

Perttilä Kerttu, Orre Soili, Koskinen Sari, Rimpelä Matti

Kuntien hyvinvointikertomus

Hankkeen loppuraportti

Aiheita 7/2004

Sisällys

JOHDANTO	3
KUNTIEN HYVINVOINTIPOLITIIKAN OHJAUSJÄRJESTELMÄ	5
Valtio-kuntasuhteessa toteutuvan ohjauksen muutokset.....	5
Kansalliset ohjausvälineet hyvinvointipolitiikassa	6
Lainsäädäntö.....	6
Taloudellinen ohjaus	7
Informaatio-ohjaus.....	7
Ohjelmaohjaus.....	8
Laatusuositukset.....	9
Kunnan hyvinvointivastuu	9
Hyvinvointistrategia- ja ohjelmatyön eteneminen kunnissa	10
Hyvinvointijohtamisen työvälineitä	11
Hyvinvointistrategia	13
MIKSI KUNNAN HYVINVOINTIKERTOMUS?	15
HYVINVOINTIKERTOMUSMALLIN VALMISTELU - PILOTTIHANKKEEN KOKEMUKSET	17
Projektin toteutus.....	17
Tavoitteet.....	17
Tehtävän kohdennus ja nimen valinta	17
Hyvinvointi ja terveys käsitteinä	17
Hankkeen organisointi	18
Hyvinvointi-indikaattoreiden määrittelyä.....	19
Kuntien ennakkonäkemykset hyvinvointikertomuksesta.....	22
Hyvinvointikertomuksen valmistelu kunnissa	25
Kokemuksia valmistelusta	27
Projektin arviointi	30
SUOSITUKSIA VALMISTELUPROSESSISTA JA SISÄLLÖSTÄ	33
Hyvinvointikertomuksen tehtävä.....	33
Tietoperusta ja tiedon saatavuus	33
Hyvinvointi-indikaattorit ja niiden rajoitteet	33
Tietolähteitä.....	35
Kertomuksen valmisteluprosessista.....	37
Suosituksia sisällöksi.....	38
Rakenne ja laajuus	39
Esimerkki sisällöstä.....	40
Yhteenveto suosituksista	42
POHDINTA	46
KIRJALLISUUTTA	52
LIITE 1 Valtakunnallisia tutkimus- ja tietolähteitä.....	55
LIITE 2 Stakesin indikaattoripankin tämän hetkiset hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit.....	59
LIITE 3 Keravan kaupungin hyvinvointikertomus 2001 (sisällysluettelo)	61
LIITE 4 Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2002 (sisällysluettelo)	62
LIITE 5 Kuntien hyvinvointi-indikaattorit	

Johdanto

Kansanterveyden monitorointia selvitettiin vuonna 1994 valmistuneessa Kansanterveyslaitoksen johdolla laaditussa työryhmäraportissa (STM 1994:9). Samana vuonna eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta edellytti päihdeoloja laajempaa kansanterveyden raportointia eduskunnalle. Vuonna 1995 hallitus esitti (HE 48/1995) ja eduskunta hyväksyi lain kansanterveyskertomuksesta (1238/95). Tavoitteena oli luoda laaja-alaisesti kansanterveyden tilaa ja kehitystä kuvaava tiivis raportti, jonka pohjalta voitaisiin arvioida kehityssuuntia, eri toimenpiteiden vaikutuksia sekä osoittaa uusia kehitystarpeita ja –mahdollisuuksia.

Ensimmäinen kansanterveyskertomus esiteltiin eduskunnalle vuonna 1996. Vuonna 1997 hallitus päätyi yleisemmin selkiyttämään kertomusmenettelyä. Useamman kertomuksen paketissa hallitus esitti kansanterveyskertomusta laajennettavaksi sosiaali- ja terveyskertomukseksi, joka annettaisiin eduskunnalle ministeriön toimialaa koskevan toimintakertomuksen yhteydessä (HE 92/1997). Muutosta pidettiin perusteltuna, koska kansanterveydellä on paljon yhtymäkohtia sosiaalihuoltoon ja sosiaaliturvaan ja sitä on vaikea tarkastella yksinään. Uudessa laissa sosiaali- ja terveyskertomuksesta (1080/1997) säädettiin, että ministeriö

- antaa kahden vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä koskevan sosiaali- ja terveyskertomuksen hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona, ja
- kokoaa sosiaali- ja terveyskertomuksen sen jälkeen, kun on saanut siihen muilta ministeriöiltä tarpeelliset tiedot.

Tähän mennessä on valmistunut kolme sosiaali- ja terveyskertomusta (1998, 2000 ja 2002.) Tuorein vuoden 2002 kertomus on niistä laajin (STM Julkaisuja 2002:11, ks. myös <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/392/index.htm>). Kertomuksessa tarkastellaan toimintaympäristön muutoksia, terveyttä ja terveyspalveluja, elinoloja, palvelujärjestelmää ja sosiaalisia oloja sekä globaalisia, alueellisia ja paikallisia hyvinvointikysymyksiä. Viimeisessä luvussa pohditaan sosiaali- ja terveyspolitiikan kehitysnäkymiä.

Valtakunnallisen kertomuskäytännön selkiyttäminen liittyi osin valtion ja kuntien työnjaon uudistamiseen. Valtion ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa purettiin 1990-luvun alussa ja samalla kuntien vastuu hyvinvointipolitiikasta lisääntyi olennaisesti. Tämä näkyy myös uudessa kuntalaisessa, jonka mukaan kuntien tehtävänä on edistää kuntalaisten hyvinvointia ja kestäväää kehitystä. Valtion ohjeiden soveltamisen sijasta kuntien oli itsenäisesti päätettävä hyvinvointipolitiikastaan. Tämä edellytti hyvinvointistrategiatyön käynnistämistä jokaisessa kunnassa.

Kunnille suositeltiin ensin sosiaali- ja terveyspoliittisten ohjelmien valmistelua. Tiettyjen sisältöalueiden ohjelmat yleistyivätkin nopeasti. Vuonna 1998 valmistellussa viimeisessä vuosittaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnitelmassa sidottiin hyvinvointipoliittinen ohjelma kuntastrategiaan ja ohjataan yksityiskohtaisemmin sen valmistelua: 'Kunnan hyvinvointipoliittinen ohjelma konkretisoi kuntastrategiassa määritellyjä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistavoitteita. Hyvinvointipoliittinen ohjelma voidaan jäsentää painoalueittain tai kohderyhmittäin hyödyntäen vastaavia valtakunnallisia ohjelmia ja suosituksia. Ohjelmaan tulee sisällyttää myös seuranta, jonka avulla voidaan arvioida ohjelman toteumista ja tuloksia sekä kehittää ohjelmaa.' (Valtakunnallinen... 1998:6)

Kuntien hyvinvointistrategiatyötä tehdessä huomattiin varsin pian, että sen perustaksi tarvitaan aikaisemman kehityksen ja nykytilan huolellista tarkastelua. Tähän viitataan edellä mainitun suosituksen lopussa: "Ohjelmaan tulee sisällyttää myös seurantaa, jonka avulla voidaan arvioida oh-

jelman toteutumista ja tuloksia ja kehittää ohjelmaa." Stakes käynnisti yhdessä kuntien kanssa vuonna 1998 Lasten ja nuorten hyvinvointiselontekohankkeen. Pohdittaessa kuntien hyvinvointistrategiatyötä lasten kannalta todettiin, että ensin kannattaa laatia aikaisempaa kehitystä ja nykytilaa kuvaava "selonteko" ja vasta sen perusteella valmistella esitykset lähivuosien strategiaksi ja niitä toteuttaviksi toiminta-ohjelmiksi.

Koko maan tasolla eduskunnalle laadittava sosiaali- ja terveystietokertomus sekä ensimmäiset kokemukset kuntien hyvinvointistrategiatyöstä toimivat tämän hankkeen käynnistämisen virikkeinä vuonna 2000. Kun eduskunnalle raportoidaan määräajoin väestön hyvinvoinnin kehityksestä ja sosiaali- ja terveystietokertomuksen tavoitteiden toteutumisesta, tuntui yhtä perustellulta, että kunnissa vastaava raportointi toteutuu valtuustolle. Tämän hankkeen tehtävänä oli valmistella malli kunnalliseksi terveystietokertomukseksi. Varsin pian tuntui perustellulta laajentaa keskustelu hyvinvointiin yleisemmin ja ydinkäsitteeksi tuli kunnan hyvinvointikertomus.

Kunnan hyvinvointikertomusta kehitettiin yhdessä kolmen kunnan (Jyväskylä, Kerava, Orimattila) kanssa¹. Kunnat valmistelivat omaan tilanteeseensa sopivaa kertomusta. Stakesin tehtävänä oli tukea valmistelua ja vahvistaa kuntien keskeistä yhteistyötä. Hanketta käynnistettäessä oletettiin, että kolmen erilaisen kunnan hyvinvointikertomuksen valmistelussa vähitellen tulisivat esiin ne rakenteet ja sisällöt, jotka voisivat olla kaikille kunnille yhteisiä.

Tässä Kuntien hyvinvointikertomus –hankkeen loppuraportissa kuvataan hankkeen tausta ja kehittämistyön tulokset. Kuntien hyvinvointikertomusmallin valmistelu osoittautui ennakoitua vaativammaksi. Hanke asettuu oikeaan rooliin, kun se ymmärretään pitkäkestoisen tutkimus- ja kehittämistyön ensimmäiseksi vaiheeksi, kehittämistehtävä jäsenyyti aikaisempaa selvemmäksi ja sillä rakennettiin perustaa seuraavalle vaiheelle. Pilottivaiheen päättyessä ei vielä ole mahdollista esittää kunnille yksiselitteistä suositusta hyvinvointikertomusmallista. Raportissa kuvataan hankkeen taustaa ja etenemistä. Kokemukset tiivistetään väljiksi suosituksiksi hyvinvointikertomuksen rakenteesta ja sisällöstä sekä suosituksiksi jatkotoimenpiteistä koko maan tasolla.

¹ Hyvinvointikertomustyöryhmään kuuluivat Jyväskylästä terveystietokertomuksen suunnittelija Paula Käyhkö ja johtava hygieenikko Jouko Ridell, Keravalta terveystietokeskuspsykologi Pekka Heinonen, perusopetusosaston päällikkö Tarja Kupiainen, ympäristönsuojelupäällikkö Tapio Reijonen ja sosiaali- ja terveystietokertomuksen johtaja Pekka Saarenmaa sekä Orimattilasta sosiaali-johtaja Pirkko Mönkäre ja taloustietokertomuksen päällikkö Kari Rannanpiha. Stakesista hankkeeseen osallistuivat tutkija Sari Koskinen (5.6.2000-23.5.2002), kehittämispäällikkö Kerttu Perttilä (1.6.2000-30.6.2001 ja 1.8.2002-31.12.2003), tutkija Soili Orre (1.8.2002 - 31.8.2003) ja asiantuntijana tutkimusprofessori Matti Rimpelä.

Kuntien hyvinvointipolitiikan ohjausjärjestelmä

Valtio-kuntasuhteessa toteutuvan ohjauksen muutokset

Kuntien hyvinvointipolitiikan ohjaus perustui 1990 -luvun alkuun saakka tiukkaan valtiojohtoiseen sääntöohjaukseen. Hyvinvointivaltion rakentamisen kaudella 1960-1970-luvuilla korostettiin suunnittelua ja keskitettyä ohjausta. 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla nousivat päätösvalan hajauttaminen sekä toiminnan, kustannusten ja tulosten seuranta kehittämisen keskiöön. Valtionohjaus purettiin 1993, jolloin ohjusjärjestelmässä siirryttiin informaatio-ohjaukseen ja kansalaisten perusoikeuksien korostamiseen.

1960- ja 1970-luvuilla aktiivinen talous-, sosiaali- ja muu yhteiskuntapolitiikka edellyttivät suunnitteluohjauksen tehostamista. Hallitsevia ideologioita ja reaali maailman ilmiöitä olivat taloudellinen kasvu, julkisen sektorin hyvinvointitehtävien laajentaminen ja kehittäminen alueellista yhdenvertaisuutta painottaen (Möttönen 1997; Perttilä 1999). Valtiovalta määritteli suunnan ja sisällön. Kunnat toteuttivat ja toimeenpanivat hyvinvointipolitiikkaa valtion ohjauksessa ja paljolti valtion rahoittamana. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoite-, normi- ja voimavaro-ohjauksen tukena oli seurantajärjestelmä, jossa kunnat raportoivat lääninhallituksille vuosittain palvelujen järjestämisestä, henkilöstökehityksestä ja voimavarojen käytöstä.

Käsitykset poliittishallinnollisesta ohjauksesta valtio-kuntasuhteessa muuttuivat vähitellen 1980-luvulla. Keskeisiksi periaatteiksi nousivat tehokkuus, taloudellisuus, hallinnon hajautus ja kansalaislähtöisyys sekä palvelujen laatu ja laadunhallinta (Temmes 1994). Perusteluna esitettiin, että yhä nopeammin muuttuvassa maailmassa valtion on vaikea määritellä ylhäältäpäin, miten kunkin hallintoyksikön tulisi eri tilanteissa toimia. Siksi vastuun tehtävien organisoinnista tuli kuulua paikallisille yksiköille. Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan mukaan todellista vastuuta ja valtaa omaavat paikalliset viranomaiset voivat parhaiten luoda tehokkaan ja kansalaisia lähellä olevan hallinnon (Sandberg & Ståhlberg 1997).

Lama nopeutti muutosta. Julkisen sektorin supistaminen tuli 1990 -luvun alussa keskeiseksi tavoitteeksi. Valtionohjauksessa siirryttiin informaatio-ohjaukseen, jossa ainoastaan lainsäädäntö jäi kuntia sitovaksi ohjausmuodoksi.

Valtion voimakkaassa ohjauksessa oli valtion ja kuntien yhdessä toteuttama hyvinvointipolitiikka tuottanut koko maahan suhteellisen samantasoiset hyvinvointipalvelut. Odotuksena oli, että samanlainen toiminta jatkuisi nyt kunnissa ilman valtion normiohjausta.

Hyvinvointipalvelujen järjestäminen ilman valtion selkeää ohjausta oli kunnille suuri haaste. Kuntien hyvinvointivastuu kasvoi samaan aikaan, kun maan taloudellinen lama oli syvimmillään. Yhtä aikaa alenevien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien kanssa työttömyys lisääntyi, verotulot pienenivät ja hyvinvointipalvelujen avuntarvitsijoiden määrä kasvoi. Kun toiminta kunnissa oli perustunut valtion antamiin kehyksiin ja yksityiskohtaisiin ohjeisiin, ei kunnalliseen strategiaan suunnitteluun ollut aikaisemmin tarvetta. Uudessa tilanteessa toimintamalleja haettiin yksityiseltä sektorilta. Managerialistinen ajattelu vahvistui ja johtamisen malleiksi muotoutuivat vähitellen tulos- ja sopimusohjauksen mallit.

Muutokset valtionohjausjärjestelmässä sisälsivät muutoksia myös sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja seurantajärjestelmässä. Kuntien ja kuntaliittojen ei tarvinnut laatia enää lääninhallitukselle alistettavia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmia eikä valtionosuus selvitystä käyttökustannuksista. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen seurantajärjestelmä purettiin ja suunniteltiin korvattavan muilla tilasto- ja tietojärjestelmillä. Tämä merkitsi yhtenäisen kuntakoh-

taisen seurantatietojärjestelmän lakkautumista. Kunnat saivat päättää itse siitä, millaista tietoa he keräisivät väestön hyvinvoinnista päätöksenteon tueksi. Kunnilla ei ollut tuolloin voimavaroja eikä osaamista kattavien seurantajärjestelmien rakentamiseen, joten paikallista hyvinvointipolitiikkaa tukeva informaatiojärjestelmä hajaantui ja tietopohja kaventui.

Kansalliset ohjauvälineet hyvinvointipolitiikassa

Ohjaus on vaikuttamista minkä tahansa toimintayksikön toiminnan välittömään tai välilliseen suuntaamiseen laadun ja määrän halutunkaltaisen tuotoksen aikaansaamiseksi (Oulasvirta ym. 2002, 21). Keskeisiä ohjauksen keinoja ovat lainsäädäntö, taloudellinen ohjaus, informaatio-ohjaus, ohjelma-ohjaus ja laatusuositukset.

Lainsäädäntö

Lainsäädäntö on valtion politiikan toteutuksen tärkein väline. Vuonna 1995 uudistettu kuntalaki (365/1995) korostaa kuntien itsehallintoa ja asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia mm. poliittisen päätöksentekojärjestelmän kautta. Laki velvoittaa kuntia asukkaiden hyvinvoinnin edistämiseen, mutta ei anna etuuksien tarvisijoille subjektiivista oikeutta hyvinvoinnin edistämisestä. Lain 1 §, 3 momentin mukaan "Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa kestävä kehitystä". Lain perusteluissa hyvinvoinnin edistäminen ja sen edellyttämistä palveluista huolehtiminen rajataan toteutettavaksi 'käytettävissä olevilla voimavaroilla'. Kunnalla on mahdollisuus hoitaa lainsäädännön määrittämät velvoitteet ja muut kunnalle otetut tehtävät joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai hankkimalla palvelut muilta tuottajilta.

Vuoden 2000 perustuslaissa turvataan kuntalaisille oikeudet hyvinvointiin ja terveeseen elämään. Perustuslain 19 §, 1 momentti sanoo, että "Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmiselämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon" ja edelleen "julkisen vallan on turvattava sen mukaan kuin laissa säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä" (9§, 3 momentti) ja että "julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu" (19§, 3 momentti).

Kuntalaki ja perustuslaki puhuvat laajasti ymmärretystä hyvinvoinnin edistämisestä ja kestävästä kehityksestä. Lakisäateisten palvelutehtävien hajauttaminen kunnille lisäsi kuntien merkittävyyttä hyvinvointivaltiossa ja julkisessa taloudessa. Kunnan hyvinvointivastuu kuuluu kunnanvaltuustolle, jonka on vastattava kaikesta kunnan toiminnasta sekä järjestettävä toimintaa arvioiva seuranta.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoa sääntelevät pääosin kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidonlaki, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtiosuuslaki ja sosiaalihuoltolaki. Nämä toimivat puitelainsäädäntönä, jossa kuntien tehtävät on säännelty väljästi. Lisäksi on lukuisia tiettyjen osa-alueiden lakeja. Voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut asukkailleen, mutta ei sääntele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Toiminnassa voi olla kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestön tarpeiden mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon laeissa ei erikseen täsmennetä kuntien velvollisuutta seurata kuntalaisten hyvinvoinnin kehitystä.

Taloudellinen ohjaus

Ennen 1990 -luvun alun muutoksia valtio ohjasi varsin yksityiskohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen suuntautumista kunnissa valtionosuusjärjestelmän kautta. Vuodesta 1993 alkaen suunnittelujärjestelmä purettiin. Kunnat saivat valtionosuuden sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhtenä summana, joka jyvitetiin kunnille laskennallisin perustein. Seuraavina vuosina valtionosuuden merkitys kuntien taloudessa väheni huomattavasti. Käytännössä tämä merkitsi sitä, että strategisen vastuun rinnalla kunnat vastasivat myös suuresta osasta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Valtion suora taloudellinen ohjaus päättyi käytännössä kokonaan tähän uudistukseen.

Vuosituhanne vaihteessa eduskunta lisäsi talousarvioon korvamerkittyjä määrärahoja mm. lasten mielenterveyspalveluihin ja huumehoitoon. Viime vuosina ovat suoraan kunnille osoitettavat hankerahat lisääntyneet merkittävästi. Yhteensä ne nousevat vuonna 2004 noin 60 milj. euroon. Korvamerkityistä määrärahoista pyritään jatkossa luopumaan, sen sijaan kunnat ja kuntayhtymät voivat saada valtionavustusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, tarpeellisten toimintojen kehittämistä ja tehostamista tukeviin kehittämishankkeisiin sekä perustamishankkeisiin (voimavara-asetus 807/2003) ja voimavara-asetuksen muutos 27.11.2003).

Informaatio-ohjaus

Informaatio-ohjauksen muotoja ovat valtionhallinnon strategiset asiakirjat, tavoite- ja toimintaohjelmat, laatu- ja hoitosuosituksot, tiedotus, koulutus ja seminaarit sekä vertailutiedon tuottaminen.

Normiluonteinen *Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä* (VALSU) muutettiin vuonna 1993 suositukseksi (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet, Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, ks. esim. STM 1998-2001). Asiakirja sisälsi sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset tavoitteet ja toimintaperiaatteet sekä valtionosuudet (laskennalliset valtionosuudet ja suuriin perustamishankkeisiin osoitetut valtionosuudet). Vuodesta 2000 lähtien valtakunnallinen vuosittainen tavoitesuositus on korvattu hallituskausittain julkaistavalla valtioneuvoston päätöksellä *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma* (STM; TATO 2000-2003 ja TATO 2004-2007).

Valtakunnallisen hyvinvointipolitiikan suunta ja linjaukset 2000 -luvun alussa esitettiin sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa *Sosiaali- ja terveyspolitiikan Strategiat 2010* asiakirjassa (STM 2001:3). Strategiset painotukset tiivistyivät neljään toimenpidelinjaukseen: terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito sekä toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Nämä strategiset toimenpidelinjaukset toimivat kehyksenä kaikissa sosiaali- ja terveysministeriön suunnittelu- ja ohjausasiakirjoissa ja ohjelmissa.

Valtioneuvosto määrittelee TATO:ssa hallitusohjelmaan perustuen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet, toimenpidesuosituksot ja niiden toteuttajat hallituskauden ajaksi. Ohjelma sisältää myös sellaisia osittain muuhun kuin kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvia tavoitteita, jotka tukevat väestön hyvinvointia. Tavoite- ja toimintaohjelmaa seurataan ja arvioidaan hallituskauden ajan.

TATO 2000-2003 sisälsi 21 tavoitetta ja 86 toimenpidesuositusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painotukset olivat paikallisen hyvinvointipolitiikan vahvistaminen, esteetön ympäristö, itsenäisen suoriutumisen tukeminen, lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja

syрjäytymisen ehkäisy, päihdeongelmien ehkäisy, sosiaalityön vahvistaminen, palvelujen saatuuden varmistaminen, mielenterveystyön vahvistaminen, kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien osallisuuden lisääminen, laadunhallinta ja oman toiminnan arviointi tutuksi sekä seudullisen ja alueellisen yhteistyön hyödyntäminen.

Hyvinvointipolitiikan vahvistamiseksi *kunnille suositeltiin paikallisten hyvinvointipoliittisten ohjelmien laadintaa* osana kuntasuunnittelua sekä sosiaalisten ja terveydellisten vaikutusten arvioinnin ottamista osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelmaa tarkentavassa Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa 2004 - 2007 valmisteltiin laajassa yhteistyössä kuntasektorin, eri hallinnonalojen ja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa ja se pohjautui edellisen ohjelmakauden aikana esille tulleisiin kehittämistarpeisiin. Ohjelman tavoitteena on tukea kuntien ja järjestöjen kehittämistyötä ja palvelujen suunnittelua sekä toiminnan seuranta- ja arviointia.

Uusia informaatio-ohjauksen välineitä ovat valtakunnalliset ohjelmat, laatusuositukset ja tietoteknologian mahdollistamat keinot. Esimerkiksi Tieto 2005-hankkeen yhteydessä tullaan antamaan toimenpide-ehdotukset tilastoinnin ja muun tietotuotannon koordinoimiseksi ja tehostamiseksi. Normiohjauksen tiukentamista ei pidetä perusteltuna sosiaali- ja terveydenhuollossa (STM 2003a). (Ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 työryhmien raportit; Työryhmämuistiot 2003:21; 2003:34; 2003:35; 2003:36 ja 2003:37)

Ohjelmaohjaus

Ohjelmien avulla ohjaaminen on vahvistunut viime vuosina kansallisen hyvinvointipolitiikan ohjauksen keinona. Ohjelmien paikallista toimeenpanoa vahvistetaan usein kuntien haettavaksi tarjottuilla erillisrahoituksella. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla käynnissä olevia valtakunnallisia ohjelmia ovat muun muassa:

- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma
- Kansallinen terveydenhuollon hanke
- Kansallinen sosiaalialan kehittämishanke
- Liikuntaohjelma
- Alkoholiohjelma
- Työ- ja toimintakyvyn edistämisen VETO -ohjelma

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, joka on jatkoa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmalle (STM 1986, STM 1993), hyväksyttiin valtioneuvoston periaatepäätöksenä vuonna 2001 (STM 2001:4). Ohjelman toimeenpanoa tuetaan vuosittain haettavalla terveyden edistämisen määrärahalta. Terveys 2015 -ohjelma toimii kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla toteutettavalle terveyden edistämiselle. Ohjelmassa korostetaan kuntien roolia ja hallintosektoreiden välistä yhteistyötä terveyden edistämisessä. Ohjelmassa esitetään viisi ikäryhmittäistä ja kolme kaikille toimijoille yhteistä kansanterveyttä koskevaa tavoitetta sekä 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa ja haastetta.

Laatusuositukset

Valtakunnalliset laatusuositukset tulivat kansallisen informaatio-ohjauksen välineiksi vuosien 2000 - 2003 TATO:ssa. Siinä vahvistettiin ensimmäisen kerran laatusuositusten valmistelu tietyille toimintasektoreille.

Valtakunnallisina laatusuosituksina on julkaistu vanhustenhuoltoa, mielenterveyspalveluja, koulu-terveydenhuoltoa, vammaisten asumispalveluja, päihdetyötä ja apuvälinepalveluja koskevat laatusuositukset. Terveiden edistämisen laatusuositusten valmistelu on käynnistynyt vuonna 2003. Laatusuositusten seurannassa käytettävien indikaattoreiden laadinta on vasta aluillaan eikä laatusuositusten todellisesta vaikuttavuudesta ole vielä tarkempia arvioita.

Kunnan hyvinvointivastuu

Uudessa ohjausajattelussa korostetaan valtion ja kuntien välistä kumppanuutta sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaossa. Ohjaavan ja ohjattavan tahon välillä on kaksipuolinen vuorovaikutussuhde, vaikkakin valtiolla on vahvempi asema lainsäätäjänä (Oulasvirta ym. 2002, 42). Valtion tehtävänä on huolehtia siitä, että valtakunnalliset tavoitteet toteutuvat kuntien vastuulle siirretyissä tehtävissä. Tämä edellyttää muun muassa sitä, että kunnilla on riittävästi taloudellisia resursseja, juridista toimivaltaa ja kompetenssia suorittaa tehtävät (Hansen 2000, 195).

Kunnan hallintoa ja päätöksentekoa ohjaavat kuntalaki (365/1995) ja hallinnonaloja koskeva erityislainsäädäntö. Kuntalaiset valitsevat edustajansa kunnanvaltuustoon, jonka tehtävänä on vastata kunnan toiminnasta ja taloudesta. Valtuusto päättää kunnassa toiminnan, talouden ja yhdyskuntakehityksen keskeisistä tavoitteista, hallinnon järjestämisen perusteista sekä hyväksyy talousarvion ja muut talouden perusteet. Kunnanhallitus laatii kalenterivuositain tilinpäätöksen, johon sisältyy tuloslaskelman ja taseen lisäksi talousarvion toteutumisvertailu ja toimintakertomus. Toimintakertomuksessa esitetään mm. selvitys valtuuston asettamien toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden toteutumisesta. Viranhaltijoilla on päätöksenteossa asioiden valmistelun ja toimeenpanon vastuu. Kunnanvaltuuston asettaman tarkastuslautakunnan tehtävänä on arvioida toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden toteutumista.

Vuonna 1995 voimaan tullut kuntalaki (365/1995) lisäsi viranhaltijoiden vastuuta operatiivisessa johtamisessa ja päätöksenteossa. Myös kuntalaisten asema vahvistui valtuuston aseman vahvistuessa ja kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia lisättäessä.

Kuntien strategioihin ja muihin suunnitelmiin tuli 1990 -luvulla 'hyvinvointivastuu' -käsite, joka sisälsi kunnan eri hallinnonalojen vastuun lisäksi epäsuorasti tavoitteita kansalaistoiminnan vahvistamisen ja yksityisten palvelujen lisäämisestä hyvinvointipalvelujen järjestämisessä. Itseohjautuvassa kunnassa johtamisen tärkeä kysymys on, miten maksimoida väestön hyvinvointi, joka pitää sisällään erilaisia asioita elinkeinoista ympäristökysymyksiin ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen (Haveri 2002).

Tulosjohtaminen ja sopimusohjaus korostavat sektorikohtaista vastuuta ja palvelujen tuotteistamista. Hyvinvointipolitiikan johtaminen ja koordinaatio sen sijaan edellyttävät poikkihallinnollista päätöksentekoa ja yhteisvastuuta. Myös valtakunnalliset sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauskirjat (esim. TATO 2000-2003, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia 2010, Terveys 2015 kansanterveysohjelma) korostavat hyvinvointipolitiikan toteuttamisessa kunnan sisällä sektoreiden välistä yhteistyötä ja kuntien välillä seutukunnallista yhteistyötä. Toimenpiteiksi suositellaan poikkihallinnollisten hyvinvointistrategioiden ja -ohjelmien laadintaa sekä sosiaali- ja terveysvaikutusten ennakoivan arvioinnin käynnistämistä päätöksentekoprosesseissa.

Hyvinvointistrategia- ja ohjelmatyön eteneminen kunnissa

Syksyllä 2000 tehdyn selvityksen mukaan (www.Stakes.fi/hyvinvointi/ted) noin joka kymmenennessä kunnassa oli käytössä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia tai -ohjelma ja noin joka neljännessä kunnassa ohjelman oli määrä valmistua vuoden 2001 aikana. Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan strategioita oli käytössä tai valmisteilla 21 kunnassa, lasten ja nuorten hyvinvointistrategioita tai -ohjelmia 82 kunnassa, ehkäisevän päihdetyön strategioita 106 kunnassa, vanhustenhuollon ohjelmia 212 kunnassa ja muita erityisalueita koskevia hyvinvointistrategioita yhteensä 79 kunnassa.

Tuoreemman selvityksen mukaan (Kinnunen ym. 2003) noin 50 kunnassa (12 % kunnista) ei oltu valmisteltu lainkaan yleisiä tai mitään erityisaluetta koskevaa hyvinvointipoliittista strategiaa tai ohjelmaa. Muissa kunnissa oli joko kuntakohtainen tai seudullinen hyvinvointistrategia tai -ohjelma tai jokin erityisalakohtainen ohjelma (esim. lasten ja nuorten hyvinvointi-, vanhustenhuolto-, ehkäisevän päihdetyön tai mielenterveytyksen strategia tai ohjelma). Ohjelmien ja strategioiden taso ja laajuus vaihtelivat paljon eri kunnissa.

Paikallinen hyvinvointistrategia- ja ohjelmatyö on käynnistynyt valtakunnallisten suunnitelmien mukaan toivotulla tavalla. Strategiaprosessien aikana on tullut esiin monia myönteisiä, mutta myös puutteita osoittavia kehittämisen tarpeita.

Hyvinvointistrategioiden valmistelu on nostanut hyvinvointikysymykset kunnassa ylimmän johdon päätöksenteon areenalle ja seudullisiksi yhteistyökysymyksiksi. Väestön hyvinvointi ja siihen vaikuttaminen nähdään entistä tärkeämpänä kunnan menestymisen ehtona toimivan elinkeinoelämän rinnalla.

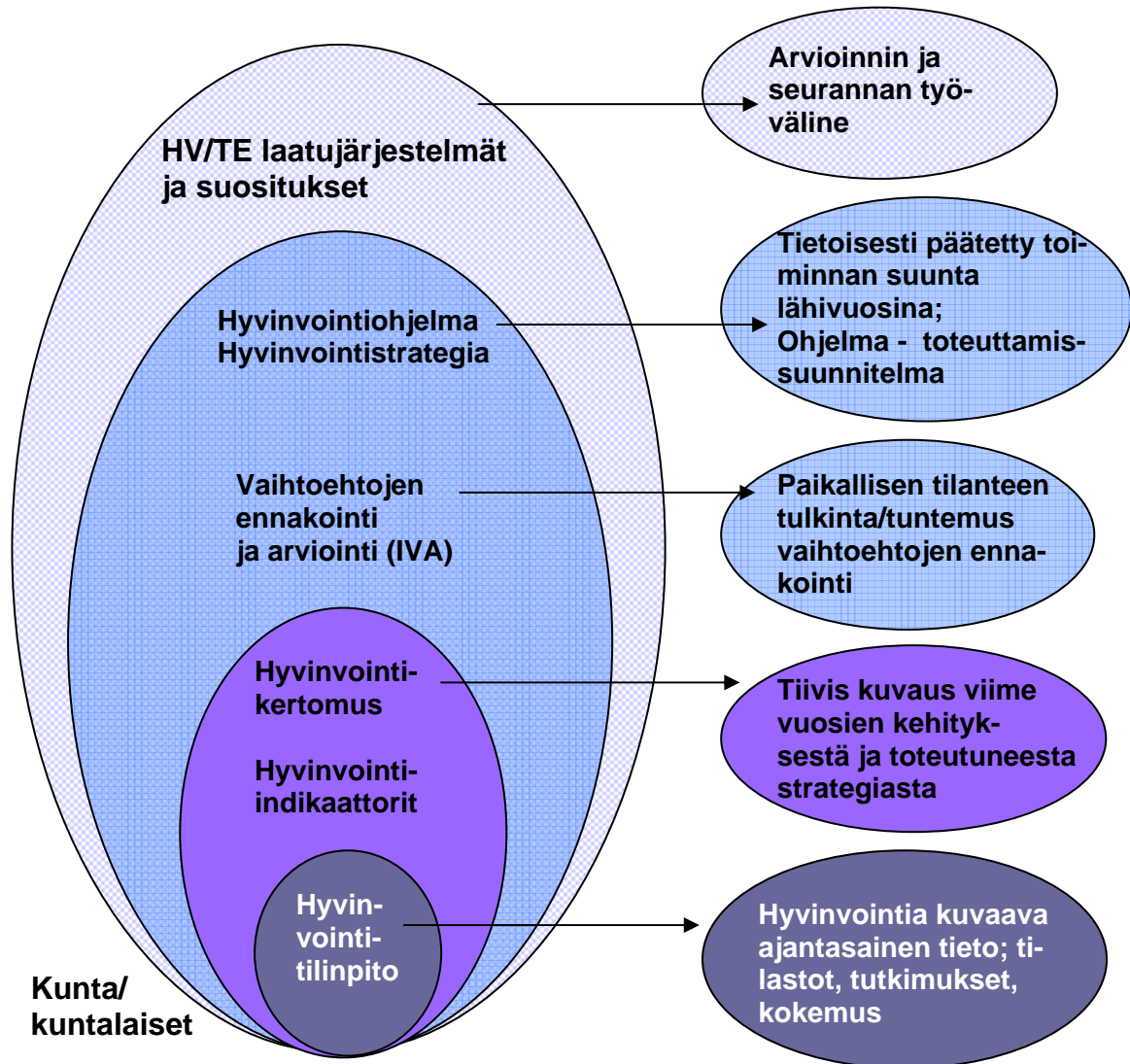
Strategiaprosessit ovat avanneet ja tehneet näkyväksi eri hallinnonalojen toimintaa toisilleen. Yhteistyön merkitys ja välttämättömyys paikallisen hyvinvointipoliitiikan toteutuksessa ovat kasvaneet. Keskustelussa on viitattu usein *sosiaalisen pääoman käsitteeseen*. Käsitteellä viitataan yhteiskunnan ja yhteisön sosiaalisen rakenteen ulottuvuuksiin, kuten sosiaalisiin verkostoihin, vallitseviin normeihin ja luottamukseen, jotka edistävät verkoston jäsenten välistä sosiaalista vuorovaikutusta ja sen myötä tehostavat toimintaa ja taloutta (Ruuskanen 2001, 1). Organisaatiot voivat lisätä sosiaalista pääomaansa toimiessaan yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Verkostotyössä korostetaan vastavuoroisuutta ja luottamusta. Sosiaalista pääomaa synnyttävässä kommunikaatiossa on tärkeää paitsi informaation välittyminen myös se, että osapuolet ymmärtävät toisiaan (Ruuskanen 2001, 46). Sosiaalisen pääoman kasvattaminen on paikallisen hyvinvointipoliitiikan tärkeä päämäärä.

Millaista hyvinvointiosaamista kunnan hyvinvointipoliitiikan toteuttaminen edellyttää? Osaamista tarvitaan strategisella ja ammatillisella tasolla sekä kansalaisten toiminnassa. Strateginen hyvinvointiosaaminen on hallinnon ja johtamisen taitoa, voimavarojen ja vuorovaikutuksen ohjaamista. Ammatillinen hyvinvointiosaaminen on ammattikäytäntöjen hallintaa asiakastyössä ja yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. Kansalaisten hyvinvointiosaaminen muodostuu tiedoista ja taidoista ylläpitää ja edistää omaa, läheisten ja lähiyhteisön hyvinvointia.

Koko kunnan toimintaan vaikuttavan hyvinvointistrategian laadinta on kunnan johdon vastuulla oleva prosessi, johon kytketään viranhaltijaorganisaation lisäksi luottamushenkilöhallinto ja mahdollisesti myös muut kuntayhteisössä toimivat kuten elinkeinoelämän, järjestöjen ja koulutusintituutioiden edustajat. Hyvinvointistrategia on suunnittelun, kehittämisen ja johtamisen väline. Toteutuakseen se edellyttää siihen taipuvaa organisaatiota ja johtamista.

Hyvinvointijohtamisen työvälineitä

Kunnan hyvinvointijohtaminen ja strategiatyö perustuvat hyvinvointitietoon ja työvälineisiin, joiden avulla tieto jäsennetään päätöksenteon tueksi (kuvio 1).



Kuvio 1. Kuntien hyvinvointijohtamisen työvälineitä

Hyvinvointijohtamisen tietopohjaa voidaan verrata talouden seurannassa käytettävään systemaattiseen tilinpitoon, puhumme tuolloin hyvinvointitilinpidoista. *Hyvinvointitilinpito* sisältää hyvinvointia kuvaavaa tilasto-, tutkimus- ja kokemusperäistä tietoa. Tilastot ja tutkimukset kertovat kuntalaisten hyvinvoinnin kehityksestä ja nykytilasta, palvelujärjestelmän toimivuudesta ja tavasta vastata väestön hyvinvointitarpeisiin sekä työntekijöiden hyvinvointitilannetta kuvaavista kokemuksista. Hyvinvointitilinpidoista tulisi löytyä myös arvioiteja nykyisen hyvinvointipolitiikan tuottamasta tuloksesta taloudellisina sekä määrällisinä ja laadullisina kuvauksina.

Hyvinvointitilinpito on sisällöltään laaja ja tarkoitettu asiantuntijakäyttöön hyvinvoinnin seurannan ja johtamisen muiden työvälineiden valmistelumateriaaliksi. Hyvinvointitilinpito on hyvinvointi-indikaattoreiden perusaineistoa.

Indikaattorit eli osoittimet kuvaavat tutkittavana olevan ilmiön tilaa ja muutoksia. Ne ovat tilastollisia tunnuslukuja, jotka kuvaavat ilmiöiden muutosta ajan myötä. Kuntien välisissä vertailuissa indikaattorit esitetään suhteutettuna esimerkiksi kunnan väestömäärään tai perheiden lukumäärään. Käytännössä hyvinvointi-indikaattorit kuvaavat usein puutteita, riskejä ja poikkeavuuksia. Vain harvoin niillä kuvataan positiivisia ulottuvuuksia.

Useimmat tilastot kerätään palvelujärjestelmistä, jolloin seurantatiedot kuvaavat niitä tilanteita, joissa ihmiset hakeutuvat käyttämään palveluja. Hyvinvoinnin puutetta korostava painotus johtuu myös poikkeavan tai harvinaisen ilmiön kiinnostavuudesta. Tavallisempaa on raportoida ongelmien esiintyvyydestä tai sairastavuudesta.

Ainakin osan kuntien hyvinvoinnin tilaa kuvaavista indikaattoreista tulee olla kuntien välistä vertailtavuutta osoittavaa. Hyvinvointi-indikaattoreiden avulla voidaan luoda tiivistetty kuva kunnan hyvinvointipolitiikan tilasta ja suunnasta. Olemme kuvanneet poikkileikkausta talouden termein hyvinvointitaseeksi.

Hyvinvointikertomus on eri hallinnonalojen asiantuntijoiden yhdessä laatima tiivis katsaus kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin, kuten väestön elinoloihin, kunnan hyvinvointipolitiikkaan ja palvelujärjestelmän toimivuuteen. Kertomus täsmentää väestön hyvinvointitarpeita ja arvioi toteutunutta toimintaa ja voimavaroja suhteessa näihin tarpeisiin.

Hyvinvointikertomus kuvaa nykyistä hyvinvointitilannetta ja siihen johtanutta kehitystä aikasarjana. Tietoja verrataan alueellisesti ja valtakunnallisesti. Hyvinvoinnin kuvaus ja vertailtavuus tiivistetään hyvinvointi-indikaattoreilla ajassa ja alueellisesti. Hyvinvointikertomuksen ajatellaan vastaavan kysymyksiin:

- Miten kunnan/alueen asukkaat voivat ja miten vointi on kehittynyt?
- Millaista hyvinvointipolitiikkaa ja -strategiaa kunta/alue on toteuttanut?
- Millaisia voimavaroja on käytetty ja millaisia on käytettävissä?
- Mitä asukkaat odottavat kunnan hyvinvointipäätöksiltä?
- Miltä kunnan/alueen hyvinvointikehitys näyttää suhteessa valtakunnallisiin hyvinvointitavoitteisiin ja -arvoihin?

Hyvinvointikertomus tarkastelee nykyhetkeä suhteessa menneisyyteen. Siinä tulisi arvioida toteutuneen politiikan vaikutuksia hyvinvoinnin kuvaan ja liittää toteutunut hyvinvoinnin kuva taloudelliseen kehukseen. Hyvinvointikertomusta kuvataan tarkemmin myöhemmissä luvuissa.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) yhdistää käsitteellisesti terveysvaikutusten ja sosiaalisten vaikutusten arvioinnin. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin tarkoituksena on arvioida ennalta, mitä vaikutuksia suunnitelmasta, ohjelmasta tai päätöksestä aiheutuu ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille. IVA voidaan käynnistää hyvinvointikertomuksen pohjalta strategiatyön pohjaksi. Ennakoarvioinnissa tarkastellaan erilaisia toiminta- ja ratkaisuvaihtoehtoja ja nii-

den vaikutuksia. Ennakoarvioinnin avulla voidaan tunnistaa ja kuvata ylihallintokuntaisia vaikutuksia. Se mahdollistaa argumentoivan, eri hallinnonalojen välisen suunnittelun. Ennakoarvioinnin vaiheita ovat (Ideakortti 2/99):

- arvioinnin tarpeellisuuden tarkastelu ja työryhmän kokoaminen;
- perustietojen hankinta;
- vaikutusten tunnistaminen ja vaihtoehtojen rajaus;
- vaikutusten ja vaihtoehtojen arviointi;
- hankitun tiedon muokkaaminen päättäjien käyttöön soveltuvaan muotoon ja
- ennakoitujen vaikutusten seuranta päätöksenteon jälkeen.

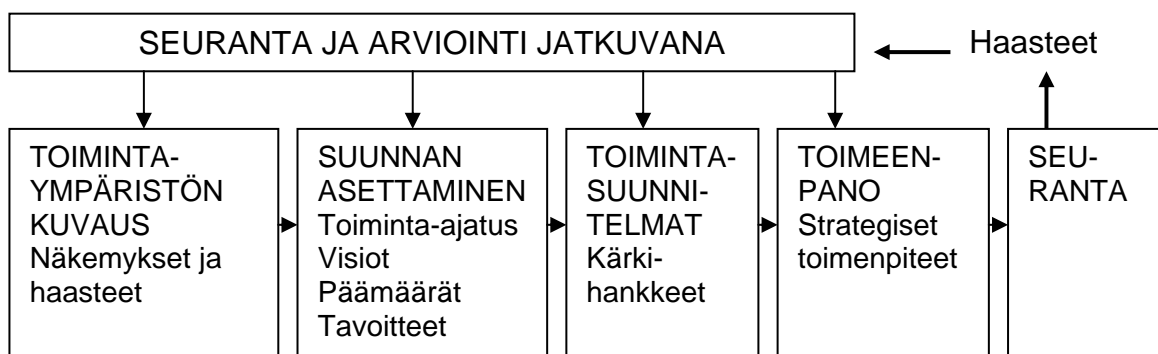
Ennakoarviointi on lakisäateistä toimintaa fyysisen ympäristön suunnittelussa. Laki ympäristövaikutusten arviointimenettelystä (YVA) sekä maankäyttö- ja rakennuslaki edellyttävät vaikutusten arviointia.

Hyvinvointistrategia on lyhyesti määriteltynä tietoisesti päätetty kunnan hyvinvointipolitiikan suunta. *Hyvinvointiohjelma* on strategian toimeenpano- ja toteuttamissuunnitelma. Oletuksena on, että strategiassa hyväksytyt hyvinvointi- ja toiminnalliset tavoitteet sekä niiden toteuttaminen sisällytetään kunnan vuosittaiseen talous- ja toimintasuunnitelman. Samalla pyritään siihen, että tavoitteiden toteutumista ja tuloksia kuvataan ja arvioidaan vuosittain toimintakertomuksessa ja kuntatarkastuksessa.

Hyvinvointistrategia

Hyvinvointistrategiaprosessia voidaan kuvata monella tavalla. Kuviossa 2 on kuvattu jatkuvan strategiaprosessin kulkua (mukaeltu Ahola 1995, 2003).

Kuvio 2. Jatkuvan strategiaprosessin kulku



Koko kunnan toimintaan vaikuttavan hyvinvointistrategian laadinta on kunnan johdon vastuulla oleva prosessi. Strategiaprosessi on moniammatillinen ja monialainen yhteistyöhanke, joka käynnistyy yleensä lähtötilanteen selvityksellä, johon kuuluu toimintaympäristön kuvaus, väestön hyvinvointitilanteen kuvaus ja palvelujärjestelmän keskeisten toimintojen kuvaus. Tuloksena syntyy yhteinen perusnäkemys siitä, millaisesta hyvinvointitilanteesta ollaan suunnistamassa parempaan, mitkä ovat suurimmat uhat ja oman kunnan vahvuudet.

Strategiaprosessien tuloksena syntyy yhteinen näkemys siitä, millaisena kunta tai alue haluaa nähdä väestönsä hyvinvoinnin ja terveysstatuksen tulevaisuudessa. Visiolla kuvataan tahtotilaa,

joka muotoillaan päämääriksi, jotka puolestaan konkretisoidaan avainalueiden tavoitetasoina. Toimintasuunnitelma sidotaan kärkihankkeisiin ja toimeenpanosuunnitelma vahvistetaan hyväksymällä strategiset toimenpiteet. Strategiaprosessiin sisältyy vielä suunnitelma toteutumisen seurannasta ja arvioinnista.

Lähtötilannetta kuvaavalla, käytettävissä olevalla tiedolla ja sen tulkinnalla on ratkaiseva merkitys suunnan asetannassa ja toimintasuunnitelmien laadinnassa. Onko yksittäisellä kunnalla käytettävissään riittävästi tietoa ja riittävästi osaamista käytettävissä olevan hyvinvointitiedon tulkinnassa? Kunnat ja seutukunnat ovat kokeneet pulmallisena olennaisen tiedon haravoinnin moniulotteisesta tilasto- ja tutkimustiedon massasta. Pulmaksi on noussut seurantatiedon tiivistäminen ja seurattavien hyvinvointi-indikaattoreiden valinta niin, että niiden avulla voitaisiin vertailla muiden kuntien ja alueiden väestön hyvinvointia.

Toinen kriittinen kysymys kohdistuu strategiaan valintoihin ja vaihtoehtojen kuvaamiseen. Kuntaorganisaatiossa, useiden erilaisia peruslähtökohtia painottavien poliittisten puolueiden ja erilaista asiantuntijuutta hallitsevien viranhaltijoiden toimintakehikossa hyvinvointistrategia on pakosta kompromissien tulos. Arvioidaanko valmisteluprosessissa riittävästi vaihtoehtoisia ratkaisuja eri näkökulmista ja niiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden kannalta, joita päätökset koskevat ja jos arvioidaan, esitetäänkö vaihtoehdot näkyvästi päätöksenteon pohjaksi?

Kolmas kriittinen kysymys koskee hyvinvointitavoitteita suhteessa talousseurantaa ja taloudellisiin vaikutuksiin. Vuosittain laadittavassa kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa tehdään palvelujärjestelmän toimintaan kuuluvana monia väestön hyvinvointiin vaikuttavia päätöksiä. Suunnitelluiksi aiotulle toiminnalle tai toimenpiteille arvioidaan kustannukset, jotka sisällytetään kunkin tulosalueen talousarvioon ja niitä seurataan ja arvioidaan vuosittaisen tilinpäätöksen yhteydessä. Sen sijaan hyvinvointistrategiassa, jossa toiminnan suunta lähtee väestöstä ja väestön hyvinvoinnin vahvistamisesta tai hyvinvointiongelmien ehkäisystä, toimintasuunnitelmia ei sidota talousarvioon eikä niiden taloudellisia vaikutuksia arvioida. Kun hyvinvointistrategiset päätökset jäävät talousarviosta irrallisiksi, ne eivät sisälly kunnan ylimmän johdon seurattaviin ja arvioitaviin asioihin, eivätkä välttämättä nouse ylimmän johdon päätöksenteon asialistoille.

Neljäs kriittinen kohta, johon hyvinvointistrategioita ja -ohjelmia toteutettaessa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota, on niiden toteutumisen seuranta ja arviointi. Strategiat on usein laadittu pitkän ja moniportaisen prosessin tuloksena. Ne on hyväksytty kunnanvaltuustossa ja niiden toimeenpanosta on sovittu joko erikseen tai strategiaan sisältyvällä toimeenpanosuunnitelmalla. Tavanomainen kokemus kuitenkin on, että hyvinvointistrategiasta on tullut kauniisti 'kuorutettu' asiakirja, jolla 'kuitataan' organisaation hyvinvointipoliittiset näkemykset, mutta joka ei toimi arki-työtä ohjaavana asiakirjana. Strategian toimeenpanoa ei seurata, eikä tehtyjen päätösten vaikutuksia arvioida. Kauden päättyessä käynnistetään uusi strategiaprosessi hyödyntämättä olemassa olevaa strategiaa jatkuvana arviointina.

Miksi kunnan hyvinvointikertomus?

Kunnan hyvinvointitilannetta kuvaavaa tietoa on monista puutteista huolimatta runsaasti olemassa. Käytettävissä oleva tietomassa on kuitenkin hajanainen ja tietoa joudutaan keräämään monista valtakunnallisista ja paikallisista tietolähteistä.² Kuntakohtainen väestön hyvinvointia kuvaava vuotuinen raportointi painottuu usein palvelujen käyttötietoihin ja käyttömenoja osoittaviin tunnuslukuihin.

Jos väestön hyvinvointi ja terveys nostetaan kunnassa ja alueellisesti hallinnonalojen yläpuolelle poikkihallinnollisesti arvioitavaksi ja seurattavaksi, hyvinvoinnin kokonaiskuvan luominen edellyttää hyvinvointitiedon ja toteutettavan hyvinvointipolitiikan systemaattista seurantaa ja siitä raportointia.

Kokonaiskuvan luominen kunnan hyvinvointitilanteesta on vaativa tehtävä. Vaikeus syntyy ilmiön moniulotteisuudesta ja moniarvoisuudesta sekä hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden moniselitteisyydestä. Ilmiötä kuvaavien tunnuslukujen taakse kätkeytyy paikallisia selityksiä ja toimintakäytännöistä johtuvia eroavuuksia. Vain paikallisilla asiantuntijoilla on ymmärrystä tulkita lukujen ja kuvausten taakse kätkeytyvä hiljainen tieto. Tämä tieto on tuotava yhteiseen keskusteluun suunnittelutilanteissa.

Toimeksianto kunnan hyvinvointikertomusmallin kehittämisestä tuli Stakesille sosiaali- ja terveysministeriöstä. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee joka toinen vuosi hyvinvointipolitiikan vaikutuksia arvioivan Sosiaali- ja terveystietokertomuksen Eduskunnalle (esim. STM, Sosiaali- ja terveystietokertomus 2002). Vastaavaa kunnallista raportointijärjestelmää ei ole käytössä. Toimeksianton tarkoituksena oli kehittää hyvinvointikertomusmalli, joka toimisi kehyksenä kuntien yhden-suuntaiselle hyvinvointitilanteen raportoinnille. Kertomus toimisi myös paikallisen strategiatyön välineenä hyvinvointitavoitteiden määrittelyssä, toiminnan seurannassa ja kuntien välisessä vertailussa.

Hyvinvointikertomuksen tulisi olla tosiasiatietoon perustuva viranhaltijoiden laatima kuvaus kunnan hyvinvointitilanteesta. Erityisesti sitä käyttäisivät luottamushenkilöt, joilla ei ole mahdollisuuksia hakea tietoja monista tietolähteistä. Kertomuksen tiivistämä hyvinvointikuva tarjoaisi mahdollisuuden käydä keskustelua hyvinvoinnin kokonaistilanteesta, uhkien ja vahvuuksien todellisuudesta ja merkityksestä kunnassa. Hyvinvointikertomuksen piirtämän kuvan tulisi johtaa pohdintaan vaihtoehtoisista ratkaisuista. Kertomus toimii työvälineenä hyvinvointistrategioiden ja -ohjelmien valmistelussa kunnassa ja seutukunnallisessa yhteistyössä.

Hankkeen pilottivaiheen aikana havaittiin, että yhdenlainen hyvinvointikertomuksen malli ei soveltuisi kaikille kunnille. Kunnan hyvinvoinnista kertova raportti tulee olemaan joka tapauksessa kunkin kunnan ja sen hallintokulttuurin oman näköisensä. Malliksi tarvitaan idea, ehdotus kertomuksen sisällöstä, suositus niistä hyvinvointi-indikaattoreista, joita valtakunnallisesti halutaan seurata ja suositus perusteluineen laajemmasta joukosta hyvinvointi-indikaattoreita, joita kunnat voivat tarpeen mukaan soveltaa. Lisäksi tarvitaan tietoa tietolähteistä ja mahdollisimman ajan-

² Väestö- ja demograafiset tiedot ovat saatavissa Tilastokeskuksen tilastoista, kunnan talous- ja toimintatilastot kunnan omista Kuntatilastoista ja kunkin hallinnonalan erillisistä tilastoista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoja saa Stakesista Sotkan tietokannasta ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO). Sairausvakuutus- ja eläketilastot ja eläketilastot saadaan Kansaneläkelaitokselta. Paikallisen hyvinvointitilanteen seuraamiseksi tarvitaan lisäksi erillisiä tutkimuksia, joista eräs yleisesti käytetty tutkimus on joka toinen vuosi toteutettava Stakesin Kouluterveyystutkimus. Muita tiedonkeruumenetelmiä ovat väestö- ja asiakaskyselyt, työntekijähaastattelut, otantatutkimukset mm. ympäristöseurannasta, liikenneolosuhteista, yhdyskuntarakenteen toimivuudesta ja lasten ja nuorten hyvinvoinnista.

kohtaiset valmiit kuntakohtaiset tunnusluvut niistä indikaattoreista, jotka ovat valtakunnallisesti helpommin saatavissa.

Pilottivaiheen aikana havaittiin sekin, että kunnan hyvinvointikertomuksen laadinta on kunnassa monialainen oppimisprosessi, joka yhteistyöprosessina palvelee kunnan hyvinvointistrategista ajattelua ja suunnittelua.

Seuraavassa luvussa kuvataan kokemuksia ja näkemyksiä hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessista. Pilottihankkeen kokemuksia kuvaamalla halutaan auttaa lukijaa tunnistamaan omassa prosessissa eteen tulevien epäilyjä ja 'sudenkuoppia'.

Hyvinvointikertomusmallin valmistelu - pilottihankkeen kokemukset

Projektin toteutus

Hyvinvointikertomusmallin valmistelu tehtiin yhdessä Stakesin ja kolmen pilottikunnan kanssa. Tarkoituksena oli, että eri kokoiset ja eri tyyppiset kunnat valmistelevat omat hyvinvointikertomuksensa niin, että kertomuksen laajuutta, rakennetta, sisältöä ja käyttötarkoitusta suunnitellaan ja arvioidaan pilottikuntien ja Stakesin kanssa yhdessä. Saatujen kokemusten perusteella laaditaan kunnan hyvinvointikertomusmalli, jota testataan Terve Kunta -verkoston kunnissa.

Hyvinvointikertomushankkeeseen valittiin kolme kuntaa. Terve Kunta -verkoston kunnista mukaan tulivat Jyväskylä (noin 81100 asukasta) ja Kerava (noin 30700 asukasta). Kolmas pilottikunta oli Orimattila (noin 14300 asukasta), joka kiinnostui hankkeesta ollessaan samanaikaisesti Päijät-Hämeen keskussairaalan laatukoulutuksessa.

Hanke käynnistettiin syksyllä 2000 Stakesin ja pilottikuntien yhteisellä työkokouksella, jossa sovittiin tarkemmin hankkeen tavoitteista, toteutuksesta, tuloksista ja työnjaosta.

Tavoitteet

Hankkeen tavoitteena oli valmistella kunnille malli hyvinvointikertomuksesta, joka toimisi kunta-suunnittelussa hyvinvointitilanteen kuvaajana ja hyvinvointipolitiikan arvioinnin välineenä. Valtakunnallisena tavoitteena oli luoda pohjaa yhdensuuntaiselle, kuntien välistä vertailua osoittavalle, paikallista hyvinvointipolitiikkaa kuvaavalle hyvinvointitilanteen seurannalle ja arvioinnille. Kuntataseisten hyvinvointi-indikaattoreiden kehittäminen nähtiin hankkeessa ydinasiaksi.

Tehtävän kohdennus ja nimen valinta

Hankkeen aluksi käytiin keskustelu siitä, mikä valmistettava työ on nimeltään. Toimeksiannossa puhuttiin 'Kunnan terveystietokertomuksesta'. Pian nimi haluttiin laajentaa 'Kunnan sosiaali- ja terveystietokertomukseksi' valtakunnallisen mallin mukaisesti. Tehtävä nähtiin kuitenkin laajempaan kuin kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa koskevana selvityksenä. Tästä syystä nimi muutettiin useimpien hallinnonalojen toimialaa kattavaksi 'Kunnan hyvinvointikertomukseksi'.

Myös sana 'kertomus' keskustelutti. Oliko asiakirjassa tarkoituksena kuvata jo tapahtunutta taaksepäin vai haluttiinko siinä tarkastella myös tulevaisuutta? Vaikka asiakirjan/selonteon tarkoituksena oli luodata ajatuksia tulevaisuuteen ja toimia luottamushenkilöiden strategisena työvälineenä, sen sisältö muodostuisi kuitenkin pääasiallisesti tämän hetkisen tilanteen kuvauksesta, ajallisesti kehitystrendejä taaksepäin peilaten. Tästä syystä päädyttiin käyttämään valtakunnallisen mallin mukaisesti 'kertomus' nimikettä.

Hyvinvointi ja terveys käsitteinä

Käsittekeskustelussa käytiin läpi koulukuntaeroja siitä, onko hyvinvointi osa terveystietoa vai päinvastoin. Hyväksyimme molemmat lähestymistavat, mutta päädyimme tässä yhteydessä käyttämään käsitettä hyvinvointi, johon terveys sisältyy tai jossa terveys ymmärretään hyvinvoinnin

tilana. Näin ajattelimme eri ammattialojen viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden ymmärtävän hyvinvointikertomuksen koskettavan jokaisen toimialaa.

Muutos väestön hyvinvointiin ja terveyteen syntyy yksilö- ja yhteisötasolla, palvelujärjestelmän toimintana, luomalla ympäristö terveyttä tukevaksi ja ottamalla terveysnäkökohdat huomioon kaikessa päätöksenteossa eri politiikkalohkoilla (Ottawa charter 1986). Terveyspalvelujärjestelmän rooli muutoksen aikaan saamiseksi korostuu kansanterveyden asiantuntijana, ehkäisevien terveyspalvelujen tuottajana sekä yksilötason asiakastyössä.

Terveys ymmärrettiin tässä laajana yhteisöllisenä käsitteenä, joka sisältää yksilön fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin sekä yksilön ja rakenteellisen ympäristön vuorovaikutuksen (perustarpeiden tyydytys, turvallisuus, sosiaaliset suhteet, työn ja vapaa-ajan tasapaino) sekä yksilön ja fyysisen ympäristön vuorovaikutuksen (asuminen ja terveellinen ympäristö) (Perttilä 1999, 81).

Hyvinvointi jaetaan käsitteellisesti subjektiivisiin (kokemuksellinen) ja objektiivisiin (resurssit) osatekijöihin (Heikkilä ja Kautto 2000, 20). Yhteisöllinen terveystähtämys sisältää molemmat osatekijät. Objektiivisesti määriteltäviä ovat fyysinen ja psyykkinen terveys, silloin kun terveyden puuttuminen on määritelty lääketieteellisin menetelmin; yksilön ja rakenteellisen ympäristön vuorovaikutukseen sisältyvät mitattavissa olevat, elinoloja määrittävät tekijät; sekä yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen sisältyvät tekijät (asuminen ja elinympäristö). Yhteisölliseen terveystähtämykseen sisältyviä subjektiivisesti määriteltäviä hyvinvoinnin osatekijöitä kuvataan ihmisten kokemuksilla ja tulkinnoilla hyvinvoinnistaan.

Hyvinvointi kertomuksen käsitteenä tarkoittaa hyvinvoinnin tilaa, joka syntyy ihmisten itsensä, lähiyhteisön, palvelujärjestelmän ja yhteiskuntapolitiikan yhteisenä aikaan saannoksena. Se on ihmisten itsenäistä, turvallista, terveellistä ja sosiaalista selviytymistä sekä viihtymistä omassa asuin- ja toimintaympäristössään. Kuntien näkemyksiä hyvinvoinnista käsitellään laajemmin pilottikuntien päätöksentekijöiden haastatteluhynteenvedossa..

Hankkeen organisointi

Hyvinvointikertomushanke organisoitiin Stakesin ja pilottikuntien monitasoisena yhteistyönä. Toteutukseen sisältyi kuntakohtaisia seminaareja, kuntien viranhaltija- ja luottamushenkilöjohdon haastatteluja, Stakesin koordinoiman minityöryhmän työskentely, kuntakohtaisten moniammatillisten työryhmien työskentely sekä hankkeen arviointia Terve Kunta -verkoston kokouksissa ja Terve Kunta -päivillä. Stakesin Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulosalueen Terveysten edistämisen kuntastrategiat ryhmä koordinoi valtakunnallista hanketta. Pilottikunnista nimettiin hankkeelle yhdyshenkilöt ja moniammatilliset työryhmät.

Hanke käynnistettiin syksyllä 2000 Stakesin ja pilottikuntien yhteisellä työkokouksella, jossa pohdittiin valmisteluprosessia, kertomuksen laajuutta, sisältöä, rakennetta ja käyttötarkoitusta. Samalla sovittiin, että työ aloitetaan haastatteleamalla kunnan johtavia viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä hyvinvointikertomuksen sisällöstä, tietotarpeista ja kertomuksen käytöstä.

Kuntahaastattelujen jälkeen järjestettiin kuntakohtaiset työkokoukset, jonne oli kutsuttu eri hallinnonalojen vastuuhenkilöitä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelusta ja seurannasta vastaavia, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen projekteista vastaavia sekä luottamushenkilöitä. Työkokouksissa käytiin läpi kunnan hyvinvointipolitiikan toteuttamista suunnittelun ja seurannan näkökulmasta, raportointia haastattelujen yhteenvedosta sekä käytiin keskustelua alkavasta hyvinvointikertomustyöstä. Kokousten tarkoituksena oli kuulla vielä kuntien näkemyksiä

hankkeen toteuttamisesta, laadittavan asiakirjan mallista, rakenteesta, laajuudesta sekä siitä, miten kertomuksen tulisi hyödyttää kunnan päätöksentekoprosessia.

Hyvinvointikertomuksen runkona oleva hyvinvointi-indikaattorityö käynnistettiin Stakesin koordinoimassa työryhmässä, jota kutsuttiin minityöryhmäksi. Minityöryhmään osallistui pilottikunnista eri sektoreiden asiantuntijoita (koulutoimi, sosiaalitoimi, taloushallinto, tekninen toimi, terveydenhuolto, ympäristötoimi ja terveyden edistämisen suunnittelu). Työryhmä kokoontui hankkeen aikana seitsemän kertaa. Se teki esityksiä kertomuksen sisällöstä ja rakenteesta sekä kuntien hyvinvointi-indikaattoreista, joita pilottikuntien moniammatilliset työryhmät ja Stakesissa eri sisältöalojen asiantuntijat työstivät omissa kokouksissaan minityöryhmän kokousten välillä. Työn tuloksena julkaistiin laaja hyvinvointi-indikaattoriehdotus, joka liitettiin Stakesin hankkeen nettisivuille (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs...) jo hyvin varhaisessa vaiheessa kaikkien kuntien käytettäväksi.

Stakes järjesti hankkeen aikana kuntien yhteisiä työseminaareja, joissa arvioitiin hankkeen etenemistä. Kokouksissa käytiin läpi erilaisia, mahdollisia hyvinvointikertomuksen tietosisältöjä ja tiedonkeruumenetelmiä, esimerkiksi Stakesissa kehitetty 'Huolen harmaat vyöhykkeet' menetelmä (www.stakes.fi/hyvinvointi/kehi/metelmat/index.htm) ja Kansanterveyslaitoksen Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimus (AVTK) (www.ktl.fi/). AVTK tutkimus selvittää väestökyselynä väestön terveyskäyttäytymistä ja elämäntapoja. Kysymyspatteristoon on mahdollista lisätä myös kunnan omassa intressissä olevia kysymyksiä.

Pilottikunnat valmistelivat hankkeen aikana omat kunnan hyvinvointikertomukset, joita käsiteltiin ja esiteltiin kuntien omassa seminaareissa ja valtakunnallisissa koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa (Terve Kunta -päivät 2003; Käyhkö, Koski ja Hiekka (toim.) Hyvinvoinnin palapeli, Jyväskylä 2003; Heikkala ym. Kunnan hyvinvointisuunnitelman ja -kertomuksen tuottamisprosessi, Orimattila 2001). Liitteessä 2 sisällysluettelot pilottikuntien hyvinvointikertomuksista.

Hyvinvointi-indikaattoreiden määrittelyä

Hyvinvointikertomushankkeen keskeisenä tehtävänä pidettiin kuntatasoisten hyvinvointi-indikaattoreiden³ kehittämistä. Tehtävää varten nimettiin Stakesin johtama työryhmä, jota kutsumme *minityöryhmäksi*. Työryhmän jäsenet koottiin pilottikuntien eri hallinnonalojen asiantuntijoista sillä periaatteella, että kutakin sektoria (terveysala, sosiaaliala, opetustoimi, ympäristö- ja tekninen toimi sekä kuntatalous) edustaisi kaksi eri kunnista olevaa asiantuntijaa. Työryhmän⁴ jäsenten tehtävänä oli välittää kuntansa asiantuntijatyöryhmän näkemykset minityöryhmälle ja vastaavasti keskusteluttaa oman kunnan moniammatillisessa työryhmässä niitä asioita, joita minityöryhmä käsittelee. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja kunnan eri asiantuntijoiden osaaminen kuntien väliseen kehittämisprosessiin.

Minityöryhmä käynnisti työnsä selvittämällä siihen mennessä tehtyä indikaattoreiden kehittämistyötä Suomessa ja ulkomailla. Lasten ja nuorten kohdalla lähtökohtana oli Stakesissa aiemmin lasten ja nuorten hyvinvointiselontekohankkeessa 13 kunnan kanssa laadittu ehdotus lasten ja

³ Indikaattori (osoitin, ilmaisin) kuvaa ilmiötä yhdellä luvulla ja näin tiivistää tietoa helposti ymmärrettävään muotoon. Indikaattori kuvaa tutkittavana olevan ilmiön tilaa ja muutoksia. Yleensä indikaattori kuvaa toivotun ilmiön tai ominaisuuden puutetta. Tämä johtuu siitä, että tiedonkeruu perustuu yleensä riskien tai hyvinvoinnin puutteen kuvaamiseen. Pahoinvointia tai hyvinvoinnin puutetta kuvaavan indikaattoritiedon kääntöpuolena on siis nähtävissä hyvinvointi. Indikaattorin vertailtavuus perustuu tiedon yhtenevään määrittelyyn ja kokoamistapaan, jolloin indikaattoria voidaan verrata alueiden välillä tai ajassa.

⁴ Työryhmään kuuluivat Jyväskylästä Paula Käyhkö ja Jouko Ridell, Keravalta Pekka Heinonen, Tarja Kupiainen, Tapio Reijonen ja Pekka Saarenmaa sekä Orimattilasta Pirkko Mönkäre ja Kari Rannanpiha.

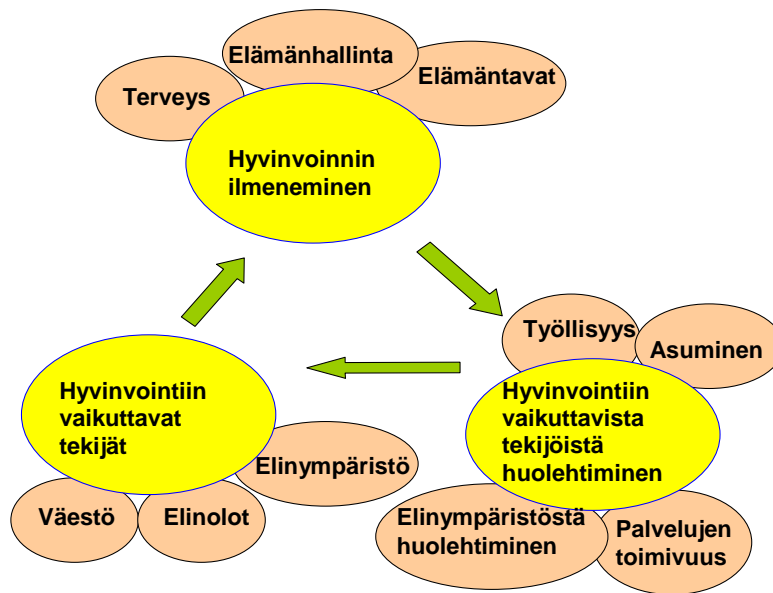
nuorten hyvinvointi-indikaattoreista (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs -> Ehdotus lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi). Muita hyvinvointi-indikaattorilähteitä olivat mm. Terve Kunta -verkoston hyvinvointi-indikaattoreiden kehittämistyö, WHO:n Healthy City -indikaattorit, EU -hanke lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreista sekä luonnos Ruotsin Public Health Institutin tuottamasta hyvinvointi-indikaattorityöstä.

Indikaattorityö käynnistyi kysymällä, mitä asioita väestön hyvinvoinnista, siihen vaikuttavista tekijöistä ja kunnan toiminnasta tulisi tietää, jotta kuva kunnan hyvinvointitilanteesta olisi riittävän monipuolinen. Indikaattoreiden tuli osoittaa ilmiötä, joihin kunnan ylin johto ja luottamushenkilöt voivat omilla päätöksillään vaikuttaa joko välittömästi tai välillisesti. Osoittimien valinnassa ei haluttu pitäytyä pelkästään niissä, jotka olivat sillä hetkellä saatavissa. Kokonaisuuteen haluttiin liittää myös sellaisia tärkeitä koettuja osoittimia, joiden saatavuus oli vielä sillä hetkellä epävarmaa, mutta joiden kehittäminen nähtiin tulevaisuudessa tärkeäksi.

Minityöryhmä jäseni indikaattorityötään rakenteella, jossa valittavien indikaattoreiden tuli vastata kysymyksiin

- Mitkä tekijät vaikuttavat väestön hyvinvointiin?
- Miten väestön hyvinvointi ilmenee?
- Miten kunta huolehtii hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä?

Kahden ensimmäisen kysymyksen vastaukseksi valitut osoittimet kuvaavat sekä objektiivista että subjektiivista hyvinvointia. Kolmannen kysymyksen vastausten ajateltiin vastaavan ensimmäisen kysymyksen esittämiin osioihin siltä osin kuin kunnan palvelujärjestelmä ja kunnan toteuttama hyvinvointipolitiikka voivat niihin vastata. Ideana oli tuottaa palvelujärjestelmän toimintaa kuvaavia seurantaindikaattoreita vastaamaan, miten kunta huolehtii hyvinvoinnin toteutumisesta. Kokonaisuutta havainnollistettiin kuviolla 2, jonka mukaan hyvinvointiin vaikuttavilla tekijöillä on merkitystä sille, millaisena väestön hyvinvointi ilmenee. Väestön hyvinvoinnin kuva puolestaan indikoi kunnan palvelujen järjestämisen ja hyvinvointipolitiikan toteuttamisen painopisteitä. Kunnan hyvinvointipoliittiset päätökset ja palvelujen järjestämisen painotukset osoittavat samalla, miten kunta huolehtii hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Kuva havainnollistaa hyvinvointipolitiikan kokonaisuutta ja korostaa, että päätöksenteossa tulisi yhä enemmän lähteä hyvinvoinnin ilmiöistä, ei palvelujärjestelmän tarjoamista palveluista. Minityöryhmä pohti jäsenystä tehdesään, ovatko elämänhallinta ja elämäntavat hyvinvoinnin ilmenemistä kuvaavia vaiko hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Molemmat näkökulmat ovat perusteltuja. Työryhmä päätyi kuvion 3 mukaiseen jäsenyykseen.



Kuvio 3. Hyvinvointitilanteen jäsenyys indikaattoriyön pohjaksi pilottivaiheessa

Kuviossa ei tuoda esiin hyvinvointi-indikaattoreiden yhteyttä talouteen. Työryhmä ei työnsä alkuvaiheessa sitonut indikaattoripohdintaa talouteen, vaikka pitikin sitä tärkeänä. Vasta siinä vaiheessa kun laaja sisällöllinen indikaattoriehdotus oli valmis, ryhdyttiin pohtimaan talousindikaattoreita. Tehtävä liittyi myöhemmin Stakes Tiedon hyvinvointi-indikaattoripankin kehittämistyöhön.

Työryhmä asetti työssään hyvinvointikertomukseen valittaville indikaattoreille seuraavia vaatimuksia:

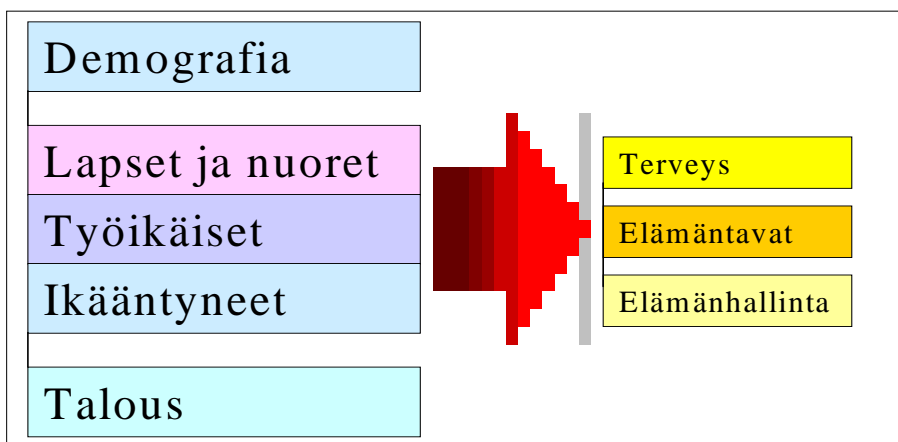
- indikaattorit tulee voida määrittellä tarkasti, jotta niiden kuvaamaan tietoon voidaan luottaa
- indikaattoreiden sisältämän tiedon tulee mahdollistaa kuntien välinen vertailu ja aikasarjojen laadinta
- ikäryhmäkohtaisen ja sukupuolen mukaisen luokittelun tulee olla mahdollista niiltä osin kuin se on olennaista
- indikaattoreiksi pyritään valitsemaan myös muita kuin hyvinvointivajetta kuvaavia indikaattoreita
- indikaattoreiden lukumäärä ei saisi nousta liiansuureksi (tavoite max 50-70 kpl)
- pääosa valituista indikaattoreista tulee olla kunnissa saatavissa, mutta joukkoon hyväksytään myös uusia, tärkeiksi hyvinvoinnin osoittimiksi nähtyjä indikaattoreita

Pilottikunnat selvittivät kunnista saatavia tietoja. Stakes laati listan, mistä kansallisista tietolähteistä esitettyjä tietoja on saatavilla ja millaisilla ehdoilla.

Työryhmän työn pohjalta koottiin ehdotus kuntien hyvinvointi-indikaattoreista, jotka laitettiin Stakesin nettisivuille hyvin varhaisessa vaiheessa myös muiden kuntien käyttöön (www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/tieto.htm).

Indikaattoriehdotuksen laajuus oli lopulta noin kaksinkertainen tavoitteeseen nähden. Kokonaisuus oli selvästi liian laaja käytettäväksi jokavuotiseen seurantaan. Tästä syystä päätettiin, että rinnalle laaditaan suppeampi versio, joka on myöhemmin ollut Stakes Tiedon hyvinvointi-indikaattoripankin kehittämistyön pohjana.

Hyvinvointikertomuksen rakennetta pohdittiin hankkeen kuluessa useita kertoja. Palvelujärjestelmän toimivuutta ja kunnan hyvinvointipolitiikan toteutusta kuvaavan indikaattoriosion laadinta tuotti vaikeuksia. Käytettävissä olevien tietojen niukkuus vaikeutti kokonaisuuden luomista. Jäsentelyä ehdotettiin muutettavaksi siten, että demograafiset tiedot ja talous esitetään omana kokonaisuutenaan, hyvinvointiin vaikuttavat tiedot (elinympäristö ja elinolot) koskevat kaikkia väestöryhmiä mutta hyvinvoinnin ilmeneminen ja palvelujärjestelmän toimivuus jaetaan ikäryhmittäin; lapset ja nuoret, aikuisväestö ja ikääntyvä väestö (kuvio 4). Näin kertomuksen jäsennessä mahdollistaa helpommin ikäryhmäkohtaisen tarkastelun ja toimii tarvittaessa joustavammin ikäryhmäkohtaisten hyvinvointistrategioiden pohja-aineistona.



Kuvio 4 Väestön hyvinvoinnin kuvaaminen

Kuntien ennakkonäkemykset hyvinvointikertomuksesta

Hyvinvointikertomustyö käynnistettiin kunnissa haastattelemalla johtavia viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä hyvinvointikertomuksen sisällöstä ja siihen liittyvistä tietotarpeista. Jyväskylässä ja Keravalla tiedonkeruu tehtiin yksilö- ja/tai ryhmähaastatteluina. Orimattila vastasi haastattelukysymyksiin kirjallisesti. Stakesin tekemiin haastatteluihin kunnissa osallistui johtavia viranhaltijoita koulutoimesta, sivistystoimesta, päivähoidosta, sosiaali- ja terveystoimesta, asuntotoimesta, yhdyskuntasuunnittelusta, ympäristö- ja teknisestä toimesta, rakennusvalvonnasta, pelastuslaitokselta, kunnan keskushallinnosta sekä luottamushenkilöjohtoa (N=33).

Haastattelun teemoja olivat:

- Mitä on hyvinvointi?
- Millaisia tietoja kunnassa tarvitaan kuvaamaan ja selittämään hyvinvointia?
- Millaista hyvinvointitietoa tällä hetkellä kunnassa/sectorillanne kerätään ja millainen tiedon tuottaminen olisi tulevaisuudessa mahdollista?
- Millainen kunnan hyvinvointikertomuksen tulisi olla?

Haastattelujen tarkoituksena oli luoda käsitys hyvinvointiin ja sen kuvaamiseen liittyvistä puhe-käytännöistä kunnassa sekä hahmottaa hyvinvointikertomuksen tarvetta, sen luonnetta ja sisältöä.

Hyvinvoinnin määrittely viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden kuvaamana

Yleisesti ottaen hyvinvoinnin määrittely oli laavaa ja kaiken kattavaa. Hyvinvointi nähtiin kokonaisvaltaisena, subjektiivisesti koettavana ja suhteellisena. Hyvinvointi määrittyy ihmisen omasta arvomaailmasta lähtien, suhteessa ympäröivään maailmaan ja se koetaan ajassa vaihtelevana. Ihmisen elämänlaatu ja elämänhallinta kertovat hyvinvoinnista. Tulkinta sisältää aina arvovalintoja.

Terveys ymmärrettiin usein yhtenä tärkeimmistä, jollei tärkeimpänä hyvinvoinnin osana. Kun hyvinvoinnin sanottiin edistävän terveyttä, terveys ymmärrettiin tavallaan yläkäsitteenä. Ihmiset vaikuttavat omilla arkipäivän valinnoillaan hyvinvointiinsa ja siten myös terveyteensä. Hyvinvointi rakentuu myös sosiaalisista suhteista ja osallistuminen poistaa hyvinvointia uhkaavaa yksinäisyyttä.

Hyvinvointia tarkasteltiin usein suhteessa palvelujärjestelmään. Suurimmalle osalle väestöä hyvinvointi muodostuu palvelujärjestelmän ulkopuolella olevista tekijöistä. Palveluja haetaan sitten kun hyvinvointivaje on syntynyt. Palvelujärjestelmän kuntalaisille tarjoamat tasavertaiset, toimivat, laadukkaat ja kilpailukykyiset palvelut ovat kuntalaisten hyvinvoinnin perusta. Hyvinvointia vahvistetaan antamalla tukea erilaisissa elämäntilanteissa oleville yksilöille ja perheille, jotta he selviytyvät arjen tilanteista. Myös järjestöillä on oma roolinsa hyvinvointipalvelujen tuottajina.

Viihtyisä, monipuolinen ja virikkeellinen elinympäristö, jossa palvelut ja vapaa-ajanviettomahdollisuudet ovat helposti saatavilla, luovat hyvinvointia. Ympäristön esteettisyys ja kestävä kehitys periaatteiden toteutuminen vaikuttavat hyvinvointiin. Jos ympäristöä ei hoideta kestäväällä tavalla, heijastuu se negatiivisena ihmisten hyvinvointiin.

Indikaattorit hyvinvoinnin kuvaajana ja selittäjänä

Kuntien viranhaltijajohdon ja luottamushenkilöiden odotukset hyvinvointi-indikaattoreista hyvinvoinnin kuvaajana ja selittäjänä olivat varsin haasteellisia, joskin monelta osin myös ristiriitaisia.

Hyvinvointi-indikaattorikonaisuuden tulisi muodostua muutamiksi tunnusluvuiksi puristetuista indikaattoreista, jotka kuvaavat hyvinvoinnin ilmiötä mahdollisimman laaja-alaisesti ja riittävän konkreettisesti. Yhtäältä "mittarit eivät saisi olla liian konkreettisia, jolloin ne kertovat yksityiskohdista", toisaalta "liian abstrakteina ne puolestaan eivät kerro mitään". Määrää todettiin olevan helppo mitata, laatua sen sijaan vaikeampi. Laadullisen kuvauksen pelättiin kuitenkin jäävän "verbaaliakrobatian tasolle", hienoiksi sanoiksi.

Indikaattoreiden tulisi kuvata yksilö-, yhteisö- ja aggregaattitasoa. Indikaattoreiden tulisi olla herkkiä havaitsemaan muutokset ja kehityksen suunnat, niiden tulisi olla luotettavia ja toistettavissa olevia. Indikaattoreita laadittaessa on tärkeä muistaa, "että ne tähtäävät tulevaisuuteen ja toiminnan kehittämiseen, eivät vain nykytilanteen moittimiseen".

Menettelytavaksi indikaattoryössä esitettiin lähtökohtaa, jossa "ensin selvitetään, mitä on saatavilla ja sitten valitaan niiden pohjalta keskeiset indikaattorit eli nostetaan muutamia indikaattoreita esiin ja katsotaan toimivatko ne".

Hyvinvointi-tietoa todettiin olevan saatavilla enemmän kuin sitä pystytään käsittelemään. Pulmana pidettiin enemmän tiivistetyn tiedon ja selkokielisten raporttien puuttumista.

Millaista tietoa kunnissa on käytettävissä ja millaiseen tietoon on tarvetta?

Haastattelut osoittivat, että kuntien tiedonkeruu on moninaista ja kirjavaa. Viranhaltijoilla on suurin piirtein tiedossa, millaista tietoa omalta hallinnonalalta on käytettävissä, mutta tietoisuus hyvinvointia kuvaavasta kokonaisuudesta on hajanaista, varsinkin luottamushenkilöiden kohdalla. Valtakunnallisten ja kunnan keskushallinnon keräämän tiedon lisäksi eri hallinnonalat ovat mukana erilaisissa vapaa-ehtoisissa tiedonkeruujärjestelmissä.

Tiedon keruun ja tulosten hyödyntämisen katsottiin riippuvan resursseista. Kunnat olivat tehneet vaihdellen erilaisia erillistutkimuksia, toiminnan arviointia, työntekijöiden kyselyjä, asiakaspalvelututkimuksia ja koteihin tehtäviä kyselyjä. Erillisten tiedonkeruiden luotettavuutta pidettiin joskus ongelmana. Samoin pohdittiin sitä, edustavatko vastaajat kattavasti kaikkia väestöryhmiä vai edustavatko he vain hyvinvoivaa väestön osaa. Yksittäistutkimusten hyöty nähtiin hetkellisenä. Hyvin suunnitellulle väestötutkimukselle koettiin olevan todellista tarvetta. Tiedonkeruulta tulevaisuudessa odotettiin nopeutta, jopa reaaliaikaisuutta tietojen hyödyntämisessä.

Tarvitsevatko viranhaltijat ja luottamushenkilöt hyvinvointikertomusta?

Haastatteluissa herätetty kysymys hyvinvointikertomuksen tarpeellisuudesta osoitti, että kuntien päättäjät kaipasivat päätöksentekoprosessiin jotain suunnittelua ja seurantaa tukevaa, hyvinvointitietoa kokoavaa tietopakettia. Millainen sen tulisi olla, siitä haastatteluissa esitettiin selviä, mutta samalla vaativia odotuksia.

Kertomuksen luonne ja laajuus

Hyvinvointikertomus nähtiin yhtenä suunnitteluprosessin ja päätöksenteon työvälineenä, ei itsenäisenä tarkoituksena. Hyvinvointikertomuksen tulisi:

- antaa jonkinlainen viitekehys kunnan hyvinvoinnin rakenteesta
- olla tiivis, riittävän lyhyt, ei liian "raskas"
- ohjata työn suunnittelua ja osoittaa luottamushenkilöille työn tulokset
- osoittaa, "missä on parantamisen varaa ja missä asiat ovat hyvin" ja
- kuvata muutoksia, joiden perusteella toimintaa ohjaavia päätöksiä voidaan tehdä.

Olennaisempaa "olisi pystyä tunnistamaan ihmisten kokonaishyvinvoinnin kehittymisen suunta kuin pystyä kuvaamaan jonkin yksittäisen asian suuntaa". Liian suuria odotuksia hyvinvointikertomukselle ei kuitenkaan kannata asettaa, "tässä työssä ei ratkaista koko hyvinvoinnin problematiikkaa".

Päätöksentekijät kaipasivat hyvinvoinnista vuosittain julkaistavaa perustietoa, mutta samalla varoittivat, että prosessista ei saisi tulla liian raskas. Jos kertomus tehtäisiin vuosittain, "sen pitäisi liittyä taloudellisiin tavoitteisiin ja tilinpäätökseen ja olla melko yksinkertainen ja havainnollinen" ja "sen pitäisi pystyä kertomaan, missä ovat ongelmakohdat".

Sisällöltään laajempi kertomus haluttiin tehdä kerran valtuustokaudessa. Kertomus tulisi valmistella eri hallinnonalojen kanssa yhdessä. Tällöin prosessi "korostaisi hyvinvoinnista huolehtimisen olevan koko kunnan tehtävä". Laajuutta pohdittiin myös kohdennettuna, "voisiko eri käyttäjille olla eri laajuisia versioita".

Kertomuksen sisältö ja käyttötarkoitus

Hyvinvointikertomuksen sisällöstä esitettiin monenlaisia ehdotuksia. Kertomuksen tulisi:

- sisältää tärkeimmät indikaattorit useammalta vuodelta, jotta nähtäisiin kehityksen suunta
- käyttää indikaattoreita, jotka ovat toistettavissa
- mahdollistaa kuntien välinen vertailtavuus, vaikka paikalliset olosuhteet tuleekin ottaa huomioon
- olla kytköksissä talouteen (markkoihin)
- verrata toteutunutta asetettuihin tavoitteisiin
- pyrkiä reaaliaikaisen tiedon käyttöön, vaikka osa tiedoista tulee pakosta pienehköllä viiveellä
- sisältää erillistutkimuksista saatavaa tietoa, mutta vain laajemmassa ja harvemmin tehtävässä versiossa
- osoittaa myös ennaltaehkäisevän työn tuloksia, vaikkakin pitkällä aikavälillä

Haastateltavien mielestä hyvinvointikertomus toimisi eri hallinnonalojen yhteistyön vahvistajana. Kertomusta tarvitaan sektoreiden välisen dialogin aikaansaamiseksi ja syventämiseksi. Valtuustotasolla käytävä keskustelu liikkuu usein yksittäisten asioiden tai projektien ympärillä. Hyvinvointikertomus voisi ohjata keskustelua enemmän kokonaisuuksia tarkastelevalle tasolle.

Koko hyvinvointiproblematiikkaa kattava selonteko (kertomus) voisi haastattelijoiden mielestä "kuitata" yksittäiset selonteot. Liian useasta teemasta kertomuksia ei kannattaisi tehdä. Kertomuksen ajateltiin toimivan strategiatyössä suunnannäyttäjänä ja vaihtoehtojen osoittajana ja samalla tarkastuslautakunnan työvälineenä. Hyvinvointikertomus voisi toimia kunnassa "kunnalliskertomuksena eli raporttina siitä, miten hyvin kunta on pystynyt tuottamaan kuntalaisille hyvinvointia". "Olisiko hyvinvointikertomus uudenlainen kunnalliskertomus?"

Hyvinvointikertomuksen luonnetta kuvattiin helmikuussa 2001 järjestetyssä kuntien yhteisessä työkokouksessa seuraavasti. Hyvinvointikertomuksen

- tulisi kuvata kunnan hyvinvointitilannetta, kunnan asettamia ja hyväksymiä hyvinvointitavoitteita sekä indikaattoreiden esille nostamia uusia tavoitteita
- tehtävänä on vuorovaikutteisen tieto-ohjauksen lisääminen, hyvinvointitilanteen tulkinna auttaminen ja vaihtoehtoisten valintojen esiin tuominen.

Hyvinvointikertomuksen valmistelu kunnissa

Pilottikunnat työstivät hankkeenaikana omat hyvinvointikertomuksensa. Taulukossa I yhteenveto kuntien hyvinvointikertomusprosessista.

Taulukko 1 Pilottikuntien hyvinvointikertomusprosessin keskeiset asiat

	JYVÄSKYLÄ	KERAVA	ORIMATTILA
Mukaantulo	Terve Kunta-verkosto	Terve Kunta-verkosto	Mielenkiinto hyvinvointiasioihin , viranhaltijoita laatu-koulutuksessa, johon kertomustyö kytkettiin
Käsittely (päättös pilottiin osallistumisesta)	Laajennettu johtoryhmä	Ehkäisevän työn toimikunta	Kunnan johtoryhmä
Alkutilanteen kartoitus kunnassa	Haastattelut	Haastattelut	Kirjallinen vastaus
Indikaattorit	Indikaattorilistan tiedot saatavissa kunnasta	Osa indikaattoreista saatavana kunnasta. Tavoitteena käyttää valtakunnallisesti vertailukelpoisia indikaattoreita	Käytetään helposti saatavissa olevia indikaattoreita
Kerätty indikaattoreita täydentävää tietoa	Kansanterveyslaitoksen AVTK	Kuntatilastot	Ikihyvä Päijät-Häme: Hyvinvointibarometri
Kertomuksen valmistelijat kunnassa	Sosiaali- ja terveystalvot, ympäristötoimi	Ympäristö, koulutus, sosiaali- ja terveys, kaavoitussektori	Sosiaali- ja terveys, yleishallinto
Ohjausryhmä		Ehkäisevän työn toimikunta	
Kertomuksen valmistelijat	Pääosin viranhaltijatyönä	Pääosin viranhaltijatyönä	Viranhaltijatyönä
Miten luottamushenkilöt mukana?	Esitely luottamushenkilöille	Tilannekatsauksia työn edetessä Ehkäisevän työn toimikunnalle ja lautakuntien kautta	Esitely luottamushenkilöille
Järjestetyt tilaisuudet	Yleisötilaisuus 2002 ja 2003	Informaatiotilaisuus kaupungin virkamiehille ja luottamushenkilöille v. 2002	Esittelytilaisuus helmikuussa 2002 hallintokuntien edustajille
Valmistunut kertomus	- I. pilottikertomus - Hyvinvoinnin palapeli 2003	- I. pilottikertomus tehty. - Seuraava kertomus valmistetaan projektin tuottamasta lopputuloksesta. Tavoitteena	- I. pilottikertomus

		käyttää hyväksi projektin valtakunnallista tuotosta, kun se valmistuu yhdenmukaisuuden ja vertailukelpoisuuden parantamiseksi	
Jatkosuunnitelmat	Kertomuksen käsittely lautakunnissa, valtuustossa ja hallituksessa vuonna 2003	Tiedottaminen kaupungin henkilöstölle ja luottamushenkilöille. Tavoitteena, että kertomus liitetään osaksi toiminta- ja taloussuunnittelua	Jatkossa kertomus liitetään osaksi toiminta- ja taloussuunnittelua
Esiin nousseita ajatuksia		Miten voisi olla osa kunnan laatutyötä ja laatuhankeita?	Tärkeämpänä kuin indikaattoreiden valinta on prosessi, jolla hyvinvointiasiat saadaan osaksi kunnan vuotuista toiminta- ja johtamisjärjestelmää

Kokemuksia valmistelusta

Jyväskylä

Jyväskylä tuli hankkeeseen Terve Kunta -verkoston kuntana. Hanketta käsiteltiin laajennetussa johtoryhmän kokouksessa syksyllä 2000, jolloin hankkeen käynnistäminen hyväksyttiin. Koordinaattoriksi nimettiin Terve kunta -verkoston koordinaattori. Prosessi eteni taulukossa 2 esitetyn yhteenvedon mukaan.

Hankkeen alkuvaiheessa käytiin ideologista keskustelua hyvinvointikertomuksen sisällöstä ja laajuudesta. Mistä työssä oli kysymys? Mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan? Ketä valmistettava asiakirja palvelee? Hyvinvointikertomusmallin laadinnasta ei ollut vertailtavia esimerkkejä, joten tehtäväksi otettu työ ei hahmottunut selkeästi samanlaisena eri hallintokunnille.

Kun indikaattoriesitystä rakennettiin induktiivisesti, erilaisia lähteitä hyväksikäyttäen ja kunkin hallinnonalan omia tarpeita kuunnellen, indikaattoriluonnoksesta tuli laaja. Kunnassa käytiin keskusteluja siitä, olisiko sittenkin pitänyt lähteä liikkeelle jo jostain valmiista esimerkkilistasta. Joka tapauksessa indikaattoriesitystä toivottiin lyhennettävän. Vuosittain tehtävän taloussuunnittelun pohjaksi indikaattoreita olisi liian paljon. Näin laajana tietopaketti koettiin järkeväksi koota vain kerran valtuustokaudessa.

Jyväskylän hyvinvointikertomusmallin ensimmäinen versio valmisteltiin sosiaali- ja terveystalouksikössä melko teknisesti siten, että terveystalouksien kokosi eri hallintokuntien toimittamat tiedot niiltä osin kuin ne olivat kunnasta saatavissa ja Stakes tuotti valtakunnallisesti saatavissa olevat tiedot. Tietopohjan laajentamiseksi toteutettiin Kansanterveyslaitoksen aikuisväes-

tön terveyskäyttäytyminen ja terveys -kysely (AVTK) lomakekyselynä (N=1200). KTL laati kyselyn pohjalta raportin (Jyväskylän aikuisväestön terveystutkimus ja terveys 2001), jota käytettiin hyvinvointikertomuksen tietopohjana ja jonka tuloksia raportoitiin tilaisuudessa, johon osallistui luottamushenkilöitä, viranhaltijoita ja kansalaisia.

Jyväskylästä Stakesin minityöryhmään osallistui terveydenhuoltoa edustavan koordinaattorin lisäksi ympäristötoimen edustaja. Ympäristön hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita etsittäessä jo seurannassa olevien WHO:n (environmental health indicators) indikaattoreiden todettiin sopivan ensisijaisesti maiden väliseen, ei maiden sisäiseen vertailuun. Ympäristövirastossa asiaa pohdittiin laajemminkin ja työhön tuli mukaan ympäristöviraston ilmansuojelu ja jäteasioiden asiantuntemus.

Hyvinvointikertomustyö tehtiin viranhaltijatyönä. Luottamushenkilöille oli kerrottu hankkeesta eri yhteyksissä ja hyvinvointikertomuksen filosofiaa ja sisältöä oli esitelty mm. kaupunginhallituksen iltakoulussa. Myös valtuusto käsitteli joitakin hyvinvointikertomuksen sisältämiä asioista.

Yhteistyö muiden pilottikuntien kanssa oli kehittämisprosessin aikana vähäistä. Stakesin kokousten lisäksi projektin aikana oli käyty pari ulkopuolista keskustelua muiden pilottikuntien edustajien kanssa.

Ensimmäinen versio Jyväskylän hyvinvointikertomuksesta valmistui keväällä 2002. Työ esiteltiin kesäkuun alussa samassa yleisötilaisuudessa, missä käsiteltiin KTL:n aikuisväestön terveystutkimuksen tuloksia. Esittelyn jälkeen työryhmä muokkasi hyvinvointikertomuksen rakennetta ja täydensi havaittuja puutteita. Kertomus suunniteltiin kirjoitettavan ikäryhmittäin. Palvelujärjestelmän kuvaus ei kuitenkaan toiminut ikäryhmittäin, joten tarkastelun näkökulma esitettiin palvelujen järjestäjän ja asiakasnäkökulman väliltä.

Hyvinvointikertomusta, *Hyvinvoinnin palapeli, Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2002*, esiteltiin luottamushenkilöille ja viranhaltijoille seuraavan kerran tammikuussa 2003 järjestetyssä seminaarissa. Kertomuksen esittely paljasti asiakirjan merkityksen, sen mahdollisuuden kokonaisvaltaiseen kaupungin hyvinvointitilanteen kuvaamiseen ja sen arvon hyvinvointistrategisena suunnittelun ja seurannan välineenä.

Hyvinvointikertomusta käsiteltiin lautakunnissa, kaupunginhallituksessa ja kaupunginvaltuustossa. Seuraava versio hyvinvointikertomuksesta valmistellaan uudelle valtuustolle 2005. Sen valmistelussa on tarkoitus tehdä eri hallintokuntien välillä aiempaa tiiviimpää yhteistyötä jo valmistelu-prosessin aikana, nyt kun tiedetään, miksi yhteistyötä kannattaa tehdä yhteistyötä.

Kerava

Kerava osallistui hankkeeseen myös Terve Kunta- verkoston jäsenenä. Hankkeen yhdyshenkilönä toimi Terve Kunta -verkoston yhdyshenkilö. Keravan kuntatyöryhmään kuuluivat ympäristö-, koulutus-, sosiaali- ja terveys- sekä kaavoitussektorin asiantuntijoita. Terve Kunta-verkoston ohjausryhmänä toimii Keravan kaupungin Ehkäisevän työn toimikunta, joka on kaupunginhallituksen asettama. Toimikunnan kaikki jäsenet ovat luottamushenkilöitä eri puolueista, virkamiehet toimivat asiantuntijoina ja kuuluvat toimikunnan sihteeristöön.

Kerava vei hyvinvointikertomushanketta eteenpäin luonnollisesti etenevällä aikataululla. Työryhmä keskusteli osoittimien valinnan perusteista ja mittareiden tulkittavuudesta. Keskusteluissa pohdittiin myös sitä, voisiko hanke olla osa kunnan laatutyötä. Työryhmä piti tärkeänä, että indikaattorityössä on mukana substanssiasiantuntijoiden lisäksi myös tilasto- ja tietotekniikan asiantuntemusta. Indikaattoreiden valinnassa painotettiin, että osoittimiksi tulee valita asioita, joissa menestytään ja asioita, joissa menestyminen on heikompaa ja joihin pitää jatkossa panostaa. Tär-

keänä pidettiin sellaisten indikaattoreiden valintaa, joita on mahdollista seurata jatkossakin ja jotka ovat valtakunnallisesti vertailukelpoisia.

Hyvinvointikertomusta pohdittaessa Keravalle oli syntynyt "indikaattoripakki", jota ajateltiin hyödynnettävän ohjelma- tai strategiavalmistelussa tai peräti operatiivisessa valmistelussa. Yksittäistä hyvinvointikertomusta ei sinänsä koettu merkittäväksi, vaan hyöty nähtiin jatkuvuudessa, mahdollisuudessa seurata hyvinvoinnin kehitystä. Kertomuksen pohjalta ajateltiin valmisteltavan jossain vaiheessa hyvinvointiohjelma tai -strategia. Valtuustokautta pidettiin hyvänä ajanjaksona. Valtuusto tarkastelee linjauksia valtuustokausittain, eivätkä ne muutu kauden aikana. Hyvinvointikertomuksen suuri haaste on saada valtuusto kiinnostumaan hyvinvoinnin seuraamisesta. Nykyisin valtuuston intressit nähtiin kohdistuvan talouden ohjaukseen ja sektoritoimintaan. Hyvinvointikertomukseen liittyvän ajattelun ajateltiin rikkovan rajoja ja luovan kokonaisvaltaisempaa toimintapolitiikkaa.

Hyvinvointikertomus valmisteltiin virkamiestyönä. Luottamushenkilöt saivat tietoa kertomuksesta pääasiassa ehkäisevän työn toimikunnan ja joidenkin lautakuntien kautta. Hyvinvointikertomuksen eri versioita jaettiin prosessin kuluessa valmistelussa mukana olleille, mm. ehkäisevän työn toimikunnalle ja sosiaali- ja terveyslautakunnalle.

Orimattila

Orimattila osallistui vuonna 2000 Päijät-Hämeen keskussairaalan laatukoulutukseen (PHQ), ja yhdisti hyvinvointikertomustyön siihen. Liikkeelle lähtiessään Orimattila päätti, että hyvinvointikertomuksen valmistelutyön näkökulmaksi otetaan kuntalainen, ei palvelujärjestelmä. Kunnan työryhmä piti tärkeänä, että indikaattoreissa käytettävät tiedot ovat kohtuullisen helposti saatavilla olevia ja ajanjaksoittainen vertailu on mahdollista. Indikaattoreiden tulisi kuvata hyvin väestön hyvinvointia ja niihin on voitava vaikuttaa kunnan omalla palvelutuotannolla.

Valmisteluprosessin aikana Orimattila tuli siihen tulokseen, että vuosittain laadittava hyvinvointikertomus on liian työläs. Kertomus on kytkettävä kunnan talous- ja toimintasuunnitelmiin, jotta se toimii käytännössä. Eri sektoreiden välistä kilpailua pidettiin uhkana hyvinvointikysymysten käsittelylle.

Hyvinvointikertomustyössä juututtiin liian syväälle indikaattorikeskusteluun, jolloin asia ei mennyt kunnan näkökulmasta eteenpäin. Indikaattoreiden osoittaman tiedon tulkintaan ei päästy riittävästi kiinni. Tärkeämpänä kuin keskustelu "indikaattorien valinnasta" on kunnassa etenevä prosessi, miten hyvinvointiajattelu saadaan mukaan kunnan vuotuisen toimintaan ja johtamisjärjestelmään. Hyvinvointitietojen liittäminen osaksi suunnittelujärjestelmää edellyttää pohjatietoa painopistealueiden ja linjojen määrittämiseksi.

Orimattilassa sovittiin, että hyvinvointikertomusta varten koottu aineisto käytetään osana vuoden 2002 taloussuunnittelua. Talousarvioehdotukseen sovittiin kirjattavan hyvinvointitavoitteita, joiden toteutumista arvioidaan kertomuksen tekovaiheessa. Valmistelu sovittiin tehtävän yhdessä eri sektorien kanssa. Tehty työ ja päätökset nostivat hyvinvointiasiat huomion kohteeksi kuntasuunnittelussa, vaikka hyvinvointikertomuksen aineistoa ei saatukaan liitettyksi kuntasuunnitelmaan. Hyvinvointiin liittyvistä asioista keskusteltiin enemmän kuin aiemmin, vaikka ne eivät vielä näkyneetkään asiakirjoissa.

Jatkossa hyvinvointikertomus nähtiin useana tuotteena; erillisenä kertomuksena, kuntien suunnitteluasiakirjoihin sisältyvinä tavoitteina, www sivuilla ja erityissisältöisinä kertomuksina.

Hyvinvointikertomuksen ideologiaa oli esitelty Päijät-Hämeen PHQ-koulutuksen yhteydessä. Helmikuussa 2002 järjestetyssä kokouksessa hyvinvointikertomusta esiteltiin eri hallintokuntien

edustajille ja luottamushenkilöille. Prosessi on ollut hiljaa kevään 2002 jälkeen, mutta prosessi jatkuu kunhan saadaan voimavaroja jatkamiseen.

Projektin arviointi

Pilottikuntien ensimmäiset hyvinvointikertomukset valmistuivat syksyllä 2002. Stakes arvioi tuolloin pilottikunnissa tehdyllä haastattelututkimuksella hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessia, pilottimallien toimivuutta ja hyödynnettävyyttä kunnissa sekä kehittämishankkeen etenemistä Stakesin yhteistyöprosessina. Haastateltavina olivat Jyväskylän ja Keravan pilottihankkeissa mukana olleet viranhaltijat ja luottamushenkilöt. Haastattelut tehtiin ryhmä- ja yksilöhaastatteluina. Haastateltavilta kysyttiin hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessista kunnassa ja Stakesin yhteistyönä, luottamushenkilöiden osuudesta prosessiin, näkemyksiä hyvinvointikertomusmallista ja kokemuksia sen hyödyntämisestä kunnassa sekä mallin kehittämisehdotuksia. Luottamushenkilöiltä kysyttiin erikseen päätöksenteon pohjaksi tarvittavaa tietopohjaa sekä hyvinvointikertomuksen tarvetta ja käyttöä.

Hyvinvointikertomus -prosessi viranhaltijoiden arvioimana

Kuntien viranhaltijat arvioivat hyvinvointikertomusprosessia sekä kunnan omassa toiminnassa että yhteistyössä Stakesin kanssa. Positiiviset arviot liittyivät kertomuksen hyödyllisyyteen ja tärkeyteen ja prosessin mukana tuomaan hyvinvointiasioiden esiin nostamiseen. Prosessin ongelmien koettiin liittyneen tehtävän määrittelyyn liittyviin epäselvyyksiin, hyvinvointikäsitteen laajuuteen ja indikaattorityön haasteellisuuteen.

Kunnissa toiminnan käynnistymistä haittasi se, ettei oikein tiedetty mitä ollaan tekemässä. Hyvinvoinnista käytiin ideologista keskustelua, mutta työ ei konkretisoitunut riittävästi. Tämä haittasi alkuvaiheessa eri hallinnonalojen sitoutumista hankkeeseen. Työn rajaamista vaikeutti hyvinvointikäsitteen laajuus. Kunnissa koettiin että hyvinvointikertomuksen lähtökohta; "tukeutuminen sisällön osalta kunnan osaajiin" oli ehkä liian vaativa ja valmistelussa olisi tarvittu enemmän ohjausta.

Indikaattorityössä oli olennaista lähteä liikkeelle kuntien päätöksenteon ja hyvinvointitilanteen seurannan tarpeista. Viranhaltijat kokivat, ettei heillä oman toimensa ohella ollut riittävästi aikaa paneutua indikaattoreiden ideologiaan. Jälkikäteen arvioitiin, että ehkä olisi ollut helpompi lähteä arvioimaan ja priorisoimaan jo käytössä olleiden indikaattoreiden käyttökelpoisuutta kuin lähteä hakemaan myös uusia indikaattoreita. Minityöryhmään oli koottu eri kunnista eri hallinnonalojen asiantuntijoita. Jälkikäteen kysyttiin, olisiko valtakunnallisessa ryhmässä sittenkin pitänyt olla laajempi joukko sektoriasiantuntijoita. Indikaattorityö koettiin vaativaksi ja kovin laajaksi.

Kunnan hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessi olisi haastateltavien mukaan pitänyt sisältää alkuvaiheessa enemmän sektoreiden välisiä ja sisäisiä työkokouksia. Vaikka kertomuksen valmistelu nähtiin viranhaltijoiden tehtäväksi, kertomuksen työvaiheita olisi voitu esitellä enemmän luottamushenkilöille. Kertomuksen valmisteluprosessissa pidettiin hyvänä sitä, että työryhmään kuului useiden eri hallinnonalojen edustajia.

Hyvinvointikertomustyö sinänsä koettiin kunnissa tärkeänä ja "kunnianhimoisena asiana, joka katsoisi yli hallintokuntien rajojen". Hyvinvointikertomus nähtiin lajissaan ensimmäisenä kunnan hyvinvointipolitiikkaa kokonaisvaltaisesti kuvaavana asiakirjana. Yksittäistietojen yhdistämistä kokonaisuudeksi pidettiin hyvänä ja kertomuksen nähtiin 'palvelevan kokonaisvaltaista kuntapolitiikkaa', joka toisi esiin hallintokuntien yhteistoiminnan tarpeen. 'Kunnissa ajatellaan helposti, että asia kuuluu toiselle hallintokunnalle'.

Viranhaltijat näkivät hyvinvointikertomuksen strategia-asiakirjan taustatietoja kokoavana paperina, joka paljastaa, mihin hyvinvointipolitiikassa on kiinnitettävä huomiota. Kertomuksen pohjalta voidaan lähteä luomaan strategioita ja toimintapolitiikkoja. Hyvinvointikertomus ei edellytä luottamushenkilöiden hyväksymistä kuten strategiat ja toimintaohjelmat, kertomuksessa kuvataan kunnan hyvinvointitilanne ja siihen johtaneet toiminnat. Pulmaksi hyvinvointikertomuksessa nähtiin organisaatiolähtöisyys ja kuntalaisten näkökulman puuttuminen. Näkökulman kääntämistä pidettiin oppimisprosessina.

Hyvinvointi-indikaattoreiden osoittamien tulosten analysointia pidettiin tärkeänä. Haastateltavat esittivät, että hyvinvointikertomuksesta olisi hyvä nostaa valtuustokäsittelyyn aina joitakin teemoja, pala kerrallaan. Toisaalta nähtiin tärkeäksi esittää valtuustolle hyvinvointitilanne myös kokonaisuutena. Ilmiöiden esiin nostamisen lisäksi pidettiin mielenkiintoisena käydä keskustelua ilmiöiden syistä ja seurauksista ja niistä tehtävistä johtopäätöksistä.

Viranhaltijoiden ajatuksena oli laatia eri laajuisia hyvinvointikertomusmalleja eri käyttötarkoituksiin. Yhtäältä tarvittaisiin "laajempi kertomus, joka kuvaa hyvinvoinnin tilaa, kuntalaisten elinolosuhteita ja miten niitä parantaa" ja toinen "lyhyt, helposti saatava informaatiojärjestelmä, jolla asiaa voisi seurata ja joka tehtäisiin vuosittain". Muita ajatuksia kertomuksen laajuudesta olivat vuosittain eri teemoja käsittelevä hyvinvointikertomus, kertomuksen "kansanpainos", nettisivuilla julkaistava versio sekä kertomuksen tiivistäminen yhdelle A4-sivulle.

Vuosittain laadittava hyvinvointikertomus nähtiin osana kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua. Kuntien välistä vertailua joissain hyvinvointia kuvaavissa asioissa pidettiin tärkeänä, vaikka kaikissa kunnissa kertomuksen ei tarvitsekaan olla samanlainen.

Hyvinvointikertomus -prosessi luottamushenkilöiden arvioimana

Luottamushenkilöt olivat tietoisia hyvinvointikertomushankkeesta kunnassa, mutta eivät osallistuneet kertomuksen laadintaprosessiin. Luottamushenkilöiden mielestä oli positiivista, että heitä kuultiin jo projektin alkuvaiheessa. Jotkut olivat sitä mieltä, että heitä olisi voitu kuulla enemmänkin erityisesti hyvinvointikertomuksen sisällöstä päätettäessä. Osa esitti, että luottamushenkilöiden pitäisi olla työryhmän jäsenenä koko hyvinvointikertomusprosessin ajan, tosin ajan käyttö aiheuttaisi ongelmia. Myös tavallisia kansalaisia ehdotettiin osalliseksi hyvinvointikertomuksen valmisteluun.

Luottamushenkilöiden mielestä hyvinvointikertomusta pitäisi esitellä valmisteluprosessin aikana erityisesti keskeisten lautakuntien edustajille. Haastateltavat pohtivat hyvinvointikertomuksen suhdetta muihin kunnan strategiapapereihin, voisiko kertomus korvata jotain kunnassa nykyisin tehtäviä papereita. Erilaisten papereiden tuottaminen vaatii ison työpanoksen, joten niiden määrää ja yhteensopivuutta tulee pohtia tarkkaan.

Kunnan hyvinvointitulokset tulisi esittää julkisissa seminaareissa, jonne kaikilla olisi vapaa pääsy. Asian näkyvyyttä ja tunnettuutta tulisi lisätä paikallislehtien ja -radion välityksellä.

Luottamushenkilöt totesivat tarvitsevansa hyvinvointikertomuksen tyypistä tietoa kokonaiskuvan muodostamiseen. Tarvittavan tiedon taso riippuu luottamuselimestä, lautakunnat tarvitsevat yksityiskohtaisempaa tietoa, valtuusto kokonaisvaltaisempaa tietoa. Tietojen pitää olla myös tarkistettavissa, 'päättäjänä ei voi lähteä liikkeelle ihan kriittittömänä toisen näkökulmista'. Luottamushenkilöt kuvasivat hyvinvointikertomusta päätöksenteon tukena "välttämättömäksi ja hyväksi paperiksi", ettei tarvitse nojata pelkkään "mutu"-tietoon.

Luottamushenkilöt pitivät tärkeänä hyvinvointitiedon säännöllistä käsittelyä, jotta "heikkojen signaalien" kuuleminen tulisi mahdolliseksi. Jotta signaaleja kyetään seuraamaan tarkemmin, tie-

don pitäisi olla enemmän reaaliaikaista. Tiedolla on mahdollisuus vaikuttaa. Asia etenee päätöksenteossa silloin kun sen vaikutukset voidaan osoittaa esimerkiksi kustannuksina. Muiden kuntien toiminnan seuraaminen osoittaa erilaisia vaikutuksia erilaisten valintojen seurauksina. Näistä voi saada oppia omaan toimintaan.

Hyvinvointikertomuksen läpikäymisen ajateltiin herättävän keskustelua, ja näin avaavan asioita monipuolisesti. Hyvinvointikertomustietojen ajateltiin voivan muuttaa päättäjien asettamia asioiden tärkeysjärjestyksiä. Taloudellisten vaikutusten arviointia osana hyvinvoinnin kuvausta kaivattiin.

Luottamushenkilöt korostivat, että hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessi pitää kytkeä kunnan suunnitteluprosessiin ja kertomuksen suhde erilaisiin ohjelmiin tulee selvittää. Hyvinvointikertomuksen tulisi toimia tarkastuslautakunnan työvälineenä.

Hyvinvointikertomusmallin arviointia pilottikunnissa

Viranhaltijat ja luottamushenkilöt arvioivat kuntiensa hyvinvointikertomusten ensimmäisiä versioita. Jotkut viranhaltijat kuvasivat valmisteluprosessin vaikuttaneen siihen, että kertomuksen laajuus ja luonne ei ollut kaikkien sektoreiden osalta tasapuolinen. Hyvinvointikertomuksen ensimmäiset versiot sisälsivät laajan indikaattorisuosituksen mukaiset tunnusluvut, jolloin se oli varsin laaja ja siinä laajuudessaan sen tekeminen vuosittain ei olisi mielekäästä. Kertomuspilottiin sisältyi tunnuslukuja väestökyselystä, joka tehtiin tätä varten. Tällaisen laajan hyvinvointikertomusversion katsottiin sopivan kerran valtuustokaudessa uudelle valtuustolle valmisteltavaksi asiakirjaksi.

Luottamushenkilöt pitivät hyvinvointikertomuksen sisältöä monipuolisena ja eri sektorit huomiioon ottavana. Kertomuksen laajuuteen oltiin yleisesti tyytyväisiä, vaikkakin rinnalle kaivattiin tiiviimpää koostetta. Kertomuksen käyttökelpoisuus edellytti luottamushenkilöiden mukaan edelleen tiedon jäsentämistä ja oikean tietoa tarjoamista. Kertomus tulisi esittää tekstinä ja kuvioina, ulkoasuun tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Grafiikkaa pidettiin nopeimpana ja helpoimpana tapana välittää tietoa. Päättäjän todettiin tarvitsevan faktaa, vertailutietoa ja mielellään eri skenaarioita. Taloudellisten arviointien sisällyttämistä kertomukseen pidettiin aivan välttämättömänä.

Suosituksia valmisteluprosessista ja sisällöstä

Hyvinvointikertomuksen tehtävä

Hyvinvointikertomus on kunnassa eri hallinnonalojen asiantuntijoiden yhdessä laatima katsaus kuntalaisten hyvinvoinnin- ja terveydentilaan sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin, kuten väestön elinoloihin, kunnan hyvinvointipolitiikkaan ja palvelujärjestelmän toimivuuteen. Hyvinvointikertomuksessa täsmennetään asukkaiden keskeiset hyvinvointitarpeet ja arvioidaan viime vuosina toteutuneen toiminnan ja käytettävissä olevien voimavarojen suhdetta näihin tarpeisiin.

Hyvinvointikertomus -termin rinnalla käytetään hyvinvointiselonteko tai -selvitys nimikkeitä. Yhteistä näille asiakirjoille on se, että niissä kuvataan kunnan nykyistä hyvinvointitilannetta ja siihen johtanutta kehitystä aikasarjoina (5-10 vuotta) sekä verrataan tietoja seudullisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Hyvinvointikertomus ei yleensä sisällä tulevaisuuden suunnitelmia, vaihtoehtoisten ratkaisumallien arviointia, eikä esitä strategisia valintoja toiminnan kehittämiseksi. Kertomus tiivistää tulkin kunnan hyvinvointia uhkaavista tekijöistä sekä hyvinvointia osoittavista vahvuuksista. Hyvinvointikertomus on viranhaltijoiden ja muiden asiantuntijoiden laatima työväline luottamushenkilöhallinnolle strategisia valintoja ja poliittista päätöksentekoa varten.

Hyvinvointikertomuksessa katsotaan nykyhetkeä menneisyyteen peilaten. Se 'piirtää' hyvinvointikuvan rinnalle kunnan nykyiset strategiset linjaukset ja toteutetun toimintapolitiikan. Kertomuksen tarkoituksena on helpottaa toteutuneen politiikan ja hyväksytyjen strategioiden hyvinvointivaikutusten arviointia kunnan toimintaympäristössä. Kuntien välistä vertailua osoittava tieto helpottaa löytämään myös sellaiset hyvinvoinnin mahdollisuudet ja uhkat, joita ei kunnassa ole aiemmin havaittu ja käsitelty.

Hyvinvointikertomus kokoaa moniulotteisesta, laajasta tietopohjasta kohtuullisen helposti käsiteltävän ja ymmärrettävän, määrällisillä ja laadullisilla osoittimilla tiivistetyn kuvauksen hyvinvoinnista. Tiivistetyssä muodossaan se on muutaman sivun mittaisena osa vuotuista kunnan toiminnan ja talouden suunnitteluasiakirjaa. Laajemmassa muodossaan, erillisenä, mahdollisesti kerran valtuustokaudessa julkaistuna asiakirjana, se palvelee luottamushenkilöitä hyvinvointitilanteen kartoittamisessa.

Tietoperusta ja tiedon saatavuus

Hyvinvointi-indikaattorit ja niiden rajoitteet

Hyvinvointikertomusmallin rakentamisen ensimmäinen tehtävä oli koota väestön hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuvaavien kuntatasoisten hyvinvointi-indikaattoreiden kokonaisuus.

Indikaattori (osoitin, ilmaisin) on tilastollinen tunnusluku, jonka avulla tietoa voidaan tiivistää ja joka kuvaa tutkittavana olevan ilmiön tilaa ja muutoksia. Indikaattorin tulkintaa helpottaa, jos sille voidaan asettaa tavoite esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ikäryhmittäinen tavoite: 16-18-vuotiaista alle 15 % tupakoi vuonna 2015.

Toisaalta indikaattorin tulkinnassa on huomioitava, että johtopäätösten tekeminen yhden tai muutaman indikaattorin perusteella on epävarmaa. Tällöin voidaan tarvita tutkimuksen tai lisä-

selvityksen antamaa tietoa asiasta. On myös huomioitava, että kaikkea ei voi kuvata indikaattoreiden avulla. Silloin laadullisen aineiston käyttö on perusteltua lisäinformaation tuojana.

Indikaattoreiksi on ehdotettu monentyyppisiä mittareita, mutta (tilasto)tieteellisesti niiden valintaa rajoittaa joukko suhteellisen yksiselitteisiä kriteereitä. Näitä yleisiä kriteereitä ovat:

1. Väestöä koskevia indikaattoreita kehitettäessä on otettava huomioon aineiston *saatavuus*. Aineistoja hankittaessa on huolehdittava siitä, että niitä on mahdollisuus koota myös jatkossa. Valittujen indikaattoreiden on sovellettava tutkittavaan väestöön ja niiden on edustettava hyvin kohteena olevaa väestöä.. Esimerkiksi kuolleisuus soveltuu huonosti nuorten terveyden tunnusluvuksi, sillä nuorissa ikäryhmissä kuolleisuus on hyvin harvinaista. Vastaavasti vain johonkin riskiryhmään liittyvä tauti edustaa indikaattorina huonosti kunnan koko väestöä.
2. Indikaattoreihin kuten muihinkin mittareihin pätevät *validisuuden ja reliabiliteetin* vaatimukset. Validi mittari mittaa sitä, mitä sen katsotaan mittaavan, kun mittarin reliabiliteetti viittaa mittauksen luotettavuuteen. Esimerkki validista, mutta epäreliabelista mittarista on pituusmitta, jonka asteikko on epäluotettava.
3. Indikaattorin tulee kuvata *herkästi muutoksia*. Seurattaessa muutosta ajassa herkkyyks muutoksen kuvaamisessa on olennaista. Mittari voi olla muilla perusteilla hyvä, mutta jollei sen perusteella voida seurata muutoksia tarkasteltavana olevana ajanjaksona, sen soveltuvuus indikaattoriksi on kyseenalainen. Keskipituutta ei ole mielekästä käyttää lyhyellä, muutaman vuoden jaksolla hyvinvoinnin indikaattorina, koska ei ole perusteltua olettaa, että se muutu nopeasti.
4. Indikaattorilta vaaditaan *erittelykykyä*. Sen tulee mahdollistaa tarkasteltavan ulottuvuuden erojen havaitseminen. Jos kiinnostuksen kohteena ovat kunnat, indikaattoriksi on valittava sellaisia tekijöitä, joiden voi olettaa vaihtelevan kuntien välillä.
5. Vain toisiinsa vertailtavia mittareita voidaan rinnastaa, joten mittarit on tavalla tai toisella saatettava keskenään *vertailukelpoisiksi*. Tavallisesti tämä tarkoittaa väestöön suhteuttamista.
6. Viimeinen indikaattoreiden yleiskriteeri on *edustavuus*, millä viitataan siihen, että luvun on edustettava mielenkiinnon kohdetta mahdollisimman tasapuolisesti. Edustavuuden vaatimus voi ulottua eri väestöryhmiin, alueisiin tai tarkasteltavaan aihealueeseen.

Pääkysymys indikaattoreiden käytössä on niiden *saatavuus* hyvinvoinnin eri *osa-alueilla*. Indikaattoreiden *pätevyys ja luotettavuus* voivat vaihdella suuresti *ikäryhmittäin*. Ensimmäisten elinvuosien aikana koskevia tietoja ei esimerkiksi voida kysyä lapsilta itseltään. Hyvinvointi-indikaattoreiden *muutosherkkyyttä* koskevat kysymykset tiivistyvät *toistuvuuteen ja toistettavuuteen*. Koska ensisijaisesti ollaan kiinnostuneita hyvinvoinnin muutoksista, indikaattoritietojen keräämisen on oltava toistettavissa ja niiden on perustuttava pääosin olemassa oleviin tietojärjestelmiin.

Pääosa hyvinvointia koskevista poliittisista päätöksistä tehdään paikallistasolla. Koska palvelut voivat vaihdella kuntien ja muiden paikallistasojen välillä, edellyttää kuntien välinen *vertailtavuus* niiden suhteuttamista joko johonkin *keskiarvoon, väestöosuuteen* tai esimerkiksi palvelujen *koko-naistarjontaan*.

Vaikka tietoa olisi käytettävissä hyvinvoinnin eri osa-alueilta, se ei takaa sitä, että tieto kertoo kattavasti hyvinvoinnista. Tieto kertoo kohdealueen lisäksi tiedon kuvaustasosta ja näkökulman laajuudesta.

Kuvaustaso viittaa esimerkiksi siihen, onko käytössä valtakunnan vai paikallistason tietoa. Nuorten tupakoinnin valtakunnalliset trendit ovat tärkeää taustatietoa kun arvioidaan, mihin suuntaan keuhkosyöpäkuolleisuuden voidaan olettaa kehittyvän väestötasolla. Kun lasten ja nuorten hyvinvointia koskevat päätökset kuitenkin yhä useammin tehdään kunnissa, koko maata kuvaava tieto tukee heikosti paikallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan painotuksia.

Hyvinvointitiedon *näkökulmaa* rajoittaa tiedontuottajan intressi. Esimerkiksi perusopetuksen tiedonkeruuta hallitsee opetushallinnon näkökulma. Oppilaiden lukumäärää kuvataan kunnissa ja kouluissa. Tämä tieto jalostetaan edelleen peruskoulujen keskokooksi ja päästötodistusten lukumääräksi. Nämä sinänsä tärkeät tiedot eivät kerro siitä, mitä peruskoulussa tapahtuu niiden yhdeksän vuoden aikana, jotka oppilas siellä viettää. Esimerkiksi koulupoissaoloista ei ole helppo saada koulukohtaisia tietoja.

Hyvinvointitiedon tulkintaa rajaa myös se näkökulma, josta tietoa arvioidaan. Valtakunnallisessa vertailussa on verraten selvää, että lasten lisääntyvä sijoittaminen kodin ulkopuolelle kertoo lasten hyvinvoinnin yleistä huononemista. Yksittäisen lapsen kohdalla kodin ulkopuolelle sijoittamisessa tavoitteena on kuitenkin lapsen hyvinvoinnin turvaaminen.

Hyvinvointi-indikaattorit kuvaavat useimmiten hyvinvointivajeita, riskejä ja poikkeavuuksia, harvemmin tavanomaista elämää. Useimmat tilastot kerätään palvelujärjestelmien toiminnassa ja siksi ne kuvaavat niitä tilanteita, joissa ihmiset hakeutuvat käyttämään palveluja. Tätä vinoutumaa korostaa myös poikkeavan tai harvinaisen ilmiön kiinnostuvuus päättäjien ja tiedonvälityksen kannalta. Monesti silloinkin, kun tarjolla on yleistä tai tyypillistä ilmiötä kuvaava indikaattori, esiin nostetaan keskimääräisestä poikkeava tai harvinainen ilmiö. Esimerkiksi lasten terveyden osalta ei kiinnostuvuutta viritä niinkään se tosiseikka, että valtaosa lapsista on terveitä, käytettiinpä mittarina melkein mitä tahansa terveyden osa-aluetta. Tavallisempaa on raportoida lasten kuolleisuutta, tautisuutta tai koettua huonoa terveyttä.

Vastaavasti muutos on kiinnostavampi kuin muuttumattomuus. Tarkasteltavaksi pyritään valitsemaan ilmiöitä, joissa on odotettavissa muutoksia.

Hyvinvointi-indikaattoreiden ja muun tiedon tulkinta edellyttää aina paikallisen yhteiskuntapolitiikan ja toimintaympäristön tuntemusta sekä tulkinnan taitoa. Kuntien ja alueiden välinen vertailu on hyödyllistä, mutta tulkintaa on tehtävä harkiten. Useista tiedonlähteistä koottujen tietojen käyttämistä pidetään perusteltuna ja tarpeellisena, koska monipuolisista tiedonlähteistä koottu tieto antaa laajemman, eri näkökulmia sisältävän ja toisia tietoja täydentävän kuvan väestön hyvinvoinnista.

Tietolähteitä

Valtakunnallisista tietolähteistä koottuja kuntakohtaisia indikaattoreita käytetään osana kunnan hyvinvointikertomusta. Liitteenä I luettelo valtakunnallisista väestötutkimuksista sekä rekisteriaineistoista elinkaariajattelun mukaan ryhmiteltyinä.

Stakesin hyvinvointi-indikaattoripankki

Stakesissa on valmisteilla "indikaattoripankki" -tietokanta (www.stakes.info/indikaattorit), johon kootaan keskeisiä hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä indikaattoreita valtakunnallisista tilastoista, rekistereistä ja tutkimuksista (Orre 2004). Tiedon tarvitsija pääsee jatkossa hakemaan tietoa omalta työasemaltaan www-osoitteen kautta joko kaikille avoimesta tai salasanan takana olevas-

ta tietokannasta. Indikaattoripankki tulee sisältämään useita indikaattorikonaisuuksia⁵. Indikaattoripankin tietokanta on valmiina ja sen käyttöliittymää testataan parhaillaan pilottiryhmällä. Loppukäyttäjille suunnattu käyttöliittymä tulee laajaan käyttöön vuoden 2004 aikana. Tietokantaan on koottu tietoja aikaisintaan vuodesta 1990 lähtien.

Indikaattoripankin tavoitteena on luoda helppokäyttöinen järjestelmä, mistä käyttäjä voi valita käyttöoikeuksiensa mukaan joko tietyn hankkeen indikaattorit tai vaikka kaikki tietokannan sisältämät indikaattorit. Indikaattoreista saa yleensä suhteutetun luvun lisäksi myös lukumäärätiedon (N). Indikaattorit pyritään esittämään mahdollisimman usein myös sukupuolittain. Kuhunkin indikaattoriin liittyy metadata, josta käyttäjä näkee mm. kuka indikaattoritiedon on tuottanut, mitä tekijöitä indikaattoriin on otettu mukaan, mistä vuodesta lähtien tietoa on saatavilla sekä indikaattorin käytön rajoituksia. Lisäksi indikaattoriin on jatkossa mahdollista liittää yleisiä tulkinnan kannalta huomioitavia asioita.

Hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit on yksi indikaattoripankin hankkeista. Perustyö tähän on tehty kuntien hyvinvointikertomuksen indikaattorityössä. Laajasta indikaattoripaketista koottiin asiantuntijaryhmissä elinkaariajattelun mukaan ydinindikaattorit. Väestöä, lapsia ja nuoria, työikäisiä ja ikääntyneitä koskevista indikaattoreista valittiin tietojen saatavuus ja vertailukelpoisuus huomioiden ne, joiden katsottiin olevan keskeisiä hyvinvoinnin arvioinnin kannalta.

Mitä hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit kertovat? Nyt on tärkeää keskittyä pohtimaan tietojen tulkintaa - sitä mitä indikaattori kertoo ympäröivästä yhteiskunnasta. Tässä tarvitaan tietoa indikaattorin taustasta ja muodostumisesta, siitä mitä tietoja indikaattorissa on käytetty, mitä indikaattori itse asiassa kuvaa ja mitä se jättää ulkopuolelle? Toisaalta tarvitaan myös paikallista tietoa siitä, miten palvelut on järjestetty, mitä näkyy katukuvassa ja kuinka ihmiset voivat?

Ohjelmassa asiantuntijat avaavat omilla pohdinnoillaan sitä, mitä hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit meille kertovat hyvinvoinnista, mitä tulkintoja voi niiden pohjalta tehdä ja mitä rajoituksia tiedon tulkinnassa on huomioitava. Liitteenä 2 Stakesin indikaattoripankin tämän hetkiset hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit ja niiden tietolähteet.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman seurantaindikaattorit

Kansanterveyden neuvottelukunnan toimeksiannosta ollaan parhaillaan kokoamassa Terveys 2015-ohjelman seurantaindikaattoreita, joiden kunta/aluekohtaiset tunnusluvut todennäköisesti viedään myös Stakesin indikaattoripankkiin. Terveys 2015 seurantaindikaattorit soveltuvat kunnan hyvinvointikertomukseen, erityisesti niiltä osin kun Terveys 2015 tavoitteet sisältyvät kunnan hyvinvointistrategiaan ja pitkän aikavälin toimintasuunnitelmiin. Terveys 2015 seurantaindikaattoreista löytyy tietoa hieman myöhemmin osoitteesta (www.terveys2015.fi).

Muita tietolähteitä

Kansallisista tutkimus- ja tilastolähteistä saatavien tietojen lisäksi hyvinvointikertomuksen tietosisältö koostuu kunnan omista tilastoista ja erillisselvityksinä tehdyistä tutkimuksista. Hyvinvointitietoa voidaan koota kohdennetusti asiakaspalautteista ja valituksista tai

⁵ Indikaattoripankki tulee sisältämään ainakin kuntien päättäjille ja luottamushenkilöille suunnatut Hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit, terveyskeskusten johtaville lääkäreille suunnatut Kuntaterveyden perustaulukot, Stakesin perinteisen Kuntatilaston-indikaattorit, lääninhallitusten käyttöön toteutettavan Läänien kuntakortin sekä laatusuosituksen seurantaan tarkoitettua Ikäihmisten hoito- ja palvelua koskevat (IKI)- indikaattorit. Myös perinteinen Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta (Sotka) tulee käyttöön saman käyttöliittymän kautta. Jatkossa "pankkiin" tullaan liittämään myös muita indikaattoreita. Tietokanta mahdollistaa eri käyttäjäryhmille räätälöityjen indikaattoriryhmien tekemisen.

työntekijöiden tekeminä erillisseurantoina. Kunta voi toteuttaa itse tai tilata ulkopuolisilta tutkimuslaitoksilta väestökyselyjä, barometreja, haastatteluja, teemaseuloja, vertaisarviointeja jne.

Kertomuksessa käytettävän hyvinvointitiedon sisältöä, vertailtavuutta, luotettavuutta, ajankohtaisuutta, saatavuutta ja toistettavuutta tulee arvioida ja käytetyn tiedon osalta kirjata myös kertomukseen. Tietojen vertailtavuus edellyttää yhdenmukaisia tiedonkeruutapoja, tietosisältöjen tarkkaa määrittelyä ja niiden kehittämistä. Vertailtavuudessa tulee kiinnittää huomiota aikaan ja paikkaan, tietoja on voitava käyttää aikasarjoina sekä vertailtaessa kuntalaisten hyvinvointia joko toisiin kuntiin, alueisiin tai valtakunnallisesti. Luotettavuudessa arvioidaan tiedon virhelähteitä ja laatua, ajankohtaisuudessa tiedon tuoreutta ja vertailukelpoisuutta ajassa sekä saatavuudessa tiedon jatkuvaa saantia seurannan tarpeisiin.

Hyvinvointitietojen tulkinnassa on aina huomioitava eri menetelmillä (esim. www.stakes.fi/sva/ivamenetelmat.htm) koottujen tietojen rajoitukset. Rajoitukset mainittujen seikkojen suhteen sekä vastausprosenttien pienuus ja vastaajajoukon valikoituminen tulee ottaa huomioon aineiston keruuvaiheessa, analyysissä ja tulkinnassa.

Kertomuksen valmisteluprosessista

Vastuu hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessista tulee kunnassa olla toiminnan ja talouden suunnittelusta ja/tai hyvinvointistrategiasta vastuussa olevalla henkilöllä ja yksiköllä. Useimmissa tapauksissa vastuu kuuluu kunnan ylimmälle viranhaltijajohdolle, kunnanjohtajalle ja/tai kunnan johdon nimeämälle sektorijohtajalle, tällöin usein sosiaali- ja terveysjohtajalle.

Silloin kun hyvinvointikertomus laaditaan seutukunnallisena tai maakunnallisena asiakirjana, päätökset valmistelusta tehdään seutukunta- tai maakuntahallinnossa, jossa peruskuntien johto on edustettuna. Alueellisesti valmistellun hyvinvointikertomuksen tiedot kootaan pääosin kuntakohtaisesti, jolloin se korvaa jäsenkuntien hyvinvointikertomuksen tarpeen.

Kunnan hyvinvointikertomus laaditaan kaikkien hyvinvointipolitiikkaan vaikuttavien toimielinten yhteistyönä siten että kaikki hallinnonalat osallistuvat omalla asiantuntemuksellaan tiedon tuottamiseen ja tulkintaan. Jos kunnan hyvinvointipolitiikka ja sen toteuttaminen koostuvat myös muiden kuin kuntaorganisaation toimijoiden toiminnasta, hyvinvointikertomuksen valmistelussa tulee ottaa huomioon myös näiden toimijoiden roolit. Varsinkin pienissä kunnissa suurimmilla työnantajilla, elinkeinoelämällä, koulutuslaitoksilla tai aktiivisilla järjestöillä on merkittävä hyvinvointipoliittinen tehtävä kunnassa.

Hyvinvointikertomuksen valmistelu käynnistyy kunnan johdon päätöksellä kertomuksen laadinnasta, sen laajuudesta ja käyttötarkoituksesta. Ennen kuin kunta on tehnyt päätöksiä hyvinvointikertomuksen laadinnasta, on hyvä käydä sektoreiden johdon kanssa keskustelu, jossa varmistetaan yhteisymmärrys tehtävästä.

- Mikä on kunnan hyvinvointikertomus, mihin tarpeeseen se aiotaan valmistella ja miten se integroituu nykyisiin kunnan toiminnan ja talouden suunnittelu- ja seuranta-järjestelmiin? Miten hyvinvointikertomus tukee kunnan hyvinvointi ja terveystilanteen seurantaa ja arviointia?
- Ketä asiakirjan ajatellaan palvelevan (luottamushenkilöhallintoa, ylintä viranhaltija-johtoa, operatiivista johtoa, työntekijöitä vai kuntalaisia) ja ketkä ovat vastuussa sen valmistelusta ja tietosisällöistä nyt ja jatkossa?
- Miten hyvinvointi tässä yhteydessä ymmärretään ja rajataan?

- Millaista tietoa kertomuksen tulisi sisältää ja mistä tiedot ovat mahdollisesti saatavissa?
- Miten sektoreiden välinen yhteistyö kertomuksen valmistelussa organisoidaan ja rahoitetaan?

Kun yhteisymmärrys kertomuksen luonteesta, sen laadinnan rahoituksesta ja yhteistyökumppaneista on selvä, hankkeelle nimetään vastuuhenkilö/tekijä ja hänen tuekseen ohjaus- tai johtoryhmä.

Kertomuksen valmistelu käynnistyy yhteisellä kokouksella, jossa sovitaan yhteistyön muodoista, osallistujien tehtävistä ja vastuista, työnjaosta ja aikatauluista.

Vaikka kertomuksen valmistelu varsinaisesti kuuluu viranhaltijoille, luottamushenkilöitä on hyvä informoida prosessista, kysyä heidän näkemyksiään tarpeesta ja asiakirjan luonteesta sekä esitellä heille hankkeen etenemistä eri vaiheissa.

Seutukunnallinen yhteistyö on hyödyllistä erityisesti tietosisältöjen laadinnassa, hyvinvointiseurantatietojärjestelmien luomisessa ja ylläpitämisessä sekä hyvinvointitietojen tulkinnassa ja johtopäätösten tekemisessä.

Indikaattorikeskusteluun ei kannata juuttua liian pitkäksi aikaa. Tiedon tulkinta ja siltä pohjalta kunnallisten kehittämisprosessien pohdinta on hyödyllisempää. Prosessin kuluessa myös 'sopivat' indikaattorit täsmentyvät.

Hyvinvointikertomus voi olla monitasoinen asiakirja; laaja erillinen asiakirja, osa kuntasuunniteluasiakirjoja tai sisältökohtainen erilliskertomus nettisivuilla. Hyvinvointitiedon vieminen kuntasuunnitteluun on prosessi, joka vaatii määrätietoista työtä.

Luonteva ajoitus hyvinvointikertomuksen valmistelulle on valtuustokauden loppu, jolloin vanha valtuusto raportoi uudelle valtuustolle kertomuksen avulla politiikkansa tuottamasta hyvinvointitilanteesta. Uusi valtuusto saa kertomuksella tuoreen kuvauksen oman strategiatyönsä ja hyvinvointilinjausten pohjaksi. Hyvinvointikertomuksen sisällöstä ja tietojen tulkinnasta on hyvä käydä keskustelua luottamushenkilöiden keskuudessa.

Hyvinvointikertomuksen laadinta hyödyttää suunnittelu- ja seurantatyön lisäksi päätösvaihtoehtojen ennakoarviointia ja kunnan laatujärjestelmän luomista.

Pilottikokemusten mukaan kertomuksen valmiiksi saaminen itsessään ei ole tärkein asia. Yhtä tärkeäksi muodostuu valmisteluun liittyvä prosessi ja hyvinvointitietojen saaminen osaksi kunnan suunnittelu- ja seurantakäytäntöjä. Kertomuksen laatimisprosessi helpottaa hyvinvointiasioiden puheeksi ottamista kunnassa. Se nostaa esiin hyvinvoinnin vahvuuksia ja kehittämiskohteita ja tekee hyvinvointiin liittyvän toiminnan ja päätöksenteon läpinäkyvämmäksi. Tiedon perusteella on helpompi löytää ja perustella toiminnan painoalueita.

Suosituksia sisällöksi

Pilottikuntien kokemukset osoittivat hyvinvointikertomuksen mielekkyyden silloin kun sen valmistelu tehdään kunnan yhteisenä kehittämisprosessina. Kun liikkeelle lähdetään kuntalaisten hyvinvointia osoittavista ilmiöistä (esim. lapsiperheiden hyvinvointi, toiminta- ja asuinympäristö hyvinvoinnin edistäjänä, turvallisuus ja viihtyvyys), niiden näkyväksi tekemisestä ja niihin vaikut-

tamisen näkyväksi tekemisestä, työprosessi rakentaa kuvaa kunnan hyvinvointitilanteesta ihmisistä lähtien.

Hyvinvointikertomus kuvaa väestön hyvinvointitilannetta, johon palvelujärjestelmä vastaa. Jos kuva rakennetaan päinvastoin palvelujärjestelmän näkökulmasta, hyvinvoinnin kuva pirstoutuu suoritteiksi.

Hyvinvointikertomus pohjautuu kunnan hyvinvointipolitiikkaan, nykyisiin strategioihin ja toiminnan toteutukseen. Kertomus toistettuna säännöllisin väliajoin toimii hyvinvointipolitiikan ja strategioiden vaikutusten seurainstrumenttina.

Rakenne ja laajuus

1990 -luvun lopulla on kunnissa tullut hyvin suosituksi strategiatyön välineeksi Kaplanin ja Nortonin kehittämä tasapainoitettu mittaristo (balanced scorecard). BSC mittaristosta on tullut strategioiden johtamisjärjestelmä, vaikkei sitä alun alkaen siihen tarkoitukseen ole kehitetty. BSC -mittaristossa vision ja strategian toteuttamista tarkastellaan neljästä eri näkökulmasta; talouden, sisäisten liiketoimintaprosessien, asiakkaan sekä oppimisen ja kasvun näkökulmista. Julkisessa hallinnossa näkökulmia on sovellettu omaan käyttötarkoitukseen sopivammaksi ja kriittisiä menestystekijöitä kuvaava mittaristo on luotu sen mukaisesti.

Jos kunta käyttää BSC mittaristoa strategian johtamisvälineenä, se voi jäsentää myös hyvinvointikertomuksen tietosisällön sen mukaisesti (kuvio 5). Kehikon keskiössä ovat kunnan hyvinvointipolitiikkaa ohjaavat lähtökohdat, nykyiset strategiat ja niiden määrittämät painoalueet sekä niiden tuloksellisuutta osoittavat mittarit.

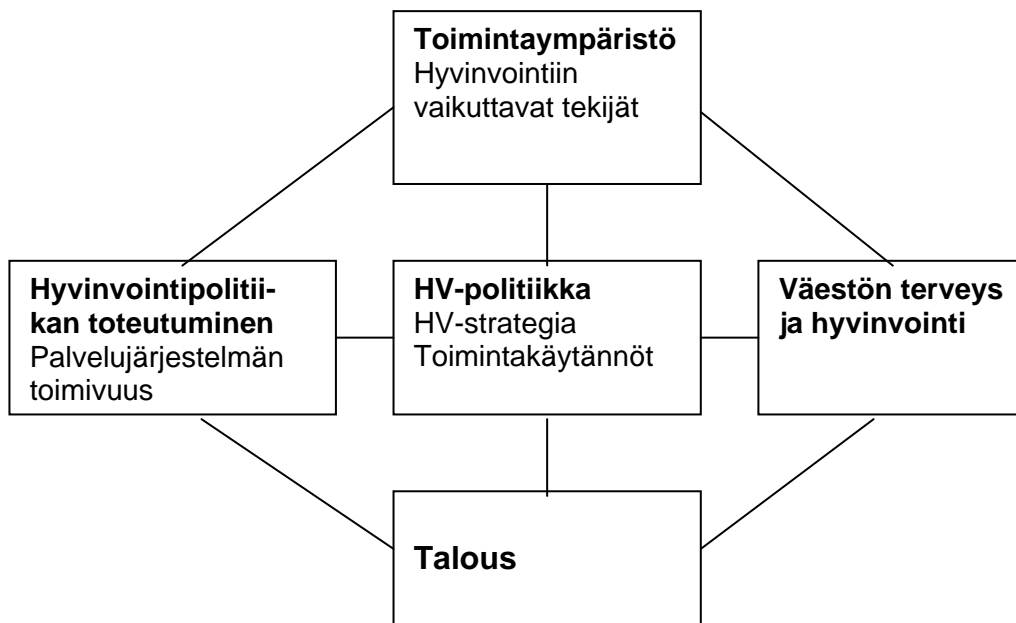
Kunnan hyvinvoinnin kuva jäsentyy neljästä näkökulmasta.

1. Hyvinvointiin vaikuttavia taustatekijöitä nimitetään tässä *toimintaympäristöksi*. Ne ovat objektiivisesti mitattavia, hyvinvoinnin resurssitekijöitä kuten väestörakenne ja sen muutokset, elinoloja kuvaavat tekijät kuten perherakenne, koulutustaso, työllisyystilanne ja kuntalaisten toimeentulo. Hyvinvoinnin taustatekijöihin voidaan lukea myös elinympäristöä kuvaavat resurssitekijät kuten asuminen ja fyysisen ympäristön terveellisyys ja viihtyisyys.

2. Toinen näkökulma, *väestön terveys* ja hyvinvointi sisältää objektiivisesti ja subjektiivisesti mitattavissa olevia hyvinvoinnin ilmenemismuotoja. Tässä väestön terveys ymmärretään yksilötason ilmiönä; fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin tilana. On sopimuksenvaraista, sijoitetaanko elintapoja ja elämänhallintaa kuvaavat indikaattorit tähän kuvaamaan väestön terveyttä ja hyvinvointia vai sijoitetaanko ne resurssitekijöihin (taustatekijöihin, hyvinvointiin vaikuttaviin tekijöihin). Pilottihankkeessa terveellisiä elintapoja ja elämänhallintaa kuvaavat osoittimet sijoitettiin kuvaamaan terveyden ja hyvinvoinnin ilmenemistä.

3. Kolmas näkökulma, hyvinvointipolitiikan toteutuminen ja *palvelujärjestelmän toimivuus*, kuvaa prosessia, hyvinvointia tuottavien ja tukevien palvelujen ja toimintajärjestelmien toimivuutta ja palvelujen saatavuutta. Palvelujärjestelmä vastaa väestön terveyttä tukeviin tarpeisiin silloin kun hyvinvointivaje on ennakoitavissa tai sitä on jo syntynyt. Henkilöstön ammattitaitoa, palvelujen saatavuutta, joustavuutta ja käyttäjän kannalta saumattomuutta kuvaavat indikaattorit sijoittuvat tähän näkökulmaan. Tämän näkökulman indikaattoreiden osoittamiin tuloksiin kunta erityisesti voi omalla politiikallaan ja toiminnallaan vaikuttaa.

4. Neljäs näkökulma, *talous*, on tärkeä myös hyvinvointikertomuksessa. Hyvinvointitavoitteet on sidottava taloudellisiin resursseihin ja arvioitava suhteessa kunnan muuhun toimintaan.



Kuvio 5. Hyvinvointikertomuksen sisällön jäsenitys

Hyvinvointikertomuksen keskiössä on kunnan nykyinen hyvinvointipolitiikka ja toimintakäytännöt. Kertomuksen perustehtävä on kuvata väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Väestön hyvinvointi on osittain riippuvaista taustatekijöistä eli toimintaympäristöstä ja kunnan hyvinvointipolitiikasta. Se on riippuvaista myös kunnan talouspolitiikasta ja voimavarojen kohdennuksesta. Näiden neljän näkökulman on oltava tasapainossa hyvän lopputuloksen aikaan saamiseksi. Tasapainon löytäminen ja sitä havainnoiva kuvaaminen ei varmaankaan onnistu täydellisesti ensimmäisellä kerralla kertomusta valmisteltaessa. Se on oppimisprosessi, johon tarvitaan kunnan kaikkien alojen asiantuntijoita.

Hyvinvointikertomuksen näkökulma ei ole tulevaisuuden visioinnissa BSC-kortiston tavoin. Kertomus luo kivijalan ja suunnan menneisyydestä nykyisyyteen. Se rakentaa perustan strategiselle suunnittelulle ja suunnan luomiselle. Säännöllisesti toistettuna kertomus rakentaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurantajärjestelmää kunnassa ja alueellisesti.

Esimerkki sisällöstä

Seuraavassa esitetty kuvaus hyvinvointikertomuksen sisällöksi on suuntaa ja esimerkkejä antava. Esimerkissä käytetään viittauksia indikaattoreihin, joiden tarkempi määrittely löytyy liitteenä olevista yhteenvedoista tai kirjallisuudessa mainituista lähteistä. Stakesin hyvinvointi-indikaattoripankin indikaattorit on määritelty siten, että niiden tuottamien tunnuslukujen vertailukelpoisuus on mahdollista kuntien välillä. Kertomuksen laajuus täsmentyy kunnassa käyttötarkoituksen mukaan (vuosittain tai valtuustokausittain tehtävänä). Vuosittain tehty hyvinvointiselonteko osana toiminnan ja talouden suunnittelua on luonnollisesti suppeampi ja voi sisältää tarvittavia erillisselvityksiä vain hyvin rajoitetusti.

Esimerkki hyvinvointikertomuksen sisällöstä

1. Johdanto

Johdannossa kerrotaan tausta, mihin kontekstiin ja mihin tarpeisiin hyvinvointikertomus on valmisteltu, ketkä valmisteluprosessiin ovat osallistuneet ja miten kertomusta aiotaan käyttää kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa ja seurannassa.

2. Kunnan hyvinvointipolitiikkaa ohjaavat lähtökohdat ja strategiat

Tässä kuvataan kunnan hyvinvointipolitiikkaa ohjaava strategiat, visio, päämäärät ja tavoitteet sekä toimintakäytännöt, miten hyvinvointistrategioiden toimeenpano toteutuu (esim. kärkihanke kuvaukset) ja mahdollisesti millaisia vaikutuksia nykyisellä toimintapolitiikalla on väestön hyvinvointiin ollut. Kuvaus esittää hyvinvointikertomuksen paikan kunnan suunnittelukehikossa ja kertoo hyvinvointipoliittiset painoalueet, joita vasten hyvinvointikertomuksen sisältö hahmottuu. Tässä yhteydessä voidaan määrittellä, miten kunta ymmärtää hyvinvoinnin käsitteen kertomusta laatiessaan, mihin hyvinvointikertomus fokusoituu.

3. Hyvinvointikertomuksen näkökulmat ja niitä kuvaava mittaristo

Kutakin näkökulmaa kuvaavat indikaattorit valitaan siten, että ne palvelevat jatkossa kunnan hyvinvointi- ja terveystilanteen seuranta ja osoittavat toteutuneen hyvinvointipolitiikan seurauksena syntyneet muutokset. Osa indikaattoreista pyritään valitsemaan niin, että niiden kansallinen vertailu mahdollistuu (lähteenä kansalliset tietolähteet). Osa indikaattoreista valitaan kunnan omien intressien mukaan.

Kutakin näkökulmaa kuvataan myös sanallisesti ja tilannetta arvioidaan suhteessa aikaisempaan tai muihin kuntiin nostamalla esille vahvuudet ja hyvinvointia uhkaavat näkökulmat.

Valitut indikaattorit kuvaavat hyvinvoinnin kriittisiä menestystekijöitä. Kertomuksessa tulisi arvioida tai esittää lukijalle hyväksyttävät, tavoiteltavat tai optimaaliset vertailuarvot niiltä osin kuin se on mahdollista. Nämä toimivat hyvinvointistrategisen keskustelun pohjana jatkossa.

1 Hyvinvointipolitiikan toimintaympäristön kuvaus

Toimintaympäristöä kuvaavat tiedot esitetään kuvioina tai taulukoina, aikasarjoina ja vertailuna muihin kuntiin. Esimerkkejä kuntalaisten elinoloja ja elinympäristöä kuvaavista tekijöistä (ks. indikaattorimäärittelyt liitteistä):

- Koulutustaso
- Työllisyystilanne
- Toimeentulo
- Asumisen olosuhteet
- Fyysisen elinympäristön terveellisyys, turvallisuus ja viihtyisyys
- Yhdyskuntarakenne

2 Väestön terveys ja hyvinvointi

- Fyysinen ja psyykinen terveys; esimerkiksi oma kokemus terveydentilasta, fyysisten ja psyykkisten oireiden esiintyminen, erityiskorvattavien lääkkeiden käyttö, tapaturmien esiintyminen, liikalihavuus, suun terveys, sairauspäivärahaa saaneet, työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, päihdehoidossa olevat, hoitoavun tai tukipalvelujen piirissä olevat.
- Elintavat; esimerkiksi tupakointi, altistuminen tupakansavulle, alkoholin ja huumeiden käyttö, harrastukset, ravitsemustottumukset.
- Elämänhallinta; esimerkiksi lastensuojelutoimenpiteet, vanhemmuuden puute, ystävyyssuhteet, huono-osaisuusindeksi, turvallisuuden tunne, tyytyväisyys elämään, koulu- ja menestys, läsnäolo koulussa, peruskoulunsa päättäneiden elämäntilanne, vaikutusmahdollisuudet, rikollisuus.

3 Hyvinvointipolitiikan toteutuminen, palvelujärjestelmän toimivuus

Tähän prosesseja kuvaavaan näkökulmaan haetaan indikaattoreita, jotka osoittavat, miten kunta omalla toiminnallaan vastaa väestön terveydessä ilmeneviin ongelmiin ja miten se vahvistaa terveyttä tukevaa toimintaympäristöä. Palvelujen käyttöä kuvataan mielellään saatavuuden ja toimivuuden näkökulmasta. Palvelujen toimivuuteen sisältyvät kuvaukset ammattitaitoisesta henkilöstöstä ja osaamisesta.

- Sosiaali-, terveys- ja koulutoimen palvelujen toimivuus ja saatavuus
- Asuntotoiminta
- Elinympäristön suojelu
- Virkistys ja vapaa-ajan alueiden suunnittelu
- Maankäytön ja rakentamisen suunnittelu
- Palo- ja pelastustoiminnan järjestäminen
- Ympäristön kestävän kehityksen huomioon ottaminen
- Harrastus- ja kulttuuritoiminta

4 Talous

Hyvinvointistrategian sisältämät painoalueet on operationalisoitu tavoitteiksi ja toimeenpanosuunnitelmiksi. Kertomuksessa pyritään arvioimaan tiettyjen tavoitetilojen toteutumisen taloudellista merkitystä, panostuksen tarvetta ja vaikutusten arvoa. Toimeenpanon vaihtoehtoisia ratkaisuja voidaan arvioida IVA menetelmää (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi) soveltaen. Hyvinvointitavoitteiden toteutuminen on sidottava talousarvioon ja sen seurantaan.

5 Arviointi hyvinvointipolitiikan toteutumisesta

Hyvinvointinäkökulmien (1-4) johtopäätöksistä tehdään yhteenveto. Johtopäätöksiä peilataan kunnan voimassa olevaan hyvinvointistrategiaan sekä toiminta- ja taloussuunnitelmassa oleviin hyvinvoinnin painoalueisiin ja niiden tavoitteisiin.

Arvioinnissa kuvataan, mitä johtopäätöksissä esille nousseiden vahvuuksien ja heikkouksien alueella on viime vuosina tehty, millaisia voimavaroja käytetty ja millaisia tuloksia saavutettu. Arviointi kokoaa meneillään olevat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen projektit ja kuvaa niiden tulokset hyvinvointistrategian vaikutusten kokonaisuudessa. Arviointi 'kuittaa' nykyisen hyvinvointipolitiikan tulokset/vaikutukset ja antaa perustan uuden politiikan muotoilulle.

Arviointi on tiimityötä hallinnonalojen sisällä ja hallinnonalojen välillä. Myös luottamushenkilöt, ainakin lautakuntatasolla voivat osallistua toteutuneen politiikan arviointiin. Hallitus ja valtuusto voivat käydä keskustelua arvioinnin tuloksista valmiin hyvinvointikertomuksen avulla. Arvioinnissa olisi hyvä tehdä katsaus valtakunnallisiin hyvinvointipolitiikan tavoitteisiin.

6 Johtopäätökset

Johtopäätöksissä tehdään yhteenveto myönteisistä ja kehittämistä vaativista hyvinvoinnin osatekijöistä kunnassa. Näkemykset liitetään voimassa olevaan strategiaan ja/tai vuotuisiin toimintasuunnitelmiin. Mikäli prosessin aikana on tehty vaikutusten ennakkoarviointia (IVA), liitetään tulokset kertomuksen liitteeksi. Mikäli mahdollista, kiinnitetään hyvinvoinnin kertomukset talousarvioon.

Yhteenveto suosituksista

Tässä Stakesin ja kolmen kunnan yhteisessä hyvinvointikertomushankkeessa etsittiin sellaista toimintamallia kunnan hyvinvointikertomuksen valmistelussa, rakenteessa ja sisällössä, joka so-

veltuisi kunnissa valtakunnallista kansanterveyskertomusta vastaavaan määräajoin toistuvaan raportointiin.

Hankkeen aikana havaittiin, että kehittämissuunnitelman tässä vaiheessa ei ole mielekäs suositella kunnille yhtä ja kaikille samanlaista hyvinvointikertomuksen mallia, jossa mallin sisältö ja seurattavat hyvinvointi-indikaattorit olisi tarkasti määritelty. Hyödyllisempää on esitellä kunnan hyvinvointikertomuksen kehys, kuvata kertomuksen valmisteluprosessia ja tehdä tunnetuksi mieluummin laaja kuin liian suppea kokonaisuus käytettävissä olevista ja kehittämistä vaativista hyvinvointi-indikaattoreista. Hyvinvointikertomuksen valmistelu on oppimisprosessi, jossa yksittäinen kunta tai useamman kunnan kokonaisuus vahvistavat omaa hyvinvointistrategista osaamistaan ja rakentavat vähitellen yhä parempaa tietoperustaa ja tulkintaa oman väestönsä hyvinvointikehityksestä ja kunnallisen hyvinvointipolitiikan tavoitteista, toteutumisesta ja vaikutuksista.

Ensimmäisten kertomusmallien valmisteluprosessissa ja tietosisällön luomisessa kohdataan kunnassa monenlaisia vaikeuksia, avoimia kysymyksiä ja epävarmuutta. Ensimmäinen kertomus on hyväksyttävä prototyyppinä, jonka käsittelyyn ottaminen herättää vasta todellista keskustelua ja tuo esiin eri alojen ammattilaisten osuuden ja osaamisen hyvinvointikysymyksissä. Seurantajärjestelmä vakiintuu prosessin edetessä vähitellen. Kun hyvinvointikertomusta päivitetään määräajoin, se kehittyy yhä paremmin kunnan tai alueen tarpeita vastaavaksi. Valmistelu- ja arviointiprosessi kasvattavat poikkihallinnollisen yhteistyön tarvetta ja nostavat hyvinvointijohtamisen kunnassa ratkaistavaksi kysymykseksi.

Hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessiin liittyviä käytännön suosituksia:

1. Perusteluja, miksi kunnan kannattaa tehdä hyvinvointikertomus

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuranta on todettu olevan kunnissa hyvin hajanaista ja sattumanvaraista. Kunnan ylimmällä johdolla (viranhaltijoilla ja luottamushenkilöillä) ei todennäköisesti ole selkeää käsitystä kuntalaisten hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavien asioiden tilasta.

Kunta ja/tai aluetasoinen hyvinvointiseurantajärjestelmän luominen on valtakunnallisesti ja alueellisesti tarpeellinen kuntien välisen vertailtavuuden ja valtakunnallisen seurannan vuoksi.

Kuntalaisten hyvinvointi ja terveys ovat merkittäviä kilpailutekijöitä toimivan ja kilpailukykyisen elinkeinoelämän rinnalla. Niitä kannattaa vaalia ja ne kannattaa tehdä näkyviksi kuntastrategioissa.

Hyvinvointiasioita on mielekäs lähestyä ihmisten näkökulmasta, ei vain palvelujärjestelmän näkökulmasta. Hyvinvointiasioiden tarkastelu väestön näkökulmasta on vaativampaa kuin palvelujen tarjonnan kuvaaminen. Väestölähtöinen tarkastelutapa kuvaa todellista hyvinvoinnin tilannetta aidommin verrattuna palvelujärjestelmän näkökulmasta lähtevään tarkasteluun. Asioiden esiin nostaminen lisää myös toiminnan ja päätöksenteon läpinäkyvyyttä.

Hyvinvointikertomus on osa hyvinvointistrategiaprosessia. Kertomus toimii strategian valmistelun ja seurannan työvälineenä.

Kertomuksen valmistelu on kunnassa ja seutukunnallisesti merkittävä yhteistyö- ja oppimisprosessi, joka tarjoaa mahdollisuuden yhteisen hyvinvointiosaamisen vahvistamiseen.

2. Kenelle hyvinvointikertomus valmistellaan ja ketkä siihen osallistuva

Hyvinvointikertomus valmistellaan kunnan viranhaltijajohdolle ja luottamushenkilöille. Päätös kertomuksen valmistelusta tehdään kunnanhallituksessa ja/tai valtuustossa. Luottamushenkilöiden on oltava tietoisia kertomuksen valmistelusta ja sen käyttötarkoituksesta.

Kertomuksen valmisteluprosessiin osallistuvat kaikki hallinnonalat. Päätökset osallistumisesta tehdään sektorijohdossa, missä määritellään myös sektorikohtaiset kertomuksen valmisteluun käytettävät voimavarat.

Hyvinvointikertomus voidaan laatia myös kuntien yhteisenä, seutukunnallisena asiakirjana, jolloin päätökset valmistelusta tehdään seutujohtajien kokouksessa. Hyvinvointikertomuksen valmistelu edellyttää koordinaattorin tai projektisihteerin nimeämistä. Koordinaattori toimii työryhmien kokoonkutsujana, tiedon kerääjänä ja kirjoittajana. Työssä tarvitaan myös tiedonhankinnan asiantuntijoita, eri sisältöasioiden asiantuntijoita sekä hallinnollisia päätöksiä tekeviä henkilöitä.

3. Hyvinvointikertomuksen valmistelu käytännössä

Kertomuksen valmistelua varten kootaan työryhmä, jossa on toimijoita eri sektoreilta. Tämän lisäksi kullakin sektorilla voi toimia omia valmisteluryhmiä, jotka kommentoivat työn välivaiheita yhteistyöryhmälle.

Työryhmälle valitaan sihteeri tai koordinaattori, jolla on käytettävissään riittävästi työaikaa kertomuksen valmisteluun. Kertomuksen kokoaminen voidaan toteuttaa myös jakamalla työ ryhmän jäsenten kesken. Työryhmän säännölliset tapaamiset luovat pohjaa kertomuksen valmistumiselle ja vahvistavat samalla yhteistä toimintakulttuuria.

Työn alkuvaiheessa on hyvä sopia, kenelle kertomusta tullaan esittelemään valmisteluvaiheen aikana (eri sektoreiden edustajille, päättäjille, kansalaisille). Samalla sovitaan, millaista julkisuutta hyvinvointikertomukselle halutaan.

Kertomustyön jaksottaminen ja aikatauluttaminen jämäköittävät prosessia. Ensimmäisen hyvinvointikertomuksen valmistelu on selkeästi suurin työ ja on hyvä muistaa, että prosessi venyy helposti pitkäksi. Käytettävissä olevaa tietoa on runsaasti ja valinta on vaikeaa. Seuraavien kertomusten valmistelu sujuu paljon helpommin, kun osa tiedoista voidaan vain päivittää ja kun ensimmäisestä versiosta on käyty yhteinen keskustelu.

4. Kertomuksen laajuus ja käyttötarkoitus

Hyvinvointikertomuksen rajauksia määriteltäessä käydään keskustelu siitä, miten hyvinvointi ymmärretään tässä yhteydessä ja millaista tietoa kertomuksen tulee sisältää.

Laaja hyvinvointikertomus valmistellaan valtuustokausittain kerran neljässä vuodessa. Seuraava luonteva kertomuksen valmisteluajankohta on vuosi 2004, jolloin kertomus toimii vanhan valtuuston hyvinvointiraporttina uudelle valtuustolle 2005.

Hyvinvointikertomus toimii kunnassa yhtäältä pitkän aikavälin hyvinvointistrategisten linjausten perusasiakirjana. Toisaalta se toimii vuosittain laadittavan kunnan toiminnan ja talouden suunnittelun osana nostamalla hyvinvointiasiat järjestelmällisesti talousarvio- ja vuositiedusteluihin. Kolmanneksi se toimii kehyksenä ja perusaineistona valtakunnallisen hyvinvointipolitiikan ja kansanterveyden kehittämistyössä ja seurannassa.

5. Mistä hyvinvointikertomuksessa käytettävät tiedot ovat saatavissa?

Valtakunnallista vertailua osoittavia tietoja saadaan kansallisista tietolähteistä (esim. Stakesin hyvinvointi-indikaattoripankki, Terveys 2015 seurantaindikaattorit). Kunnan palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavat tiedot löytyvät kuntatilastoista ja sektorikohtaisista seurantatilastoista siinä laajuudessaan kuin niitä on kunnassa kerätty. Lisäksi tarvitaan erillisselvityksiä, joita ovat esimerkiksi työntekijöiden tekemät erillisselvitykset, väestökyselyt, barometrit, fokusryhmähaastattelut ja erillistutkimukset. Asiakastyössä kerääntyvästä tiedosta sekä työntekijöiden asiantuntemusta ja kuntalaisia kuulemalla saadaan myös erityyppistä hyvinvointitilannetta kuvaavaa tietoa.

Tämän raportin liitteenä on osoitteistoja indikaattoritietojen lähteistä;

- www.stakes.info/6/2/index.asp, johon on koottu demografisia tekijöitä, taloutta ja valikoitu joukko ikäryhmittäisiä väestön hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita.
- www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/index.html; pilottikuntien kanssa laadittu ehdotus hyvinvointi-indikaattoreiksi, osa näistä sisältyy Stakesin hyvinvointi-indikaattoripankkiin
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -raportit
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelman seurantaindikaattorit.

6. Hyvinvointikertomuksen sidonnaisuus kunnan muihin suunnitteluprosesseihin ja julkisuus

Hyvinvointikertomuksen hyödynnettävyyden kannalta on tärkeää sopia, miten kertomus kytketään kunnassa meneillään oleviin hyvinvointiprosesseihin, miten se viedään osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnitteluprosessia sekä miten ja milloin se käsitellään luottamushenkilöhallinnossa.

Hyvinvointikertomuksen valmistuessa on vielä sovittava kertomuksen julkisuudesta, kenelle ja miten kertomusta esitellään ja laitetaanko se kunnan nettisivuille. Hyvinvointikertomuksen valmistumisesta ja sen käyttötarkoituksesta on tärkeää tiedottaa kunnan omalle henkilöstölle ja paikallisia tiedotusvälineitä käyttäen myös kuntaorganisaation ulkopuolisille toimijoille ja kuntalaisille.

Pohdinta

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli tuottaa kokemusta kunnan hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessista ja valmistella suosituksia niistä seikoista, jotka näyttävät olevan melko samanlaisia erityyppisten kuntien valmistellessa kertomusta. Lähtökohtana oli yhtäältä joka toinen vuosi koko maan tasolla valmistettava sosiaali- ja terveystietokertomus ja toisaalta hyvinvointivastuutien siirtyminen valtiolta kunnille ja tähän muutokseen perustuva suositus kuntien hyvinvointiohjelmien valmisteleminen.

Kunnissa on kertynyt varsin paljon kokemusta eri sisältöalueiden hyvinvointipoliittisten ohjelmien valmistelusta. Suosituimpia ovat olleet lasten ja nuorten sekä ikääntyvien hyvinvointia käsittelevät ohjelmat. Useissa kunnissa on valmisteltu myös päihde- ja huumeepoliittisia ohjelmia. Koko kunnan väestön hyvinvointipoliittiset ohjelmat tulivat ajankohtaisiksi 1990-luvun loppupuolella ja niiden valmistelusta on kokemusta noin joka kymmenennessä kunnassa.

Useissa Stakesin hankkeissa on pyritty tukemaan kunnan hyvinvointistrategiatyötä. Siirtyminen valtiojohtoisesta hyvinvointipolitiikasta kuntien hyvinvointivastuuseen on ollut huomattavasti ennakoitua haastavampi tehtävä. Hyvinvoinnin sisältö ja hyvinvointipolitiikan mahdollisuudet ja tavoitteet kuntatasolla ovat aiheuttaneet paljon keskustelua. Toinen keskeinen kysymys on ollut kunnallisen hyvinvointipolitiikan tietoperusta ja kunnallista päättämistä tukevan tiedon jalostaminen siihen muotoon, että valmistelijat ja päättäjät voivat käyttää sitä hyväkseen.

Tässä kehittämishankkeessa lähdettiin liikkeelle kolmen pilottikunnan omista tarpeista. Stakesin tehtävänä oli tukea pilottikuntia niiden omien hyvinvointikertomusten valmistelussa ja erityisesti tehostaa kuntien keskeistä yhteistyötä. Hanketta käynnistettäessä oletettiin, että kolmen erilaisen kunnan rakenteissa ensimmäistä hyvinvointikertomustaan, vähitellen hahmottuisivat myös ne prosessien, rakenteiden ja sisältöjen piirteet, jotka olisivat yhteisiä suurimmalle osalle kunnista ja joista voitaisiin laatia valtakunnallisia suosituksia. Vaikka hanke osittain eteni ennakoidulla tavalla ja tuotti odotettuja tuloksia, tehtävä osoittautui kuitenkin huomattavasti vaikeammaksi kuin ennalta osattiin odottaa.

Hankkeen alusta alkaen jatkuvaa keskustelua aiheutti tehtävän rajaaminen ja ydinkäsitteiden sisältö. Aluksi puhuttiin kunnan terveystietokertomuksesta. Tämä termi ei kuitenkaan toiminut käytännössä. Kunnissa koettiin sen rajoittavan työn liian paljon terveyssektorin vastuulle. Terveystietokertomus oli jo vakiintunut tarkoittamaan yksittäisen kuntalaisen terveysasiakirjoja. Varsin pian siirryttiin puhumaan kunnan hyvinvointikertomuksesta.

Seuraavassa vaiheessa hyvinvoinnin käsitteen laajuus tuotti ongelmia. Kuntalaisissa kunnan tehtävä hyvinvoinnin ja kestävä kehityksen edistämiseksi on ymmärretty laajasti. Kaikki kunnan toiminta voidaan tulkita hyvinvoinnin edistämiseksi. Kun tähän yhdistetään hyvinvoinnin monet ulottuvuudet kunnan hallinnollisiin ja kuntalaisten kokemuksellisiin näkökulmiin, on vaikea löytää yhteistä ymmärrystä hyvinvointikertomuksen sisällöstä edes yhden kunnan sisällä puhumattakaan useamman erilaisen kunnan kesken.

Hankkeen edetessä opittiin, että kunnan eri toimijoiden kesken on tärkeää keskustella aluksi hyvinvointikäsitteestä ja sen tulkinnasta. Samalla kuitenkin on huomattava, että hyvinvointi-ilmiöiden moninaisuus johtaa helposti loputtomaan keskusteluun. Jos vaaditaan kaikkien keskeisten hyvinvointi-ilmiöiden ottamista mukaan, tehtävä osoittautuu pian mahdottomaksi. Kunnan sisäinen keskustelu hyvinvointi-käsitteen sisällöstä tulisivatkin melko nopeasti ohjata yhteiseen sopimukseen siitä varsin rajatusta ja käytännöllisestä tulkinnasta, joka on mahdollista ottaa en-

simmäisen hyvinvointikertomuksen perustaksi. Myöhemmin osaamisen ja tietoperustan vahvistuessa voidaan tätä tulkintaa laajentaa.

Hyvinvoinnin käsitteen rajaamiseen yhdistyivät välittömästi ongelmat sen eri sisältöjen mittaamisessa. Kun hyvinvoinnin sisältö ymmärrettiin laajasti, indikaattorilistaa laajennettiin, jotta kaikki hyvinvoinnin osa-alueet tulisi kuvattua kattavasti. Tämä hidastutti projektin alkuvaiheen etenemistä. Keskustelu juuttui indikaattoreihin, eikä prosessi edennyt. Indikaattorien priorisointi oli esillä jo hyvin varhaisessa vaiheessa lähinnä tietojen hankkimiseen liittyvien ongelmien vuoksi. Mitä enemmän indikaattoritietoa ehdotettiin kertomukseen, sitä suurempaan työhön kunnissa oli varauduttava.

Jos hyvinvointikäsitteen rajaaminen ja sen eri ulottuvuuksien mittareiden löytäminen osoittautui vaativaksi tehtäväksi, vähintään saman tasoinen haaste kohdattiin, kun tietoja alettiin kerätä. Suomen sinänsä hyvät hyvinvointitilastot on kehitetty palvelemaan valtionhallintoa. Kunnissa ei ollut valmista tietokantaa tai tiedonhankintatapaa, vaan tiedot jouduttiin keräämään useiden eri sektoreiden omista järjestelmistä. Valtakunnalliset suositukset kuntien hyvinvointi-indikaattoreiksi olivat vasta valmisteluvaiheessa. Osin niitä valmisteltiin tämän hankkeen yhteydessä. Jatkossa työ tulee tässä suhteessa olemaan helpompaa, kun kuntien käytettävissä tulevat olemaan Stakesin hyvinvointi-indikaattoritietokanta, Terveys -2015 -kansanterveysohjelman indikaattorit ja useilla osa-alueilla myös laatusuositukset.

Pilottikuntien erot korostuivat, kun edettiin hyvinvointitiedon kokoamiseen ja analysointiin. Suuressa kunnassa oli enemmän voimavaroja ja asiantuntevia valmistelijoita kuin pienessä kunnassa. Kaikissa kunnissa oli lamavuosina karsittu ehkäisevän työn henkilöstöä, eikä tietohuoltoa osaavaa henkilöstökään ollut riittävästi käytettävissä. Pienissä kunnissa on vaikea käyttää väestöön suhteutettuja lukuja. Hyvinvointia selvittävien väestökyselyjen ongelmiksi nousevat matalat vastausprosentit ja pienet aineistot, jolloin tiedon luotettavuus ja yleistettävyyys jää kyseenalaiseksi. Pienten kuntien tiedonhankintatapana nähtiin hyväksi mm. teemaseulojen ja vertaiskonsultaatioiden käyttäminen.

Hyvinvointikäsitteen selventämiseen, indikaattoreista sopimiseen ja tiedon keräämiseen käytetään helposti niin paljon aikaa ja voimavaroja, että tiedon tulkinta jää tekemättä. Tiedon keräämisessä olisi hyvä rajoittua ensimmäisessä vaiheessa niihin tietoihin, joita on kohtuullisella työllä saatavissa. Rajaus johtaa väistämättä ristiriitaan käsitekeskustelun kanssa. Valmiina oleva tieto kattaa vain osan hyvinvoinnin tärkeäksi koetuista ulottuvuuksista. Tämä ongelma tulisi kuitenkin hyväksyttävä, koska muuten prosessi pysähtyy helposti tiedon keruuvaiheeseen liian pitkäksi ajaksi.

Käsittemäärittelyä ja tiedonkeruuta helpottaa, jos heti valmistelun alkaessa tehdään selväksi, kenelle kertomus ensisijaisesti suunnataan. Kertomuksen tärkeimmän kohderyhmän, päätöksentekijöiden eli kunnan luottamushenkilöiden ja heidän tarpeidensa esiin nostaminen, auttaa kertomuksen sisällön rajaamisessa. Prosessin aikana tuli esiin, että luottamushenkilöt tarvitsevat yli sektorirajat katsovaa, koottua ja valikoitua hyvinvointitietoa päätöksenteon tueksi. Kertomus on kunnan hyvinvointipolitiikan kuvaamista ja arviointia. Sen tulisi varmistaa, että luottamushenkilöt tuntevat oman kuntansa aikaisemman hyvinvointipolitiikan tavoitteet, toteutumisen ja myös sen vaikutukset: Mitä hyvinvointituloksia kunta on omilla valinnoillaan ja toiminnallaan saanut aikaan? Kertomuksen tulee nostaa esiin kunnan päätöksenteon kannalta keskeiset hyvinvointiasiat, ei vastata kaikkiin eri sektoreiden yksityiskohtaisiin tiedontarpeisiin.

Olellainen kysymys hyvinvointikertomuksen valmistelussa on kunnan oman hyvinvointipolitiikan tavoitteiden määrittäminen. Rationaalisen hyvinvointipolitiikan perustaa koko maan tasolla 1960 -luvulla rakentanut Pekka Kuusi totesi, että "ellei luotettavaa tietoa yhteiskuntapolitiikan tavoitteista ole saatavissa, yhteiskunnan suunnitelmallinen kehittäminen raukeaa. ... Suunnitelma

vailla tavoitteita on suunnitelma vailla mieltä." (Kuusi 1968, sivut 16 – 17.) Mitä paremmin hyvinvointipolitiikan tavoitteet on koko kunnan ja sen sektoreiden toiminta- ja taloussuunnittelussa täsmennetty, sitä helpompi on myös kohdentaa hyvinvointikertomus päättäjien kannalta keskeisiin asioihin.

Kertomuksen valmisteluprosessin merkitys oppimisprosessina ja sitoutumisen vahvistajana tuli selvästi esiin kaikissa pilottikunnissa. Mitä useampia tahoja kuullaan ja otetaan mukaan valmisteluvaiheessa, sitä useampia sitoutetaan mukaan hyvinvointitilanteen arviointiin ja kehittämiseen kunnan yhteisenä asiana. Kertomuksen laatimisen myötä tuleva vuoropuhelu eri sektoreiden välillä ja siitä seuraava oppimisprosessi olivat tärkeitä. Pilottikunnissa haastatellut viranhaltijat pitivät valmisteluprosessia yhtä tärkeänä kuin valmista lopputuotetta.

Tasapainon hakeminen laajan keskustelun ja suunnitelmallisesti johdetun valmistelun kesken tulisi jokaisessa kunnassa ottaa tietoisesti harkittavaksi heti työn alkaessa. Myös tässä kysymyksessä on tärkeää nähdä valmistelu oppimisprosessina, jonka ensimmäinen vaihe viitoittaa oikeaan suuntaan, mutta on samalla saatava valmiiksi kohtuullisessa ajassa. Valmistelulla tulee olla selkeä johto, joka huolehtii tehtävän sovittamisesta käytettävissä oleviin voimavaroihin ja aikatauluun. Johtamisen ja laajan osallistumisen lisäksi valmisteluun tarvitaan myös erityisesti siihen varattua resursseja. Keskusteluista, seminaareista ja työkokouksista on kirjoitettava muistiot, tietoja on kerättävä eri lähteistä ja kerättyä tietoa on muokattava sekä erityisesti on panostettava kertomuksen luottavuuteen ja havainnollisuuteen niin, että se todella viestii kohderyhmilleen olennaiset asiat.

Kolmen pilottikunnan tarpeet ja tapa koota hyvinvointikertomusta poikkesivat jossain määrin toisistaan. Vaikka lähdettiin tekemään yhtenäistä hyvinvointikertomuksen mallia, muodostuivat kuntien kertomukset ja kunnissa käytyjen keskustelujen painopisteet erilaisiksi. Nämä kokemukset osoittavat, että kertomusmallin tulee olla joustava, kuntien välistä vertailutietoa kokoava, mutta myös kuntien omia tarpeita palveleva seurannan väline. Yksiselitteisen mallin sijasta ainakin tässä kehitysvaiheessa on parempi suositella väljästi luonnehdittua kertomusprosessia, jota kunnat voivat soveltaa omien tarpeidensa mukaan.

Vaikka kuntien väliset erot tässä hankkeessa osoittautuivat varsin suuriksi tuli näkyviin myös yhteisiä piirteitä prosesseissa, rakenteissa ja sisällöissä. Raportissa on alustavasti koottu näitä yhteisiä piirteitä suosituksiksi, joita kannattaa harkita, kun kunnassa lähdetään valmistelevaan hyvinvointikertomusta.

Ensimmäisten hyvinvointikertomusten valmistuessa on noussut esiin kysymys niiden julkisuudesta. Useimpien mielestä hyvinvointi tulisi olla kaikkien kuntalaisten tavoitettavissa, jolloin vähimmäisvaatimuksena on kertomuksen julkistaminen kunnan internet-sivuilla. On myös esitetty, että kertomuksesta tulisi tehdä tiivis kansanpainos, jota voitaisiin jakaa laajemminkin. Julkisuusvaatimus on koettu ongelmalliseksi. Kun valmisteluvaiheessa tiedetään, että kertomus tulee laajasti julkistettua, voi nousta paineita korostaa myönteisiä asioita ja jättää kielteisten tulosten esittämistä vähemmälle. Joidenkin mielestä kunnan maine voi vaarantua, jos hyvinvointiongelmat ja niitä mahdollisesti lisäävät tekijät tuodaan liian selvästi esiin.

Ensimmäisen hyvinvointikertomuksen valmistelu oli ennakkointia pidempi prosessi. Kun mukaan otetaan mahdollisimman laajasti eri tahot ja pyritään myös rakentamaan kestävä perustaa jatkavalle hyvinvointiseurannalle ja -raportoinnille, yksi vuosi on liian lyhyt aika. Kertomus voidaan tietenkin valmistella asiantuntijavoimin muutamassa kuukaudessa, mutta silloin korostuu lopputuote eikä niinkään oppiminen ja rakentaminen.

Valmistelun vaatiman ajan vuoksi laajempaa kertomusprosessia tuskin kannattaa uudistaa liian pian. Tässä hankkeessa ja myös muussa hyvinvointipoliittisessa strategiatyössä tärkeimmäksi

aikajaksoksi on todettu valtuustokausi. Hyvinvointikertomus voisi olla työnsä päättävän valtuuston yhteenveto ja arviointi edellisen nelivuotiskauden hyvinvointipolitiikasta. Näin työnsä päättävä valtuusto edellyttäisi hyvinvointikertomuksen valmistelua niin, että se voidaan hyväksyä viimeisen valtuustovuoden aikana. Kertomus olisi valmiina, kun uusi valtuusto aloittaa työnsä ja täsmentää uuden nelivuotiskauden hyvinvointipoliittiset tavoitteet ja toimintalinjat kunnassa.

Tämän hankkeen pilottikunnissa käytettiin paljon aikaa hyvinvointikäsitteen selventämiseen ja hyvinvointi-indikaattoreista sopimiseen. Kun tarjolla oli vähän aikaisempia malleja, näihin vaiheisiin oli varattava ennakoitua enemmän aikaa. Ensimmäiset hyvinvointikertomukset keskittyivät hyvinvointitilanteen ja sen muutosten kuvaamiseen. Hyvinvointikertomuksen muut tärkeät alueet - kunnan toiminta, palvelut ja talous hyvinvoinnin edistäjinä tai ongelmien aiheuttajina - jäivät pääosin käsittelemässä. Jatkossa näihin alueisiin tulisi panostaa yhtä paljon kuin hyvinvointitilanteen kuvaamiseen.

Hyvinvointikertomuksen erityisenä tehtävänä on selventää kunnan toteuttamaa hyvinvointipolitiikkaa ja arvioida sen vaikutuksia. Pilottihankkeessa ei päästy vielä etenemään tähän saakka. Vaikka jokaisessa kunnassa tehdään tärkeitä hyvinvointipoliittisia valintoja, niistä hahmottuva strateginen linja ei välttämättä ole yhdessä harkittu valinta, vaan muodostuu ajan myötä erillisten päätösten ketjuna. Hyvinvointikertomuksessa tulisi tehdä kunnan valitsema hyvinvointipoliittinen strategia näkyväksi ja myös tarkastella olennaisissa valintatilanteissa esillä olleita muita strategisia vaihtoehtoja.

Pääpaino kunnissa tulee jatkossa keskittää enemmän kertomuksen tietojen hyödyntämiseen ja niiden pohjalta tehtäviin johtopäätöksiin eli siihen, mitä tiedot merkitsevät kuntalaisten hyvinvoinnin ja kunnan hyvinvointipolitiikan kannalta. Hyvinvointitietojen ja niistä seuraavien toimien sekä kertomusprosessin saaminen osaksi kuntaprosessia ja kunnan hyvinvointistrategiaa on tärkeää. Kunnissa tulee selvittää, mikä on kuntastrategian ja kertomuksen suhde. Vuoropuhelu strategian, kertomuksen ja kunnan suunnitteluasiakirjojen välillä on saatava toimivaksi. Kertomus on politiikan ohjausväline, joten kertomuksen valmistelu tulee olla osa kunnan jatkuvaa suunnittelu- ja arviointiprosessia. Lisäarvona kertomuksen valmistelun ja seurannan vaatima poikkeuksellinen työ takaa kuntien hyvinvointiosaamisen kehittymisen ja vahvistumisen. Siksi onkin tärkeää seurata ja tukea kertomuksen käsittelyä kunnassa. Keskeistä on luoda tapoja ja koota hyviä käytäntöjä kertomustiedon käsittelyyn, tiedon julkistamiseen, tiedon pohjalta tehtävien toimenpiteiden ja vaihtoehtoisten toimintatapojen valintaan sekä tiedon saamiseen mukaan päätöksentekoprosessiin.

Tarkempaa tietoa tarvitaan kertomuksen ja laajemmin hyvinvointiosaamisen käytöstä päätöksenteossa ja sen merkityksestä kuntien hyvinvointipolitiikalle. On selvitettävä nähdäänkö ja huomioidaanko kunnan päätöksentekotilanteiden yhteydessä päätökseen liittyvät hyvinvointikysymykset, auttaako hyvinvointikertomus tekemään hyvinvoinnin näkyvämmäksi päätöksenteon yhteydessä ja käytetäänkö päätöksenteon pohjana olemassa olevaa tietoa.

Kuntien omien kertomusten lisäksi jatkossa kannattaa arvioida seutukunnallisten hyvinvointikertomusten hyöty ja tarve. Lukuisia seudullisia hankkeita on toteutettu ja käynnistymässä eri puolilla Suomea. Nämä lisäävät kuntien välistä yhteistyötä ja tietoisuutta mm. hyvinvointipalvelujen järjestämistavasta. Keskeistä on myös selvittää, miten informaatio-ohjauksen keinoin hyvinvointiohjelmia ja kertomuksia valmistamalla ja hyvinvointitietoa käyttämällä on onnistuttu tukemaan ja vahvistamaan väestön hyvinvointia ja kuntien hyvinvointiosaamista.

Kuntien hyvinvointikertomushanketta arvioitiin pilottikuntien avainhenkilöille tehdyissä haastatteluilissa. Haastattelutulokset tukivat hankkeen aikana kertyneitä myönteisiä kokemuksia. Hyvinvointikertomusta pidettiin tarpeellisena ja hyvänä työkaluna hyvinvointikysymysten käsittelyyn sekä luottamushenkilöiden että eri hallintokuntien kannalta. Kertomus vahvistaa hyvinvointitie-

don asemaa kunnan toiminta- ja taloussuunnittelussa. Sen sisältämä 'pehmeä' ja 'kova' tieto yhdistettynä johtopäätöksiin ja valmisteluprosessiin kunnassa lisäävät yhteistä ymmärrystä ja osamista hyvinvointiasioista.

Lopuksi on varoitettava täydellisyteen pyrkimisen vaaroista. Pilottikunnissa huomattiin, että täydellisuuden tavoittelu helposti pysäyttää valmistelun. Ensimmäisen kertomuksen valmistelussa olisi hyväksyttävä pitkäaikainen prosessi. Ensimmäinen kertomus on vain liikkeellelähtö ja seuraavina vuosina se kehittyy. On myös todennäköistä, että kuntien välinen hajonta on suurinta ensimmäisellä kierroksella, jolloin kertomukset hakevat vielä muotoaan. Kokemusten perusteella kertomuksia muokataan vastaamaan paremmin kunnan tarpeita ja samalla myös kuntien välinen vertailtavuus lisääntyy.

Vaikka hyvinvointivastuu on siirtynyt yhä enemmän kunnille ja jokaisen kunnan tulisi selventää hyvinvointipolitiikkaansa ja asettaa siinä selkeitä tavoitteita, vahvistaa hyvinvointipoliittista strategiaa ja myös seurata suunnitelmallisesti toiminnan toteutumista ja hyvinvointituloksia, kuntien on käytännössä vaikea selviytyä yksin tästä tehtävästä. Kuntien alueellisen yhteistyön lisäksi tarvitaan myös valtakunnallisia toimenpiteitä, joilla helpotetaan kuntien mahdollisuuksia selviytyä uusista haasteista. Kuntien hyvinvointikertomushankkeen päättyessä voidaan tiivistää kaksi valtakunnallista toimenpide-ehdotusta, jotka tulisi kiireesti ottaa harkittavaksi:

I. Valtakunnallinen kuntahyvinvoinnin seurannan ja raportoinnin tutkimus- ja kehittämisohjelma

Lähes kaikissa kunnissa on jo hankittu kokemusta strategiatyöstä ainakin jollakin sisältöalueella. Koko kunnan kattavan hyvinvointipolitiikan selkiyttäminen ja sen perustaksi tarvittava tavoitteiden asettaminen, seuranta ja raportointi ovat kuitenkin aivan kehityksensä alussa. Tämän hankkeen kuluessa on havaittu, että kuntalaisten hyvinvoinnin seuraamisessa ja kunnan hyvinvointipolitiikan vaikutusten arvioinnissa tarvittavien menetelmien kehittämisessä on vielä paljon työtä tehtävänä.

Kuntien kannalta suurin haaste on päätöksenteon kannalta relevantin ja kuntien kesken vertailukelpoisen tiedon kerääminen kuntalaisten hyvinvoinnista sekä kunnan hyvinvointipolitiikan tavoitteista, toteutumisesta ja vaikutuksista. Tietosisällöt ja tiedon keruun ja raportoinnin menetelmät ovat teknisiä kysymyksiä. Vaikka kuntien koko ja hyvinvointiolot jossakin määrin vaikuttavat näihin menetelmiin, kehittämistyötä tuskin kannattaa tehdä erikseen jokaisessa kunnassa.

Toistaiseksi kehitystyö on keskittynyt kuntalaisten hyvinvoinnin kuvaamiseen. Hyvinvointipolitiikan kannalta yhtä tärkeitä kuvattavia asioita ovat hyvinvointipoliittisten tavoitteiden asettaminen, niiden saavuttamiseksi suunniteltu ja toteutunut toiminta ja toimintaan käytetyt voimavarat. Tietojen olisi myös mahdollistettava toteutuneen hyvinvointipolitiikan vaikutusten arvioinnin. Jos hyvinvointikertomuksen sisältö rajoittuu hyvinvointitilanteeseen, on siitä vaikea johtaa kunnan päätöksenteon kannalta relevantteja päätelmiä.

Kunnan sisäisen kehityksen seuraaminen ja raportointi on tärkeää, mutta yhtä tärkeää on myös vertaaminen toisiin kuntiin. Vertailu edellyttää yhteisiä sopimuksia tiedon keräämisestä ja raportoinnista. Osin tästä syystä tässä hankkeessa onkin puhuttu kuntien "hyvinvointitilinpäädöstä". Hyvinvointitilanteen seuraamisessa ja raportoinnissa olisi tavoitteeksi asetettava samanlaiset yhteiset pelisäännöt kuin kunnan talouden seuraamisessa ja raportoinnissa.

Hyvinvointitilanteen seuraamisessa erityisenä ongelmana on kuntia palvelevien tietojärjestelmien kehittämättömyys. Kun aikaisemmin hyvinvointitiedon tehtävänä oli tukea valtion päätöksentekoa, keruun ja raportoinnin prosessit on rakennettu tätä tarkoitusta varten. Vaikka kertyvät tiedot jalostetaan kunnallisiksi hyvinvointi-indikaattoreiksi, viive tiedon keruusta raportointiin on

liian pitkä. Tavoitteena tulisi olla, että valtakunnallisesti kerättävät tiedot tarkistetaan ja ovat käytössä ensin kuntatasolla. Tämä mahdollistaisi viimeisimmän kuntakertomusvuoden tietojen täysimääräisen hyödyntämisen uudella talous- ja toimintasuunnittelukierroksella.

Valtakunnallisiin tarpeisiin kerättävän tilastotiedon rinnalla kunnissa kerätään paljon hyvinvointitilanteen kannalta arvokasta tietoa, joka ei kuitenkaan tule käyttöön tietojärjestelmien kehittämätömyyden vuoksi. Palvelujärjestelmistä kuten neuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta, kouluista ja oppilaitoksista ja erilaisista terveystarkastuksista kertyvä tieto olisi saatava koottua koko kuntaa kuvaaviksi indikaattoreiksi. Useissa kunnissa on kokeiltu väestökyselyjä ja myös uutta tietotekniikka soveltavia barometrejä kuntalaisille ja hyvinvointipalvelujen työntekijöille.

Oma kysymyksensä on eri tahoilta kertyvän tiedon tallentaminen tietokantoihin ja niistä raportointi. Jokaisen pienen kunnan tuskin kannattaa rakentaa omaa tietokantaansa. Keskeiset hyvinvointitiedot voisivat kertyä kuntien yhteistyössä seutukunnittain, maakunnittain tai sairaanhoitopiireittäin. Vaikka kertomuksia tehtäviin neljän vuoden välein, tiedot voitaisiin päivittää ainakin vuosittain. Näin tuoreet tiedot olisivat käytössä kunnan talous- ja toimintasuunnittelun edetessä. Kaikki tiedot sisältävästä tietokannasta voitaisiin muokata tiiviitä taulukkoja ja kuvioita, jotka olisivat kaikkien kuntalaisten nähtävissä internetissä oman kunnan kotisivuilla.

Tämä hyvinvointikertomushanke on osoittanut, että hyvinvointitilanteen seuranta ja raportointi kunnissa on erittäin vaativa kehittämistehtävä, jonka tueksi olisi kuntien ja valtion yhteistoimin sovittava riittävästi resurssoidusta ja pitkäkestoisesta tutkimus- ja kehittämisohjelmasta.

2. Kunnille lakisääteinen velvoite hyvinvointitilanteen seuraamiseksi ja raportoimiseksi määräajoin

Valtion ja kuntien työnjako hyvinvointivastuun kantamisessa muuttui ratkaisevasti 1990-luvulla. Uusi kuntalaki velvoittaa kuntia edistämään hyvinvointia ja kestävä kehitystä. Kuntien itsenäisyys ei kuitenkaan ole rajoittamaton, vaan kuntalaissa esitettyjen perustelujen mukaan niiden tulee ottaa huomioon kansalliset arvot ja tavoitteet. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan valtio ei voi antaa yleisiä normiluonteisia ohjeita kuntien hyvinvointipolitiikalle. Kunnilla ei myöskään ole lakisääteistä velvoitetta seurata kuntalaisten hyvinvoinnin kehitystä.

Eri hallintosektoreiden lainsäädännössä on eri tavoin otettu huomioon kuntien uusi hyvinvointivastuu. Sosiaali- ja terveyssektoreiden lait on pääosin valmisteltu 1960- ja 1970-luvuilla. Niissä ei ole otettu huomioon hyvinvointivastuun mukanaan tuomia uusia tehtäviä kunnille. Koulutuslainsäädäntöä on uusittu viime vuosina. Koululakien mukaan valtioneuvosto ja opetushallitus vahvistavat opetussuunnitelmien valtakunnalliset perusteet. Koulutuksen järjestäjillä on velvollisuus valmistella kunta- ja koulukohtaiset opetussuunnitelmat ja arvioida tavoitteiden toteutumista sisäisellä ja ulkoisella arvioinnilla.

Toistaiseksi kuntien hyvinvointipoliittinen strategiatyö ja sen tueksi tarvittava valmistelu perustuu kokonaan jokaisen kunnan omaan harkintaan. Jos hyvinvointipoliittinen strategiatyö jää jatkossakin harkinnanvaraiseksi, kuntien väliset erot tulevat varsin todennäköisesti nopeasti kasvamaan. Aktiivisesti hyvinvointistrategiaansa selvittävät kunnat oppivat valmistelutyön, varaavat siihen voimavaroja ja rakentavat yhä paremmin toimivia seuranta- ja raportointimenettelyjä, jolloin niiden mahdollisuudet tarkemmin harkittuun omaan strategiseen linjaan myös paranevat.

Valtakunnallisesta sosiaali- ja terveystietokannasta on säädetty oma lakinsa. Puuttumatta kuntien hyvinvointipolitiikan tavoitteisiin tai toteuttamiseen olisi harkittava kuntalain yleisen hyvinvoinnin edistämiselvoitteen täsmentämistä lailla, joka edellyttäisi, että jokaisessa kunnassa tulisi seurata kuntalaisten hyvinvoinnin kehitystä ja ainakin kerran valtuustokaudessa raportoida hyvinvointikehityksestä ja kunnan hyvinvointipolitiikan tuloksista valtuustolle.

Kirjallisuutta

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

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

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

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

Hyvinvoinnin palapeli, Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2002.

Ideakortti 2/99. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Stakes.

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

Kansanterveyskertomus 1996, STM julkaisuja.

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

Kirjanpitoasetus 1339/1997, www.finlex.fi.

Kirjanpitolaki 1336/1997, www.finlex.fi.

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

Kuntalaki 365/1995 (ja muutoslait), www.finlex.fi.

Laki kansanterveyskertomuksen antamisesta eduskunnalle 1238/1995, www.finlex.fi.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992 (ja muutoslait), www.finlex.fi.

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

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

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

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

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

Oulasvirta, Lasse (1996): Kuinka kunta toimii. Kuntakoulutus Oy. Gummerus Kirjapaino Oy.

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

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

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

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

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

Rauman seudun kuntien lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko 2002.

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

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

Sosiaali- ja terveystiedon kertomus 2002, STM julkaisu. www.stm.fi.

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

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

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

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

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

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

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

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

www

www.verkkotato.net

www.who.dk/healthy-cities

www.terveys2015.fi

www.stm.fi

www.stakes.fi/hyvinvointi/khs

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

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

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

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

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

www.ktl.fi

www.kela.fi

www.statfin.fi

www.stat.fi

www.kuntaliitto.fi

www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/

LIITE I

Valtakunnallisia tietolähteitä

Lähde: Luonnon Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutumisen seurantaindikaattorit (muokattu KTL:n, Stakesin ja TTL:n tekemästä esityksestä)

Lapsia ja nuoria koskevia väestötutkimustietoja

Nuorten terveystapatutkimuksessa (NTT) on seurattu vuodesta 1977 alkaen joka toinen vuosi valtakunnallisin postikyselyin 12-18-vuotiaiden nuorten terveyttä ja terveystottumuksia vertailukelpoisin menetelmin. Tuorein kysely on vuodelta 2001.

Kouluterveyskyselyssä (KTK) kootaan tietoa 14-18-vuotiaiden koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista kuntien ja koulujen käyttöön. Tutkimuksia on tehty vuosittain 1995 lähtien. Kouluterveyskysely tehdään samoissa kunnissa joka toinen vuosi. Parillisina vuosina kyselyyn osallistuvat Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnat ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänien kunnat.

WHO-koululaistutkimuksen survey-aineistot kerätään kyselylomakkeilla koululuokissa. Koko maata edustavat aineistot on kerätty vuosina -84, -86, -90, -94, -98 ja 2002. Tutkimuksessa on 11-, 13- ja 15-vuotiaita koululaisia. Tutkimukseen osallistuu Suomen lisäksi n. 30 Euroopan maata sekä Israel, Kanada ja Yhdysvallat. Suomessa tutkimusta koordinoi Jyväskylän yliopisto.

ESPAD-tutkimus. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs on toteutettu Suomessa vuosina 1995 ja 1999. Tutkimus on tuottanut koko maan koululaisiin (9.lk=15-16 v.) yleistettävää tietoa huumeiden käytöstä ja niissä tapahtuvista muutoksista. Suomen lisäksi tutkimus on tehty n. 30 Euroopan maassa. Tutkimusta koordinoi Suomessa Stakes.

Lapsia ja nuoria on ollut mukana myös Kansaneläkelaitoksen (ja Stakesin) toteuttamissa **Terveydenhuollon väestötutkimuksissa (TERVA)** vuosina 1964, 1968, 1976, 1987 ja 1995-1996. Vanhemmat ovat vastanneet lasten puolesta kysymyksiin, jotka koskevat mm. pitkäaikaissairastavuutta, sairaalan vuodeosastohoitoja, avohoidon lääkarissäkäyntejä sekä reseptilääkkeiden käyttöä.

Varusmieskyselyn survey-aineistot kootaan kyselylomakkeilla nimettöminä varusmiespalvelukseen heinäkuussa astuneilta palveluksen ensi päivinä 10:ssä joukko-osastossa ympäri maata. Tutkimuksia on tehty vuodesta 1968 lähtien, mutta vuodesta 1998 lähtien vuosittain. Vuodesta 2000 lähtien otanta on perustunut saapumistarkastuksiin: vuonna 2000 otantaan tuli joka 4. ja vuosina 2001-2002 joka 5. saapumistarkastettu henkilö.

Varusmiesten kutsunta- ja tulotarkastukset. Kutsunnat pidetään maan kaikissa sotilasläänneissä vuosittain syys-marraskuussa. Ne koskevat nuorukaisia, jotka sinä vuonna täyttävät 18 vuotta, lukuun ottamatta niitä, jotka on hyväksytty palvelukseen vapaaehtoisena. Puolustusvoimien joukko-osastot (varuskunnat) järjestävät varusmiespalvelukseen astuneiden tulotarkastukset (saapumistarkastus) 14 päivän kuluessa palvelukseen astumisesta. Palvelukseen astumisen jälkeen suoritettavassa saapumistarkastuksessa määritetään alokkaiden palveluskelpoisuusluokka varusmiespalvelusta varten ja annetaan rokotukset vuosittain tarkastetun rokotusohjelman mukaan. Saapumistarkastuksessa tehdään terveyteen liittyviä mittauksia (kuten pituus, paino, näkö ja värinäkö, kuulo sekä verenpaine) ja kokeita sekä erillinen hammastarkastus.

Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen *Kriminologisen yksikön* tutkimuksen keskeisiä painopiste-alueita on rikollisuuskehityksen ja kontrollijärjestelmän toiminnan seuranta ja arviointi. Laitos on osallistunut lukuisiin piilorikollisuutta ja rikosvahinkoja kartoittaviin uhritutkimuksiin, joissa on tietoja myös lapsiin ja nuoriin liittyvästä rikollisuudesta sekä Suomessa että ulkomailla.

Työkäisiä koskevia väestöaineistoja

Aikuisväestön terveystapakysely (AVTK) on vuodesta 1978 lähtien KTL:n vuosittain toteutama postikyselytutkimus. Otoksena on n. 5000 henkilön valtakunnallisesti edustava otos 15-64-vuotiaita. Kyselyssä tiedusteltiin terveydentilaa, pitkäaikaissairauksia, oireita, lääkkeiden käyttöä, tupakointia, ravintotottumuksia, alkoholin käyttöä, liikuntaa sekä sosiaalista altistumista huumeille.

FINRISKI-tutkimuksia on tehty vuodesta 1972 lähtien 5 vuoden välein. Noin 10 000 henkilön otokselle (25-64-v) on tehty suppeahko terveystarkastus. Vuosina 1997 ja 2002 FINRISKI-tutkimuksessa oli mukana myös 65-74-vuotiaita henkilöitä.

Terveys 2000 -tutkimuksessa tehtiin perusteellinen terveystarkastus vuosina 2000-2001 10 000:n aikuisen otokselle. Terveystarkastukseen osallistuivat 30 vuotta täyttäneet ja 18-29-vuotiaille tehtiin heille suunnattu haastattelu. Mini-Suomi-tutkimus oli vastaava vuosina 1978-1980 30 vuotta täyttäneille suoritettu terveystarkastustutkimus.

Tilastokeskus on osallistunut Eurooppalaiseen elinolotutkimukseen (European Community of Household Panel, **ECHP**). Tietoja on kerätty samoilta kotitalouksilta haastattelemalla vuosittain 1996-2001. Tutkimus kohdistui yli 15-vuotiaisiin ja siinä selvitettiin mm. terveydentilaa, pitkäaikaissairauksia, toimintakykyä, sairaalassaolopäiviä, sairaalakäyntejä, lääkarissäkäyntejä, tupakointia, pituutta ja painoa. Jatkossa Tilastokeskus osallistuu EU:n rahoittamaan tuloja ja elinoloja tarkastelemaan tutkimukseen (Statistics on Income and Living Conditions, **EU-SILC**). Terveyttä koskevilla kysymyksillä kartoitetaan yleistä terveydentilaa, pitkäaikaissairastavuutta, toimintakykyä ja terveyspalvelujen saatavuutta. Suomessa EU-SILC aloitetaan vuonna 2004.

Tilastokeskus toteuttaa **Eurobarometri**-tutkimuksia (Eurostat), joista seuraavassa on kysymyksiä ympäristön terveysvaikutuksista. Eurobarometrissa on myös kysytty väestön tyytyväisyyttä terveyspalveluihin ainakin vuosina 1996, 1998 ja mahdollisesti vuonna 2002.

Tilastokeskus toteuttaa lisäksi **European Social Survey (ESS) -tutkimusta**, jossa teemoja ovat ajankohtaiset yhteiskunnalliset kysymykset, kuten sosiaalinen asema, sosiaaliset verkostot ja sosiaaliset rakenteet. Kansalaisten toimintaa selvitetään mm. elämäntapoja ja yhteiskunnallista osallistumista vertaamalla. Myös asenteet ja arvot ovat kiinnostuksen kohteena eri tieteenalojen näkökulmista. Lisäksi ESS:ssä kysytään kansalaisten koettua terveyttä ja terveyspalveluiden saatavuutta. Tutkimusta toteutetaan vuodesta 2002 lähtien (aineistot käytettävissä viimeistään 7/2003).

Työolotutkimus on Tilastokeskus tekemä käyntihaastattelu palkansaajien keskuudessa. Tutkimus on tehty vuosina 1984, 1990, ja 1997. Seuraavan kerran tutkimus on tarkoitus tehdä vuonna 2003.

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen tiedot kerätään puhelinhaastattelulla ja sen kuukausittainen otos on noin 12 000 henkeä. Tutkimus sisältää tietoja 15-74-vuotiaan väestön työhön osallistumisesta, työllisyydestä, työttömyydestä ja työajoista.

Työ ja terveys Suomessa haastattelututkimus on Työterveyslaitoksen 3 vuoden välein toteut-
tama puhelinhaastattelututkimus koko työikäisen väestön keskuudessa. Tutkimus on tehty vuo-
sina 1997 ja 2000. Seuraava tutkimus on vuonna 2003.

TYKY-barometri on tehty vuosina 1998 ja 2001 ja se toistetaan 3 vuoden välein. Sen avulla
pyritään saamaan kuva suomalaisten työpaikkojen työkykyä ylläpitävästä toiminnasta.

Työministeriö tekee vuosittain noin 1000 henkilölle puhelinhaastatteluna **työolobarometrin**.

Tilastokeskus toteuttaa Suomessa kansainvälistä **ISSP**-tutkimusta (International Social Survey
Programme), jossa on kysytty pitääkö ympäristöä riskinä terveydelle (yleensä, ei omalle tervey-
delle). Satunnaisotos 17-74-vuotiaita suomalaisia. Tehty v. 2000 ja seuraava v. 2006/2007?.

Tilastokeskus ja Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tekevät tutkimuksia ympäristön **turvallisu-
udesta**.

lääkkeitä koskevia väestötutkimusaineistoja

Eläkeläisväestön terveystapakysely (EVTK) on vuodesta 1985 lähtien joka toinen vuosi
toteutettu postikyselytutkimus eläkeikäisen väestön keskuudessa (KTL). Vuodesta 1993 lähtien
on kyselyssä ollut mukana 65-84-vuotiaita 2400 henkilön otos.

FINRISKI-senioritutkimuksessa tutkittiin 1500 henkilön otos 65-74-vuotiaita suomalaisia.
Tutkimusalueina olivat Helsinki+Vantaa ja Pohjois-Karjala.

Terveys 2000 -tutkimuksessa oli mukana myös 65-99-vuotiaita. Heille tehtiin perusteellinen
terveystarkastus. Kotikäyntien avulla osallistumisprosentti saatiin korkeaksi myös kaikkein van-
himmissa ikäluokissa.

Rekisteriaineistoja

- Tartuntatautirekisteri (KTL)
- Rokotusrekisteri (KTL/ROKO kehittämässä)
- Sairaalainfektioiden ja mikrobilääkeresistenssin seurantajärjestelmät (KTL)
- Kuolemansyytilasto (Tilastokeskus)
- Väestömuutostilasto (Tilastokeskus)
- Tilastokeskuksen yhdistetyt rekisteriaineistot (mm. EKSJ eli kuolemansyyrekisteri yhdistet-
tynä väestönlaskentatietoihin)
- Rikostilastot (Tilastokeskus)
- Poliisin rekisterit
- Hoitoilmoitusrekisteri (Stakes)
 - sosiaalihuollon laitoshoido
 - terveydenhuollon laitoshoido
 - kotihoidon asiakaslaskenta

- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta (SOTKA) (Stakes) kuvaa kunnallistaloutta,
väestöä, perheitä, asumista, sairastavuutta ja kuolleisuutta, sosiaali- ja terveydenhuollon
työvoimaa, kustannuksia sekä palveluiden käyttöä
- Kuntatilastot (Stakes)
- Raskaudenkeskeyttämis- ja sterilointirekisteri (Stakes)
- Syntyneiden lasten rekisteri (Stakes)
- Epämuodostumarekisteri (Stakes)
- Syöpärekisteri (Stakes / Suomen Syöpärekisteri)
- Työtapaturma- ja ammattitautitilastot. Tiedot työtapaturmista kertyvät
Tapaturmavakuutuslaitosten liiton (TVL) ja MELA:n rekistereihin, joiden pohjalta

Tilastokeskus laatii virallisen työtapaturmatilaston (vuosittain). Työterveyslaitos raportoi rekisteritiedot ammattitaudeista vuosittain

- Työterveyslaitoksen työhygieenisten altistumismittausten rekisteri
- Työterveyslaitoksen biologisten altistumismittausten rekisteri
- Kansaneläkelaitoksen rekisterit ja tilastot
 - sairauspäivärahat (otoksessa tautitieto)
 - erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut
 - lääkekorvaukset
 - lääkemääräykset
 - yksityisten terveyspalvelujen käyttö
 - työkyvyttömyys- ja muut eläkkeet
 - lapsen hoitotuki
 - vammaistuki
 - Sosiaalivakuutuksen tietokanta (SOVAKA)
- Työeläkejärjestelmän rekisterit ja tilastot (Eläketurvakeskus, eläkelaitokset)
 - työkyvyttömyys- ja muut eläkkeet
- Koulutodistusaineisto (peruskoulun päättöluokkalaisten keskiarvojen rekisteri), OPTI-tietokanta (mm. erityisopetusta saavat lapset)
- Valtion nuorisoesiäineuvottelukunnan (NUORA) tietokanta 15-29-vuotiaiden elinolo-osoittimista

LIITE 2

Stakesin indikaattoripankin tämän hetkiset hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit

INDIKAATTORI	TIETOLÄHDE
Yleiset	
Väestö yhteensä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
0-6 -vuotiaat % väestöstä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
7-15 -vuotiaat % väestöstä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
16-24 -vuotiaat % väestöstä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
25-64 -vuotiaat % väestöstä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
65-74 -vuotiaat % väestöstä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
75 vuotta täyttäneet % väestöstä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
Väestö yhteensä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot (Sotka)
0-6 -vuotiaat % väestöstä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot (Sotka)
7-15 -vuotiaat % väestöstä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot
16-24 -vuotiaat % väestöstä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot
25-64 -vuotiaat % väestöstä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot (Sotka)
65-74 -vuotiaat % väestöstä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot (Sotka)
75 vuotta täyttäneitä % väestöstä, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuonna 2010	Tilastokeskus/ väestötilastot (Sotka)
Kuolleisuus 100 000 asukasta kohti	Tilastokeskus/ Henkilötilastot /kuolemansyyt
Yleinen hedelmällisyysluku	Stakes/ syntymärekisteri
Kunnan nettomuutto 1000 asukasta kohti	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
Muu kuin suomi tai ruotsi äidinkielenä 1000 asukasta kohti	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ väestötilastot
Lapsiperheet, % -osuus perheistä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
Koulutustasomittain	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ tutkintorekisteri
Työttömät, % -osuus työvoimasta	Sotka (Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ työssäkäyntitilasto)
Ahtaasti asuvat asuntokunnat, % kaikista asuntokunnista	Sotka (Tilastokeskus/ asuinolot)
Elatussuhde	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ väestötilastot
Sairastavuusindeksi	Kela
Poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset/ 1000 asukasta	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ oikeustilastot
Lapset ja nuoret	
Yksinhuoltajaperheet, % lapsiperheistä	Sotka (Tilastokeskus/ väestötilastot)
Nuorisotyöttömät, % 15-24 -vuotiaasta työvoimasta	Sotka (Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ työssäkäyntitilasto)
Köyhissä asuntokunnissa asuvien lasten osuus kaikista 0-17 -vuotiaista lapsista, %	Tilastokeskus/ Elinolot/ tulonjakotilasto
Toimeentulotukea saaneet 18-24-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Stakes/ Toimeentulotukitilasto
Ahtaasti asuvat lapsiasuntokunnat % kaikista lapsiasuntokunnista	Sotka (Tilastokeskus/ asuinolot)
Koulun fyysisissä työoloissa puutteita, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Vanhemmuuden puutetta, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Koulutuksen ulkopuolelle jääneitä 17-24 -vuotiaita/ 1000 vastaavan ikäistä	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ oppilasvirtatilastot
Eryityskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 0-15 -vuotiaita /1000 vastaavan ikäistä	KELA/ lääkekorvaustilasto
Eryityskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 16-24 -vuotiaita /1000 vastaavan ikäistä	KELA/ lääkekorvaustilasto
Terveydentila keskimääräinen tai huono, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Keskivaikea tai vaikea masentuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Vähintään kaksi oiretta päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Tupakoi päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Liikunnan harrastusta harvemmin kuin kerran viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset /1000 15-24-vuotiaista naista	Stakes/ raskauden keskeyttämis- ja steriloisrekisteri
Ei yhtään läheistä ystävää, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Stakes/ Kouluterveyskysely, 8.-9. lk.
Mielenterveyden häiriöihin sairaalahoitoa saaneita 0-17 -vuotiaita/ 1000 vastaavan ikäistä	Stakes/ HILMO
Mielenterveyden häiriöihin sairaalahoitoa saaneita 18-24 -vuotiaita /1000 vastaavan ikäistä	Stakes/ HILMO
Tapaturman takia sairaaloissa hoidettuja 0-15 -vuotiaita/ 1000 vastaavan ikäistä	Stakes/ HILMO
Tapaturman takia sairaaloissa hoidettuja 16-24 -vuotiaita/ 1000 vastaavan ikäistä	Stakes/ HILMO
Sijoitetut lapset ja nuoret/ 1000 0-17 -vuotiaista	Stakes/ lastensuojelurekisteri
Työikäiset	
Työttömät, % 25-64 -vuotiaasta työvoimasta	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ työssäkäyntitilasto
25-64 -vuotiaat pitkäaikaistyöttömät, % vastaavanikäisistä työttömistä	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ työssäkäyntitilasto
Toimeentulotuen asiakkaat 25-64 -vuotiaista, %	Stakes/ toimeentulotukirekisteri
Toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaat 25-64 -vuotiaista, %	Stakes/ toimeentulotukirekisteri
Avohoidon lääkäriillä käynnit 15-64-vuotiailla, % vastaavan ikäisistä	Stakes/ terveydenhuollon toimintatilasto
Avioeroja 25-64 -vuotiailla /1000 vastaavanikäistä naimisissa olevaa	Tilastokeskus/ Henkilötilastot/ väestötilastot
Eryityskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 25-64 -vuotiaita/ 1000 vastaavanikäistä	Kela/ lääkekorvaustilasto
Sairauspäivärahaa saaneita 25-64 -vuotiaita /1000 vastaavan ikäistä	Kela/ sairausvakuutuskorvaukset
Työkyvyttömyyseläkkeellä 25-64-vuotiaista /1000 vastaavan ikäistä	Kela/ eläketilastot
Keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä	Eläketurvakeskus /Kela
Tapaturmien takia sairaalassa hoidetut 25-64 -vuotiaat /1000 vastaavan ikäistä	Stakes/ HILMO
Sairaalassa päättäneet hoitajaksot 25-64 -vuotiailla /1000 vastaavanikäistä	Stakes/ HILMO
Sairaalassa hoitoa saaneiden 25-64 -vuotiaiden hoitopäivät /1000 vastaavanikäistä	Stakes/ HILMO
Päihdehoidon laitoksissa hoidossa olleet 25-64-vuotiaat asiakkaat/ 1000 vastaavan ikäistä	Stakes/ HILMO
Huono-osaisuusindeksi	Kela/ Stakes
Ikääntyneet	
Täyttä kansaneläkettä saaneita 65 vuotta täyttäneistä, % vastaavan ikäisistä	Kela/ eläketilastot
Yksinasuvia 75 vuotta täyttäneistä, % vastaavan ikäisistä	Sotka (Tilastokeskus/ asuinolot)
Puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvia 65 vuotta täyttäneistä, %	Tilastokeskus/ asunto- ja rakennuskanta
Eryityskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneistä, /1000 vastaavanikäistä	Kela/ lääkekorvaustilasto
Sairaala- tai laitoshoidossa olevat 75-vuotta täyttäneistä, % vastaavan ikäisistä	Stakes/ HILMO
Eryityskorvattaviin lääkkeisiin mielenenterveyden häiriöiden hoitoon oikeutettuja oikeutettuja 65 vuotta täyttäneistä, /1000 vastaavanikäistä	Kela/ lääkekorvaustilasto
Avohoidon lääkäriillä käynnit 65 vuotta täyttäneillä /1000 vastaavanikäistä	Stakes/ terveydenhuollon toimintatilasto (Sotka)
Kuolleisuus 65 vuotta täyttäneillä, /100 000 vastaavan ikäistä	Tilastokeskus/ kuolemansyyrekisteri
Tapaturmien takia sairaalassa hoidetut 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisistä	Stakes/ HILMO
Sairaaloiden 75 vuotta täyttäneiden somaattisen erikoissairanhoidon potilaiden hoitopäivät / 1000 vastaavanikäistä	Stakes/ HILMO

KERAVAN KAUPUNGIN HYVIVOINTIKERTOMUS 2001

Sisällys

1. Johdanto -----	2
2. Kunnan toimintaa ohjaavat hyvinvointitavoitteet -----	2
3. Kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavat tekijät -----	2
3.1. Väestö ja elinolot-----	2
3.2. Elinympäristö-----	4
4. Kuntalaisten hyvinvoinnin ilmeneminen: terveys elintavat ja elämänhallinta -----	4
4.1. Lapset ja nuoret-----	4
4.2. Aikuisväestö -----	7
4.3. Ikääntyvä väestö-----	9
5. Miten kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä huolehditaan - PALVELUJÄRJESTELMÄ: -----	10
5.1. Työllisyydestä huolehtiminen -----	10
5.2. Asuntotoiminnasta huolehtiminen -----	11
5.3. Elinympäristön suojele -----	11
5.4. Lasten ja nuorten palvelu -----	12
5.5. Aikuisväestön palvelut -----	17
5.6. Ikääntyvän väestön palvelut -----	18
6. JOHTOPÄÄTÖKSET -----	18
6.1. Ne hyvinvoinnin kehityssuunnat, joissa kehitys on ollut suotuisaa -----	19
6.2. Ne hyvinvoinnin kehityssuunnat, joissa kehitys on ollut epäsuotuisaa -----	19
6.3. Ajankohtaiset teemat ja valtakunnalliset ohjelmat -----	19
6.4. Asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointi -----	19
6.5. Muita huomioita-----	19
7. JATKOTOIMENPITEET -----	19

Liitteet

Kirjallisuus

HYVINVOINNIN PALAPELI

Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2002

SISÄLLYS

1. Johdanto -----	3
2. Kunnan hyvinvointipolitiikkaa ohjaavat lähtökohdat ja strategiat -----	5
3. Kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavat tekijät -----	6
3.1. Väestö ja elinolot -----	6
3.2. Elinympäristö -----	9
4. Kuntalaisten hyvinvoinnin ilmeneminen -----	10
4.1. Terveys ja toimintakyky sekä sairauksien hoito -----	10
4.2. Terveyskäyttäytyminen -----	18
4.3. Elämänhallinta -----	19
5. Miten kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä huolehditaan? -----	20
5.1. Työllisyydestä huolehtiminen -----	20
5.2. Asuntotoiminnasta huolehtiminen -----	21
5.3. Elinympäristön kehittäminen -----	22
5.4. Sosiaalipalvelut -----	25
5.5. Terveyspalvelut -----	36
5.6. Opetuspalvelut -----	42
5.7. Ruokapalvelut -----	44
5.8. Palo- ja pelastustoimen palvelut -----	44
5.9. Harrastus- ja kulttuuripalvelut -----	44
6. Johtopäätökset -----	46
6.1. Myönteisiä hyvinvoinnin ulottuvuuksia -----	46
6.2. Hyvinvoinnin kehittämisen tarpeita -----	47
6.3 Ajankohtaisia hankkeita hyvinvoinnin edistämiseksi -----	49

HYVINVOINNIN PALAPELI

Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2002

Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja 2/2003

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

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

KUNTIEN HYVINVOINTI-INDIKAATTORIT

Hyvinvointikertomuksen indikaattoriluettelo sellaisena, kuin Hyvinvointikertomus-työryhmä jätti sen keväällä 2002. (www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/hyvinvointikertomus/tieto.htm)

Sisällys

1. Väestö ja elinolot	2
2. Elinympäristö	3
3. Lasten ja nuorten terveys	4
4. Lasten ja nuorten elämäntavat.....	5
5. Lasten ja nuorten elämänhallinta	6
6. Aikuisväestön terveys (pääsääntöisesti 18 - 64-vuotiaat).....	7
7. Aikuisväestön elämäntavat	8
8. Aikuisväestön elämänhallinta	8
9. Ikääntyvän väestön terveys (65 v. täyttäneet).....	9
10. Ikääntyvän väestön elintavat.....	10
11. Ikääntyvän väestön elämänhallinta	10
12. Työllisyyden hoitaminen.....	11
13. Asuntotoiminta.....	11
14. Elinympäristön suojele	12
15. Lasten ja nuorten palvelujen toimivuus (saatavuus ja käyttö).....	13
16. Aikuisväestön palvelujen toimivuus (saatavuus, käyttö ja tyytyväisyys palveluihin).....	14
17. Ikääntyvän väestön palvelujen toimivuus (saatavuus, käyttö ja tyytyväisyys palveluihin)	15

1. Väestö ja elinolot

1.1 Väestörakenne

1.1.1. Väestö ikäryhmittäin: 0-6-v., 7-16-v., 17-24-v., 25-44-v., 45-64-v., 65-74-v. ja 75- ja yhteensä. Lähde: Sotka.

1.2 Työllisyys

1.2.1. Kokonaistyöttömyys, lkm (keskim./v) ja % työvoimasta. Lähde: Sotka.

1.2.2. Nuorisotyöttömyys, lkm (keskim./v) ja % 15-24-vuotiaasta työvoimasta. Lähde: Sotka.

1.2.3. Pitkäaikaistyöttömyys (yli 12 kk työttömänä olleet), lkm (keskim./v) ja % työvoimasta. Lähde: Sotka.

1.3 Toimeentulo

1.3.1. Tulotaso: Veronalaiset tulot, miinus verot / tulonsaaja. Lähde: Tilastokeskus.

1.3.2. Toimeentulotukea saaneet kotitaloudet lkm ja % kotitalouksista. Lähde: Sotka.

1.3.3. Toimeentulotukea saaneet nuoret (alle 25-v.) lkm ja % alle 25-vuotiaista toimeentulotukeen oikeutetuista. Lähde: Kuntatilastot.

1.3.4. Toimeentulotukea saaneet lapsiasuntokunnat kaikista lapsiasuntokunnista lkm ja %. Lähde: Sotka.

1.4 Perhetyyppi

1.4.1. Yksinhuoltajaperheet (lkm, osuus lapsiperheistä). Lähde: Sotka.

1.4.2. Yksinasuvat, lkm, %-osuus (yhden hengen asuntokunnat suhteessa kaikkiin asuntokuntiin). Lähde: Sotka.

1.4.3. Lapsiperheet (lkm, %-osuus kaikista perheistä). Lähde: Sotka.

1.5 Koulutus

1.5.1 Keski- tai korkea-asteen tutkinnon suorittaneet, lkm ja % 15 v. täyttäneestä väestöstä. Lähde: TK/StatFin.

1.5.2. Ei perusopetuksen päättötodistusta, lkm peruskoulunsa päättäneistä 9.-luokan oppilaista ja % ikäryhmästä. Lähde: Kuntatilastot.

1.6 Asuminen

1.6.1. Asumisväljyys m²/henkilö. Lähde: Kunnat/TK.

1.6.2. Ahtaasti asuvat asunto-kunnat yhteensä, lkm ja % kaikista asuntokunnista. Lähde: Sotka.

1.6.3. Ahtaasti asuvat lapsiasuntokunnat, lkm ja % kaikista lapsiasuntokunnista. Lähde: Sotka.

1.6.4. Asunnottomat yksinäiset, lkm ja /1000 as. Lähde: Sotka.

1.7 Muuttaminen

1.7.1 Kokonaisuutto kunnasta pois. Lähde: TK/StatFin.

1.7.2 Kokonaisuutto kuntaan. Lähde: TK/StatFin.

2. Elinympäristö

2.1. Ilman laatu

2.1.1. Ilmanlaadun vaikutus ympäristöön (kuvaa ilmanlaadun vaikutusta ympäristöön IAP-indeksillä kuvattuna). Tarkasteluväli: 1* /4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (ympäristönsuojelu).

2.1.2. Ulkoilmanlaatu: Ilmanlaatuindeksi. Ilmoitetaan niiden päivien lukumäärä, joina ilmalaatu on hyvälaatuista. Tarkasteluväli: 1 vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (ympäristönsuojelu).

2.1.3. Sisäilmanlaatu kouluissa ja päiväkodeissa: huoneiden hiilidioksidipitoisuus. Tarkasteluväli: 1 vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (terveysvalvonta).

2.1.4. Sisäilmanlaatu asunnoissa: toimenpidepyyntöjen määrä/1000 as. Tarkasteluväli: 1 vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (terveysvalvonta).

2.1.5. Huono sisäilma oppilaiden itsensä kokemana (Kouluterveyskysely; kys 13:Kouluissa vastaus kysymykseen: haittaavatko seuraavat seikat työskentelyä koulussasi /"huono ilmanvaihto". Niiden osuus, jotka vastanneet joko melko paljon tai erittäin paljon.). Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 13.

2.2. Veden laatu

2.2.1. Talousvesi: Suositukset ja vaatimukset täyttävien vesinäytteiden osuus:

1) Isoissa ja pienissä vesilaitoksissa.

2) yksityistä kaivoista ja muista yksityisistä vesilähteistä.

tarkasteluväli: 1 vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (terveysvalvonta).

2.2.2. Vesistöt. Mittari: vesistöjen virkistyskäyttöluokitus. Ilmoitetaan vesistöjen pinta-alan jakautuminen eri luokkiin. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Alueelliset ympäristökeskukset.

2.3. Melu

Suosittelaa seurattavaksi kunnissa, joissa melutilanne ongelmallinen.

2.3.1. Melutilanne: Mittari: yli 55 dB (LAeq, klo 7-22 ja LDEN) melualueella asuvien suhteellinen osuus. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (ympäristönsuojelu) ja kaupunkisuunnittelu.

2.3.2. Melun häiritsevyys: Ympäristömelumelun häiritsevyys asukkaiden itsensä kokemana. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Kysely.

2.4. Säteily

Suosittelaa seurattavaksi niissä kunnissa, joissa on radon-ongelma STUK:in luokituksen mukaan.

2.4.1. Radon-pitoisuus asunnoissa. Ilmoitetaan 200 ja 400 Bq ylittävien asuntojen osuus ja kunnan keskiarvo. Tarkasteluväli: 1 vuosi. Lähde: Säteilyturvakeskus ja ympäristötoimi (terveysvalvonta). (Kunta saa yksityisten tekemien mittausten tulokset STUK:lta.)

2.5. Lähiympäristön viihtyisyys

Suosittelaa otettavaksi käyttöön kaupungistuneissa kunnissa.

2.5.1. Puistojen ja lähivirkistysalueiden määrä / asukas. Tarkastellaan asemakaava-alueella V-alkuisten viher- ja virkistysalueiden määrää. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Kaupunkisuunnittelu (kaavoitus) ja puisto-osastot.

2.6. Lähiympäristön turvallisuus

2.6.1. Koti- ja perheväkivalta: koti- tai perheväkivallan takia tehdyt hälytyskäynnit lkm/ vuosi, lkm/1000 as. Tarkasteluväli: 1 vuosi. Lähde: Poliisin päivystystilastot.

2.6.2. Turvallisuuden tunne: Poliisin turvallisuusbarometri. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Kysely.

3. Lasten ja nuorten terveys

3.1. Sairastavuus

3.1.1. Koettu terveyden tila: Pitää terveydentilaansa huonona / % vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 21.

3.1.2. Sairastavuus tautiryhmittäin: pot. / 1000 as.(10 yleisintä) ja hoitopäivät / pot. sekä 3 diagnoosia, joiden hoitamiseen käytetty eniten hoitopäiviä: 0-18-vuotiaat. Vuodet 1998-2000. Lähde: HILMO - hoitoilmoitusrekisteri.

3.1.3. Yleisimpien oireiden esiintyvyys viimeisen puolen vuoden aikana. Niiden osuus (%), joilla vähintään 2 päivittäistä oiretta. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 31.

3.1.4. Mielenterveys: Masentuneisuus nuorilla: keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta sairastavien lkm ja %-osuus R-BDI mielialamittarilla arvioituna. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 36-48.

3.2. Suun terveys

3.2.1. D-indeksi: Niiden 6- ja 18-vuotiaiden, joilla on tarkastuksessa ilmenevää, uutta kariesta pysyvissä hampaissa, osuudet (%) ikäluokasta. Lähde: Kunnan hammashuollon tilastot.

3.3. Lääkkeiden käyttö

3.3.1. Erityiskorvattavien lääkkeiden 0-24-vuotiaat saajat, % as. Lähde: Kela.

3.3.2. Mielenterveyden häiriöiden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden määrä 0-24-vuotiailla, DDD /1000 asukasta/vrk. Lähde: Kela.

3.4. Ylipainoisuus

3.4.1. Niiden osuus, joilla suhteellinen paino vähintään +20%. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 20.

3.5. Tapaturmat

3.5.1. Vapaa-ajan tapaturmien määrä lkm ja / 1000 as./vuosi (vammojen ja myrkytysten sairaalahoito): 0-6-v., 7-14-v., 15-24-v. Lähde: Sotka.

3.5.2. Liikennetapaturmien takia hoidetut lapset ja nuoret; hoitopäivät, hoitopäivät/potilas ja potilaita/1000 as. Lähde: Hilmo (hoitoon tulosyy V01-V99).

3.5.3. Nuorten väkivaltainen kuolema -mittari tarkentuu vastaamaan Terveys 2015 -ohjelman indikaattoria. Lähde:

3.6. Seksuaaliterveys

3.6.1. Nuoren seksuaalitetouden taso on huono. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 64.

4. Lasten ja nuorten elämäntavat

4.1 Harrastuneisuus

4.1.1. Nuorilla ainakin yksi säännöllinen harrastus. Lähde: Kysely.

4.1.2. Harrastaa liikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa, / % vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 103.

4.2 Päihteiden käyttö

4.2.1. Päivittäin tupakoivien %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 85.

4.2.2. Päivittäin nuuskaavien poikien %-osuus vastanneista pojista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 83.

4.2.3. Tosihumalassa vähintään kerran kuukaudessa, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 92.

4.2.4. Alkoholin käyttöä viikoittain, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 93.

4.2.5. Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 100.

4.2.6. Kokeillut muita huumaavia aineita ainakin kerran, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 100.

4.3. Altistuminen tupakan savulle

4.3.1. Niiden osuus, jotka eivät itse tupakoi, mutta altistuvat kuitenkin säännöllisesti tupakansavulle. Lähde: Kysely.

5. Lasten ja nuorten elämänhallinta

5.1. Koulukiusaaminen

5.1.1. Koulukiusattuna vähintään 1*/vko, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 18-19.

5.1.2. Koulukiusaajana vähintään 1*/vko, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 18-19.

5.2 Koulun työilmapiiriongelmat

5.2.1. Oppilaiden mielestä koulun työilmapiirissä on ongelmia, % peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista. Summamuuttuja 9 eri väittämän vastausten pohjalta. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 9, 13, 14.

5.3. Huoli lasten kehityksen ja terveyden vaarantumisesta

5.3.1. Huolen alueella, vyöhykkeet 1-7, olevien alle 7-vuotiaiden lkm ja %-osuus seurantajakson (1 viikko) aikana päivähoidossa olleista ja lastenneuvolassa kävijöistä. Lähde: Päiväkotihenkilöstön ja terveydenhoitajien haastattelut.

5.4. Ystävyyssuhteet

5.4.1. Ei yhtään läheistä ystävää, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 128.

5.5. Läsnäolo koulussa

5.5.1. Koululaisten poissaoloprosentti oppilaiden itsensä kertomana: sairauden takia yli 2 päivää/kk poissaolleiden %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 16.

5.5.2. Koululaisten poissaoloprosentti oppilaiden itsensä kertomana: lintsauksen takia yli 2 päivää/kk poissaolleiden %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 16.

5.6. Peruskoulunsa päättäneiden elämäntilanne

5.6.1. Sijoittuminen jatko-opintoihin peruskoulun jälkeen vuoden kuluessa. Lähde: Kuntatilastot.

5.7. Koulumenestys

5.7.1. Keskiarvo alle 6,5, lkm ja %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 10.

5.7.2. Opiskeluvaikeuksia, %-osuus vastanneista. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 14.

5.8 Nuorisorikollisuus

5.8.1. Omaisuusrikollisuus: Poliisin vuoden aikana selvittämiin omaisuusrikoksiin syylliseksi epäiltyjä alle 21-vuotiaita (lkm, %-osuus ikäryhmästä). Lähde: TK/StatFin.

5.8.2. Väkivaltarikollisuus: Poliisin vuoden aikana selvittämiin väkivaltarikoksiin (henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset) syylliseksi epäiltyjä alle 21-vuotiaita (lkm, %-osuus ikäryhmästä). Lähde: TK/StatFin.

5.8.3. Huumerikollisuus: Poliisin vuoden aikana selvittämiin huumerikoksiin syylliseksi epäiltyjä alle 21-vuotiaita (lkm, %-osuus ikäryhmästä). Lähde: TK/StatFin.

6. Aikuisväestön terveys (pääsääntöisesti 18 - 64-vuotiaat)

6.1. Koettu terveydentila

6.1.1. Käytetään WHO:n suosittamaa tiedonkeruu-välinettä. RAND-36; indeksi kysymyksistä 1, 33, 34, 35, 36. Lähde: Kysely.

6.2. Sairastavuus

6.2.1. Sairastavuus tautiryhmittäin, pot./ 1000 as. (10 yleisintä) ja hoitopäivät/pot. Sekä 3 diagnoosia, joiden hoitamiseen käytetty eniten hoitopäiviä: 19-64-v. Vuodet 1998-2000. Lähde: HILMO - hoitoilmoitusrekisteri.

6.2.2 Sairauspäivärahan saajien vakioitu indeksi. Lähde: Sotka.

6.2.3. Itsearvioitu mielenterveys: Keskivakavasta tai vakavasta masennuksesta kärsivien lkm ja % vastanneista 18-64-vuotiaista. Käytetään SF-mittariin sisältyvää 5-kohtaista mielenterveyteen liittyvää kysymysosiota. Lähde: Kysely.

6.3. Suun terveys

6.3.1. Hampaiden lkm: 18-64-vuotiaat, joilla on vähintään 20 toimivaa hammasta, % vuoden aikana tarkastetuista. Lähde: Kuntatilastot.

6.4 Lääkkeiden käyttö

6.4.1 Erytyiskorvattavien lääkkeiden saajien ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Lähde: Kela.

6.4.2. Mielenterveyden häiriöiden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden määrä 25-64-vuotiailla, DDD/1000 asukasta/vrk. Lähde: Kela.

6.5 Työkykyisyys

6.5.1. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, lkm/ 1000 työkäistä ja ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Lähde: Sotka.

6.5.2. Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveydenhäiriöiden takia olevat, lkm ja /1000 19-64-vuotiaista. Lähde: Sotka. Ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

6.5.3. Työkyvyttömyyseläkkeellä verenkierroelinten sairauksien takia olevat, lkm ja /1000 19-64-vuotiaista. Lähde: Sotka. Ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

6.5.4. Työkyvyttömyyseläkkeellä TULE-sairauksien takia olevat lkm ja /1000 19-64-vuotiaista. Lähde: Sotka.

6.6. Kuolleisuus

6.6.1 Kuolleiden lkm ja ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuus. Lähde: Sotka. Ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

6.7. Tapaturmat

6.7.1. Vapaa-ajan tapaturmien määrä/vuosi/ 10000 as. Lähde: Sotka.

6.7.2. Liikennetapaturmien määrä. Lähde: Sotka.

6.7.3. Liikennetapaturmien takia hoidetut potilaat, hoitopäivät, hoitopäivät/potilas ja potilaita/1000 as. Lähde: Hilmo (hoitoon tulosy V01-V99).

6.8. Ylipainoisuus

6.8.1. Painoindeksi vähintään 30. Lähde: Kysely.

7. Aikuisväestön elämäntavat

* kaikki kohdan 7 tiedot saadaan erilliskyselyillä (voidaan käyttää KTL:n laajennettua AVTK-kysymyslomakkeistoa)

7.1. Ravitseminen

7.1.1. Maidon laatu/rasvaisuus.

7.1.2. Leipärasvan laatu.

7.1.3. Suolan käyttö.

7.1.4. Kasvisten käyttö.

7.2. Harrastuneisuus

7.2.1. Ainakin yksi säännöllinen harrastus.

7.2.2. Harrastaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa.

7.3. Päihteiden käyttö

7.3.1. Päivittäin tupakoivien lkm ja %-osuus vastanneista.

7.3.2. Alkoholin kulutus/annosta (12 g alkoholia) /vko.

7.3.3. Huumeita 2-4 kertaa tai useammin viimeisen vuoden aikana käyttäneiden lkm ja %-osuus.

7.3.4. Päihteiden käytön laajuus hnk:n arvioimana: 1 vrk:n päihdetapauslaskenta.

7.4. Altistuminen tupakan savulle

7.4.1. Niiden osuus, jotka eivät itse tupakoi, mutta altistuvat kuitenkin säännöllisesti tupakansavulle.

8. Aikuisväestön elämänhallinta

8.1. Tyytyväisyys elämään

8.1.1. Niiden 18-64-vuotiaiden osuus, jotka kokevat, että heillä on mielekästä tekemistä. Lähde: Kysely.

8.2. Vaikutusmahdollisuudet

8.2.1. Koettu mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon 18-64-vuotiailla. Lähde: Kysely.

8.2.2. Äänestysprosentti kunnallisvaaleissa. Lähde: TK/StatFin.

8.3. Ystävyysuhteet

8.3.1. Vähintään 1*/vko kontakti sukulaisiin, ystäviin, tuttuihin jne. Lähde: Kysely.

8.4. Rikollisuus

8.4.1. Omaisuusrikollisuus: Poliisin vuoden aikana selvittämiin omaisuusrikoksiin syylliseksi epäiltyjä 21-64-vuotiaita (lkm, %-osuus ikäryhmästä). Lähde: TK/StatFin, ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

8.4.2. Väkivaltarikollisuus: poliisin vuoden aikana selvittämiin väkivaltarikoksiin syylliseksi epäiltyjä 21-64-vuotiaita (lkm, %-osuus ikäryhmästä) l. henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset. Lähde: TK/StatFin, ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

8.4.3. Huumerikollisuus: poliisin vuoden aikana selvittämiin huumerikoksiin syylliseksi epäiltyjä (lkm, %-osuus ikäryhmästä). Lähde: TK/StatFin, ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

9. Ikääntyvän väestön terveys (65 v. täyttäneet)

9.1. Koettu terveydentila

9.1.1. Terveystilaansa hyvänä tai erittäin hyvänä pitävät 65 v. täyttäneet, % vastanneista. RAND-36-mittari: indeksi kysymyksistä 1, 33, 34, 35, 36. Lähde: Kysely.

9.2. Sairastavuus

9.2.1. Sairastavuus tautiryhmittäin, pot./ 1000 as. (10 yleisintä) ja hoitopäivät /pot. Sekä 3 diagnoosia, joiden hoitamiseen käytetty eniten hoitopäiviä: >65-v. Vuodet 1998-2000. Lähde: HILMO - hoitoilmoitusrekisteri.

9.2.2. Itsearvioitu mielenterveys: Keskivakavasta tai vakavasta masennuksesta kärsivien lkm ja % vastanneista 65 v. täyttäneistä. Käytetään SF-mittariin sisältyvää 5-kohtaista mielenterveyteen liittyvää kysymysosiota. Lähde: Kysely.

9.3. Suun terveys

9.3.1. Hampaiden lkm: Niiden yli 64-vuotiaiden, joilla on vähintään 20 toimivaa hammasta. Lähde: Kuntatilastot.

9.4. Lääkkeiden käyttö

9.4.1. Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Lähde: Kela.

9.4.2. Mielenterveyden häiriöiden käyttöön tarkoitettujen lääkkeiden määrä 65 v. täyttäneillä, DDD /1000 asukasta/vrk. Lähde: Kela.

9.5. Kuolleisuus

9.5.1. Kuolleiden lkm ja ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuus. Lähde: Sotka.

9.6. Tapaturmat

9.6.1. Vapaa-ajan tapaturmien määrä: lkm / vuosi ja lkm / 1000 as. 65-74-vuotiaat ja 75 v. täyttäneet. Lähde: Sotka.

9.6.2. Liikennetapaturmien takia hoidetut potilaat, hoitopäivät/potilas ja potilaita/1000 as. Lähde: Hilmo (hoitoon tulosity V01-V99).

9.6.3. Vanhusten vakavat kaatumistapaturmat: Reisiluun kaulan murtumien määrä (dg: s.720).

9.7. Toimintakyky vanhuksilla

9.7.1. Toimintakyky RAVA-mittarilla arvioiden kunnan kotipalvelua käyttävillä ja palveluasunnoissa tai laitoshoidossa olevilla vanhuksilla. Lähde: Kuntatilastot.

9.8. Ylipainoisuus

9.8.1. Painoindeksi vähintään 30. Lähde: Kysely.

10. Ikääntyvän väestön elintavat

* kaikki kohdan 10 tiedot saadaan erilliskyselyllä (voidaan käyttää KTL:n laajennettua AVTK-kyselylomakkeistoa)

10.1. Ravitseminen

10.1.1. Maidon laatu/rasvaisuus.

10.1.2. Leipärasvan laatu.

10.1.3. Suolan käyttö.

10.1.4. Kasvisten käyttö.

10.2. Harrastuneisuus

10.2.1. Ainakin yksi säännöllinen harrastus.

10.2.2. Harrastaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa.

10.3. Päihteiden käyttö

10.3.1. Päivittäin tupakoivien lkm/%-osuus vastanneista.

10.3.2. Alkoholin kulutus/annosta (12 g alkoholia) /vko.

10.3.3. Huumeita 2-4 kertaa tai useammin viimeisen vuoden aikana käyttäneiden lkm ja %-osuus.

10.3.4. Päihteiden käytön laajuus hnk:n arvioimana: 1 vrk:n päihdetapauslaskenta.

10.4. Altistuminen tupakan savulle

10.4.1. Niiden osuus, jotka eivät itse tupakoi, mutta altistuvat kuitenkin säännöllisesti tupakansavulle.

11. Ikääntyvän väestön elämänhallinta

11.1. Tyytyväisyys elämään

11.1.1. Niiden yli 64-vuotiaiden osuus, jotka kokevat, että heillä on mielekästä tekemistä. Lähde: Kysely.

11.2. Vaikutusmahdollisuudet

11.2.1. Koettu mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Lähde: Kysely.

11.3. Ystävyssuhteet

11.3.1. Vähintään kerran viikossa kontakti sukulaisiin, ystäviin jne. Lähde: Kysely.

12. Työllisyyden hoitaminen

12.1. Työpaikkaomavaraisuus

12.1.1. Työpaikkojen määrä kunnan alueella/ työllisten määrä. Lähde: Kuntatilastot.

12.2. Työllistäminen

12.2.1. Työllistettyjen henkilöiden määrä/ työttömien määrä. Lähde: Kuntatilastot.

13. Asuntotoiminta

13.1. Kunnallinen vuokra-asuntotoiminta

13.1.1. Vuokra-asuntojen jonotilanne; keskim. aika hakemuksen jättämisestä asunnon saantiin kiireellisessä asunnontarpeessa olevilla. Lähde: Kuntatilastot.

13.1.2. Kunnan ja julkisten yhteisöjen tuottamien uusien vuokra-asuntojen määrä. Lähde: Kuntatilastot.

13.1.3. Kiireellisesti asuntoa tarvitsevien määrä. Lähde: Kuntatilastot.

14. Elinympäristön suojeleminen

14.1. Ilmanlaadusta, vedenlaadusta, melusta ja elintarvikkeiden laadusta huolehtiminen

14.1.1. Sisäilma asunnoissa ja muissa oleskelutiloissa: toimenpiteiden määrä/1000 as. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (terveysvalvonta).

14.1.2. Ulkoilman laatu. Kuvaus ilmanlaatuongelmista, valituksista, seurannan riittävydestä ja toimenpiteistä. Tai kunnan hiilidioksiditasen tarkastelu. Mittaria kehitellään yhä. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (ympäristönsuojelu).

14.1.3. Talousvesi mittari: kunnallistekniikan piirissä olevien asukkaiden osuus. Lisäksi kuvaus talousveden laatuongelmista ja toimenpiteistä kunnan alueella. Tarkasteluväli: 1*/vuosi tai 1*/4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi ja vesihuoltolaitos.

14.1.4. Vesistöt. Mittari: Kuvaus vesistöjen vedenlaadun ongelmista ja toimenpiteistä. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi, vesiensuojeluyhdistykset ja alueelliset ympäristökeskukset.

14.1.5. Meluntorjunta. Kuvaus suunnitelmallisesta meluhaittojen vähentämisestä ja torjumisesta, esim. meluntorjunta-ohjelma tai vastaavat. Tarkasteluväli: 1*/vuosi (valitukset), 1*/4. vuosi (muut torjuntatoimet). Lähde: Ympäristötoimi (terveysvalvonta, ympäristönsuojelu, ilmailulaitos).

14.1.6. Elintarvikkeiden turvallisuus ja laatu. Elintarvikevalvonnan riittävyys: Ilmoitetaan elintarvikevalvonnan resurssien indeksi. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Terveysvalvonta, elintarvikevirasto.

14.1.7. Sisäilman radon (koskee radon-ongelmaisia kuntia). Radontorjunnan toteutustapa. Mittari: Radontorjunnan toteutus. Ilmoitetaan onko huomioitu rakennuslupakäytännössä kyllä/ei. Lisäksi ilmoitetaan osuus kunnan asuinrakennuskannasta, joka on tähän mennessä radonmitattu, ja radontiedotuksen määrä/tapa. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi (terveysvalvonta), rakennusvalvonta, STUK rakennusvalvonta.

14.2. Maankäytön ja rakentamisen suunnittelu

14.2.1. Miten viihtyisä, turvallinen ja terveellinen ympäristö on huomioitu maankäytön suunnittelussa - kuvaus. Mittaria kehitetään edelleen.

14.2.2. Esteettömien asuntojen lkm/asuntokanta vanhoissa ja uusissa rakennuksissa – hissittömyyden kartoitus - valinnainen. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Kunta.

14.3. Palo- ja pelastustoiminta

14.3.1. Kuinka nopeasti saadaan paikalle poliisi, ambulanssi tai paloauto. Aika, joka on kulunut hälytyksen vastaanottamisesta aluehätäkeskuksessa siihen, kun ensimmäinen hälytysajoneuvo on saapunut kohteeseen / min. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Palo- ja pelastustoimi.

14.3.2. Ehkäisevällä pelastusneuvonnalla tavoitettujen ihmisten lkm. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Palo- ja pelastustoimi.

14.4. Jätehuolto

14.4.1. Kaatopaikalle loppusijoitettavan sekalaisen yhdyskuntajätteen määrä/ kg/asukas. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Kunnan jätehuoltotoimi.

14.5. Virkistys- ja vapaa-ajan alueiden suunnittelu ja ylläpito

14.5.1. Kunnossapidettävien ulkoilureittien pituus kesällä ja talvella /asukas. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Kunnan liikuntatoimi.

14.5.2. Vanhojen (uudistuskypsät, keski-ikä yli 80 v.) metsiköiden pinta-ala kunnan omistamista metsistä. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Kunnan viherpalvelut.

14.6. Ympäristön kestävä kehityksen huomioiminen

14.6.1. Kunnalliset yksiköt, jotka toteuttavat suunnitelmallisesti kestävä kehitystä. Mittaria kehitetään edelleen. Tarkasteluväli: 1*/vuosi. Lähde: Ympäristötoimi.

14.6.2. Luonnonsuojelumittari: Suojeltujen luontoalueiden pinta-ala kunnan omistamasta viheralueesta. Ilmoitetaan kunnan päätöksellä, kaavassa tai luonnonsuojelulailloilla suojeltujen alueiden osuus. Tarkasteluväli: 1*/4. vuosi. Lähde: Ympäristötoimi, kaupunkisuunnittelu (kaavoitus).

15. Lasten ja nuorten palvelujen toimivuus (saatavuus ja käyttö)

15.1. Päivähoitopalvelut

15.1.1. Päivähoidon asiakkaat: kokopäivähoidossa olevien 0-2-vuotiaiden lkm ja %-osuus kaikista 0-2-vuotiaista. Lähde: Sotka.

15.1.2. Päivähoidon asiakkaat: kokopäivähoidossa olevien 3-6-vuotiaiden lkm ja %-osuus kaikista 3-6-vuotiaista. Lähde: Sotka.

15.1.3. Osapäivähoidossa olevien 0-6-vuotiaiden lkm ja %-osuus 0-6-vuotiaista lapsista. Lähde: Sotka.

15.2. Opetuspalvelut

15.2.1. Oppilaiden lkm, opettajien lkm ja oppilaita/opettaja yleisopetuksessa luokilla 0-6 ja 7-10. Lähde: Tilastokeskus.

15.2.2. Koululaisten iltapäivähoidossa olevien 1-2-luokkalaisten lkm kunnan järjestämässä tai tukemassa tai yksityisessä iltapäivähoidossa. Lähde: Kuntatilastot ja kunnan keräämänä tiedot muilta palveluntuottajilta.

15.2.3. Erityisopetuspäätösten: lkm ja %-osuus 7-16-vuotiaista. Lähde: Kuntatilastot.

15.2.4. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet alle 18-v., lkm ja %-osuus kaikista 16-18-vuotiaista. Lähde: Kuntatilastot ja työvoimatilastot.

15.3. Terveyspalvelut

15.3.1. Lastenneuvolan asiakkaita/ terveydenhoitaja. Lähde: Kuntatilastot.

15.3.2. Oppilaiden määrä/kouluterveyden- hoitaja. Lähde: Kuntatilastot.

15.3.3. Oppilaita/koulupsykologi. Lähde: Kuntatilastot.

15.3.4. Oppilaita/koulukuraattori. Lähde: Kuntatilastot.

15.3.5. Kouluterveydenhoitajan/-lääkärin vastaanoton saavutettavuus. Lähde: Kouluterveyskysely, kys. 23.

15.3.6. Perusterveydenhuollon lääkärissä käynnit: <1-v., 1-6-v. ja 7-14-v. lkm ja suhteessa ikäryhmiin. Lähde: Sotka. Ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

15.3.7. Jonotusaika lasten psykiatriseen hoitoon /vrk. Lähde: Kuntatilastot - tarkennettava vielä, mitä ryhmää tarkoitetaan.

15.3.8. Lasten ja nuorten psyykkisen tuen ja psykiatrisen hoidon riittävyys. Lähde: Kuntatilastot - mittaria tarkennetaan vielä.

15.3.9. Sairaalahoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden määrä. Lähde: Sotkasta tiedot saadaan ilman ikäjaottelua ja erillispyynnöllä Hilmosta jaottelulla 0-16-v. ja 17-24-v.

15.3.10. Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden määrä. Lähde: kuntatilastot tai jos edellistä ei saatavilla: ESH:n avohoitokäynnit/vuosi. Lähde: Sotka.

15.3.11. Psykiatrian erikoisalalan hoitopäivät 0-14-vuotiailla/1000 as. Lähde: Sotka. Suhteutukset tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

15.3.12. Hammaslääkärissä viimeisen 3 vuoden aikana käyneet 3-18-vuotiaat, lkm ja %-osuus ikäluokasta. Lähde: Kuntatilastot. Koko maata koskevat tiedot saadaan aikaisintaan loppusyksystä 2001.

15.3.13. Miten nuorten ehkäisyneuvolatoiminnasta on kunnassa huolehdittu - mittaria tullaan tarkentamaan. Lähde: Kunta.

15.4. Ruokailupalvelut.

15.4.1. Kunnan järjestämässä laitosuokailussa käytetyn maidon rasvapitoisuus /% ja leivän suolapitoisuus/% Lähde: Kuntatilastot.

15.5. Sosiaalipalvelut / Lasten tukitoimenpiteet

15.5.1. Kasvatus- ja perheneuvoloissa, perhekeskuksessa (tai vastaavassa) kävijät (lkm) ja asiakkaita/1000 0-17-v./vuosi. Lähde: Sotka.

15.5.2. Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0-17-vuotiaat lapset ja nuoret, lkm ja /1000 0-17-vuotiaista. Lähde: Sotka.

15.5.3. Avohuollon tukitoimenpiteitä saaneet lapset: lkm ja /1000 0-17-vuotiaista. Lähde: Sotka. Suhteutukset tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

15.5.4. Kotipalvelun tarjoamat palvelut lapsiperheille, tuntia/1000 lapsiperhettä. Lähde: Kuntatilastot.

15.6. Rikos- ja riita-asioiden sovittelu

15.6.1. Tapausten määrä <18-vuotiailla: lkm ja % 15-17-vuotiaista. Lähde: Kuntatilastot.

15.7. Harrastus- ja kulttuuritoiminta

15.7.1. Kulttuuritarjonta lapsille ja nuorille, kuvaus. Lähde: Kuntatilastot.

15.7.2. Koulujen tarjoamat kerhotunnit/viikko. Lähde: Kuntatilastot.

15.7.3. Taiteen perusopetusta saavien lasten osuus ikäluokasta. Kunnan liikuntapalveluja käyttäneiden alle 25-vuotiaiden määrät. Lähde: Kuntatilastot.

15.7.4. Keitä ovat ne, jotka eivät käytä palveluita, II-vaihe. Lähde: Kunta (II-vaihe).

16. Aikuisväestön palvelujen toimivuus (saatavuus, käyttö ja tyytyväisyys palveluihin)

16.1. Opetuspalvelut

16.1.1. (Aikuisopiskelu, kuvaus tarjonnasta – kuvaus siirretään tekstiosioon).

16.2. Terveyspalvelut

16.2.1. Perusterveydenhuollon lääkärissä käynnit 15-64-vuotiailla. Lkm/as./vuosi. Lähde: Sotka.

Ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

16.2.2. Sairaalapotilaiden vakioitu indeksi. Lähde: Sotka.

16.2.3. Lääkäripalvelujen peittävyys: Vuoden aikana terveyskeskuslääkäripalveluita käyttäneiden 15-64-vuotiaiden osuus väestöstä. Lähde: Kuntatilastot.

16.2.4. Terveyskeskuspalvelujen peittävyys: Vuoden aikana terveyskeskuspalveluita käyttäneiden 15-64-vuotiaiden osuus väestöstä. Lähde: Kuntatilastot.

16.2.5. Onko kunnan järjestämää hammashoitoa saatavilla kaikkina viikonpäivinä? Vastaukset kyllä/ei (kunta järjestäjänä, tuottaja voi olla muu kuin kunta). Lähde: Kuntatilastot.

16.2.6. Pystyykö kunta huolehtimaan kaikkien hoitoa haluavien vuonna 1956 tai sen jälkeen syntyneiden hammashuollosta? Vastaukset kyllä/ei. Lähde: Kunta.

16.2.7. Sairaalahoidossa olleet psykiatrisen erikoisan potilaat vuoden aikana/1000 as. Lähde: Sotka. Suhteutukset tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

16.2.8. Psykiatrian erikoisan hoitopäivät/v. 15 v. täytäneillä. Lkm ja /1000 as. Lähde: Sotka. Suhteutukset tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

16.2.9. Erikoissairaanhoidon avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden määrä/ 1000 15-64-v. asukasta Lähde: Sotka.

16.2.10. Perusterveydenhuollon avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden määrä/ 1000 as. Lähde: Kuntatilastot tai, jos edellistä ei ole satavilla: PTH:n mielenterveyskäynnit/vuosi kaikki yhteensä. Lähde: Sotka.

16.3. Sosiaalipalvelut

16.3.1. Sosiaalityöntekijöitä/1000 as. Lähde: Kuntatilastot.

16.4. Vammaispalvelut

16.4.1. Lähde:

16.4.2. Lähde:

16.5. Harrastus- ja kulttuuritoiminta

16.5.1. Kirjaston käyttö: lainojen määrä/ asukas. Lähde: Kuntatilastot.

16.5.2. Kunnan liikuntapalvelujen käyttäjät/ liikuntapaikka. Lähde: Kuntatilastot.

17. Ikääntyvän väestön palvelujen toimivuus (saatavuus, käyttö ja tyytyväisyys palveluihin)

17.1. Terveyspalvelut

17.1.1. Perusterveydenhuollon lääkärissä käynnit 65 v. täyttäneillä. Lkm/as./vuosi. Lähde: Sotka.

Ikäsuhteutus tehtävä itse esim. Sotkan väestötietoihin pohjautuen.

17.1.2. Lääkäripalvelujen peittävyys: Vuoden aikana terveyskeskuslääkäripalveluita käyttäneiden 65 v. täyttäneiden osuus väestöstä. Lähde: Kuntatilastot.

17.1.3. Terveyskeskuspalveluiden peittävyys: Vuoden aikana terveyskeskuspalveluita käyttäneiden 65 v. täyttäneiden osuus väestöstä. Lähde: Kuntatilastot.

17.2. Sosiaalipalvelut

17.2.1. Työntekijämäärä/hoitopaikka (erikseen terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhusten palveluasumisyksikössä, vanhainkodissa tms. ja mahdollisella palveluasumisyksikön laitoshoidon antavalla vuodeosastolla ja yhteensä kaikki). Lähde: Kuntatilastot.

17.2.2. Laitospaikkojen tai vastaavaa palvelua tarjoavien paikkojen määrä/75 v.< (sis. mm. palveluasunnot ja vanhainkodit, terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaishoitoon tarkoitettut paikat ja mahdollisen palveluasumisyksikön laitoshoidon antavan vuodeosaston paikat). Lähde: Kuntatilastot.

17.2.3. Kotipalvelujen käyttö: tuntia/yli 74-vuotiaat. Lähde: Kuntatilastot.

17.2.4. Kotipalvelun piirissä (sitä säännöllisesti käyttävät) olevat yli 74-vuotiaat/1000 yli 74-vuotiasta (ei palveluasumisyksiköissä asuvat kotipalvelua saavat. Lähde: Kuntatilastot.

17.2.5. Asukkaita tai potilaita pitkäaikais- hoidossa (erikseen terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhusten palveluasumisyksikössä, vanhainkodissa tms. ja mahdollisella palveluasumisyksikön laitoshoidon antavalla vuodeosastolla) /1000 75 vuotta täyttänyttä asukasta kohden. Lähde: Kuntatilastot.