom att man har byggt trygga trafikarrangemang samt genom att utveckla brand- och räddningsfunktionen.

TABELL 17. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 7 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanen för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Ett konkurrenskraftigt servicesystem med hänsyn till tillgänglighet, kvalitet och effektivitet.	20	15	20
2. Producerande av service med användning av olika produktionsmodeller.	6	2	2
3. Uppgörande av välfärdspolitiskt program.	1	1	1
4. Utvecklande av informationstekniken med tanke på förbättrandet av vården, verksamhetens effektivitet och kvalitet samt underlättandet av tillgången till service.	3	1	2
5. Förverkligande av systemet med egenläkare i kommunen.	2	1	2
6. Utbildning av vårdpersonal och ledning/förmän och utvecklande av arbetet.	4	1	3
7. Utvecklande av verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan (TYKY) och främjandet av åtgärder som bidrar till att personalen orkar i arbetet.	9	5	7
8. Ökande och utvecklande av det förebyggande arbetet med t.ex. betydande folksjukdomar, missbrukarvård och mentalvårdsarbete.	12	10	14
9. Mätningar av befolkningens förmöjsamhet görs åt användarna av service.	4	3	4
10. Information av kommunmedlemmarna, ökning av val- och påverkansmöjligheterna.	3	1	2
11. Ökning och utvecklande av motions servicen.	6	6	7
12. Minskning av olycksrisker.	2	3	2
13. En fysiskt, psykiskt och socialt trygg, ren och trivsamt omgivning skapas i kommunen.	15	8	12

Sammandrag

Frågor som hänför sig till förverkligandet av målsättning sju i kommunerna betonar kvalitet, effektivitet och tillräcklighet ifråga om hälsovårdsservice. Ärendet granskas såväl ur användar-

nas som ur personalens synvinkel. Omgivningens hälsoeffekter är framme i planering och rapportering. Kommunerna vill skapa en god, ren, trygg och trivsamt livsmiljö för sin befolkning.

MÅLSÄTTNING 8

MAN STRÄVAR TILL ATT UPPNÅ MÅLSÄTTNINGARNA ÄVEN PÅ ETT SÅDANT SÄTT ATT OJÄMLIKHETEN MINSKAR OCH VÄLFÄRDEN OCH DEN RELATIVA STÄLLNINGEN FÖR DE SVAGASTE GRUPPERNA FÖRBÄTTRAS. HÄRVID ÄR MÅLSÄTTNINGEN ATT FÖRMINSKA OLIKHETERNA I DÖDLIGHET MELLAN KÖN, OLIKA UTBILDNINGSGRUPPER OCH YRKESGRUPPER MED EN FEMTEDEL.

Budgeter och ekonomiplanen

Man försöker minska kommunmedlemmarnas ojämlikhet och förbättra situationen för dem som befinner sig i den mest utsatta positionen genom att satsa på stöd-, rådgivnings-, kris- och rehabiliteringstjänster. Med specialgrupper avses här bl.a. de utvecklingsstörda, mentalvårdspatienterna, de långtidsarbetslösa, missbrukarna av rusmedel och de bostadslösa. I rapporterna har man satsat på speciellt utvecklandet av bostäder för specialgrupper och bostadsservice av mellanform. Kvalitativa och rätt riktade allmänna social-, hälsovårds- och utkomststöd-tjänster utgör grunden även för minskande av ojämlikheten. (Tabell 18.)

Avskaffande av arbetslöshet och ökande av sysselsättningen är en central åtgärd för att minska ojämlikheten mellan befolkningsgrupperna. För att förhöja livsbemästringen bland specialgrupperna har man planerat en ökning ifråga om utbildningsmöjligheterna och grundande av sysselsättande enheter för utvecklingsstörda, långtidsarbetslösa och bostadslösa.

I budgetrapporterna betonas jämlikheten i de motions-, kultur- och fritidsintressen som kommunerna erbjuder. Mångsidiga motionsmöjligheter skapas så att de står till alla kommunmedlemmars förfogande och att de är tillgängliga för alla. Även specialgruppernas såsom de gravt handikappades behov vill man beakta i utbudet av intressen och kultur.

Verksamhetsberättelsen

Kommunerna har i sin verksamhet satsat på utvecklandet av kvalitativa social-, hälsovårds- och utkomststöd-tjänster. Resurser har satsats på utvecklandet av stöd- och rehabiliteringstjänster för specialgrupper. Kommunerna har avskaffat strukturer som upprätthåller arbetslöshet och av dem föranledd osmidighet och ökat arbetsplatsernas antal genom åtgärder som har att göra med utbildning, projektverksamhet och näringslivet. Åtgärderna har samtidigt främjat människornas livsbemästring och förhindrat utslagning.

I många rapporter redogör man för att de individuella svårigheterna hopar sig. Av denna orsak har tyngdpunkten i socialarbetet förflyttats i riktning mot förebyggande arbete och till socialarbete som utgår från individuella problem och behov.

Sammandrag

Kommunerna fäster uppmärksamhet vid ojämlikhet bland befolkningsgrupperna och vid en förbättring av välmågan hos de svagaste grupperna. I rapporternas innehåll betonas en förbättring av välfärden för de arbetslösa och de som är i fara för utslagning, för specialgrupper, barn och barnfamiljer. Som metoder används allmänna verksamhets- och stödformer inom den sociala sektorn, mentalvårdsarbetet, missbrukarvården och specialungdomsarbetet.

TABELL 18. Kommunernas åtgärder för att förverkliga målsättning 8 i budgeten för år 2001 och i ekonomiplanerna för åren 2001-2003, i verksamhetsberättelsen för år 2001 samt i budgeten för år 2002 och ekonomiplanerna för åren 2002-2004. (n=36)

FUNKTIONERNA KLASSIFICERADE	Kommunernas antal		
	BUDG/EP 2001-2003	VERKSAMHETSBER. 2001	BUDG/EP 2002-2004
1. Goda och kvalitativa social- och hälsovårds- samt utkomststödsservicetjänster åt alla.	10	13	16
2. Stöd-, rehabiliterings- och specialservice utvecklas även åt specialgrupper, såsom sysselsättande enheter, krisservice, rådgivnings- och stödtjänster.	17	9	14
3. Utarbetande av individuella specialplaner åt sociala sektorns långtidsklienter i syfte att främja självständigt leverne.	2	2	
4. Utvecklande av bostäder och alternativ bostadsservice åt specialgrupper.	5	2	2
5. Tyngdpunkten i socialarbetet flyttas i en förebyggande riktning.	6	3	6
6. Motions- och kulturservice jämlikt i olika delar av kommunen, även åt specialgrupper och gravt handikappade.	1	1	4
7. Minskande av arbetslösheten.	7	6	5
8. Ökning av utbildningsmöjligheterna.	2		2
9. Förhindrande av utslagning av dem som befinner sig i den mest utsatta situationen och stödande av livsbemästring i form av multiprofessionellt samarbete.	7	5	9

Välfärdsprojekt i kommunerna

De intervjuade nämnde ett flertal pågående projekt som hänför sig till välfärd (bilaga 10, bilagetabell 7). Projekt som hänför sig till barn omnämns i 13 rapporter, projekt som berör skolelever i sju och ungdomar i 16. Projekt som hänför sig till åldringar och åldringars service finns det mest av (22 st.). Projekt som hänför sig till missbruksarbete och droger omnämndes i 14 fall. Projekt som hänför sig till familjernas välfärd fanns i åtta kommuner och projekt som hänför sig till vård av utvecklingsstörda i fyra. Pågående projekt som hänför sig till personalens välfärd och att orka i arbetet fanns i sju kommuner. Även utslagning försöker man förhindra genom projektsamarbete (5 st.).

I kommunerna finns många olika slags samarbetsnätverk. I kommunerna hör företrädare för olika förvaltningssektorer och olika yrkeskategorier till samarbetsnätverk i fråga om välfärdsårenden (35 st.). De externa samarbetskompanjonerna utgörs av ekonomiska regioner och grannkommuner (26 st.), den tredje sektorn (13 st.), frivilliga (9 st.), församlingar (7 st.) samt klubbar, organisationer och föreningar (20 st.).

Som medlemmar i nätverket omnämns sjukvårdsdistrikten (12 st.), specialistsjukvården och centralsjukhusen (8 st.), samkommunerna (8 st.), landskapen och länen (7 st.), yrkeshögskolorna (5 st.), instituten och skolningsenheterna (7 st.) samt universitetet och högskolorna (6 st.). I kommunerna finns kunskapscentra samt forsknings- och utvecklingscentra med vilka samarbetet upplevs viktigt (7 st.). Även polisen (5 st.) och Arbetskraftsmyndigheterna (6 st.) hör till kommunernas samarbetsnätverk.

Sammandrag

Välfärdsprojekt och nätverk anses vara nödvändiga och nyttiga i kommunerna. Samarbetet beskrivs som flytande och regelbundet, såsom hörande till det dagliga arbetet. Å andra sidan har man i vissa kommuner ett behov av bildandet av nätverk och samarbete mellan olika nivåer.

Projektens stora antal och splittring upplevs som problem ibland. Projekten borde koordineras, uppföljas och bedömas mera och utomstående auditering ses som nyttig. Knappheten ifråga om personella resurser sågs som ett hinder för ett koncentrerat nätverks- och projektsamarbete. I kommunerna betonas klart viktigheten av samarbete mellan den offentliga, privata och tredje sektorn ifråga om producerandet av välfärdstjänster och fördelningen av kostnader. En förteckning över pågående välfärdsprojekt bifogas (bilaga 9, bilagetabell 7).

DRYFTNING OCH SAMMANDRAG

Kommunutredningen som förundersökning

Kommunernas välfärdspolitik och ledningen av främjandet av välfärd och hälsa har i viss utsträckning klarlagts i tidigare undersökningar (t.ex. STM 1996, Perttilä 1999, Pirskanen och Pietilä 2000, Ståhl 2003, Kinnunen & Kostamo-Pääkkö 2003). Terminologin i forsknings- och utvecklingsarbetet rörande ledningen av kommuner som utgår från välfärdsintresset är fortsättningsvis ganska varierande. Nuläget beträffande främjandet av välfärd betraktat ur en vidsträckt synvinkel var ouppklarat i det skede då projektet startade. Avsikten med förundersökningen var att såväl klarlägga terminologin som att beskriva situationen beträffande ledningen och koordineringen samt utvecklingsbehoven och skapa en grund för det utvecklingsexperiment som stod i beråd att starta. Detta forsknings- och utvecklingsprojekt och även förundersökningen riktar sig till strukturerna för ledning av främjandet av välfärd och hälsa lokalt och regionalt, varvid kommunen är den naturliga forskningsenheten.

Den finländska kommunstrukturen och kommunernas uppgifter är ganska särpräglade i en internationell jämförelse. Av detta följer att forskning rörande främjande av välfärd som gjorts i andra länder inte direkt kan tillämpas på Finland ur en lednings- och struktursynvinkel. Då man å ena sidan betonar det särpräglade beträffande kommunerna bör man å andra sidan beakta att resultaten av utvecklingsarbetena "public health/community health/health promotion" är aktuella även i Finland och att de erbjuder ett stöd i vidsträckt mening för utvecklandet av ledningen av främjandet av välfärd och hälsa. Vi återkommer senare till andra länders system och de erfarenheter som erhållits av dem samt till internationell litteratur i detta forsknings- och utvecklingsprojekt.

I den Kommunallag som trädde i kraft 1995 betonades kommunernas ansvar för kommunmedlemmarnas välfärd. Kommunen skall sträva till att främja kommunmedlemmarnas välfärd och en hållbar utveckling (Kommunallagen 365/1995, 1 § 3. momentet).¹¹ Något tidigare hade statsmaktens normstyrning avskaffats och kommunerna hade fått ett relativt stort ansvar för den lokala välfärdspolitiken och välfärdsservicen, således även för den strategiska ledningen och utvecklingen. Kommunernas självstyre ifråga om välfärdspolitiken är ändå inte obegränsat. Kommunerna måste beakta nationella målsättningar och i speciallagstiftning noggrannare utformade riktlinjer. I sista hand utgörs de viktigaste möjligheterna och begränsarna av kommunens tillbudsstående resurser, således de ekonomiska resurserna och personalen.

Forskningen rörande ledningen av kommuner och strukturerna har varit aktuell i Finland redan under många år och speciellt under senare år då kommunernas utmaningar och verksamhetsomgivningen snabbt har ändrat. Ur en lokal och regional välfärdspolitik synvinkel förekommer forskning rörande ledning av kommuner sparsamt. Den koncentrerar sig fortsättningsvis på intern ledning av förvaltningssektorer, såsom ledningen av utbildnings-, social- och hälsovårdssektorn. De i inledningen förekommande utdragen beträffande aktuella frågor och betoningar vid ledningen av folkhälsoarbetet kan i viss utsträckning generaliseras till att gälla även andra förvaltningssektorer. Forskningen rörande förvaltning och ledning har riktats mera mot serviceproduktionen och därmed sammanhängande ekonomi än mot förvaltningssektorns roll och dess inverkan med tanke på utvecklandet av kommunmedlemmarnas välfärd.

"Välfärdsledningen" är en ny utmaning såväl som sak i de finländska kommunerna som i terminologin i ledningsforskningen. I samband med beredningen och igångsättandet av detta forsk-

¹¹ Se bilaga 11.

nings- och utvecklingsprojekt har det börjat kännas allt naturligare att ta i bruk ett nytt begrepp för välfärdsledning som inledningsvis har karaktäriserats på följande sätt: "Med välfärdsledning avses strategisk ledning av kommunen och verkställandet av valda strategier ur befolkningens välfärds och en hållbar utvecklings synvinkel." I praktiken för välfärdsledningen fram utmaningarna inom välfärden på ett jämbördigt sätt vid sidan av de ekonomiska utmaningarna i den kommunala planeringen.¹²

Tidigare terminologi som rör ledningen av välfärdspolitiken på lokal och regional nivå har varit förvaltningscentrerad. Endast på välfärdsstatlig nivå har man talat om ansvar och uppgifter rent allmänt. T.ex. i skolningsprogrammen för ledning inom social- och hälsovården har man i viss utsträckning strävat till att överskrida sektorgränserna men fortsättningsvis hänvisar man till vissa förvaltningssektorer. Då man talar om välfärdsledning i kommunen betonar man ett allmänt och odelbart ansvar för kommunmedlemmarnas välfärd och en hållbar utveckling. Välfärdsledning är således någonting mera än ledning av en kombination av centrerade förvaltningssektorer som fördjupat sig i enskild välfärdsservice.

Välfärdsledning kan också förstås som en väldigt omfattande uppgift som täcker kommunens samtliga uppgifter. I detta projekt föreslås ändå ett mera begränsat innehåll där man med välfärdsledning avser den ledningsaspekt där man speciellt beaktar upprätthållandet av kommunmedlemmarnas välfärd och behovet av befrämjande åtgärder.

Det bör speciellt betonas att karaktäriserandet av välfärdsledning och andra i bilaga 10 framförda begreppsutformningar i detta skede är avsedda för att stimulera debatten. Endast sällan kan man komma fram till en entydig och enhällig definition. Viktigare är att inom detta projekt kunna uppnå konsensus beträffande terminologin och att småningom och kanske även i vidare omfattning kunna stabilisera ett språk som ansetts fungera i forskning, utveckling, utbildning och i praktiska vardagliga saker.

I projektet Lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa (TEJO) har man ända från början strävat till att bygga upp ett vidsträckt samarbete. Projektet har förverkligats i samarbete med Social- och hälsovårdsministeriet, länsstyrelsernas social- och hälsovårdsavdelningar och de flesta yrkeshögskolors enheter för hälsovård och det sociala området. Yrkeshögskolorna täcker regionalt hela Finland mycket väl. Deras uppgift är att delta i utvecklandet av det egna området. I den nya yrkeshögskolelagen talar man om en speciell utvecklingsuppgift då det gäller regionen (Yrkeshögskolelagen 351/2003, 4 § 1. momentet). De flesta enheter för hälsovård och det sociala arbetet har redan ett flertal samarbetsprojekt med kommunerna. Förverkligandet av förundersökningen i samarbete med yrkeshögskolorna gav en möjlighet att på kort tid få en utredning om olika kommuner från olika delar av Finland. Samtidigt stödde man uppgiften rörande regionen genom att stärka det lokala samarbetet mellan yrkeshögskolorna och de kommuner som producerar välfärdspolitik. Dessutom bekantade sig yrkeshögskolorna bättre än tidigare med välfärdsutmaningarna i kommunerna inom sitt område och med de utvecklings- och utbildningsutmaningar som kommer via dem.

Material till kommunutredningarna erhöles från 49 kommuner. Materialet är ganska heltäckande geografiskt och det har insamlats från olika kommuner och samkommuner. Som intervjuare fungerade lärare från yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området, i vissa fall tillsammans med studerande. Yrkeshögskolornas arbetsgrupper satte sig in i uppgiften grundligt. Ett utvidgande av utredningen till ett större antal kommuner skulle knappast ändra de centrala resultaten nämnvärt då man betraktar medelsituationen i kommunerna. Å andra sidan bör man beakta att det förekommer stora skillnader ifråga om detaljer mellan kommunerna och

¹² Se bilaga 10.

resultatet från denna undersökning kan inte direkt tillämpas på situationen i en viss kommun utan att man på förhand har bekantat sig med den lokala situationen

Intervjuteman behandlade ansvar, ledning och koordinering av främjandet av välfärd och hälsa i kommunen, uppföljning av befolkningens välfärd och hälsa, behandling av välfärdsärenden i kommunens beslutfattande organ och i officiella dokument, utbildning och resursering av främjandet av välfärd och hälsa i servicesystemet samt vid verkställigheten av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 i kommunen.

Med intervjuerna strävade man till att få en allmän bild av ledningen av främjandet av välfärd och hälsa i kommunerna och verkställighetsstrukturerna. Intervjun passar bra som metod för att insamla data då fråga är om både förtroendepersoner och tjänsteinnehavare från olika förvaltningssektorer och ett mångfacetterat fenomen på beslutfattandenivån. Man strävade inte till att definiera teman för intervjuerna entydigt utan målsättningen var att dryfta dem tillsammans med de intervjuade och att under diskussionens gång vid behov precisera dem mera noggrant. På detta sätt blev det möjligt att diskutera om den lokala betydelsen för främjandet av välfärd och hälsa och ledningsproblematik med kommunens ledning.

Det relativt öppna intervjuförfarandet kunde inte garantera jämförbart material från alla kommuner. I enskilda yrkeshögskolor hände det att flera olika personer utförde intervjuerna. Denna sammandragsrapport består av 41 delrapporter. Enskilda siffror och fördelningar beskriver inte nödvändigtvis riktigt den verkliga situationen. Tabellerna bör läsas som riktgivande och som beskrivande mångfacetterade fenomen.

Ganska snart efter att intervjuerna påbörjats kom man underfund med att man beträffande frågor som är synnerligen viktiga ur ledningssynvinkel fick olika svar även av olika personer inom samma kommun. Den primära förklaringen kan inte vara brister i metoden. En sannolikare förklaring är att främjandet av välfärd och hälsa såväl som begrepp som funktionell utmaning och vardaglig praxis är oklar och därför tolkar förtroendepersonerna och tjänsteinnehavarna situationen i sin egen kommun på olika sätt.

Ett intimt samarbete mellan yrkeshögskolorna vid beredningen och förverkligandet av projektet har byggt en gemensam grund för såväl forsknings- och utvecklingsprojektet som för utbildningen i välfärdsledning. I stort har tanken om uppbyggandet av ett omfattande samarbete med yrkeshögskolor och kommuner visat sig vara bra efter det första året.

Sammandrag av observationerna och utvecklingsbehoven i förundersökningen

På en allmän nivå anses främjandet av välfärd och hälsa vara en viktig uppgift i kommunen. Hälsan och främjandet av den ses som ett viktigt värde som borde leda beslutsfattandet och verksamheten. Förverkligandet av detta värde i kommunens strategier, verksamhets- och ekonomiplaner och speciellt konkretiseringen som en funktion inom varje förvaltningssektor är ännu på hälft. Först då främjandet av välfärd och hälsa kopplas som en del till planeringen av kommunens verksamhet och ekonomi blir välfärdsstrategierna kommunalpolitik som bör beaktas seriöst.

1. Ansvar för ledningen av välfärd och hälsa väntar på att bli definierad

Formellt definieras det administrativa och verkställighetsansvaret i kommunens instruktion och i andra administrativa dokument. I några kommuner har ansvaret för främjandet av hälsa antecknats i officiella dokument som kommunstrategin, verksamhetsplanerna, tjänsteinnehavarnas uppgiftsbeskrivningar och i utvecklingsprogram.

Ansvar för främjandet av välfärd och hälsa anvisas i kommunerna oftast åt de ledande tjänsteinnehavarna och de ledande förtroendepersonerna. I sista hand är kommundirektören ansvarig för kommunmedlemmarnas välfärd. Ansvar för välfärden anses åligga även de politiska beslutsfattarna; fullmäktige, styrelse och nämnder. Om man ber om en precisering anvisar de flesta av de intervjuade personerna ansvaret åt hälsovårdssektorn eller en sammanslagen social- och hälsovårdssektor. Å andra sidan betonade man samarbetet: Ansvar för främjandet av välfärd och hälsa grundar sig på respektive tjänsteinnehavares professionella sakkunskap och beslutsfattande. I och med detta ingår främjandet av välfärd och hälsa i de olika förvaltningssektorernas service och det kan inte separeras från de olika yrkespersonernas ansvar. Ett intressant resultat var det att det i intervjuerna sällan uppstod situationer där de intervjuade själva skulle ha konstaterat sig ha ett ansvar. Hellre anvisade man ansvaret åt någon annan part (förtroendepersonerna åt tjänsteinnehavarna och tvärtom).

De väldigt skiftande tolkningarna och svaren visar att definitionen av ansvaret för främjandet av välfärd och hälsa är oklar. I kommunerna finns ingen gemensam uppfattning om vad man avser med främjandet av välfärd och hälsa som funktion och ledningen av den i kommunens verksamhet.

2. Ledningen av främjandet av välfärd är splittrad

Lednings- eller styrgrupper som förenar olika förvaltningssektorer och överspänner sektorgränser ifråga om ledningen av främjandet av välfärd och hälsa finns inte. Som en sådan grupp nämns ofta kommunens ledningsgrupp som i verkligheten sällan koncentrerar sig på frågor som berör ledning över sektorgränserna då fråga är om främjande av välfärd och hälsa. I många kommuner har folkhälsoarbetet överflyttats på samkommuner vilkas dialog med primärkommunerna verkar vara sällan förekommande.

Ärenden som berör främjande av hälsa behandlas i kommunerna i olika lednings- och arbetsgrupper. I vissa kommuner finns ledningsgrupper för främjande av hälsa. De är vanligen tillsatta av fullmäktige eller styrelsen och de består i huvudsak av ledande tjänsteinnehavare inom social- och hälsovårdens sektor. I några kommuner finns arbets- eller samarbetsgrupper för främjandet av välfärd och hälsa som fungerar inom social- och hälsovårdens sektor men dit företrädare även för andra sektorer hör. I sådana kommuner där separata arbetsgrupper inte finns påstår man att ärenden som berör främjande av välfärd och hälsa behandlas endera i kommunens ledningsgrupp, i hälsovårdscentralens ledningsgrupp, i nämnden eller i samkommunens ledningsgrupp. De ärenden som behandlas hänför sig till förvaltningen (budgeten, verksamhetsplanen, befolkningsgruppernas hälsovård) eller till främjandet av hälsa för befolkningen och till hälsofostran (projekt, händelser, temadagar, utbildning).

Ledande läkarna, som har totalansvaret för folkhälsoarbetet, byts relativt ofta, och ledningen i frågor som berör främjandet av välfärd och hälsa på lång sikt är inte högst prioriterade bland deras arbetsuppgifter. Av tradition har planering och organisering av det förebyggande arbetet utgjort ett ansvarsområde för de ledande skötarna. I små kommuner finns inte alltid en ledande skötare utan vårdarbetet leds av hälsovårdaren vid sidan av sitt klientarbete. Till detta hör vanligen inte att delta i planeringen av främjandet av välfärd över administrativa gränser eller att delta i kommunens strategiarbete.

3. Kontaktpersonernas arbete anses viktigt men funktionsförutsättningarna är små

Planerare för främjande av hälsa som betjänar alla förvaltningssektorer finns inte i kommunerna. I de största kommunerna känner man nog av behovet av koordinering och planering av främjandet av hälsa och efter en närmare granskning hittar man nog planering av främjandet av hälsa bland arbetsuppgifterna för många yrkesgrupper.

En kontaktperson för hälsofostran, som fungerar placerad inom hälsovårdssektorn, finns i nästan varje kommun eller samkommun. Oftast är kontaktpersonerna hälsovårdare som fungerar i denna syssla vid sidan av sitt hälsovårdarbete. Deras arbete kan innehålla projektbetonat samarbete med andra förvaltningssektorer ifråga om främjandet av välfärd och hälsa men inte ett deltagande i den strategiska planering eller koordinering av de gemensamma funktionerna som förekommer inom kommunen ifråga om främjandet av välfärd och hälsa.

4. Man saknar uppföljningsdata rörande främjandet av välfärd och hälsa

En planenlig uppföljning och bedömning av befolkningens välfärd och hälsa har i huvudsak grundat sig på de uppgifter som man erhåller via riksomfattande källor. En planenlig och fortgående användning av välfärdsdata i det kommunala beslutsfattandet är ännu ganska anspråkslöst. Ett välfärdsbokföringssystem som berör den egna kommunen är sällsynt. I de mindre kommunerna finns i regel inte det kunnande som behövs för införskaffande och förädling av uppgifter.

Förtroendepersonerna har ingen klar uppfattning om hurudana välfärdsuppgifter man har tillgång till i kommunen eller hurudant läget är beträffande befolkningens välfärd. Även uppfattningarna om faktorer som inverkar på befolkningens välfärd är diffusa. Alternativa välfärdseffekter av beslutna förutspås eller bedöms inte.

Rapportering av uppföljningsdata rörande främjandet av välfärd och hälsa till kommunens ledningsgrupp och förtroendepersonerna hör vanligen till bastrygghetsdirektörens eller ledande skötarens uppgifter. I praktiken innebär rapporteringen att man betonar utgiftsutvecklingen och användningen av servicen i stället för uppföljning och bedömning av välfärdssituationen. I de kommuner som hör till en samkommun är primärkommunernas förtroendepersoners möjligheter att följa med utvecklingen av befolkningens välfärd ringa.

5. Beredningen av välfärdsstrategier och –program har kommit väl igång

I nästan alla kommuner har man deltagit i beredningen av endera temavisa separata strategier och –program eller kommunens välfärdsstrategier eller -program (jfr. Kinnunen & Kostamo-Pääkkö 2003). De temavisa programmen är i huvudsak välfärdsstrategier för missbrukare, åldringar, barn eller ungdom. De små kommunernas kommunstrategier och visioner ses i sig som fungerande välfärdsstrategier.

I rapporterna ingår inga omnämmanden om uppföljning och bedömning av välfärdsstrategiernas förverkligande. Välfärdsärenden behandlas i verksamhets- och ekonomiplanerna ur ekonomisk synvinkel men ifråga om välfärdsstrategierna blir den ekonomiska granskningen liten och strategierna har inte på ett synligt sätt bundits till den ekonomiska planeringen. Samkommunernas för hälsovården deltagande i primärkommunernas strategiarbete är sparsamt.

6. Revisionsnämnderna bedömer knapphändigt förverkligandet av välfärds- och hälsovårdsmålsättningarna

De av kommunernas fullmäktige tillsatta revisionsnämndernas uppgift är förutom att följa med

utgifterna även följa med hur de funktionella målsättningarna förverkligas i kommunen. Revisionsnämnderna har i regel inte fäst uppmärksamhet vid kommunmedlemmarnas välfärdsärenden. Orsaken till detta kan vara det faktum att man inte tillräckligt väl har beskrivit välfärdsärenden i kommunens ekonomi- och verksamhetsplaner eller i de olika verksamhetssektorernas verkställighetsplaner.

7. Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 är bekant för hälsovårdssektorn men inte för kommunledningen

Programmet Hälsa 2015 är bekant för de flesta ledande tjänsteinnehavare inom hälsovårdssektorn men i förtroendeorganen har det sällan behandlats. Förtroendepersonerna och kommunens allmänna ledning kände i regel inte till målsättningarna i programmet. Det nationella hälsoprojektet var betydligt mera bekant.

8. Utbildning i anslutning till främjandet av hälsa i huvudsak endast inom hälsovårdssektorn

Anordnandet av utbildning i ärenden som berör främjande av välfärd och hälsa varierar. I några kommuner har man arrangerat seminarier rörande främjandet av välfärd och hälsa som varit avsedda för olika verksamhetssektorer. Kompletteringsutbildning anordnas oftast inom hälsovårdens sektor. Deltagandet i utbildning på annan ort begränsas ofta av att utbildningsanslagen inte räcker till. Förtroendepersonerna har ingen möjlighet eller intresse för att delta i seminarier rörande främjandet av välfärd och hälsa.

I kommuner och samkommuner finns i regel inte någon person som skulle ha ansvaret för utbildningen och som skulle ansvara för utvecklandet av kunskaper rörande främjandet av välfärd och hälsa samt personalutbildningen. I de stora städerna har man egna utbildningsorganisationer, i de mindre kommunerna åläggs de ledande tjänsteinnehavarna ansvaret, i synnerhet inom social- och hälsovårdssektorn. Utbildningen är ofta knuten till projekt, utvecklingsprojekt eller strategiarbete och är därmed inte på något sätt systematiserat.

Från utredning till utvecklingsprojekt

Förundersökningen klarlade utmaningarna och strukturerna i kommunerna till den del det gäller främjandet av välfärd och hälsa. Förundersökningens erfarenheter av ett vidsträckt samarbetsnätverk var uppmuntrande. Även projektets följande skede grundas på samarbete mellan Stakes, yrkeshögskolorna, länsstyrelserna och kommunerna. En central målsättning är att stöda kommunerna att förnya ledningen och verkställighetsstrukturerna så att man med tillbudsstående resurser kan befrämja befolkningens hälsa effektivare och på ett mera resultatgivande sätt än tidigare.

De kommuner och ekonomiska regioner som deltar i projektet bör förbinda sig till samarbete och till de kriterier för utvecklingsarbetet som man gemensamt kommit överens om. Utvecklandet av ledning och strukturer för främjandet av välfärd och hälsa stöds med ett utbildningsprogram som innefattar såväl riksomfattande som regional utbildning. Utbildningen anordnas av Stakes, yrkeshögskolorna och social- och hälsovårdsavdelningarna vid länsstyrelserna.

Ledningen av främjandet av hälsa består av samma element som ledningen av kommunal verksamhet i allmänhet. En väsentligt ny utmaning utgör beaktandet av välfärds- och hälsovårdsmålsättningar i såväl kommunens allmänna ledning som inom respektive förvaltningssektor. Planering, organisering, bedömning av alternativ, uppgörande och verkställighet av strategiska beslut samt uppföljning och bedömning av verksamheten berör även aktörer utanför kommunorgan

sationen såsom organisationer, utbildningsenheter och näringslivet.

Utvecklingsprojektets centrala innehåll hänför sig till förverkligandet av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 i kommunerna. Förverkligandet och uppföljningen av programmet borde periodiseras per fullmäktiges mandatperiod fram till år 2015. Definieringen av målsättningarna, uppföljningen och bedömningen av förverkligandet borde årligen kopplas till kommunens ekonomi- och verksamhetsplan och till kommunalberättelsen och den kommunala revisionen. En skild utmaning är att sätta sig in i metoderna för bedömning och prognostisering av åtgärder som riktar sig mot människorna (IVA) och ibruktagandet av dem. Skapandet av ett kvalitetssystem för främjandet av hälsa i kommunen säkrar uppföljningen av förverkligandet av välfärds-målsättningarna.

Utvecklingsprojektets kommunprojekt startade med en initialkartläggning som beskriver nuvarande funktionspraxis och ledningssystem samt resurser och kunnande. Utvecklingsprojektet kan tänkas förutsätta administrativa, organisatoriska och funktionella förändringar i kommunerna. Det centrala är att det i kommunen finns en person som leder verksamheten och koordinerar utvecklandet av verksamheten över de administrativa gränserna. Ibruktagande av nya sätt att fungera och arbetsmetoder stöds med utbildning och jämförande inläring.

Utvecklingsprojekten startar i början av år 2004. Fram till slutet av år 2005 har experimentkommunerna/ekonomiska regionerna förnyat ledningen av främjandet av välfärd och hälsa och strukturerna för förverkligandet av dem. De erfarenheter som erhållits på basen av kommunprojektet sammanfattas till nationella rekommendationer i början av år 2006. Under samma år koncentrerar man sig på utvecklingsprojektets slutrapport och en bedömningsundersökning. Även efter detta uppföljs ledningen av välfärd och hälsa i kommuner och regioner planerligt. Uppgifter om hur projektet fortskrider och om erfarenheterna från projektet förmedlas på projektets hemsidor (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke) och vid riksomfattande seminarier och utbildningstillfällen.

KÄLLOR

Folkhälsolagen 66/1972, www.finlex.fi.

Haveri, A. 2002. Kuntien uusi johtaminen - suuntaviivoja tulevaisuuteen. Kunnallistieteellinen aikakausikirja 2002:2:223-226.

Kinnunen, P. & Kostamo-Pääkkö, K. (toim.) 2003. Alueelliset hyvinvointistrategiat. Oulun kaupungin painatuskeskus.

Kommunallagen 365/1995, www.finlex.fi.

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Stakes tutkimuksia 103. Gummerus Kirjapaino Oy.

Pirskanen, M. & Pietilä, A-M. 2000. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. Stakes Aiheita 11/2000. Stakesin monistamo.

Rimpelä, M. 1994. Terveyden edistäminen ja terveystkasvatus - poimintoja kansainvälisestä kirjallisuudesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 1994. Supplementti; Terveystkasvatus-tutkimuksen vuosikirja 1993. 1994:31:5-22.

Simnett, I. 1997. Managing health promotion, developing healthy organizations and communities. Willey.

STM 1989. Hälsa för alla år 2000: Långsiktigt princip- och handlingsprogram för Finlands hälsopolitik. Social- och hälsovårdsministeriet. Statens tryckericentral.

STM 1993. Hälsa för alla år 2000. Reviderat samarbetsprogram. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 1993/2. Libris Oy.

STM 1996. Hälsöfrämjandet i kommunen: Kommunprogrammet Hälsa för alla år 2000: Slutledningar och rekommendationer. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 1996:17. Oy Edita Ab.

STM 1999. Bedömning av miljökonsekvenser: Hälsökonsekvenser och sociala konsekvenser på människan. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 1999:2. Oy Edita Ab.

STM 2001. Statsrådets principbeslut om folkhälsöprogrammet Hälsa 2015. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:5. Edita Abp.

Ståhl, T. 2003. Liikunnan toimintapolitiikan arviointia terveyden edistämisen kontekstissa. Sosiaalisen tuen, fyysisen ympäristön ja poliittisen ympäristön yhteys liikunta-aktiivisuuteen. Jyväskylän yliopisto.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy.

www.stakes.fi/sva/

Yrkeshögskolelagen 351/2003, www.finlex.fi.

BILAGA 1



STAKES
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS
Siltasaarencatu 18, PL 220, 00531 Helsinki
Puhelin (09) 39 671, Telefaksi (09) 761 307
Internet: <http://www.stakes.fi/>

18.5.2000

Sosiaali- ja terveysministeriö
Perusturvaministeri Osmo Soininvaara

Viite: STM/EHO:n kirje terveyskasvatuksen yhdyshenkilöille/19.5.1997

TERVEYDEN EDISTÄMISEN ASEMA JA YHDYSHENKILÖT KUNNISSA

Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes sopivat, että Stakes huolehtii kuntien terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden asioista. Stakes on järjestynyt yhdyshenkilöille useita työkokouksia valtakunnallisesti ja yhteistyössä lääninhallituksen kanssa alueellisesti. Yhdyshenkilöverkoston nykytilaa on selvitetty nyt julkistettavassa selvityksessä (Pirskanen M, Pietilä ATM: *Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen*. Stakes/Aiheita 11/2000). Selvityksen yhteenveto sekä johtopäätökset ja suositukset ovat liitteenä.

Selvityksen mukaan terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden toimintaedellytyksissä on suuria puutteita. Useimmissa kunnissa on nimetty yhdyshenkilö, mutta lähes puolet heistä arvioi, että voimavarat ovat vähentyneet vuoteen 1995 verrattuna. Useimmiten yhdyshenkilön tehtäviä hoiti terveydenhoitaja muiden tehtäviensä ohessa. Vain joka kymmenennen toiminimike oli yhdyshenkilö tai vastaava. Selvityksen mukaan kunnissa odotetaan sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin tai lääninhallituksen kannanottoja terveyden edistämisen ja yhdyshenkilötoiminnan kehittämisen tueksi.

Tämän selvityksen lisäksi terveyden edistämisen yhteistyön ja koordinoinnin ajankohtaisia kysymyksiä kunnissa on selvitetty myös useissa Stakesin tutkimus- ja kehittämishankkeissa kuten Terve Kunta -verkostossa, Terveyden edistämisen kuntastrategiat -hankkeessa ja Lasten ja nuorten terveyden edistäminen -hankkeessa. Tutkimustulokset yhdessä näissä hankkeissa kertyneiden kokemusten kanssa antavat aiheen kiinnittää laajemmin huomiota terveyden edistämisen asemaan kunnissa.

Ehkäisevä terveydenhuolto on ollut tärkeä osa kunnallista perusterveydenhuoltoa. Kansanterveysuudistamisessa 1970-luvun alussa kuntien tehtävät laajenivat sairaanhoitoon ja monille muille perusterveydenhuollon alueille, mutta ehkäisevää terveydenhuoltoa pidettiin edelleen tärkeänä alueena, jolla oli erikoistunut johtonsa useimmissa kunnissa. Terveystieteistä tuettiin Lääkintöhallituksen 1978 antamalla ohjeella, jossa suositeltiin kunnille terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden nimeämistä ja terveyskasvatuksen neuvottelukunnan perustamista koordinoimaan ehkäisevää työtä kunnan alueella.

Kun suositus vahvistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa, lähes kaikissa kunnissa nimettiin terveyskasvatuksen yhdyshenkilö ja asetettiin paikallinen terveyskasvatuksen yhteistyöelin.

1990-luvun alussa terveyskasvatuksen ja ehkäisevän työn asema kunnissa muuttui nopeasti. Valtakunnallisesti terveyden edistäminen tuli keskeisimmäksi toiminta-ajatuksiksi. Kuntien vastuut ja mahdollisuudet omaleimaiseen toimintaan lisääntyivät samalla kun keskitetty valtakunnallinen ohjaus väheni. Kunnissa alettiin soveltaa perusterveydenhuoltoon väestövastuuta. Käytännössä tämä merkitsi erikoistuneiden ehkäisevien palvelujen integroimista laaja-alaiseen väestövastuuseen perusterveydenhuoltoon. Kuntien talousvaikeudet vaativat supistamaan menoja ja leikkaukset kohdistuivat usein myös ehkäisevien palvelujen voimavaroihin. Näin ehkäisevän terveydenhuollon tehtäviin nimetyt viranhaltijat vähenivät asiakastyöstä ja terveyskeskusten johdosta. Samalla terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden työaika supistettiin.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöverkoston rakentamisen yhtenä tavoitteena oli tukea valtakunnallisten ohjelmien toteutumista koko maassa. Yhdyshenkilöt toimivat myös paikallisina terveyskasvatuksen asiantuntijoina. Yhdyshenkilöverkoston heikentyessä mahdollisuudet valtakunnallisten ohjelmien toteuttamiseen koko maassa ovat kaventuneet ja samalla monissa kunnissa on niukasti terveyden edistämisen asiantuntemusta omien paikallisten ohjelmien valmisteluun ja toteuttamiseen.

Kunnallisen terveydenhuollon toiminnan ja johtamisen järjestelyt ja myös terveyden edistämisen haasteet ovat 2000-luvun alkaessa monilta osin toisenlaiset kuin 1970-luvun lopussa, jolloin esitykset terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiksi ja terveyskasvatuksen neuvottelukunniksi kunnissa kiteytyivät. Kun valtakunnalliset suositukset ovat puuttuneet, kunnat ovat päätyneet hyvinkin erilaisiin ratkaisuihin. Joissakin, usein suurehkoissa kunnissa, on terveyden edistämisen johtaminen ja koordinointi järjestetty omaan yksikköönsä (esim. Pori, Turku, Vantaa). Muutamissa kunnissa terveyden edistämistä koordinoimaan ja hallinnollisia esityksiä valmistelemaan on perustettu terveys-suunnittelijan tai vastaavan kokopäiväinen tehtävä keskushallintoon (esim. Kuopio). Toisaalta Suomessa on lukuisia - usein pienempiä - kuntia, joissa terveyden edistämisen asema ja koordinointi on sisällytetty yleisiin hallintotehtäviin ilman erityistä resursointia ja erikoistunutta osaamista. Näin useissa kunnissa terveyden edistämisen hallinnollinen kokonaisvastuu on määrittelemättä eikä kunnassa tosiasiallisesti ole lainkaan terveyden edistämiseen erikoistuneita viranhaltijoita.

Uuden vuosituhannen alkaessa kunnissa on kasvavaa kiinnostusta selkiyttää terveyden edistämisen ja laajemminkin hyvinvoinnin edistämisen strategioita. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000 - 2003 on suositeltu paikallisten hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimista osana kuntasuunnittelua. Stakesin tekemän selvityksen mukaan suurimassa osassa kunnista on hyväksytty tai ollaan valmistelemaan ohjelmia joillakin hyvinvointipoliittikan osa-alueilla, useimmiten vanhus- ja päihdepolitiikassa. Runsaassa kolmanneksessa kunnista on hyväksytty tai valmisteltavana yleisempi hyvinvointipoliittinen ohjelma ja noin joka neljännessä kunnassa lapsipoliittikkaan liittyvä selonteko tai ohjelma.

Tässä tilanteessa kunnat etsivät toimivia menettelyjä terveyden edistämisen hallintoon ja toteuttamiseen. Pienten kuntien kannalta tilanne on keskimääräistä haastavampi paitsi voimavarojen niukkuuden myös hallinnon erilaisten järjestelyjen vuoksi: Terveydenhuoltoa toteutetaan eri tasoissa kuntayhtymissä, mutta muut hallintokunnat ovat kunkin kunnan omina toimintoina. Suuremmissa kunnissa on helpompaa löytää toimivia menettelyjä hallintokuntien rajat ylittävään yhteistyöhön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000 - 2003 korostetaan paikallisen hyvinvointipoliittikan vahvistamista ja ongelmien estämistä ajoissa. Kunnissa tulisikin olla toi-

miva terveyden edistämisen infrastruktuuri eli määrittää kuka johtaa terveyden edistämistä ja ketkä ovat toimijat ks. Liite 1). Kunnan ja terveyskeskuksen johdon tukena tarvitaan terveyden edistämiseen perehtynyt asiantuntija, joka koordinoi ja valmistelee toimintoja ja yhteistyötä sekä sosiaali- ja terveyssektorin sisällä että eri hallintokuntien välillä.

Edellä olevan perusteella Stakes esittää sosiaali- ja terveysministeriölle, että

yhteistyössä kuntien kanssa käynnistetään monivuotinen tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on auttaa eri kokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja tämän alueen aseman selventämiseksi kunnallisessa hallinnossa. Tutkimus ja kehittämishankkeen tueksi asetetaan valtakunnallinen asiantuntijaryhmä, johon kutsutaan keskeisten tahojen edustajat.

Pääjohtaja


Vappu Taipale

Tulosaluejohtaja


Sirpa Taskinen

TIEDOKSI Lääninhallitukset
Terveyskeskukset
Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt

LIITE Pirskanen M, Pietilä A-M: *Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen*. Stakes/Aiheita 11/2000. Raportin yhteenveto, sekä johtopäätökset ja suositukset



Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osasto

19.5.1997

Hyvä terveystieteiden yhdyshenkilö

Viite

Asia

Ensimmäiset terveystieteiden yhdyshenkilöt nimettiin terveystieteiden keskuksiin 1970-luvun alkupuolella lääkintöhallituksen "Ohjeita terveystieteiden tehostamisesta terveystieteiden keskuksissa" pohjalta. Lääkintöhallituksen vuonna 1978 antamien uusien terveystieteiden tehostamista koskevien ohjeiden mukaan myös sairaalat nimesivät terveystieteiden yhdyshenkilön. Terveystieteiden keskuksissa yhdyshenkilöitä oli vuonna 1980 tehdyn erillisselvityksen mukaan 213. Tänäpä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön osoiterekisterin mukaan yhdyshenkilöitä on terveystieteiden keskuksissa 260 ja sairaaloissa 140. Näin 1970-uvulla luotiin kattava verkosto, joka on ollut avainasemassa terveystieteiden ja terveyden edistämisen koordinoimisessa ja kehittämisessä kunnissa, terveystieteiden keskuksissa ja sairaaloissa.

Lääkintöhallituksen terveystieteiden tehostamistoimiston aloittaessa toimintansa keväällä 1977 oli toiminnan sisällöllinen pääpaino aluksi tupakoinnin vähentämisessä. Erilliset ohjekirjeet annettiin pian myös ravitsemustieteiden tehostamisesta ja ihmissuhde ja sukupuolikasvatuksesta. Kaikkiin näihin painoalueisiin liittyi laaja alueellinen koulutus ja syventävää koulutusta, kehittämis- ja kokeilutoimintaa, tiedotusta, aineistoja, tutkimuksia ja selvityksiä. Yhdyshenkilöt osallistuivat aktiivisesti koulutukseen, seurasivat alojen kehitystä, valittivat tietoa ja aktivoivat työyhteisöjään toimintaan.

Omaksi "instituutiokseen" kehittyivät vähitellen yhdyshenkilöiden omat koulutus- ja neuvottelupäivät, joita on pidetty vuosittain. Aivan ensimmäiset koulutuspäivät järjesti Terveystieteiden keskus yhteistyössä lääkintöhallituksen ja Suomen Terveydenhoitajaliiton kanssa vuonna 1976 Helsingissä. Päiviin osallistui lähes sata yhdyshenkilöä. Opintopäivillä tutustuttiin terveystieteiden keskuksen silloiseen tilaan ja pohdittiin terveystieteiden keskuksen yhdyshenkilön tehtäväkenttä ja työn ongelma-alueita.

Ongelmallisimpana yhdyshenkilöt kokivat asemansa epämääräisyyden terveystieteiden keskuksen organisaatiossa. Toimenkuvaa ei ollut, eikä myöskään tehtäväkenttä ollut määritetty. Täydennyskoulutustarve koettiin suureksi, koulutusta toivottiin terveystieteiden keskuksen suunnitteluun, sisältöalueisiin, menetelmiin ja tiedotustoimintaan liittyvistä kysymyksistä. Yhdyshenkilö todettiin välttämättömäksi kunnan terveydenhuoltotyössä, mutta hänen toimintamahdollisuuksiaan olisi parannettava vahvistamalla hänen asemaansa organisaatiossa ja takaamalla hänen toimintansa riittävät voimavarat.

Lääkintöhallituksen terveystieteiden tehostamistoimiston perustamisen jälkeen se huolehti koulutuspäivien järjestämisestä. Vuosien mittaan koulutus- ja neuvottelupäivillä on käsitelty yhteiskunta-, terveys-, sosiaali- ja ympäristöpoliittisia aiheita, terveyden edistämistä, kansanterveyttä, terveystieteiden keskuksen suunnittelua, järjestämistä, toteuttamista, johtamista, seuraamista, arviointia, arvoja, etiikkaa, kansantaloudellista merkitystä, sisältöjä, tutkimusta, koulutusta, menetelmiä, aineistoja, eri ikäryhmiä, valtakunnallisia ohjelmia Kokemuksellisia ja elämyksellisiä päiviäkin on pidetty, muun muassa Elämäniloa terveyteen, Enemmän elämää vuosiin ja Työniloa - iloa työhön -teemoilla. Keskeistä on ollut myös yhdyshenkilön toimenkuvan pohtiminen ja kehittäminen. Päivillä on lisäksi otettu kantaa ja annettu julkilausumia. Päivien paras anti on luulta-

vasti kuitenkin ollut toisten yhdyshenkilöiden kohtaaminen ja heidän kanssaan keskusteleminen, tuen saanti toisilta usein kovin hankalilta tuntuviin ongelmiin sekä uusien ideoitten ja keinojen saanti.

Yhteisten koulutuspäivien lisäksi yhdyshenkilöt ovat voineet osallistua mittavaan terveyskasvatuksen täydennyskoulutukseen, jota lääkintöhallitus/sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja terveysministeriö on järjestänyt yhteistyössä yliopistojen täydennyskoulutusyksiköiden ja muiden tahojen kanssa.

Yhdyshenkilöiden työstä on tehty joitakin selvityksiä ja tutkimuksia. Niissä ovat toistuneet samat piirteet kuin mikä koulutustilaisuuksissa on välittynyt: yhdyshenkilöt ovat yleensä innostuneita työstään, pitävät sitä tärkeänä, näkevät sen mahdollisuudet ja haluavat tehdä sitä täysipainoisesti - mutta mahdollisuuksia, tähän ei läheskään kaikilla ole. Yhdyshenkilön tehtävät hoidetaan yleensä muiden tehtävien ohessa, jolloin niille jää usein niukasti aikaa, mikä turhauttaa ja stressaannuttaa. Edelleen myös asema organisaatiossa on epäselvä mikä saattaa heikentää toimintamahdollisuuksia. Toisaalta, jos toimintamahdollisuudet ovat hyvät (esim. kokopäivätyö), saadaan todella hienoja tuloksia aikaan ja koetaan työniloa!

Terveydenhuollon hallinto on muuttunut kolmen vuosikymmenen kuluessa monella tavalla. Terveyskasvatuksen asema hallinnossa on myös elänyt oman elämänsä lääkintöhallituksen terveyskasvatustoimiston perustamisesta 1.4.1977, lyhyen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kautta terveyskasvatusasioitten siirtymiseen sosiaali- ja terveysministeriön ehkäisevän sosiaali- ja terveystieteiden osaston ehkäisevän terveystieteiden tulosryhmään 1.9.1992.

Tänä päivänä organisaatioiden toiminnalle on leimallista jatkuva muutos. Niinpä sosiaali- ja terveysministeriönkin tehtäväkenttää tarkastellaan jälleen uudelleen. Toimintaa kehitetään siten, että ministeriö keskittyy ydintehtäviinsä valtioneuvoston esikuntana. Ministeriön vastuulla on hallinnonalansa eri lohkojen strateginen ohjaus ja johtaminen. Operatiivinen ohjaus pyritään antamaan muiden organisaatioiden tehtäväksi.

Tämän mukaisesti ministeriö on lupomassa myös terveyden edistämisen operatiivisista tehtävistä. Se on antanut Stakesin tehtäväksi kunnallisen terveyden edistämisen kehittämisen yhdessä kuntien kanssa - jota työtä myös lääninhallitukset tekevät - ja Terveyden edistämisen keskuksen tehtäväksi (entinen Terveystieteiden keskus) järjestöjen toteuttaman terveyden edistämisen koordinoinnin.

Ministeriö muutti viime vuonna myös tupakkalain mukaisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelua siten, että Stakes valmistelee kuntien ja kuntayhtymien hanke-ehdotukset, Terveyden edistämisen keskus puolestaan järjestöjen hanke-ehdotukset ja ministeriö ainakin toistaiseksi muut hankkeet. Ministeriö päättää määrärahojen käytöstä vahvistamalla niiden käyttösuunnitelman. Hyväksytyistä hankkeista toteuttajan kanssa hankesopimuksen tekee se taho, joka on asian valmistellut. Näin Stakesin ja Terveyden edistämisen keskuksen asemaa terveyden edistämisessä ja terveyskasvatuksessa on vahvistettu. Tähän liittyen Stakes on muuttanut omaa organisaatiotaan perustamalla Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ryhmän.

Stakes toimii yhteistyössä kuntien ja kuntayhtymien kanssa lukuisissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveyden edistämisen, kuten Terve kunta -kehittämishankkeissa. Stakes myös järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille koulutusta. Tässä toimintaympäristössä terveyskasvatuksen yhdyshenkilöille tiedottaminen ja heidän koulutuksensa voidaan hoitaa parhaiten. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes ovat sopineet, että Stakes huolehtii terveyskasvatuksen yhdyshenkilöihin liittyvistä asioista.

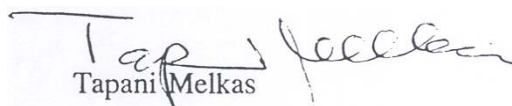
Hyvät terveystieteiden yhdyshenkilöt: ehkäisevällä politiikalla pyritään luomaan edellytyksiä ja mahdollisuuksia ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille eli tavoitteena on terveyttä, elämänhallintaa ja itsenäistä selviytymistä tukevien olosuhteiden ja ympäristöjen luominen, ihmisten työt ja toimintakyvyn edistäminen ja elämänlaadun ja elämänhallinnan parantaminen. Tätä työtä olette Te, terveystieteiden yhdyshenkilöt tehneet innostuneina ja ammattitaidolla kuluneina vuosina. Siitä Teille lämmin kiitos!

Tänään ehkäisevä työ on yhtä tärkeä, ehkä tärkeämpikin kuin aikaisemmin, koska monia ihmisryhmiä uhkaa uudenlainen syrjäytyminen. Toivomme, että jaksatte edelleen tehdä arvokasta työtänne ihmisten terveyden hyväksi - myös huolehtimalla itsestänne, omasta jaksamisestanne ja elämänlaadustanne!

Kiitämme Sinua hyvästä yhteistyöstä ja toivotamme Sinulle hyvää jatkoa!

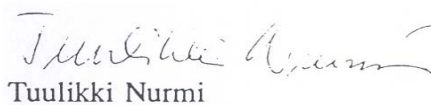
Kaunista, rentouttavaa kesää!

Neuvotteleva virkamies



Tapani Melkas

Erikoissuunnittelija



Tuulikki Nurmi

BILAGA 2

Bilagetabell 1. Funktionsprocesserna i TEJO-projektet.

2001	FUNKTIONSPROCESSERNA I TEJO-PROJEKTET
30.11.2001	Sammanträde 1 tillsammans med yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området och Stakes. Social- och hälsovårdsministeriet och utbildningsministeriet med. Man beslöt starta ett samarbete inom ramen för programmet Hälsa 2015 med projektet Lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa (TEJO). Man beslöt skapa ett nätverk av förbindelse lärare för vissa utvecklingsområden (rusmedel, skolhälsovård, olyckor, sexualofstran och bedömning av effekter som riktar sig mot människan). Man beslöt starta beredningen av en virtuell helhet i Hälsa 2015 (yrkeshögskolorna, Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes).
2002	
21.3.2002	Arbetsmöte med temat yrkeshögskolornas deltagande i förverkligandet av programmet Hälsa 2015. Behandling av kompletteringsexamina rörande främjandet av hälsa. Projektet Lokala strukturer och ledning av främjandet av välfärd och hälsa (TEJO) diskuterades.
25.3.2002	Arbetsmöte för länsstyrelsernas social- och hälsovårdsavdelningars representanter. Social- och hälsovårdsministeriet med. Vid mötet behandlades bl.a. verkställigheten av programmet Hälsa 2015 och TEJO-projektet.
10.4.2002	Möte med representanter för yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området, Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes; tema nätverksutbildning (stöd för verkställigheten av Hälsa 2015). Diskuterades om yrkeshögskolornas vilja att delta i beredningen av nätverksutbildningshelheter i anslutning till Hälsa 2015. Studiehelheterna förverkligas via den virtuella yrkeshögskolan. Studieperioderna piloteras under hösten 2003 och de är klara till slutet av år 2003.
14.5.2002	Länen anmäler förbindelsepersonerna till TEJO-projektet.
27.5.2002	Första gemensamma mötet för länen och yrkeshögskolornas förbindelsepersoner. Projektplanen bearbetades.
19.-20.8. 2002	Planeringsgruppens första möte (länens representant och yrkeshögskolornas representanter). Kommunintervjuns stomme behandlades. Diskuterades igångsättandet av forskarseminarier.
29.8.2002	Brev åt prefekterna vid yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala området. Bindande anmälningar till projektet senast den 13.9 och säkerställande av förbindelsepersoner.
23.9.2002	Arbetsmöte (yrkeshögskolorna och länen). Bearbetning av intervjustommen, kriterier för val av kommuner, projektets tidsplanering. Forskarseminarier igångsattes.
oktober 2002	Lärens och yrkeshögskolornas representanter valde utredningskommuner.
16.10.2002	Brev åt stads-/kommundirektörerna. Brev åt länsstyrelsernas och yrkeshögskolornas förbindelsepersoner.
november-december 2002	Kommunintervjuer och anskaffning av skriftliga dokument (yrkeshögskolorna).
25.11.2002	Arbetsmöte (yrkeshögskolorna och länen). Situationsöversikt, fortsatt planering och rapportering av projektet. Projektets hemsidor på Stakes' server. Hemsidor per yrkeshögskola.
19.12.2002	Brev till yrkeshögskolornas förbindelsepersoner. Rapportblankett och direktiv. Returneras 31.1.2003.
2003	
17.1.2003	Rapportering av dokumentanalysen senast 15.3.2003. Projektets hemsidor på Stakes server www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke . Yrkeshögskolornas hemsidor (9/20).
22.-23.1.2003	Terve Kunta-dagar. Sessioner som igångsättare av programmet Hälsa 2015. Poster om TEJO-projektet Yrkeshögskolornas posters.
31.1.2003	Kommunvisa intervjurapporter till Stakes.
15.3.2003	Dokumentmaterialrapporter till Stakes.
18.-19.3.2003	Arbetsmöte. Lägesrapport och planering av det fortsatta arbetet. Undervisningsministeriet och prefekterna för yrkeshögskolornas enheter för hälsovård och det sociala arbetet med 19.3.

2003	TEJO-PROJEKTETS FUNKTIONSPROCESS FORTSÄTTER
april 2003	Utkast till samrapport från intervjuerna färdig (fördröjs).
april-juni 2003	Kommunfeed-back (yrkeshögskolorna och/eller länen) om kommunerna så önskar.
10.5.2003	Yrkeshögskolorna gör i samarbete med kommunerna ett preliminärt förslag till kommunexperiment för mötet den 27.5.
27.5.2003	Arbetsmöte. Färdigställande av analysen av de skriftliga dokumenten.
	Planering av försök.
22.9.2003	Arbetsmöte. Erfarenheter av kommunförsöken, fortsatta planer, kommunvisa utvecklingsprojekt.
30.-31.10.2003	Arbetsmöte. Kommunernas representanter, yrkeshögskolornas förbindelsepersoner och lärens förbindelsepersoner med. Ämnet för arbetsmötet – arbetsplan för kommunpilotingen.
hösten 2003	Behandling av projektet vid lärens utbildningstillfällen.
hösten 2003	Kommunförsöken inleds.
2004-2005	Försöken igång.
2006	Bedömning och rapportering av projektet - rekommendationer.

BILAGA 3

Bilagetabell 2. Yrkehögskolornas kontaktpersoner år 2002.

YRKESHÖGSKOLA	kontaktperson	titel	email
Arcada	Carola Wärnä	överlärare	carola.warna@arcada.fi
Diak	Paula Koistinen	överlärare	paula.koistinen@mail.diak.fi
Etelä-Karjalan amk	Kaija Heikura-Kansanen	lektor	kaija.heikura-kansanen@mail.scp.fi
Hämeen amk	Ulla Peltonen	lektor	ulla.peltonen@hamk.fi
Högskolan på Åland	Helena Byfält	rektor	helena.byfalt@avi.aland.fi
Jyväskylän amk	Leena Liimatainen	överlärare	leena.liimatainen@jypoly.fi
Kajaanin amk	Sirkka-Liisa Niskanen	överlärare	sirkka-liisa.niskanen@mail.kajak.fi
Kemi-Tornion amk	Lea Kovero	projektplanerare/lektor	lea.kovero@tokem.fi
Keski-Pohjanmaan amk	Marja-Liisa Hiironen	utvecklingschef	marjaliisa.hiironen@cop.fi
Mikkelin amk/Savonlinna	Leena Uosukainen	forskaröverlärare	leena.uosukainen@mikkelihamk.fi
Oulun amk	Lea Rissanen	överlärare	lea.rissanen@oamk.fi
Pirkanmaan amk	Jouni Tuomi	överlärare	jouni.tuomi@piramk.fi
Pohjois-Karjalan amk	Raija Nurminen	överlärare	raija.nurminen@ncp.fi
Pohjois-Savon amk	Ingrid Antikainen	lektor	ingrid.antikainen@pspt.fi
Seinäjoen amk	Eija Kyrönlahti	överlärare	eija.kyronlahti@seamk.fi
Stadia	Päivi Haarala	examensansvarig	paivi.haarala@stadia.fi
Svenska yrkehögskolan	Anna-Lena Nieminen	forskningsassistent	anna-lena.nieminen@syh.fi
Turun amk	Ulla Wiirilinna	skolningschef	ulla.wiirilinna@turkuamk.fi
Vaasan amk	Hans Frantz	tf överlärare	hans.frantz@puv.fi
Yrkehögskolan Sydväst	Ingrid Hollméus-Nilsson	överlärare	ingrid.hollmerus-nilsson@sydvast.fi

Bilagetabell 3. Länens kontaktpersoner år 2002.

län	enhet	kontaktperson	email	tjänstebenenämning
Södra Finlands	Helsingfors	Pirjo Laaksonen	pirjo.laaksonen@eslh.intermin.fi	länspsykolog
	Tavastehus	Liisa Rantamaa	liisa.rantamaa@eslh.intermin.fi	överinspektör
	Kouvola	Kirsi-Marja Karjalainen	kirsi-marja.karjalainen@eslh.intermin.fi	överinspektör
Västra Finlands	Åbo	Hanna Lintula	hanna.lintula@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
	Vasa	Majja-Liisa Ijäs	majja-liisa.ijas@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
	Tammerfors	Sinikka Piekkola	sinikka.piekkola@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
Östra Finlands	Jyväskylä	Päivi Liffander	paivi.liffander@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
	St Michel	Marja Hyvärinen	marja.hyvarinen@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
	Kuopio	Ritva Makkonen	ritva.makkonen@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
Uleåborgs	Joensuu	Sirkka Jakonen	sirkka.jakonen@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
	Uleåborg	Tytti Tuulos	tytti.tuulos@slh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör
Lapplands	Rovaniemi	Riitta-Liisa Paasivirta	riitta-liisa.paasivirta@lh.intermin.fi	hälsovårdsinspektör

Bästa kommundirektör**LOKALA STRUKTURER OCH LEDNING INOM VÄLFÄRDS- OCH HÄLSOFRÄMJANDET I KOMMUNERNA**

Främjandet av hälsa- och välfärd inom kommunen är en uppgift för flera olika sektorer. Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 vid social- och hälsovårdsministeriet betonar detta samarbete. Stakes har i samråd med social- och hälsovårdsministeriet, under 2002 inlett ett forsknings- och utvecklingsprojekt vars målsättning är att hjälpa kommuner av olika storlek att finna fungerande system som stöder verkställighetsstrukturerna i hälsofrämjandet. Avsikten är också att utreda hur välfärds- och hälsofrämjandet leds och ledningsstrukturerna i kommunerna.

Det kommunvisa utredningsarbetet för projektet Lokala strukturer och ledning inom välfärds- och hälsofrämjandet kommer att genomföras under hösten 2002 som ett samarbete mellan Stakes, länsstyrelserna och yrkeshögskolorna. Länsstyrelserna har tillsammans med yrkeshögskolans kontaktlärare valt er kommun till en intervjukommun. Yrkeshögskolans kontaktlärare tar kontakt med er i oktober för att reservera intervjutider.

Avsikten är att intervjua ledande tjänstemän och förtroendevalda för kommunutredningen. Bland de ledande tjänstemännen intervjuas kommundirektören, chefen för grundtrygghetsväsendet eller social- och hälsovårdschefen (i de kommuner som hör till en samkommun för hälsovården intervjuas, förutom socialdirektören, samkommunens ledande läkare och ledande skötare), kommunsekreteraren eller planeringschefen och koordinatören för hälsofrämjandet eller hälsoplaneraren, om en sådan befattning finns inom centralförvaltningen. Bland de ledande förtroendevalda intervjuas kommunstyrelsens ordförande och grundtrygghetsnämndens eller social- och hälsovårdsnämndens ordförande. Lärarna intervjuar ifrågavarande personer (ev. tillsammans med struderande) i november-december 2002. Intervjun tar ca en timme i anspråk per person. Intervjuteman i bilaga 1.

Preliminära resultat av intervjuerna delges på de riksomfattande Terve Kunta dagarna, som arrangeras av Stakes och Finlands Kommunförbund 22. – 23.1.2003 i Helsingfors.

Utredningen omfattar även en analys av kommunens officiella handlingar. Vänligen sänd till yrkeshögskolans kontaktperson (adress nedanför) inom slutet av oktober följande handlingar som material för intervjuerna:

1. kommunens vision och strategi

2. kommunens verksamhetsorganisation (organisationsschema)
3. kommunens verksamhets- och ekonomiplan för 2001 och 2002 samt verksamhetsberättelsen för 2001
4. social- och hälsovårdsförvaltningens verksamhetsplan 2001 och 2002 samt verksamhetsberättelsen för 2001
5. den kommunala revisionsnämndens verksamhetsberättelse för 2001
6. välfärdsprogram/strategier för välfärds- och hälsofrämjande för innevarande fullmäktigeperiod

Förfrågningar om projektet besvaras i Stakes av koordinatören för projektet Kristiina Poikajarvi 040 5156035, email: kristiina.poikajarvi@stakes.fi eller utvecklingschef Kerttu Perttilä (09) 3967 2318, email: kerttu.perttila@stakes.fi.

Direktör för resultatområdet

Sirpa Taskinen

Utvecklingschef

Kerttu Perttilä

BILAGOR Intervjuteman
Yrkehögskolornas och länsstyrelsernas kontaktpersoner

BILAGA 5

Bilagetabell 4. Kommuner, i vilka intervjuer och intervju rapporter gjordes.

	INTERVJURAPPORTERNAS KOMMUNER, SAMKOMMUNER OCH LANDSKAP
1	ALAVO
2	BJÄRNÅ
3	BRAHESTAD
4	EKENÄS
5	GRANKULLA
6	HATTULA
7	HELSINGFORS
8	JOENSUU
9	KANGASLAMPI
10	KEMI
11	KEURUU
12	KIIHTELYSVAARA
13	KUOPIO
14	LAHTIS
15	LAPINLAX
16	LIPERI
17	MUURAME
18	MUURLA
19	NÄRPES
20	ORAVAIS
21	POLVIJÄRVI
22	RANTASALMI
23	RIIHIMÄKI
24	SALO
25	SAVITAIPALE
26	ST MICHEL
27	TAIPALSAARI
28	TAIVALKOSKI
29	TOIJALA
30	ULEÅBORG
31	VAMMALA
32	VARKAUS
33	VASA
34	VILLMANSTRAND
35	YLITORNIO
	LANDSKAP: KOMMUNER
36	KAJANALAND: Hyrynsalmi
37	Kajana
38	Kuhmo
39	Paltamo
40	Sotkamo
41	Suomussalmi
42	Vuolijoki
	SAMKOMMUNER: KOMMUNER
43	KIMITOÖN: Dragsfjärd
44	Kimito
45	Västanfjärd
46	LOVISANEJDEN: Lovisa
47	Pernå
48	ÅHS: Mariehamn
49	Sund

BILAGA 6

LOKALA STRUKTURER OCH LEDNING INOM VÄLFÄRDS- OCH HÄLSOFRÄMJANDET I KOMMUNERNA

Intervjuteman

1. Vilken tjänsteman/vilken instans i kommunen har ansvar för främjandet av befolkningens välfärd och hälsa ur ett helhetsperspektiv, för beredningen av ärenden och för utvecklandet av verksamheten i frågor som anknyter till detta ansvar (frågan ställs till de ledande tjänstemännen)?

- är denna uppgift definierad
- när och var är den registrerad
- vilken ställning/uppgift har personen i fråga i kommunen (arbetsplats, ställning i organisationen)

2. Hur är koordineringen av hälsofrämjandet i kommunen organiserad (i kommunens ledning eller i hälsovårdsförvaltningen)?

Har en lednings-/styrningsgrupp utsetts för hälsofrämjandet i kommunen?

Om så är

- inom vilken instans (t.ex. nämnd, ledningsgrupp)
- var är den registrerad
- vilka hör till den
- vem är ordförande
- vem är sekreterare
- hur ofta har den sammankommit i år
- vilka ärenden har den behandlat i år (exempel)

Finns det inom kommunens centralförvaltning en planerare eller motsvarande för hälsofrämjandet?

Om så är

- vilka uppgifter har han/hon
- hur lång är den arbetstid som står till förfogande (heldags -/ deltidstjänst)
- inom vilken instans

Finns det i kommunen en kontaktperson för hälsofostran?

Om så är

- inom vilken instans (t.ex. inom hälsovårdsförvaltningen)
- vilka arbetsuppgifter har kontaktpersonen
- hur lång arbetstid till förfogande/vecka (hel-/deltidstjänst)
- utbildning

3. Hur följer kommunen upp utvecklingen av befolkningens välfärd och hälsa?

- vilka uppgifter insamlas
- hur sker rapporteringen och till vem
- vem ansvarar för att utveckla och upprätthålla uppföljningssystemet

4. När har någon fråga som rör välfärd/hälsofrämjande senast behandlats?

- i kommunens ledningsgrupp
- vilken fråga gällde det?
- vad beslöts om den?

- i kommunstyrelsen
- vilken fråga gällde det?
- vad beslöts om den?

- i fullmäktige
- vilken fråga gällde det?
- vad beslöts om den?

5. Har man i kommunen berett/godkänt/verkställt välfärdspolitiska/strategiska program?

Program/strategier som är färdiga/för verkställighet

- vilka är de
- vilka sektorer och organisationer deltog i beredningen
- i vilka beslutsfattande organ behandlades de
- vilka är de centrala målsättningarna
- vilka resurser har ställts till förfogande
- på vilket sätt och hur ofta följer man upp att målen förverkligas
- på vilket sätt har man i kommunen dragit nytta av programmen

Program/strategier under beredning

- vilka är de
- vilka deltar i beredningen

6. Har man i kommunens revisionsnämnd år 2002 fäst uppmärksamhet vid frågor som anknyter till välfärds- och hälsofrämjandet?

Om så är fallet, i hurdana frågor och med vilka ställningstaganden?

7. På vilket sätt kommer uppföljningsdata och målsättningar som behandlas i beredningen av verksamhets- och ekonomiplanen för 2003 att eventuellt förändras jämfört med dem som fastställdes i verksamhets- och ekonomiplanen för 2002?

8. Har vid beredningen av verksamhets- och ekonomiplanen för 2003 speciellt noterats målsättningar och åtgärder som rör följande frågor:

- Verkställandet av programmet Hälsa 2015 i kommunen
- Effektivisering av elevvården/skolhälsovården i grundskolan
- Effektivisering av servicen/hälsovården för studerande vid yrkesläroanstalter
- Utveckling av rådgivningsverksamheten för barnfamiljer

9. Vilka viktiga projekt och nätverk har kommunen för välfärds- och hälsofrämjandet?

De viktigaste projekten

Betydande samarbetsnätverk

- Vem/vilka organisationer hör till samarbetsgrupperna/nätverken
- Hur fungerar nätverken

10. Vem ansvarar för att utveckla kunnandet inom välfärds- och hälsofrämjandet och för personalutbildning och fortbildning i kommunen?

11. Vilket slag av utbildning har kommunens ledning deltagit i under det senaste året (som rör främjandet av befolkningens välfärd och hälsa)?

12. Ledning, utveckling, verkställande, resursfördelning inom preventiv service

Service	Vem har ansvar för			Tillgängliga resurser 2002 årsverken läkare/övriga
	Ledningen	utvecklingen	verkställandet	
Hälsofostran allmänt				
Näringsfostran				
Sexualupplysning				
Familjefostran				
Mödrarådgivning				
Barnrådgivning				
Familjeplanering				
Skolhälsovård				
Hälsovård för studerande				
Elevvård				
Munhälsovård				
Företagshälsovård				
Barnskydd				
Preventiv mentalhygien				
Preventivt ungdoms- Arbete				
Preventiv missbrukarvård				
Rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor o. Familjerådgivning				

Den sista frågan ställs vid intervjun och skall inte postas i förväg.

13. Med vilket vitsord skulle du bedöma ledningen och organisationen av välfärds- och hälsofrämjandet i er kommun med grundskolans bedömningskala 4 (underkänt) - 10 (berömligt) som måttstock.

Den välfärdsstrategiska ledningen i allmänhet	
Uppföljningen av hur befolkningens välfärd och hälsa utvecklas	
Det sätt på vilket målsättningarna för välfärd och hälsa är integrerade i kommunplanen.	
De praktiska arrangemangen för ledning inom välfärd och hälsa	
De förutsättningar ledningsgruppen i kommunen har att bereda och verkställa ledningen av välfärds- och hälsofrämjandet i kommunen	
De förtroendevaldas intresse för välfärds- och hälsofrämjandet som ett kommunalt uppdrag	
De resurser som speciellt anvisats för välfärds- och hälsofrämjandet	
De resultat som välfärds- och hälsofrämjandet uppnått	
Hur kommunen inlett verkställandet av programmet Hälsa 2015 under år 2002	

BILAGA 7

Bilagetabell 5. Kommuner, i vilka kommunvisa dokumentrapporter uppgjordes. (n=36)

KOMMUNER MED DOKUMENTANALYS	
1	ALAVO
2	BJÄRNÅ
3	BRAHESTAD
4	EKENÄS
5	GRANKULLA
6	HELSINGFORS
7	JOENSUU
8	KEMI
9	KEURUU
10	KIIHTELYSVAARA
11	KUOPIO
12	LAHTIS
13	LAPINLAX
14	LIPERI
15	LOVISA
16	MARIEHAMN
17	MUURAME
18	MUURLA
19	ORAVAIS
20	PERNÅ
21	POLVIJÄRVI
22	RANTASALMI
23	SALO
24	SAVITAIPALE
25	ST MICHEL
26	SUND
27	TAIPALSAARI
28	TAIVALKOSKI
29	TOIJALA
30	ULEÅBORG
31	VAMMALA
32	VILLMANSTRAND
33	YLITORNIO
SAMKOMMUN: KOMMUNER	
34	KIMITOON: Kimito
35	Dragsfjärd
36	Västanfjärd

BILAGA 8

Bilagetabell 6. Befolkningsunderlaget i analyskommunerna. (n=36)

BEFOLKNINGSUNDERLAGET I ANALYSKOMMUNERNA	ANTALET KOMMUNER
1. Under 3000	5
2. 3001-5000	7
3. 5001-10 000	9
4. 10 001-20 000	5
5. 20 001-50 000	4
6. 50 001-100 000	4
7. Över 100 001	2
Sammanlagt	36

BILAGA 9

Bilagetablell 7. I samband med intervjuerna omnämnda välfärdsprojekt i kommunerna. (n=49)

	BETYDANDE VÄLFÄRDSPROJEKT	ANTAL OMNÄMNINGEN
1	Alavus 2005	1
2	Alko	1
3	Alkoholivalistus -hanke	1
4	Alle 10-vuotiaden hyvinvoinnin edistämisen yhteistyömallin kehittäminen	1
5	Alli -projekti	1
6	Alueellinen siosaalityöntekijän päivystyshanke	1
7	Aslak -projekti	1
8	Asukastaloverkosto -hanke	1
9	Asuntopoliittiset hankkeet	1
10	Avita -projekti	1
11	Botnia -projekti	1
12	Dehko (valtakunnallinen diabeteshanke)	1
13	Erikoissairaanhoidon uudelleen järjestely -hankkeet	1
14	ESR-hankkeet	1
15	Etelä-Pohjanmaan strategia -hanke	1
16	Etelä-Suomen ikälaatu -hanke	2
17	Etsin -hanke	1
18	Eu-hankkeet	2
19	Fostran för framtiden -projekti	1
20	Harava -projekti	1
21	Henkilöstöpoliittiset ohjelmat/henkilöstöhyvinvointiohjelmat	3
22	Hyvinvoinnityrittäjyys -hanke	1
23	Hyvinvointiohjelma -seutukunnallinen hanke	1
24	Hyvä terveys -hanke	1
25	I form för livet	1
26	Iki-hyvä Päijät-Häme -projekti	1
27	Ikä Laatu -hanke	1
28	It- hanke	1
29	It's my future -projekti	1
30	Itse -hanke	1
31	Itsetunto -hanke	1
32	Jyty -hanke	1
33	Järjestöprojekti	1
34	Kaksi elämää -projekti	1
35	Kansantautien ennaltaehkäisy -hanke	2
36	Kaseva -vanhusprojekti	1
37	Kasvatustukihankkeet	1
38	Kasvukeskus -hanke	1
39	Kaupungin henkilöstön hyvinvoinnin kartoitus -hanke	1
40	Kehitysvammahuollon kehittämiseen liittyviä hankkeita	3
41	Keula 2002-2003	1
42	Kimppa -projekti	1
43	Klaari-Helsinki	1
44	Klubi-talo -projekti	1
45	Kolmet -hanke	2
46	Kotiuttamisprojekti	1
47	Kotona koko elämä -hanke	1
48	Kouluikäisten hyvinvointiin liittyviä hankkeita	2
49	Kouluterveystutkimuksen pilottihanke	1
50	Kunnossa kaiken ikää -hanke	1
51	Kuntouttava työote -hanke	1
52	Kuusiokuntien yhteinen terveydenhuollon kehittäminen/terv. edistämishanke	1
53	Kärkulla projektet	1
54	Laatuprojekti/hanke	7
55	Lapsiin ja nuoriin liittyvät projektit/ohjelmat moniammatillisena työryhmänä	4
56	Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämishanke	1
57	Leva -projekti	1
58	Lihavuuden ehkäisy ja hoito -hanke	2
59	Liikennekoulutus-, kasvatus- ja tiedotusohjelma/hanke	1
60	Lähiöhankeet	2

	VÄLFÄRDSPROJEKTEN FORTSÄTTER	ANTAL
61	Löydä timantti -projekti	1
62	Mestari - kisälli -hanke	1
63	Mielekäs elämä -hanke	1
64	Mielenterveystyön hanke	1
65	Mimosel	3
66	Moisiovaara -projekti	1
67	Muurame kaiken ikää -hanke	1
68	Myötätuuleen -hanke	1
69	Må bra i Oravais	1
70	Neuvolatyön kehittämishanke	1
71	Nuorisotalo -hanke	1
72	Nuorten hyvinvointiin liittyviä hankkeita/ohjelmia	5
73	Nuorten osaamiskeskus -hanke	1
74	Nuorten terveysasema -hanke	1
75	Nupo	1
76	Nupopake -projekti	1
77	Omalle oksalle -projekti	1
78	Osallisuushanke	1
79	Osteoporoosi -hanke	1
80	Otte -projekti	1
81	Palko -kotiuttamisprojekti	1
82	Palveleva Polvijärvi -hanke	1
83	Panosta työnhakuun -projekti	1
84	Peltosaariprojekti	1
85	Perenna -hanke	1
86	Peres -projekti	2
87	Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisy -projekti	1
88	Perheiden hyvinvointiin liittyvät hankkeet	4
89	Peruspalvelut 2001 -hanke	1
90	Preventiohanke	1
91	Päihdesäätiön perustamishanke	1
92	Päihteettömät naiset -hanke	1
93	Päihteisiin liittyvät hankkeet	10
94	Päivähoidon kehittämissuunnitelma -hanke	1
95	Rajat ovat rakkautta -hanke	6
96	Rakennushankkeet	6
97	Rikoskierre seis	1
98	Sakke -hanke	1
99	Sastamalan perusturvahanke	1
100	Seksuaalivalistus -hanke	1
101	Seudullinen lasten ja nuorten palvelujen seutuhanke	1
102	Seutukannallinen kehittämishanke (esim. sosiaali- ja perusterveydenhuolto)	3
103	Seutuyhteistyöhankkeet tautien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä	1
104	Sokora -projekti	1
105	Sosiaalityön kehittämishanke	2
106	SoTe -selvitys	1
107	Sundrörelsen	1
108	Suunnitteluhankkeet sairaanhoitopiirin kanssa	2
109	Syrjäytymisen ehkäisy -hankkeet	5
110	Nuorten terveysasema -hanke	1
111	Sysäys -projekti	1
112	Terve ja Osaava Pohjanmaa -hanke	1
113	Terve ja turvallinen kaupunki -hanke	1
114	Terve kunta -hanke	2
115	Terve Kuopio -hanke	1
116	Terveyden edistäminen kouluissa -hanke	1
117	Terveydenhuollon -hanke	1
118	Terveys 2015 -verkostoprojekti	1
119	Terveysnetti	2
120	Terveyttä edistävät sairaalat -hanke	1
121	Tietoverkko hankkeet	1
122	Topakka -projekti	1
123	Toppila -hanke	1
124	Tulava -projekti	1
125	Tuloksellisuuden takuu -hanke	1

	VÄLFÄRDSPROJEKTEN FORTSÄTTER	ANTAL
126	Turvallisuushankkeet	5
127	Turvapojjun hankkeet	1
128	Tuto -projekti	1
129	TYKY -hanke	2
130	Työttömyyden poistamishankkeet/työllisyshankkeet	4
131	Työtä lähelle -hanke	1
132	Uskalla toimia hanke	1
133	Vanhempainkoulu -malli	1
134	Vanhushuoltoprojekti	1
135	Vanhusten hyvinvointiin liittyviä hankkeita (palvelujen kehittäminen/kotihoito/avohoito)	10
136	Vanhusten palveluopashanke	1
137	Vapa -projekti	1
138	Varhaisen vuorovaikutuksen koulutushanke	3
139	Varpu -projekti/hanke	4
140	Vartu -hanke	1
141	Vasso -hanke	1
142	Vatu -hanke	1
143	Vauva/perhe projekti	1
144	Vavo -projekti	1
145	Veppi -hanke	1
146	Vesihanke	1
147	Vety -hanke	1
148	Virkistys- ja vapaa-aikahankkeet	1
149	Vuolijokelaisten hyvinvointiselonteko	1
150	Väestövastuun kehittäminen	1
151	Västra Nylands 2003-2004	1
152	Ydinkunta-palvelukunta -hanke	1
153	Yhteistyön lisäämishankkeet	3
154	Ympäristöhankkeet	1

BILAGA 10

NYA BEGREPP

Vid beredningen och verkställigheten av denna förstudie observerade man att de ur TEJO-projektets synvinkel centrala begreppen var oklara i det finska språket. Många av de ord som förekommer i diskussionen är nästan nya och beträffande deras användning och betydelse existerar ingen gemensamt överenskommen praxis.

Centrala begrepp med tanke på ledningen av främjandet av välfärd och hälsa samt verkställighetsstrukturerna har definierats i flera internationella ordlistor och läroböcker. Den finländska kommunalförvaltningen är ändå på många sätt unik och de internationella definitionerna passar inte som sådana i Finland.

I det följande skisseras preliminärt några begrepp som man tillägnat sig inom Stakes kommunprojekt som hör till gruppen Kommunernas välfärdsstrategier. Man bör naturligtvis betona att *dessa förslag är alldeles preliminära och att det ännu behövs omfattande diskussion* förrän man kan enas om en noggrannare begreppsdefinition.

Välfärdsledning

Enligt kommunallagen (365/1995), 1 § 3. momentet skall kommunen sträva till att främja befolkningens välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område. I regeringens motiveringar sägs att "...kommunens mest centrala uppgifter är att främja befolkningens välfärd och ansvara för den service som detta förutsätter inom ramen för sina tillbudsstående resurser." I motiveringarna framhålls speciellt att tryggheten av en social och ekonomisk välfärd kan ses som en begränsning av den kommunala självbestämmanderätten eftersom de riksomfattande målsättningarna går före kommunernas och medborgarnas självstyre. T.ex. Arto Haveri (2002) har betonat att i en kommun som leder sig själv är ledningens viktigaste uppgift inte hur servicen ordnas utan hur man i stort kan maximera befolkningens välfärd som innehåller olika saker från näring till omgivningsfrågor och social rättvisa.

Denna korta granskning ger vid handen att kommunerna enligt den relativt färsk kommunallagen har ålagts ett vidsträckt ansvar för kommunmedlemmarnas välfärd och att i detta hänseende beakta även de riksomfattande välfärdsåtgångarna. Enligt en ganska långt vedertagen praxis har den kommunala planeringen och kommunernas centrala förvaltning ålagts att i första hand ansvara för kommunernas ekonomi. Välfärdsärendena har i första hand hört till förvaltningssektorerna social- och hälsovård och utbildning. Under 1990-talet började man tala om social- och hälsovårdsledning då man på ett mera omfattande sätt än tidigare strävade till att granska kommunernas välfärdspolitik och verksamhet i syfte att främja välfärd för sin befolkning. Ur de i den nya kommunallagen definierade uppgifternas synvinkel spjälker även begreppet social- och hälsovårdsledning uppgifterna till två förvaltningssektorer.

Med välfärdsledning avses en strategisk ledning av kommunen och verkställighet av valda strategier med tanke på befolkningens välfärd och en hållbar utveckling i regionen. I praktiken lyfter välfärdsledningen upp välfärdsutmaningarna till kommunens centrala förvaltning jämbördigt med de ekonomiska utmaningarna. Som i regeringens motiveringar konstaterades strävar man till främjande av välfärd med användning av tillbudsstående resurser. Välfärdsledningens speciella uppgift är ju att kunna ta i bruk dessa resurser möjligast effektivt och på ett sätt som påverkar främjandet av kommunmedlemmarnas välfärd och regionens hållbara utveckling.

Ledning av främjandet av välfärd och hälsa

Ledningen av främjandet av välfärd/hälsa preciseras inom välfärdsledningens vida fält till att hämta ett strategiskt kunnande ifråga om främjande av välfärd och hälsa till ledningen av kommunen, till en uppföljning av välfärd/hälsa, till utvecklandet och tillgodogörandet av ett välfärdsbokslut, till beredning och samordning av välfärds-/hälsomålsättningarna i kommunen och till en bedömning av deras förverkligande inom kommunen och dess olika verksamhetssektorer samt till förutsägelser och en bedömning av effekter av de beslut som bereds inom olika verksamhetssektorer.

Välfärdsbokföring

Med välfärdsbokföring avses uppgifter rörande situationen ifråga om befolkningens välfärd och hälsa som uppdateras i huvudsak årligen eller snabbare. Bokföringen av välfärd har samma uppgift i kommunen som bokföringen av ekonomi. Man kan tala om välfärdsbokföring då man ur olika källor samlar in uppgifter planenligt och fortgående. Till välfärdsbokföringen insamlas s.k. uppgifter från tidsserier utgående från vilka man kan dra slutsatser om i vilken riktning befolkningens välfärd i allmänhet och hälsan håller på att utvecklas och hurudan denna utveckling är i olika befolkningsgrupper.

Välfärdsredogörelse/utredning/berättelse

Med välfärdsredogörelse/utredning/berättelse avses en översikt rörande utvecklingen och nuläget ifråga om strategier för främjande av kommunmedlemmarnas välfärd och hälsa och de processer och bakgrundsfaktorer som förklarar dem och som uppgörs gemensamt av sakkunniga inom olika verksamhetssektorer. I välfärdsredogörelsen/utredningen/berättelsen kan förutom utredningen och förklaringen av den förverkligade verksamheten även ingå prognoser om framtiden vid användning av olika strategiska alternativ. Den preciserar kommunmedlemmarnas centrala välfärdsbehov och bedömer verksamheten under tidigare år och tillbudsstående resurser i förhållande till dessa behov och ger på detta sätt kommunens ledande tjänsteinnehavare och förtroendepersoner möjligast goda bakgrund för beredningen av välfärdsstrategin. En speciell välfärdsredogörelse/utredning/berättelse kan göras med jämna mellanrum, t.ex. en gång under fullmäktiges mandatperiod. En nödvändig förutsättning för det är att kommunen har en fungerande välfärdsbokföring.

Välfärdsstrategi

Med välfärdsstrategi avses den verksamhetsinriktning som man valt efter en planmässig och noggrann beredning med vilken kommunen strävar till att på ett resultatmässigt och effektivt sätt främja välfärden för sina kommunmedlemmar. Välfärdsstrategin kan ingå i kommunstrategin eller vara ett av fullmäktige separat godkänt dokument. Kommunens välfärdsstrategi borde grunda sig på de välfärds- och hälsovårdsbehov som preciserats i välfärdsberättelsen. I välfärdsstrategin definieras målen för främjandet av välfärd och hälsa i kommunen och väljs den riktning ifråga om främjandet av välfärd och hälsa som baserar sig på olika tänkbara alternativ. I strategin preciseras även målsättningarna för de närmaste åren och de resurser, det kunnande och de strukturer som behövs för att uppnå dem. Grunden för välfärdsstrategisk planering utgörs av det allmänna strategikunnandet och de strukturer som stöder det. Kommunerna bör identifiera den friska kärnan i sin verksamhet och de bör kunna beskriva de eftersträvansvärda målsättningarna kvantitativt och kvalitativt och samordna sitt samhällliga ansvar och effektiviteten.

Välfärdsprogram

Med välfärdsprogram avses ett i kommunen godkänt verkställighetsprogram för välfärdsstrategin som kan ingå i de verksamhets- och ekonomiplaner som årligen uppgörs inom kommunen och de olika verksamhetssektorerna. Beredningen och godkännandet av ett välfärdsprogram förutsätter att fullmäktige före det har godkänt en välfärdsstrategi för kommunen.

Ledningsgrupp/styrgrupp för främjandet av hälsa

Med en lednings-/styrgrupp för främjandet av hälsa avses en samarbetsgrupp bestående av representanter från olika förvaltningssektorer och kommunplaneringen, vars medlemmar företräder ledningsgruppsnivån inom respektive sektor. Gruppens uppgift är att speciellt överenskomma om, leda och koordinera beredningen och verkställigheten av främjandet av välfärd och hälsa i kommunens välfärdstrategi ur ett helhetsperspektiv och försäkra sig om att de olika förvaltningssektorerna fungerar för att uppnå de gemensamma målsättningarna.

Hälsovårdsplanare

Kommunens hälsovårdsplanerares uppgift är att upprätthålla och utveckla kommunens välfärdsboksföring och att bereda kommunens välfärdsberättelse med tanke på uppföljningen och främjandet av befolkningens hälsa. Hälsovårdsplaneraren samlar in uppgifter, bedömer och rapporterar till kommunens centrala förvaltning om utvecklingen av hälsa och om kommunmedlemmarnas hälsovårdsbehov samt förverkligandet, effektiviteten och resultaten i hela kommunen och inom olika förvaltningssektorer. Hälsovårdsplaneraren måste behärska metoderna för bedömning och prognostisering av effekterna på människorna och fungera som en metodologiskt sakkunnig inom detta område i kommunen. Hälsovårdsplaneraren fungerar i kommunens centrala förvaltning och utgör en del av kommunens strategiska ledning.

Kontaktperson för hälsofostran

Kontaktpersoner för hälsofostran utnämndes vid hälsovårdscentralerna i början av 1970-talet i enlighet med länsstyrelsernas direktiv. Även sjukhusen utnämnde kontaktpersoner för hälsofostran på basen av det förnyade cirkulär om ”Effektivering av hälsofostran” som medicinalstyrelsen publicerade år 1978. På detta sätt skapade man ett täckande system av kontaktpersoner till vilkas uppgiftsbeskrivning enligt medicinalstyrelsens cirkulär hörde att, enligt länsstyrelsens direktiv, fungera som sakkunnig i ärenden rörande hälsofostran, leda och samordna hälsofostran och att delta i planering, uppföljning och bedömning av verksamheten rörande hälsofostran. Till kontaktpersonens för hälsofostran uppgifter hörde att fungera som sekreterare i samarbetsgruppen för hälsofostran och att bereda ärendena för samarbetsgruppen. Kontaktpersonen skulle utföra samarbete med krets- och centralsjukhusena inom området och i enlighet med sin uppgiftsbeskrivning handha samarbete med andra sektorer som utför arbete med hälsofostran. Som uppgifter för kontaktpersonerna vid sjukhusen nämndes vidare deltagande i arrangerandet av arbetsplatsskolning och information. (Pirskanen & Pietilä 2000.)

Bedömning av effekter som riktar sig mot människorna

Bedömningen av de effekter som riktar sig mot människorna (IVA) är en process, vars uppgift är att på förhand på ett tvärvetenskapligt sätt bedöma de betydande effekter som förorsakas av projektet, planen, programmet eller beslutet och vilka riktar sig mot människornas hälsa och välfärd. IVA innefattar såväl en bedömning av de sociala effekterna (SVA) som hälsoeffekterna (TVA). (www.stakes.fi/sva/)

Bedömning av hälsoeffekter

Definiering och bedömning av effekter som riktar sig mot människorna som framkommit via projektet eller verksamheten. (STM 1999)

BILAGA 11

LAGAR SOM HÄNFÖR SIG TILL VÄLFÄRD OCH FRÄMJANDE AV HÄLSA

Finlands grundlag 731/1999**19 §**

Rätt till social trygghet

Alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg.

Genom lag skall var och en garanteras rätt att få sin grundläggande försörjning tryggad vid arbetslöshet, sjukdom, arbetsförmåga och under ålderdomen samt vid barnafödsel och förlust av en försörjare.

Det allmänna skall, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna skall också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

Det allmänna skall främja vars och ens rätt till bostad och möjligheter att själv ordna sitt boende

Folkhälsolag 66/1972**1 § 1. mom.**

Med folkhälsoarbete avses hälsovård, som rör individen och hans livsmiljö samt individens sjukvård, ävensom sådan verksamhet i anslutning till dessa, som avser upprätthållande och främjande av befolkningens hälsotillstånd.

5 § 1. ja 2. mom.

Kommun skall sörja för folkhälsoarbetet i enlighet med vad i denna lag eller annars stadgas eller bestämmes.

Kommunerna kan sköta folkhälsoarbetet gemensamt genom att för denna uppgift grunda samkommuner. En kommun kan även komma överens med en annan kommun om att denna sköter en del av funktionerna inom folkhälsoarbetet. (21.3.1997/248)

14 §

Inom folkhälsoarbetet åligger det kommunen (3.8.1992/746)

1) att upprätthålla hälsovårdsrådgivning, till vilken hänföres upplysningsarbete rörande folkhälsan, vari ingår rådgivning angående förebyggande av havandeskap, och anordnande av allmänna hälsovårdsundersökningar för kommunens invånare;

2) att ordna kommuninvånarnas sjukvård, till vilken hänförs av läkare utförd undersökning och av läkare given eller övervakad vård och medicinsk rehabilitering, (21.3.1997/248)

2 a) att med beaktande av mentalvårdslagen (1116/90) tillhandahålla sådana mentalvårdstjänster för kommuninvånarna som det är ändamålsenligt att anordna i hälsovårdscentraler; (14.12.1990/1117)

3) att enligt vad som stadgas närmare genom förordning dra försorg om anordnandet av sjuktransport samt anordna och upprätthålla den medicinska räddningsverksamheten samt den

sjuktransportberedskap som är nödvändig med beaktande av lokala förhållanden, med undantag av anskaffning och underhåll av för sjuktransport behövliga luftfartyg samt menföres- och andra motsvarande speciella fortskaffningsmedel; (26.11.1993/1051)

4) att svara för tandvård, till vilken hänförs upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet samt undersökning och vård av kommuninvånarnas tänder; (21.12.2000/1219)

5) att svara för skolhälsovård, till vilken hänförs övervakningen av de sanitära förhållandena i de skolor och läroanstalter som meddelar grundläggande utbildning och gymnasieutbildning inom kommunen samt hälsovården för eleverna och studerandena i dem samt specialundersökningar som är nödvändiga för konstaterande av hälsotillståndet så som genom förordning närmare bestäms om sådana undersökningar; (21.8.1998/647)

6) att för studerandena vid läroanstalter i kommunen som ordnar annan än i 5 punkten nämnd, genom förordning bestämd utbildning, oberoende av studerandenas hemort, tillhandahålla hälsovård, till vilken hänförs övervakningen av de sanitära förhållandena vid läroanstalterna samt studerandenas hälso- och sjukvård samt tandvård, dock så att hälso- och sjukvård samt tandvård för studerande vid universitet och yrkeshögskolor med kommunens samtycke kan ordnas också på något annat av social- och hälsovårdsministeriet godkänt sätt; (21.8.1998/647)

7) att bereda arbetstagare som arbetar på arbets- och verksamhetsplatser inom kommunen sådana företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren skall svara för enligt 12 § lagen om företagshälsovård eller enligt andra författningar och enligt vad som bestämts med stöd av dem; (21.12.2001/1385)

8) att i tillämpliga delar för företagare inom kommunen och andra som för egen räkning där utför arbete ordna företagshälsovård som avses i 12 § lagen om företagshälsovård och i bestämmelser som utfärdats med stöd av den; (21.12.2001/1385)

9) att ordna screening och andra massundersökningar så som närmare stadgas genom förordning, samt; (21.3.1997/248)

10) att oberoende av patientens boningsort ordna brådskande öppen sjukvård, inklusive brådskande tandvård.(21.3.1997/248)

Lag om specialiserad sjukvård 1062/1989

3 §

Den kommun som enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en persons hemkommun skall sörja för att personen får behövlig, i 1 § 2 mom. nämnd specialiserad sjukvård i enlighet med denna lag. För ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med denna förpliktelse skall kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. (23.12.1998/1127)

Kommunen är på samma sätt skyldig att sörja för att personer som inte har hemort i Finland i brådskande fall får specialiserad sjukvård. (9.10.1992/908)

Med någons hemkommun eller den kommun från vilken någon är avses nedan den kommun som enligt 1 och 2 mom. är skyldig att bereda honom specialiserad sjukvård. Med invånare i en kommun avses nedan den som kommunen enligt 1 och 2 mom. är skyldig att bereda specialiserad sjukvård.

Kommunallag 365/1995

1 § 3. mom.

Kommunen skall sträva efter att främja sina invånares välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område.

2 §

Kommunens uppgifter

Kommunen sköter de uppgifter som den har åtagit sig med stöd av självstyrelsen och som stadgas för den i lag. Kommunerna får inte ges nya uppgifter eller skyldigheter eller fråntas uppgifter eller rättigheter på något annat sätt än genom lag.

Kommunen kan med stöd av avtal även åta sig att sköta andra offentliga uppgifter än sådana som hör till dess självstyrelse.

Kommunen sköter sina lagstadgade uppgifter själv eller i samarbete med andra kommuner. De tjänster som skötseln av uppgifterna förutsätter kan kommunen också beställa av andra tjänsteleverantörer.