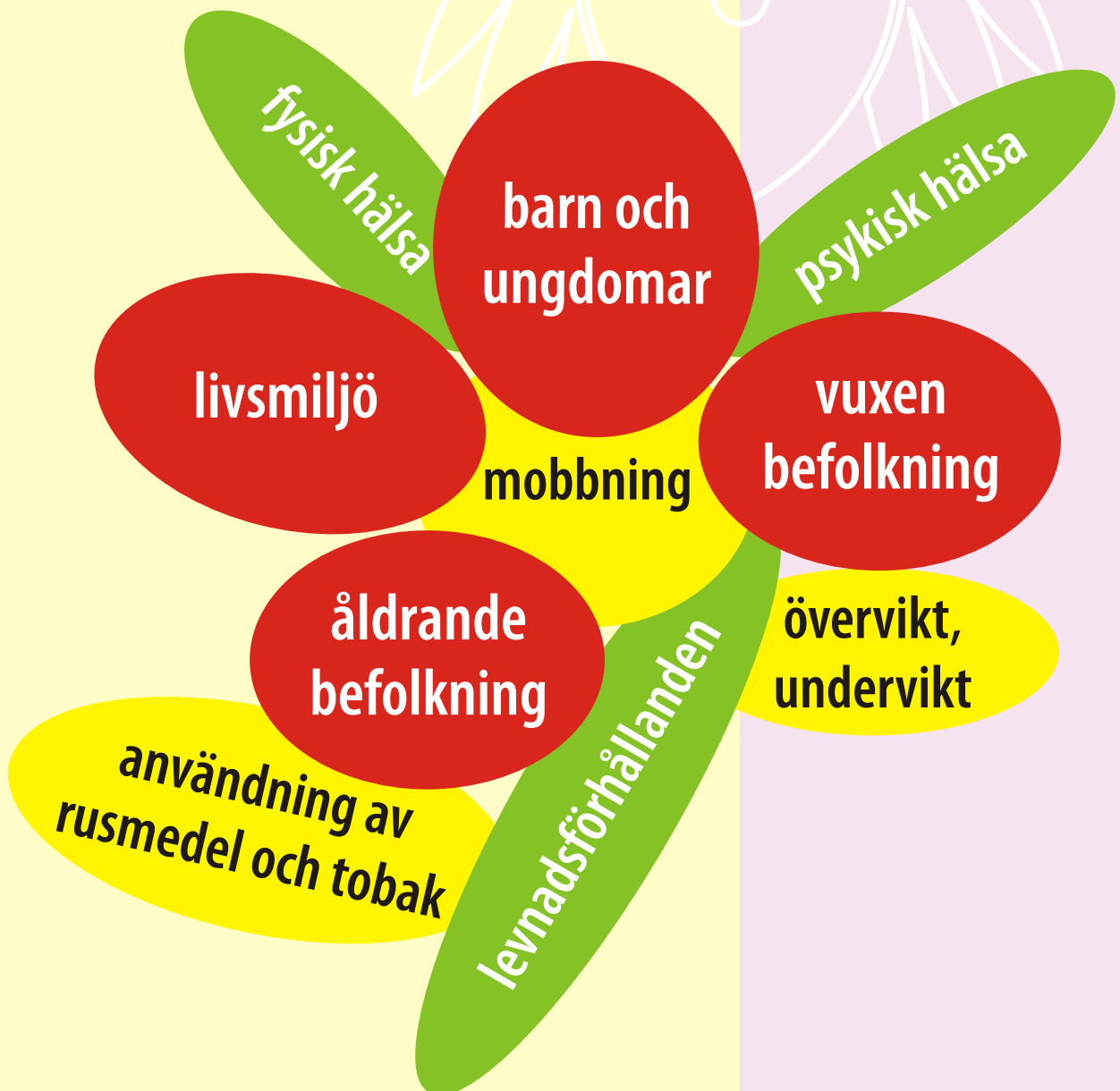


Välfärdsberättelse för Närpes stad 2005



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord

1. INLEDNING	4
2. VÄLFÄRDSBERÄTTELSENS BEREDNINGSPROCESS	6
3. NÄRPES IDAG – BEFOLKNING OCH LIVSMILJÖ	8
4. BARN OCH UNGDOMAR	18
5. DEN VUXNA BEFOLKNINGEN	25
6. DEN ÄLDRE BEFOLKNINGEN	30
7. SAMMANFATTNING	35
LITTERATURFÖRTECKNING	38

BILAGOR

Bilaga 1. Indikatorbeskrivning

Bilaga 2. Främjandet av hälsa i enlighet med folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 i Närpes

FIGURER

Figur 1 Tejo-processen i Närpes stad	5
Figur 2 Annat modersmål än finska eller svenska per 1000 invånare	8
Figur 3 Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åldrarna 15-24 år	10
Figur 4 Arbetslösa i % av den totala arbetskraften	10
Figur 5 17-24-åriga personer utanför utbildningssystemet per 1000 invånare	11
Figur 6 Trånga bostadshushåll (%)	12
Figur 7 Trånga bostadshushåll med barn (%)	13
Figur 8 Olycksfall 0-15-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall	14
Figur 9 Olycksfall 16-24-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall	14
Figur 10 Olycksfall 25-64-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall	14
Figur 11 Olycksfall 65-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall	14
Figur 12 Våldsbrott som kommit till polisens kännedom	15
Figur 13 Två eller flera dagliga symtom % av eleverna i klasserna 8 och 9 (287) totalt	20
Figur 14 Barn och unga som placerats utanför hemmet per 1000 barn i åldrarna 0-17 år (%)	20
Figur 15 Andel (%) elever som upplever brister i den fysiska miljön	22
Figur 16 Andel (%) ungdomar som berusar sig ofta	22
Figur 17 Andel (%) ungdomar som röker dagligen	22
Figur 18 Elever som inte äter skolmat	23
Figur 19 Medelåldern för pensionering	27
Figur 20 Skilsmässor i åldrarna 25-64 år per 1000 gifta i samma åldrar	28
Figur 21 Ensamboende 75-åringar och äldre	32
Figur 22 Personer i åldrarna 65 år och äldre med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1000 invånare i samma åldrar	32

TABELLER

Tabell 1 Befolkningsstruktur i Närpes	9
Tabell 2 Brott som kommit till polisens kännedom	15
Tabell 3 Fysisk hälsa hos barn och ungdomar	19
Tabell 4 Psykisk hälsa hos barn och ungdomar	20
Tabell 5 Barn och ungdomars levnadsförhållanden	22

Tabell 6 Fysisk hälsa hos 50-åriga kvinnor	26
Tabell 7 Fysisk hälsa hos 40- och 50-åriga män.....	26
Tabell 8 Fysisk hälsa hos 25-64-åringar	27
Tabell 9 Psykisk hälsa hos äldre	27
Tabell 10 Skilsmässor och utkomststöd	28
Tabell 11 Fysisk hälsa hos äldre	31
Tabell 12 Psykisk hälsa hos äldre	31
Tabell 13 Äldres levnadsförhållanden.....	31

Förord

Uppgörandet av välfärdspolitiskt program i kommunerna är en relativt ny uppgift och skall ses som en inlärningsprocess som pågår i många år där man inledningsvis stärker det strategiska välfärdskunnandet och bygger upp en grund för uppföljning och tolkning av välfärd och hälsa i en välfärdsberättelse. Välfärdsberättelsen skall fungera som en komprimerad översikt av utvecklingen av kommuninvånarnas välfärd och hälsa.

Denna beskrivning av hälsoläget har inte för avsikt att vara heltäckande utan är ett första försök att kartlägga närpesbornas välfärd och hälsosituation. Syftet är att utveckla och skapa ett uppföljningssystem som är anpassat till hälso- och välfärdssituationen i Närpes och som skall fungera som ett arbetsredskap för beslutfattare vid beredning av välfärdsstrategier och välfärdsprogram i kommunen.

Välfärdsberättelsen för Närpes är utarbetad under att antal möten med ledningsgruppen för TEJO - projektet under våren 2005 och utgår från befintliga data för Närpes som är insamlade bl.a. från databasen Sotkanet, skolhälsoundersökningar, företagshälsovård samt av representanter från olika förvaltningsområden i kommunen.

Ett stort tack riktas till alla som med sitt deltagande i kartläggningen bidragit till och möjliggjort denna välfärdsberättelse. I beredning av välfärdsberättelsen deltog Peter Andersén (HVC/centralförvaltningen), Anna-Greta Olsio-Tuisku (HVC), Ralf Häggqvist (HVC), Yvonne Lindén (socialnämnden), Gunvor Skogman och Anne Bondén (utbildningsnämnden), Jan-Erik Bergman (fritidsnämnden), Lars-Erik Lundmark (tekniska verket), Gun Forsman (stadsfullmäktige ordförande), Maija-Liisa Ijäs (länsstyrelsen) Hans Frantz (Vasa Yrkehögskola) och Anna-Lena Nieminen (Svenska yrkehögskolan). Dessa personer ingår även i styrgruppen för projektet och har under arbetets gång bidragit med ovärderliga synpunkter. I styrgruppen har även Hanna Esch deltagit i arbetet med förslag till hälsoindikatorer och datainsamling. För datainsamling, analys och sammanställning av data ansvarade Anna-Lena Nieminen, forskningsassistent vid institutionen för forskning och utveckling, Svenska yrkehögskolan, Sektorn för hälsovård och det sociala området. T.f. forskningsledare Susanne Jungerstam-Mulders deltog i slutbearbetningen av rapporten.

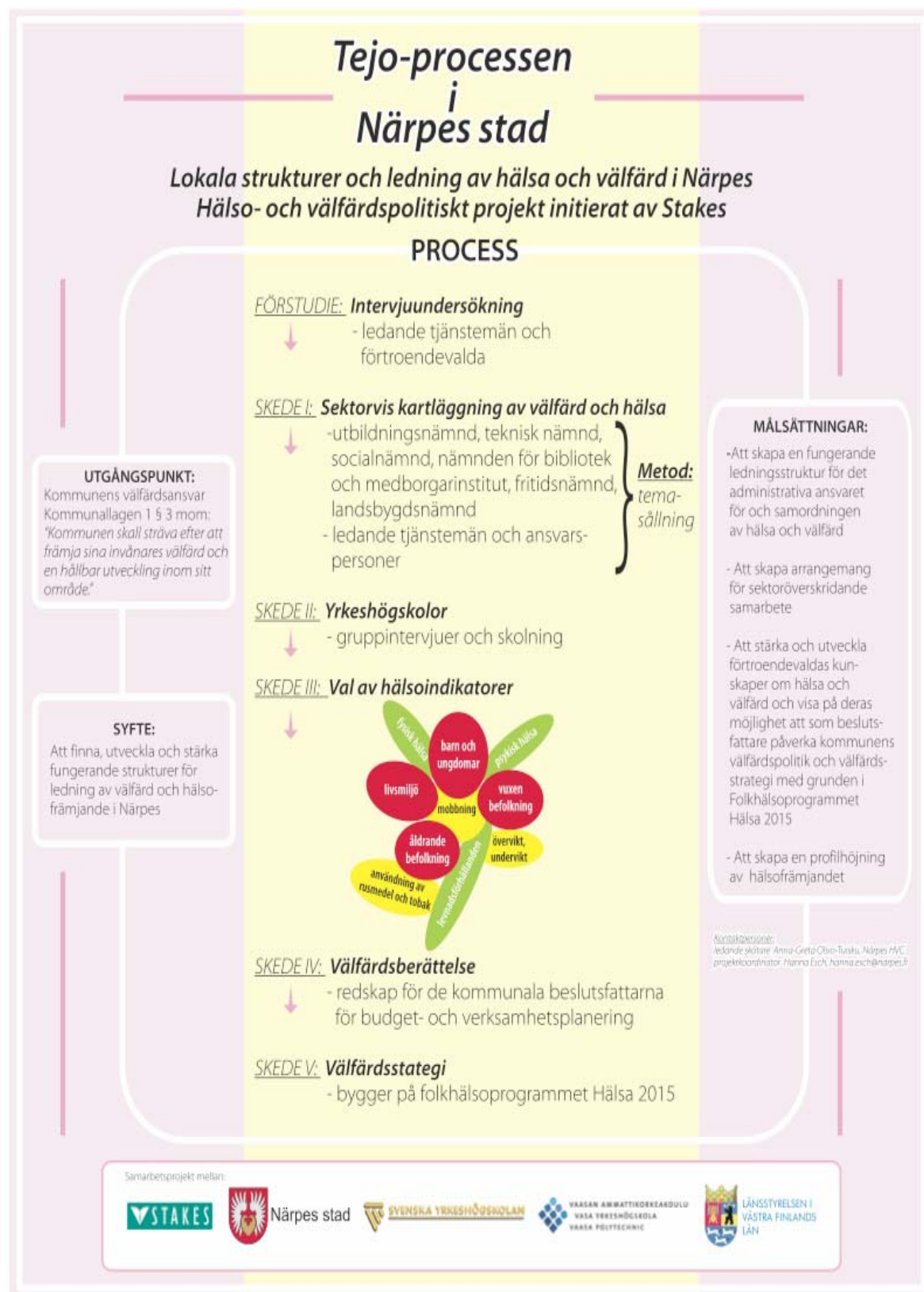
1. INLEDNING

I Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 dras riktlinjerna upp för den nationella hälsopolitiken, i vilket man betonar hälsa för alla i vardagsförhållanden med stöd av hälsopolitik. Huvudvikten i programmet är lagd vid främjandet av hälsan. I programmet har man ställt upp åtta mål för folkhälsoprogrammet, vilka pekar på de resultat man vill uppnå i olika livsskeden och åldersgrupper i ett perspektiv på 15 år.

Hälsa är av stort värde för kommuninvånarna. Därför betraktas främjandet av hälsan som en viktig uppgift i kommunen och alla förvaltningsområden deltar i främjandet. Det finns flera definitioner på hälsa och välfärd, men hälsan låter sig inte alltid definieras. Man kan konstatera att hälsan är personlig och upplevs olika för envar, men tillgången till service för upprätthållandet av hälsa kan kommunen bistå med, och det utgör naturligtvis ett viktigt led i främjandet och upplevelsen av den egna hälsan och välfärden. Att leda främjande av välfärd och hälsa över förvaltningsgränserna är en viktig uppgift som kräver både verktyg och kunskap.

Välfärdsberättelsen är ett verktyg som ger information och kunskap om kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar välfärden. Idén med välfärdsberättelsen är att skapa en helhetsbild av välfärdssituationen i kommunen för att beslutfattarna skall ha ett lätt tillgängligt och överskådligt redskap enligt vilket de kan fatta sina beslut då det gäller befolkningens hälsa och välfärd. Speciellt användbar är berättelsen för förtroendevalda som inte alltid har möjlighet att söka uppgifter ur olika datakällor. Därför skall berättelsen ge en bild av hur hälsan och välfärden utvecklats, peka på var det behövs förebyggande åtgärder, visa vad som varit positivt i utvecklingen och som är värt att stödja även i fortsättningen. Berättelsen skall även omfatta de negativa trender som finns, d.v.s. peka på riskfaktorer och sådant som har visat sig vara negativt i samband med utvecklingen av hälsa och välfärd. Det skall vara möjligt att förutspå hur invånarnas hälsa kommer att utvecklas. Uppföljningen av hälsa och välfärd har varit bristfällig och man har inte lyckats fånga upp förändringarna. I figur 1. presenteras en schematisk beskrivning av de olika skedena i Tejo-processen för Närpes stad.

Berättelsen skall fungera som ett arbetsredskap vid beredning av välfärdsstrategier och välfärdsprogram i kommunen. Idén med välfärdsberättelsen är att de kommunala beslutfattarna skall bli medvetna om vilka hälsoeffekter som uppnås med kommunal verksamhet och vilka verkningar besluten har för folkhälsan. Med andra ord skall välfärdsberättelsen fungera som ett konkret arbetsredskap för förtroendevalda.



Figur 1 Tejo-processen i Närpes stad

2. VÄLFÄRDSBERÄTTELSENS BEREDNINGSPROCESS

I detta kapitel beskrivs bakgrunden till välfärdsberättelsen, d.v.s. det s.k. Tejo-projektet, beredningen av välfärdsberättelsen, arbetet med välfärdsindikatorerna samt intervjumetoden temasällning.

Lokala strukturer och ledning inom välfärd och hälsa i kommunen (TEJO)

Projektet Lokala strukturer och ledning inom främjande av välfärd och hälsa i kommuner (TEJO, Terveiden edistäminen paikalliset rakenteet ja johtaminen kunnassa) är ett samarbetsprojekt initierat av STAKES som genomfördes i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet, kommuner och yrkeshögskolor under åren 2002-2005. Närpes stad deltog i förstudien som genomfördes under ledning av Stakes tillsammans med Vasa yrkeshögskola och Svenska yrkeshögskolan hösten 2002. Forskningsmaterial insamlades då från 49 kommuner genom att intervjua kommunernas ledande förtroendevalda och tjänsteinnehavare. På basen av en förundersökning fattades beslutet att fortsätta, vilket innebär att Närpes förband sig till att utveckla lokala strukturer och ledningsmodeller för välfärd och främjande av hälsa (Andersén 2004). I projektet deltar följande pilotkommuner och yrkeshögskolor:

Närpes	Svenska yrkeshögskolan och Vasa yrkeshögskola
Grankulla	Arcada
Esbo	Laurea ammattikorkeakoulu
Salo	Åbo yrkeshögskola, enheten i Salo
Uleåborg	Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Kuusiokunnat	Seinäjoen ammattikorkeakoulu
Muurame	Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Syftet med projektet är att förbättra både lokal kunskap om välfärdsledning och system för uppföljning av välfärdsledning. I kommunerna försöker man hitta modeller för välfärdsansvar över förvaltningsgränserna samt för ledning inom främjande av hälsa, samordning, genomförande av beslut och utvärdering av verksamheten. Projektet har bidragit till utvecklingen av strukturer och ledningspraxis för kommuner och ekonomiska regioner av olika storlek när det gäller främjandet av välfärd och hälsa. Förundersökning år 2002 utmynnade i ett utvecklingsprojekt för kommunerna där man bl.a. skulle utveckla, ta i bruk och utvärdera verktyg och metoder som lämpar sig för främjandet av välfärd och hälsa i kommuner (www.stakes.fi). För detta ändamål är välfärdsberättelsen lämplig. Välfärdsberättelsen är ett komprimerat sammandrag som sakkunniga från olika förvaltningssektorer gör rörande faktorer som inverkar på kommuninvånarnas välfärd och hälsa, såsom levnadsförhållanden, kommunens välfärdspolitik och servicesystemets funktionalitet (Perttilä, Soili, Koskinen och Rimpelä 2004). **Vid beredning av välfärdsberättelsen är det viktigt att bedömningen av kommuninvånarnas hälsa är lokalt förankrad och att arbetet skall betraktas som en läroprocess som man arbetar tvärsektoriellt med.**

Välfärdsindikatorer

Den första uppgiften vid beredandet av välfärdsberättelsen var att inom styrgruppen komma överens om vilka välfärdsindikatorer som beskriver hälsa och välfärd och som ger en helhetsbild av hälsan och välfärden i Närpes. Hälsoindikatorer är statistiska

nyckeltal över hälsa och välfärd och skall sökas inom den egna kommunen och tolkas utifrån den lokala verkligheten. Indikatorerna skall vara jämförbara nationellt; därför används nationellt överenskomna termer. Kommunbaserade välfärdsdata matas årligen in i indikatorbanken, som upprätthålls av Stakes, i syfte att sammanställa en tidsserie med indikatorer börjandes från år 1990. Indikatoruppgifter kan fås från många olika områdesnivåer. Uppgifterna presenteras både i relation till exempelvis befolkningen i en viss ålder och som absoluta tal. Dessutom ingår en beskrivning av varje indikators datainnehåll, produktionsår och eventuella begränsningar samt råd om tolkningen av datan (se bilaga 1). Vid beredningen av välfärdsberättelsen för Närpes valdes de indikatorer som är mest representativa för att beskriva förhållandena för befolkningen i Närpes.

Efter valet av representativa indikatorer kunde man i arbetsgruppen konstatera att hälsa och välfärd inte är möjliga att beskriva endast med hjälp av kvantitativa och statistiska indikatorer. Därför föreföll det naturligt att intervjua representanter från kommunens olika sektorer (temasållningsintervjuerna) och använda dessa som kvalitativt material. Resultatet i temasållningsintervjuerna är inte bara ett komplement till hälsoindikatorerna, utan de lyfter fram faktorer som legat till grund för valet av indikatorerna och utgör en del av arbetsprocessen. **Detta medförde att hälsoindikatorerna kunde speglas mot resultatet i temasållningsintervjuerna och erbjuda en värdefull lokal förankring.**

Temasållningsintervju

För att få en uppfattning om hur man inom kommunens olika sektor såg på hälsa och välfärd, gjordes en kartläggning genom temasållningsintervjuer. Innan man kom in på sektorvisa intervjuer, intervjuades kommunens ledande förtroendevalda och tjänstemän. I de sektorvisa intervjuerna deltog följande sektorer och tjänstemän: nämnden för bibliotek och medborgarinstitut, utbildningsnämnden, skolföreståndare, fritidsnämnden, landsbygdsnämnden, hvc-förmän, hälsogruppen, socialnämnden, familjedagvårdsledare och föreståndare för förskolor och daghem, äldreomsorgsledare, tekniska nämnden och tekniska sektorns tjänstemän samt samkommunstyrelsen för hvc.

Temasållning används för att dra upp riktlinjer när det är fråga om teman som flera parter har ett gemensamt intresse av. Representanterna är från olika områden och sektorer. Metoden går ut på att varje deltagare reflekterar över givna frågor medan de övriga lyssnar. Varje part lyssnar på de andras förutsägelser, ingen talar om för den andra vad den borde göra och ingen får avbryta den andra eller kommentera. Parterna reflekterar över sina tankar och planer. De reflekterar över vad man själv kunde göra och vad resultatet kan tänkas bli och ”var och en tänker högt” på hur eventuella åtgärder kunde passa in i den helhet som nätverket utgör. Genom de ledande frågorna som intervjuaren ställer uppmuntras varje deltagare att se sig själv som en del av det nätverk som han eller hon anser vara betydelsefullt. På detta sätt blir andras reflektioner föremål för interna dialoger och erbjuder envar möjligheter att väga olika alternativ mot varandra. Detta utgör material för den gemensamma planeringen av en situation (Arnkil, Eriksson och Arnkil 2002).

Välfärdsberättelsen presenteras nu i denna form och den skall ses som en första version som skall leda till nya möjligheter för kontinuerlig uppföljning och insamling

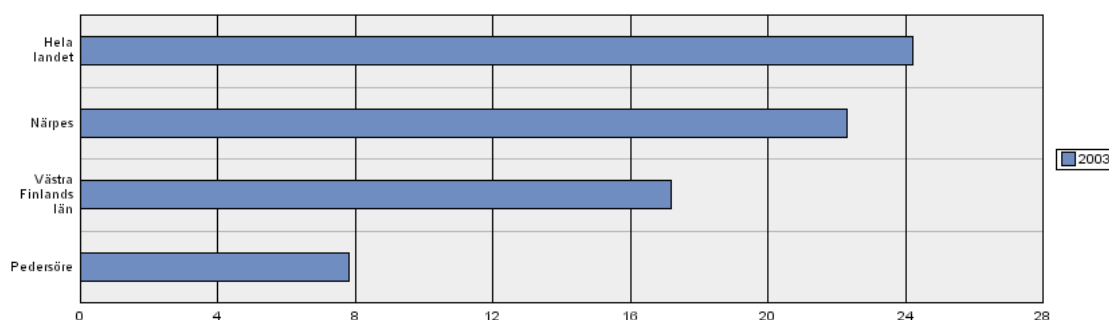
av uppgifter om kommuninvånarnas hälsa och välfärd. Socioekonomiska skillnader mellan befolkningen har inte lyfts fram i denna berättelse.

I presentation av hälsoindikatorerna för Närpes har man valt att jämföra valda indikatorer med motsvarande förhållande i övriga orter, regioner, Finlands län och hela landet. Motivering till valet är för det första, att få orter är jämförbara med Närpes med hänsyn till storlek, språk, d.v.s. majoritetsspråk finska respektive svenska, och för det andra att en nationell jämförelse med orter och regioner som deltar i projektet är intressant som jämförelsematerial. Valet föll därmed på Pedersöre, Kauhava, Muurame, Kuusiokunnat, Jakobstadsregionen, Sydösterbottens kustregion, Västra Finlands län och hela landet. Jämförelser i relation till hälso- och välfärdssituationen i Närpes görs inte inom alla åldersgrupper, eftersom statistiska uppgifter inte finns tillgängliga för alla åldersgrupper och indikatorer. Under respektive åldersgrupp framkommer vilka orter och regioner som jämförelsen gäller. För närmare upplysning och tolkning av de indikatorer som ingår i texten hänvisas läsaren till bilaga 1. som är en beskrivning av indikatorerna i relation till respektive åldersgrupp.

3. NÄRPES IDAG – BEFOLKNING OCH LIVSMILJÖ

Befolkning

Närpes stad är en av tre helt svenskspråkiga kommuner i landskapet Österbotten. Befolkningsunderlaget uppgår till ca 9.493 personer (03.06.05) av vilka ca 24% är 65 år eller äldre. Andelen svenskspråkiga uppgår till ca 92%, medan andelen finskspråkiga är 6%. Annat modersmål än finska eller svenska har 22,3 per 1000 invånare i Närpes. I absolut tal motsvarar detta 214 personer år 2003 (se figur 2).



Figur 2 Annat modersmål än finska eller svenska per 1000 invånare.

Åldersstrukturen på befolkningen visar att den varit relativt jämn de senaste åren. Det är få ändringar i befolkningsutvecklingen. Bland dem som är 75 år och äldre har en ökning skett med 0,3% från år 2002 till 2004 och en minskning bland 7-15 åringar med 0,2% (se tabell 1). Närpes har procentuellt sett ett högt antal 75-åringar och äldre i en riksomfattande jämförelse, d.v.s. Närpes 13,3%, Pedersöre 7,0%, Västra Finlands län 7,9%, jämfört med hela landet som har 7,1% 75-åringar och äldre.

Tabell 1 Befolkningsstruktur i Närpes

Befolkning	2002	2003	2004
0-6 år, %	5,8	5,8	5,8
7-15 år, %	10,6	10,4	10,0
16-24 år, %	9,7	9,8	9,9
25-64 år, %	49,6	49,5	49,6
65-74 år, %	11,4	11,4	11,2
75 år och över, %	13,0	13,3	13,5
Totalt, antal	9651	9575	9515

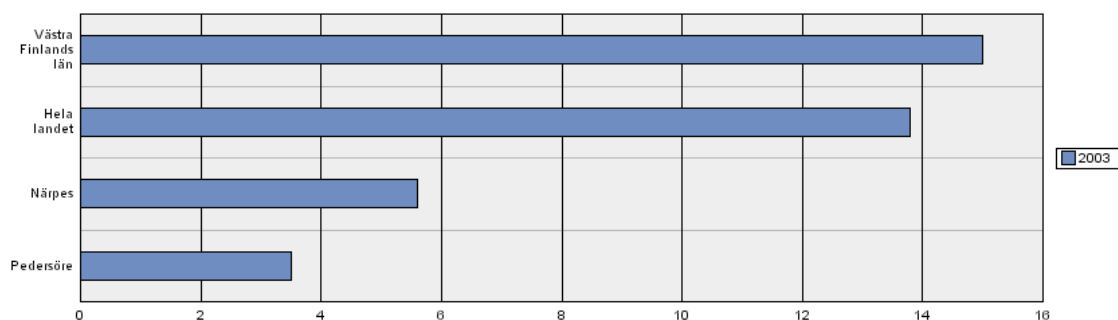
Sysselsättning/Arbetsmarknad

Företagsamhet betecknas som en livsstil. Ett bevis på detta utgörs av ca 400 småföretagare inom olika branscher i Närpes. Den kommunala servicen är mycket bra och välskött. Ett stort antal serviceföretag inom transport, ekonomi, planering, installation, data, reklam etc. tillgodoser regionens näringsliv med nödvändiga servicetjänster. Närpes köpcentran tillhandahåller allt som regionen behöver. Störst och livligast är lantbruks-, bil- och dagligvaruhandeln. Dessutom tillgodoser ett stort utbud av specialaffärer konsumenternas behov. Även exporten har under senare år fått en mer framträdande plats (www.narpes.fi).

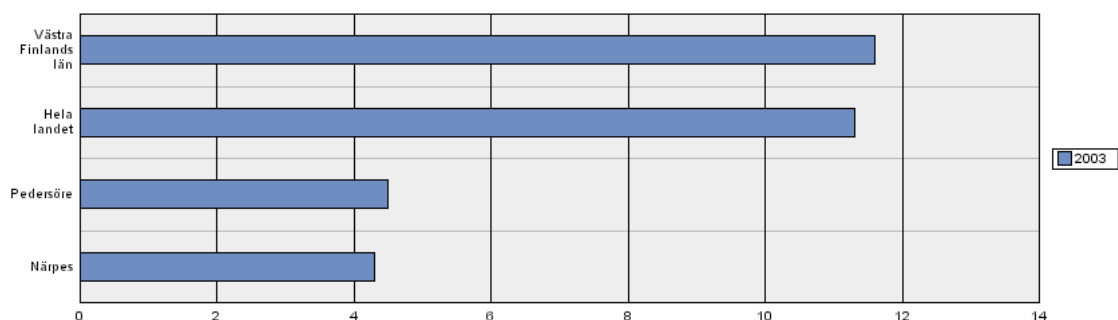
Grönsaksodling i växthus är en av de viktigaste näringarna i Närpes. Närpes är centrum för växthusodlingen i Finland. Odlingen har anor från seklets början när Valdemar Mattfolk i Finby år 1916 odlade tomater i ett litet växthus. Idag finns här över 400 odlare och en totalareal på 77 hektar under glas och plast. Näringen är långt automatiserad och i Närpes produceras 60% av tomaterna och 35% av gurkorna i Finland. Därför beskrivs Närpes som trädgårdsstaden, en stolt gammal jordbruksbygd med anor ända från 1300-talet. Staden formas av sina natursköna byar med välskötta vackra bondgårdar och trädgårdsodlingar med det ”röda guldets” som symbol (www.narpes.fi).

Den demografiska försörjningskvoten visar hur många personer i åldrarna under 15 år samt 65 år och över som det finns per 100 personer i arbetsför ålder, d.v.s. i åldern 15-64 år. Den demografiska försörjningskvoten för Närpes är 65,4%, för Pedersöre 63,9%, för Västra Finlands län 52% och för hela landet 49,7%. *Arbetslösheten är låg i Närpes i jämförelse med Västra Finlands län och hela landet.* År 2002 var arbetslösheten 4,7% och år 2003 4,3%. Arbetslösa ungdomar i % av arbetskraften i åldrarna 15-24 var 5,6% för Närpes år 2003. Motsvarande siffror för Pedersöre är 3%, för västra Finlands län 15%, och ser man till ungdomsarbetslösheten i hela landet är den 13,8% (se figur 3).

I figur 4. beskrivs den totala andelen arbetslösa i % av arbetskraften i Närpes, Pedersöre, Västra Finlands län och hela landet. Som arbetslös arbetskraft betraktas de 15-74-åringar som är arbetslösa och söker heltidsarbete eller som väntar på att ett avtalat anställningsförhållande ska börja. Även permitterade räknas till de arbetslösa (Sotkanet.fi).



Figur 3 Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åldrarna 15-24 år.



Figur 4 Arbetslösa i % av den totala arbetskraften

Kulturlivet

Kulturlivet i Närpes visar på mångsidighet både då det gäller utbud och efterfrågan. Närpes är en kulturvänlig stad, vilket bevisas av den mängd kulturella aktiviteter som bedrivs inom stadens gränser. Det är först och främst föreningarna och organisationerna som är ryggraden i kulturlivet. Kulturarbetet kan utövas i nuvarande omfattning tack vare den ideella andan inom föreningarna. Ett rikt och brett kulturutbud med öppenhet för nya kulturyttringar, men även kontakter till andra kulturproducenter både inom och utom landet är av största vikt för trivseln i Närpes och för stadens utveckling (www.narpes.fi).

Idrott

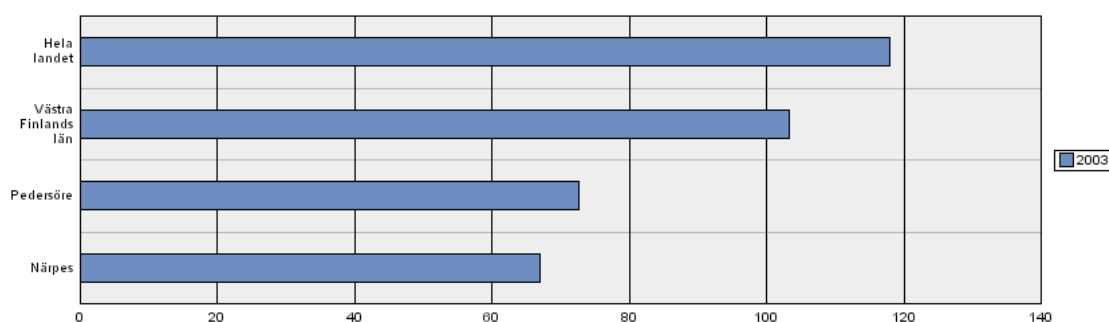
Idrotten blomstrar i Närpes. I staden finns sammanlagt 21 föreningar med olika former av idrott på sitt program. Det finns ett genuint idrottsintresse bland Närpesborna. Närpesidrotten står i dag på en mycket hög nivå både vad bredden och toppen beträffar. Det finns 20 olika idrottsformer av vilka kan nämnas fotboll på hög nivå, friidrott som elitförening, FM-medaljörer i cykel, skytte och orientering, förbundsmedaljörer i skidlöpning och gymnastik. Den nyrenoverade simhallen med terapibassäng erbjuder invånarna i regionen motion ”från vaggan till graven” (www.narpes.fi).

Undervisning

I Närpes finns det 11 lågstadieskolor, specialskola, högstadieskola och gymnasium som totalt har ca 1100 elever. För de som väljer att studera i Närpes erbjuds en grupp av stadens och samkommunernas skolor som har inbördes samarbete och hög utbildningsnivå. Studentexamen, yrkesexamen och kombinationsexamen kan erhållas liksom specialkunskaper inom många olika områden. Samtidigt kan det egna speciella fritidsintresset utövas, t.ex. träning i en specifik idrottsgren under kunnig ledning. Det finns även möjlighet att förbättra och upprätthålla färdigheter i t.ex. musik (www.narpes.fi).

Närpes medborgarinstitut (MI) är en utbildningsinstitution som erbjuder möjlighet till utveckling av fritidsintressen eller fördjupning av kunskaper i olika ämnen. MI erbjuder varje läsår ca 500 kurser både teoretiska och praktiska inom olika ämnesområden samt allmänna föreläsningar och seminarier. Utställningar, resor och fester kompletterar kursverksamheten som bygger på invånarnas behov och önskemål och bedrivs så decentraliserat som möjligt. (www.narpes.fi)

Trots att utbudet och möjligheterna för utbildning är bra i Närpes finns det personer utanför utbildningssystemet. Andelen för dessa var i Närpes år 2003 67 personer per 1000 invånare mätt i absoluta tal. I jämförelse med Pedersöre är antalet personer utanför utbildningssystemet något högre där, 72,6. I västra Finlands län är jämförelsetalet 103,2 och i hela landet 118 (se figur 4). *Måttet för utbildningsnivån var år 2002 för Närpes del 213/ invånare (= 2,13 år)*. Befolkningens utbildningsnivå mäts enligt den genomsnittliga längden av den högsta utbildning som fullföljts efter utbildningen på grundskolenivån per person. Med andra ord visar måttet för befolkningens utbildningsnivå befolkningsgruppens utbildningsnivå genom utbildningslängden (till exempel utbildningsnivåtalet 246 visar att den teoretiska utbildningstiden per person är 2,5 år efter grundskolan). Med den befolkning som avlagt en examen avses de personer som avlagt en examen vid gymnasier, yrkesläroinrättningar, yrkeshögskolor, universitet och högskolor, samt de som avlagt en yrkesinriktad grundexamen, en yrkesexamen eller en specialyrkesexamen som fristående examen (Sotkanet.fi).



Figur 5 17-24-åriga personer utanför utbildningssystemet per 1000 invånare

Socialvård

Socialvården stöder och hjälper stadens invånare i olika livssituationer. Till socialvården hör bl.a. barnskydd, handikappservice, utkomststöd, missbruk och flyktingarbete.

Hemservice ges åt sjuka, handikappade, äldre och barnfamiljer. Hjälp kan ges för personlig skötsel och omvårdnad, klädvård, utträttande av ärenden och städning. Hemservice är behovsprövad och avgiftsbelagd och innefattar bl.a. matservice, stöd för närståendevård, trygghetstelefoner, bastuservice, snöröjning och en del färdtjänster m.m.

Barndagvård ges åt barn i åldern 0-6 år. Barndagvården ges både som heldags- och halvdagsdagvård i familjedagvård eller i daghem. 6-åringarna får förskoleundervisning i förskolor. Eftermiddagsverksamhet ordnas för 6-8-åringar.

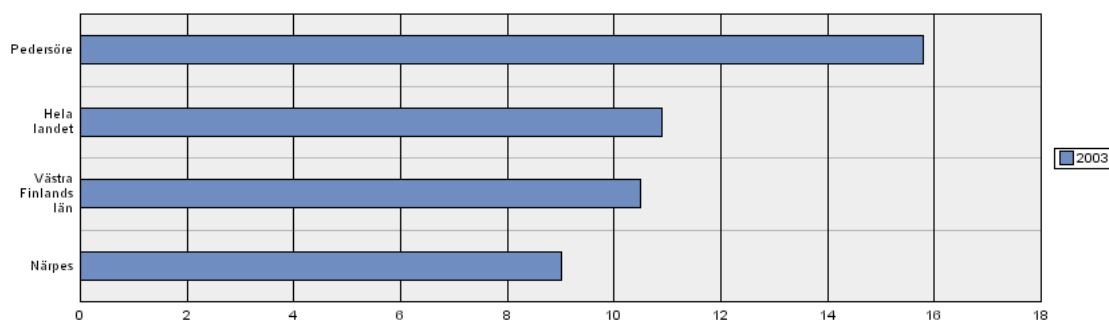
I Närpes finns flera pensionärshem (serviceboende) och åldringshem, samt ett boende för dementa personer (www.narpes.fi).

Hälsovård

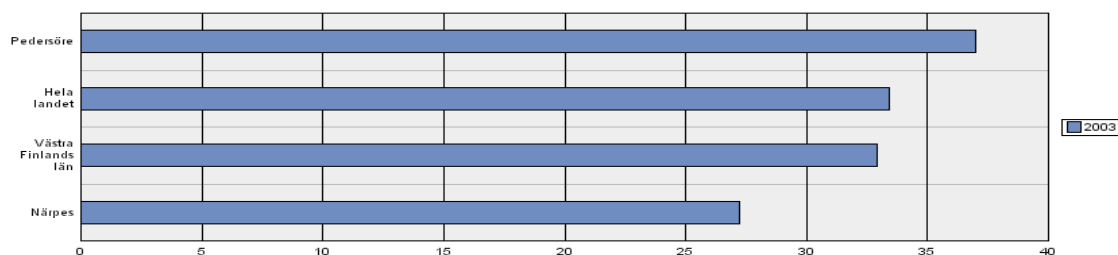
Primärhälsovården sköts inom ramen för en samkommun - Närpes hälsovårdscentral - där Närpes och Kaskö är delägarkommuner. Samkommunen finns till för att ge hälso- och sjukvård åt befolkningen på primärvårdsnivå samt vårda livsmiljön. Mottot för verksamheten är "Hela människan – i tiden". Hälsovårdscentralen erbjuder tjänster i enlighet med folkhälsolagen i form av en mångsidig mottagningsverksamhet där följande expertis ingår: läkare, tandläkare, diabetesskötare, astmaskötare, infektionsskötare och kontaktperson för reumatiska sjukdomar, hälsovårdare, psykolog, socialarbetare, fysioterapeut och tandhygienist. Miljövården sköts i samkommunens regi. Specialsjukvården handhas av Vasa sjukvårdsdistrikt (Olsio-Tuisku 2005).

Boendet

Standarden på boendet är överlag bra i Närpes. Kösituationen till kommunens hyresbostäder varierar dock, och en viss bostadsbrist föreligger. Det totala antalet kommunala lägenheter är ca 370, varav 220-230 är avsedda för icke-pensionärer och ca 3 lägenheter är handikappvänliga. *Trångbodda bostadshushåll utgörs av 9% (se figur 6), medan trångbodda bostadshushåll med barn, mätt i % av alla bostadshushåll med barn är för Närpes del 27,2%, för Pedersöre 37%, för Västra Finlands län 32,9% och för hela landet 33,4 (se figur 7).*



Figur 6 Trånga bostadshushåll (%)



Figur 7 Trånga bostadshushåll med barn (%)

Vatten - och luftkvalitet

Hushållsvattnet i Närpes kommer från tre olika vattenbolag som alla använder grundvattnet. Vattnet behöver inte renas före användning. Kvaliteten är god och kontroll sker regelbundet enligt de undersökningsprogram som har gjorts för varje vattenverk. Över 95% av invånarna i Närpes är anslutna till allmänt vattenledningsnät. Det betyder också att de mindre byarna har säker tillgång till vatten av god kvalitet.

Vattnet vid de allmänna, rapporteringsskyldiga badstränderna i Närpes är av god kvalitet. Följande badstränder har testats: Tjårlax Camping och Fagerö Rangsby. Vid dessa badstränder har den mikrobiologiska och fysikalisk-kemiska kvaliteten uppfyllt kvalitetskraven och ingen blåalgsblomning har påvisats. Det har inte funnits behov av att utfärda simförbud vid dessa stränder under åren 2002-2004.

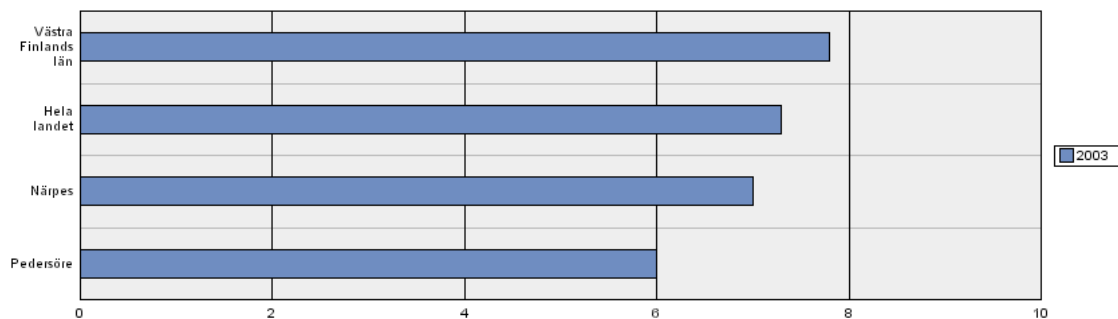
Luftens halt av svaveldioxid är som långtidsvärde i allmänhet låg i Sydösterbotten. Medelvärde för år 2004 var $2\mu\text{g}/\text{m}^3$, på samma nivå som tidigare år. I Närpes härstammar svaveldioxidutsläppen framför allt från uppvärmningen av växthus. Mer än hälften (ca 60%) använder tung brännolja och resterande (40%) lätt brännolja för uppvärmning. Svaveldioxidutsläppen har beräknats till 517 ton i Sydösterbotten, vilket är lägre än året innan eftersom odlingsarealen minskat något.

Kvävedioxidhalter utgår främst från trafiken. Trafikens beräknade kväveoxidutsläpp i Sydösterbotten var år 2003 349 ton, jämfört med 371 ton året innan. Kvävedioxidutsläppen från PVO-Lämpövoima Oy:s kraftverk var 3196 ton och kraftverket är den största källan till kvävedioxidutsläpp i området. Värdena för andelen partiklar i inandningsluften uppmättes på östra sidan i Kristinesstad till $45\mu\text{g}/\text{m}^3$ i april, vilket motsvarar 645 av riktvärdet $70\mu\text{g}/\text{m}^3$ (Nylund 2005).

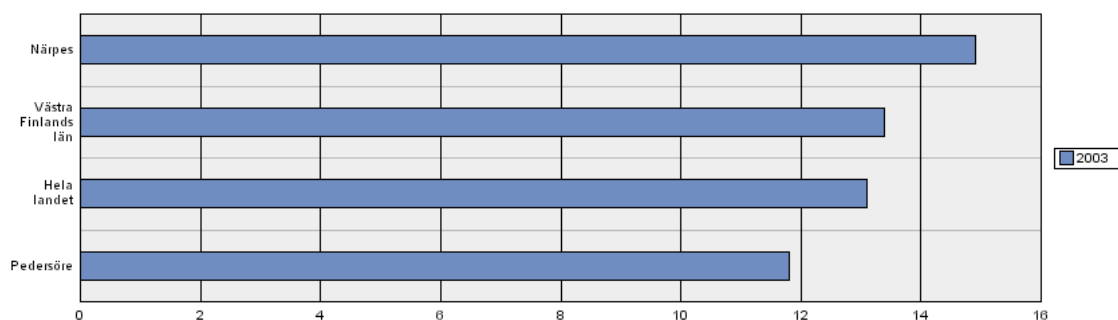
Olycksfall

I följande figurer (8-11) presenteras en översikt av olycksfall i Närpes i relation till respektive åldersgrupp och i jämförelse med motsvarande situation i Pedersöre, Västra Finlands län och hela landet. Indikatorn för olycksfall gäller olycksfall med huvuddiagnosen skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker som medfört vård på sjukhus under året per 1 000 personer i samma åldrar. Då det gäller olycksfall bland 0-15-åringar fördelas olycksfallen enligt följande: Närpes 7%, Pedersöre 6%, Västra Finlands län 7,8% och hela landet 7,3% (se figur 8). *Det föreligger inga större skillnader i olyckstillbudet i den yngsta åldersgruppen regionerna emellan.* Ser man däremot till 16-24-åringar är fallet annorlunda. *Närpes-ungdomar har den högsta andelen olyckstillbud i jämförelsen, nämligen 14,9%, medan procenten för Pedersöre är 11,8%, för Västra Finlands län 13,4% och i hela landet 13,1 (se figur 9). Beträffande den vuxna befolkningen är siffrorna i olyckstillbud för Närpes och Pedersöre jämna, dvs. Närpes 10,7% och Pedersöre*

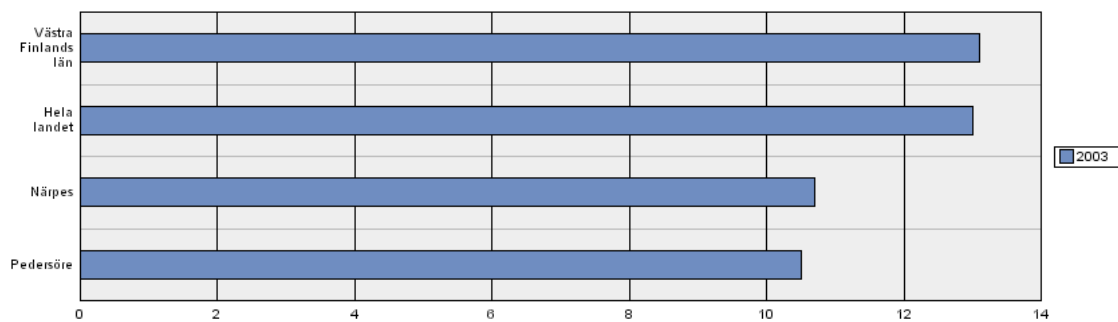
10,5%, medan motsvarande siffror för Västra Finlands län är 13,1% och för hela landet 13,0 % (se figur 10). *Olycksfall bland den äldre befolkningen är nästlägst i Närpes i jämförelse med de övriga åldersgrupperna.* För Närpes äldre befolkning är siffran 2,7%, för Pedersöre 2,4%, för Västra Finlands län liksom för hela landet 3% (se figur 11).



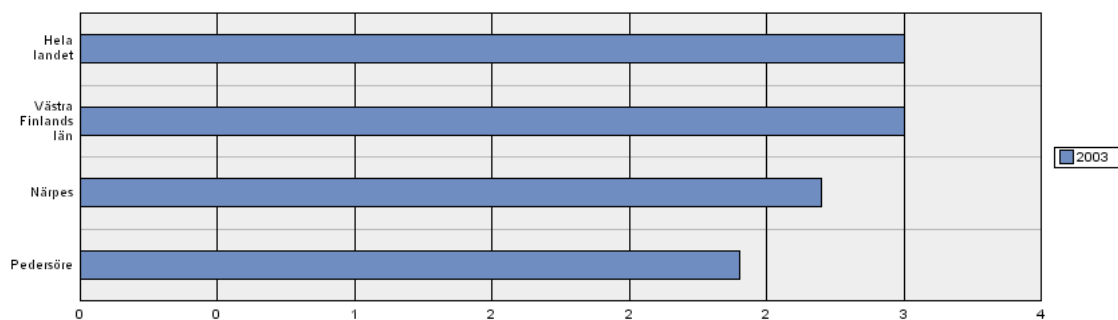
Figur 8 Olycksfall 0-15-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall



Figur 9 Olycksfall 16-24-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall



Figur 10 Olycksfall 25-64-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall



Figur 11 Olycksfall 65-åringar i % som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall

Kriminalitet och våldsbrott

Polisinrättningen vid Närpes härad har fört statistik över antalet brott som kommit till deras kännedom (Dahlvik 2005). Brottsstatistiken sträcker sig från åren 2000-2004 och gäller invånare i Närpes, Kristinestad och Kaskö. En successiv ökning av alla brott har skett fram till år 2004. Då det gäller trafikolyckor registrerades år 2001 det högsta antalet fall. År 2004 kom flest antal brott till polisens kännedom, d.v.s. 2328. Av trafikbrott kan speciellt nämnas rattfylleri som år 2001 och 2004 hade det högsta antalet förseelser med 70 respektive 77 fall (se tabell 2). År 2000 var antalet rattnyktra 50, år 2002 53 och år 2003 52. Huruvida dessa uppgifter återspeglar en verklig ökning av trafikbrott och rattnykterhet eller snarare reflekterar en intensifierad kontroll är dock svårt att avgöra utan närmare utredning.

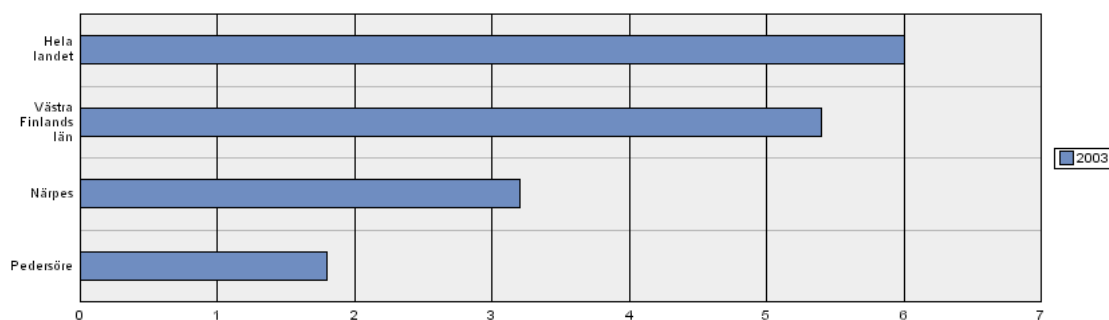
Av trafikolyckor som kommit till polisens kännedom var den vanligaste orsaken hjortdjurskollisioner som år 2001 nådde en topp med 58 stycken. De därpå följande åren var antalet kollisioner lägre, nämligen 49 år 2002, 43 år 2003 och 44 år 2004. Antal skadade i trafikolyckor har från år 2000-2004 varierat mellan 22 och 33 personer.

Tabell 2 Brott som kommit till polisens kännedom

År	2000	2001	2002	2003	2004
Egendomsbrott	481	531	332	355	474
Brott mot liv och hälsa	35	41	54	57	63
Rusmedelsbrott	45	84	31	42	42
Trafikbrott	1250	1206	1150	1054	1594
Rattnykterhet	50	70	53	52	77
Trafikolyckor	137	179	153	137	151
Alla brott som kommit till polisens kännedom	1958	2052	1695	1648	2328

Till Österbottens nödcentral inkom under år 2004 3.185 nödsamtal från Närpes. Fr.o.m. 1.1.2005 fram till den 28.06.2005 har 1.672 nödsamtal gjorts. Motsvarande siffra för samma tidsperiod var året innan 1.463 (Kuusisto 2005).

Figur 12. beskriver våldsbrott som kommit till polisens kännedom år 2003 och jämför brottsituationen i Närpes med Pedersöre, Västra Finlands län och hela landet. Hela landet står som förväntat för den högsta procenten med 6%, därefter Västra Finlands län med 5,2 %, Närpes med 3,2% och Pedersöre med 1,8%.



Figur 12 Våldsbrott som kommit till polisens kännedom

Temasållningsintervjun

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som positiva och välfungerande, och som det lönar sig att stödja i främjandet av välfärd och hälsa för kommuninvånarna i Närpes:

1. Hälsovårdsservice
 - förebyggande hälsovård –,socialvård och sjukvård
 - barn- och mödrarådgivning
 - skolhälsovårdare, skolkurator och tillgång till psykolog
 - tandvård
 - diabetismottagning
 - rehabiliteringsmöjligheter för personal
2. Tillgång till hälsosam och ren mat
 - matproducerande jordbrukare som tillhandahåller befolkningen med ren mat
3. Trivsel i närområdet
 - ren och fin miljö och omgivning
 - många och fina grönområden
 - harmoniskt och tryggt samhälle
 - närheten till naturen
 - skärgården är en resurs
 - oftast bra utbyggd vägbelysning
 - gång- och cykelbanor
 - fungerande snöröjning vintertid
 - välordnade skolskjutsar
4. Fritidsaktiviteter och motion
 - riklig föreningsverksamhet som erbjuder motion och sociala kontakter för alla åldersgrupper
 - idrotts- och friluftsanläggningar finns i de flesta byar
 - elljusspår är väl underhållna
 - simstränder är väl underhållna
5. Musik och kultur
 - Ett rikt musikliv med en skolmusikkår som är unik och positiv
 - framgångsrik teaterverksamhet
 - bibliotek
 - medborgarinstitut
6. Befolkningsstrukturen
 - fast bosättning
 - invandrarna har integrerat sig bra i samhället
7. Anläggningar och byggnader
 - bra boende för äldre
 - simhallen främjar folkhälsan
8. Social samvaro/gemenskap
 - sociala nätverk
 - människor är i sig positiva
 - talkoanda
 - generationssamhörighet
 - trygghet människor emellan

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som oroväckande och problematiska i främjandet av välfärd och hälsa i Närpes:

1. Befolkningsstrukturen
 - antalet åldringar ökar
 - antalet födselar minskar
 - en liten by ”försvinner” från Närpes varje år
 - flykten från landsbygden ökar
 - ungdomar flyttar bort
2. Sysselsättning
 - tillgång på arbetskraft minskar
 - personalbrist på flera områden inom en snar framtid
3. Social samvaro/gemenskap/värderingar
 - människor engagerar sig inte om de inte har nytta av det
 - isolation
 - hårt klimat med vassa armbågar
 - respektlöshet och likgiltighet ökar
 - attitydförändring, gemensamt ansvar finns inte längre
4. Arbetstakten
 - arbetsbördan ökar
5. Väg och trafik
 - vägnätet borde byggas ut
 - det finns för lite gång- och cykelbanor
 - få busslinjer går ut till byarna
 - busslinjer dras in
 - folk ute i byarna blir isolerade om de inte har tillgång till bil
6. Fastigheter
 - fastigheter behöver underhållas
 - vissa skolor är invändigt dåligt planerade
7. Journalistik
 - lokal press för mest fram negativa trender i samhället
8. Ekonomiska aspekter
 - den kommunala ekonomin är oroväckande
 - resurstilldelningen minskar
 - svårt att hitta vikarier för sjukskrivningar
 - lönsamhet inom jordbruk och växthusodling sjunker
 - inbesparningar
 - kommunen som arbetsgivare tar inte hälsofrågor på allvar
9. Sjukvård
 - sjukvårdsorganisationen är för dyr
 - uppföljning av sjukdomar fungerar inte
 - läkarsituationen, svårt att få tjänster besatta
 - man får inte gå till samma läkare
 - svårt att få tider till företagshälsovården
 - missbrukarvården är dyr

PROJEKT i livsmiljön som stöder välfärd och hälsofrämjandet i Närpes

1. I form för livet

Syftet är att främja hälsan genom motion och social samvaro.

2. Botnia projektet

Syftet är att genom förebyggande verksamhet fånga upp de personer som riskerar att utveckla diabetes och förhindra att sjukdomen bryter ut.

3. Regionproducerad mat i österbottniska storkök

Syftet är att lyfta fram den i regionen odlade maten.

Kommunal service

Närpes stad har under tio års tid deltagit i ett landsomfattande forskningsprojekt kallat KommunFinland 2004. I projektet har 47 kommuner deltagit. Bland annat har man inom ramen för forskningsprojektet via enkäter utrett kommuninvånarnas servicetillfredsställelse. Enkäterna har utförts åren 1996, 2000 och 2004. *Närpesborna har bland alla deltagande kommuner visat den bästa servicetillfredsställelsen åren 1996 och 2004 och den näst bästa år 2000.* Speciellt nöjda med servicen var Närpesborna inom sektorn bildning och kultur medan största missnöjet fanns inom missbrukarvård och kollektivtrafik. De utförda enkäterna visar att Närpesborna överlag är nöjda med den kommunala servicen (Pekola-Sjöblom 2005).

4. BARN OCH UNGDOMAR

I detta avsnitt presenteras valda indikatorer för barn och ungdomar från 0-24 år. Indikatorerna är indelade i barns och ungas fysiska och psykiska hälsa samt deras levnadsförhållanden. Kapitlet börjar med en beskrivning av de centrala och allmänna målen för barn och unga fram till år 2015 enligt Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, för att sedan gå närmare in på hälsa och ohälsa för barn i olika åldersgrupper och skolstadier. Jämförelser med hälso- och välfärdssituationen i övriga kommuner har gjorts för att få en uppfattning om hur motsvarande situation för barn och unga är där.

De centrala målen fram till år 2015 för barn och ungdomar är:

- att barnens välbefinnande ökar och deras hälsa blir bättre, medan symtom och sjukdomar som hör ihop med otrygghet minskar märkbart.
- att rökning bland ungdomar minskar, så att mindre än 15 procent av 16-18-åringarna röker. Alkohol- och narkotikarelaterade hälsoproblem kan skötas på ett sakkunnigt sätt, och dessa problem är inte vanligare än i början av 1990-talet.

Fysisk och psykisk hälsa samt levnadsförhållanden

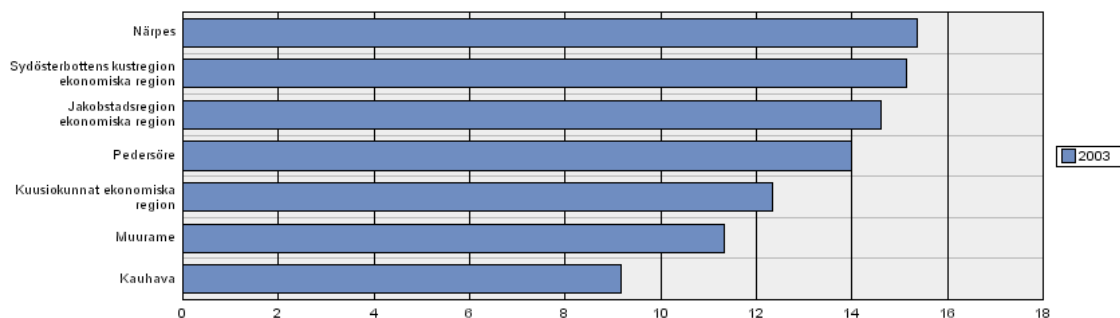
Hälsoindikatorer för barn och unga i Närpes år 2003, 2004 och 2005. Enkäten Hälsa i skolan har gjorts på årskurs 8 och 9 i grundskolan samt årskurs 1 och 2 i gymnasiet fr.o.m. år 1996. Närpes har deltagit i enkäten år 1997, 1999, 2001 och 2003 för grundskolans del. År 2003 var totala antalet svaranden på enkäten 208 och i gymnasiet var antalet svarande samma år 65. De indikatorer som presenteras i tabellform gäller enbart situationen i Närpes, medan indikatorerna som presenteras i figurer jämför situationen i Närpes med Pedersöre, Kauhava, Muurame, Sydösterbottens kustregion, Kuusiokunnat och Jakobstadsregionen år 2003. Av dessa är Muurame och Kuusiokunnat med i pilotprojektet.

Indikatorer för barn från 0-6 år och för barn i lågstadiet, finns inte tillgängliga i detta skede. Även för lågstadie- och gymnasieelever saknas ett antal indikatorer. Uppgifter som saknas är märkta med detta tecken *. Uppgifterna är från år 2003 om inte annat årtal anges.

Tabell 3 Fysisk hälsa hos barn och ungdomar

FYSISK HÄLSA	0-6-åringar	Lågstadie-skola	Högstadie-skola	Gymnasiet
Nack- och skuldervärk	*	*	23%	38%
Huvudvärk varje vecka	*	*	29%	26%
Övervikt	*	24% åk 3 -	11% åk 8 14% åk 7 -04	*
Undervikt	*	*	38% åk 8 53% åk 7	*
Utövar av motion	*	*	16%	8%
Besväras dagligen av två symptom			15 %	10%

23% av högstadieeleverna och 38% av gymnasieeleverna uppger sig ha ont i nacke och skuldror varje vecka. Huvudvärk förekommer bland 29% av högstadieeleverna och 26% av gymnasiet elever. 15% av högstadieeleverna och 10% av gymnasieeleverna har uppgett att de dagligen besvärats av två av följande symptom under det senaste året: ont i nacken/skuldrorna, ont i ryggens nedre del, ont i magen, spänning eller nervositet, irritation eller vredesutbrott, insomningssvårigheter eller uppvaknande om nätterna, huvudvärk, trötthet eller matthet. Vid jämförelse med motsvarande situation i Pedersöre (14%), Muurame (11,3%), Kauhava (9,2%), Jakobstads ekonomiska region (14,6%), Kuusiokunnat ekonomiska region (12,3%) och Sydösterbottens ekonomiska kustregion (15,1%) förefaller det som om *högstadieeleverna i Närpes (15,4%) besväras något mera av ovanstående symtom än vad högstadieeleverna vid de övriga orterna och regionernas gör (se figur 13)*. Övervikt har 24% av lågstadieeleverna, medan andelen överviktiga är lägre bland högstadieeleverna, d.v.s. 14% för årskurs 7 och 11% för årskurs 8. *Andelen underviktiga är däremot högre än överviktiga i högstadiet*. Årskurs 7 har 53% underviktiga och åk 8 har 38% underviktiga elever. Högstadieeleverna uppskattade den egna upplevda hälsan som god år 2003 enligt följande kriterier: hälsotillstånd medelmåttligt eller dåligt 17,8% vilket betyder att 82,2 % *upplever sig ha ett gott hälsotillstånd*. För att säga något om barn och ungdomar med långvarig sjukdom används indikatorn ”0-15-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1000 i samma ålder”, som för *Närpes år 2003 var 36*, Pedersöre 34, Muurame 32, Kauhava 47, Jakobstads regionen 35, Sydösterbottens kustregion 41, Kuusiokunnat 40, Västra Finlands län 42 och hela landet 43 (Sotkanet).



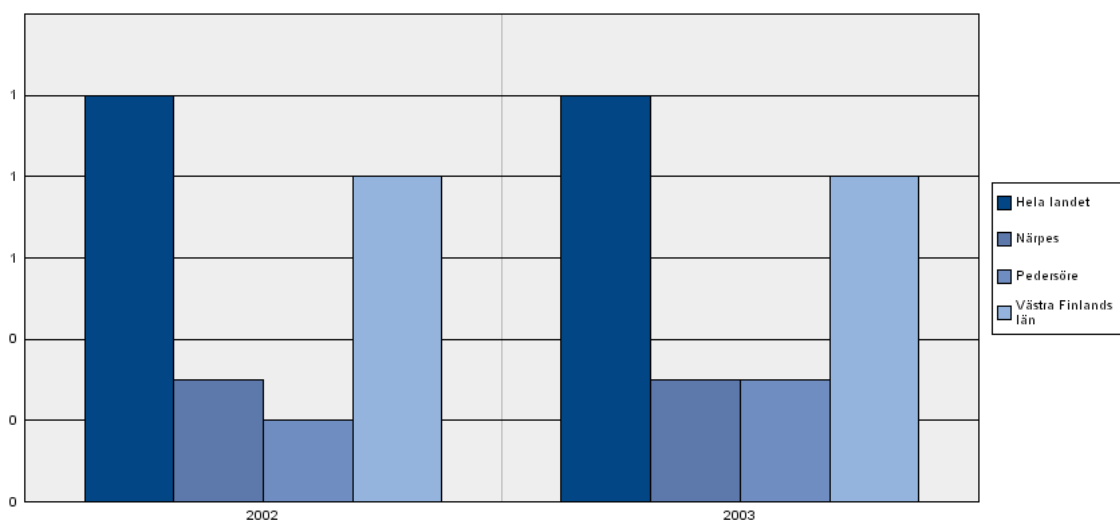
Figur 13 Två eller flera dagliga symtom % av eleverna i klasserna 8 och 9 (287) totalt

Tabell 4 Psykisk hälsa hos barn och ungdomar

PSYKISK HÄLSA	0-6 Åringar	Lågstadie-Skola	Högstadie-skola	Gymnasiet
Mental hälsa	*	*	12%	ca 4%
Mobbning i skolan	*	*	13%	ca 1%

Indikatorn för den mentala hälsa anger vilka av dem som deltagit i enkäten har upplevt medelsvår eller svår depression. 12% av eleverna i högstadiet och 4% av eleverna i gymnasiet uppgav sig ha upplevt detta. Mobbing i skolan förekommer oftare i högstadiet än gymnasiet. 13% av eleverna i lågstadiet uppger att de har blivit mobbade minst en gång i veckan, medan enbart 1% av eleverna i gymnasiet har varit med om motsvarande.

Ur figur 14. framkommer *den procentuella andelen barn som placerats utanför hemmet i åldrarna 0-17 år är förhållanvis låg i Närpes och Pedersöre jämfört med länet och hela landet.* Indikatorn omfattar 0-17-åriga barn som placerats utanför hemmet genom stödåtgärd inom öppenvården, brådskande omhändertagande, omhändertagande och omhändertagande ”mot deras vilja”, barn som finns i eftervård och som är privat placerade i relation till 100 barn i åldrarna 0-17 år (sotknet.fi). Uppgifterna är från 2002-2003 och jämför omhändertagandet av barn i Närpes i relation till situationen i Pedersöre, hela landet och Västra Finlands län.



Figur 14 Barn och unga som placerats utanför hemmet per 1000 barn i åldrarna 0-17 år (%)

Majoriteten av eleverna i Närpes trivs och har nära vänner i skolan. Endast 8% av eleverna i högstadiet och 6% av eleverna i gymnasiet anger att de inte har någon nära vän. Majoriteten i bägge skolstadierna värnar om närvaron i skolan. 8% av eleverna i högstadiet och 10% av eleverna i gymnasiet har skolkat 2 dagar under den senaste månaden. 44% av eleverna i högstadieskolan anser sig ha problem med arbetsandan i skolan. Motsvarande antal för eleverna i gymnasiet är 4%. Med arbetsanda avses: arbetsron i klassen, andan bland eleverna i klassen, lärarens bemötande i frågan om rättvisa och lärarens förväntningar på eleven. *Samtidigt anser en stor andel av eleverna i högstadiet (71%) och en mindre andel i gymnasiet (21%) att det finns brister i den fysiska arbetsmiljön.* Motsvarande situation är för Pedersöre högstadieelever 46%, för Muurame 49,5%, för Kauhava 23%, för Jakobstadsregionen 50%, för Kuusiokunnat 54% och för Sydösterbottens region 60% (se figur 14). De omständigheter som störde skolarbetet mest var trånga studieutrymmen, buller, olämplig belysning, dålig ventilation, temperatur, smuts, obekväma arbetsstolar eller arbetsbord, dåliga sociala utrymmen och risk för olycksfall.

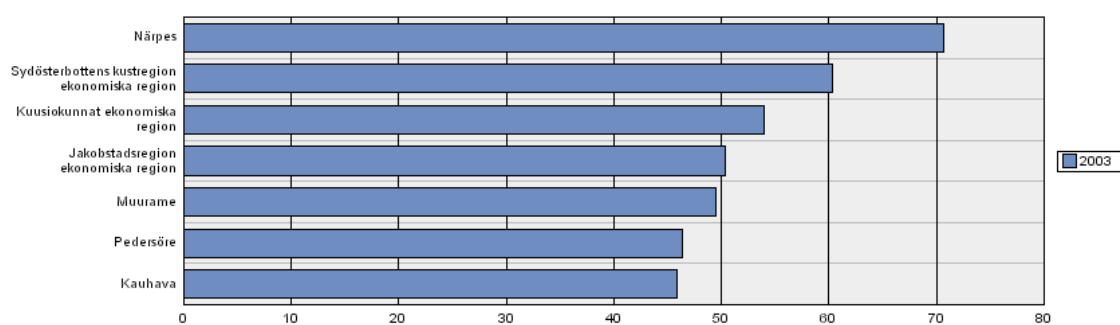
19% av eleverna i bägge skolstadierna röker dagligen (se figur 17). 30% av högstadieeleverna och 12 % av gymnasieeleverna är ordentligt berusade en gång i månaden. *I jämförelse med högstadie ungdomar i Pedersöre (9%), Muurame (16%), Kauhava (21%), Jakobstadsregionen (13%), Kuusiokunnat (21%) och Sydösterbottens kustregion (24%) berusar sig ungdomarna i Närpes (29%) oftare än vad fallet är vid övriga orterna och regionerna* (se figur 16). Testning av illegala droger förekommer i någon mån, 4% av eleverna i högstadieskolan har någon gång provat illegala droger och 0% av gymnasieeleverna. Ungdomsbrottslighet med upprepade förseelser eller brott under det senaste året är mera vanligt bland högstadieelever (24%) än vad det är bland eleverna i gymnasiet (7%).

30% av eleverna i lågstadieskolan och 15% av eleverna i gymnasiet anser att det finns brister i föräldraskapet. Exempel på dylika brister är att föräldrarna inte känner elevens kamrater, föräldrarna vet inte var eleven tillbringar veckoslutskvällarna, eleven kan inte tala med sina föräldrar om sina personliga angelägenheter och att eleven inte får hjälp hemifrån med problem i skolan.

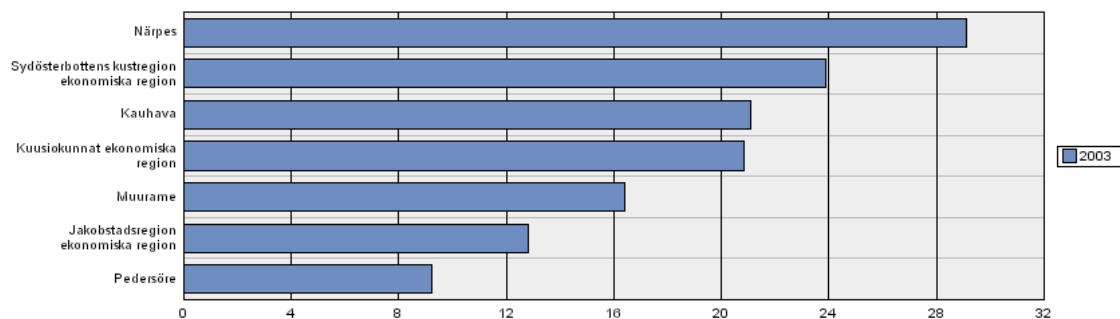
I tabell 5. finns en kolumn med åldersgruppen barn från 0 -6 år som är tänkt att beskriva indikatorer för den åldersgruppen. I detta skede finns inga indikatorer att tillgå som beskriver 0 -6 åringars levnadsförhållanden. Däremot finns det uppgifter om barndagvården. År 2003 (31.12) var antalet 0-6 åringar i Närpes 552. Av dem var 231 i heldagsvård och 91 i deldagsvård. Barn i heldagsvård i daghem var till antalet 41 och i deldagsvård 54. I heldagsvård i familjedagsvård var samma årtal 190 barn och 37 barn var i deldagsvård (Statistikcentralen.fi).

Tabell 5 Barn och ungdomars levnadsförhållanden

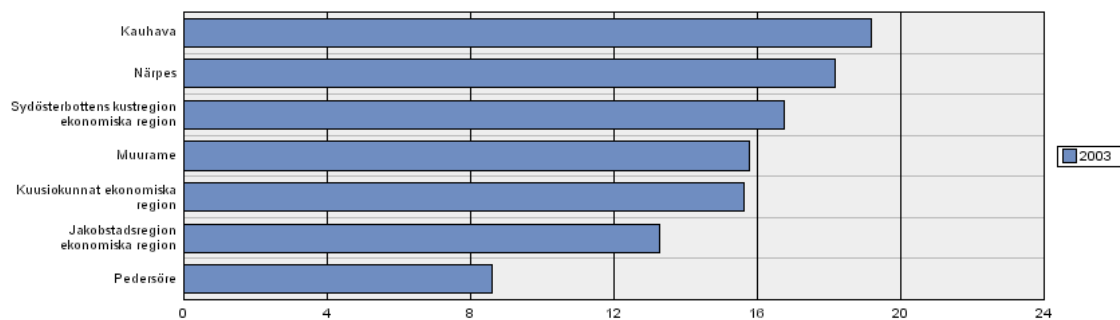
LEVNADSFÖRHÅLLANDEN	0-6 åringar	Lågstadie- skola	Högstadie- skola	Gymnasiet
Trivselfaktor i skolan (nära vän)	*	*	8%	6%
Närvaro i skolan (skolk minst 2 dagar under den senaste månaden)	*	*	8%	10%
Problem med arbetsandan i skolan	*	*	44%	4%
Brister i fysisk arbetsmiljö	*	*	71%	21%
Användning av alkohol			30%	12%
Användning av tobak			19%	19%
Har testat illegala droger åtminstone 1 gång			4%	0%
Ungdomsbrottslighet			24%	7%
Brister i föräldraskapet	*	*	30%	15%



Figur 15 Andel (%) elever som upplever brister i den fysiska miljön



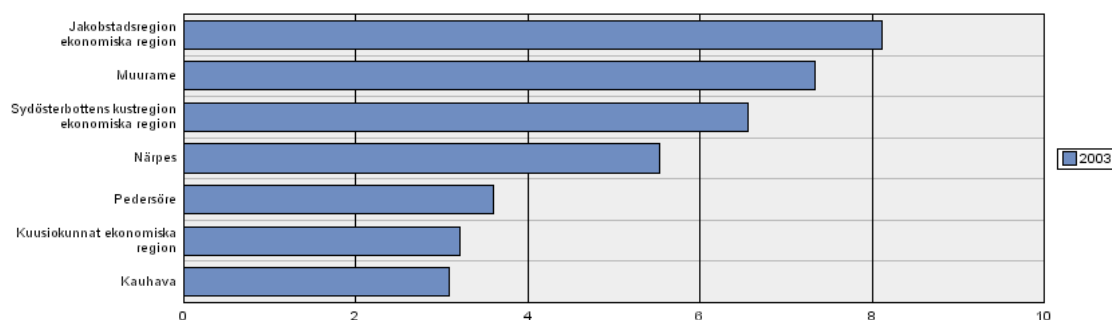
Figur 16 Andel (%) ungdomar som berusar sig ofta



Figur 17 Andel (%) ungdomar som röker dagligen

Enligt enkäten hälsa i skolan, har det blivit vanligare än under tidigare år att eleverna äter skolmat. Att äta ohälsosamma mellanmål är dock allmänt. År 2000 åt 80% av

pojkar och 71% av flickorna i högstadiet den mat som serverades. År 2004 var siffrorna för både flickor och pojkar 74%. Även i gymnasiet var motsvarande siffror ett par procent högre än för fyra år sedan: 90% av pojkarna och 83% av flickorna äter skolmaten. Upp till en sjättedel av flickorna låter dock bli att äta huvudmålet och äter istället ett mål bestående av bröd och/eller sallad samt dryck. Av högstadieeleverna äter 8% ingenting och motsvarande siffra för gymnasieeleverna är 6% (www.stakes.fi). År 2003 åt inte 5,5% av högstadieeleverna i Närpes och 3,6 % av högstadieeleverna i Pedersöre skolmaten. Motsvarande siffror för Muurame är 7,3%, Kauhava 3,1%, Jakobstads regionen 8,1%, Kuusiokunnat 3,2% och Sydösterbotten 6,6% (se figur18).



Figur 18 Elever som inte äter skolmat

Temasållningsintervju

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som positiva och välfungerande och som det lönar sig att stödja i barnens och ungdomarnas främjande av välfärd och hälsa:

1. Närpes är en trygg stad att bo i. Det sociala nätverket är en resurs:
 - gemenskap
 - engagemang
 - talkoanda
 - alla känner varandra
2. Primärhälsovården fungerar bra:
 - välfungerande barnrådgivning
 - välfungerande tandvård
 - välfungerande hälsovård (tillgång till samma hälsovårdare)
 - välfungerande antimobbningsteam
 - tillgång till Folkhälsans tonårspoliklinik
3. Det finns ett stort aktivitetsutbud vad gäller motion och kultur:
 - stort utbud av fritidsaktiviteter
 - mångsidig idrottsverksamhet
 - brett föreningsliv
 - fina friluftsområden
 - ungdomscafé
4. Idrottsanläggningar och -byggnader är i gott skick
 - simhall
 - bollplan
 - ishall
5. Trafik
 - gång- och cykelbanor

- vägbelysning
- välordnade skolskjutsar

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som oroväckande och problematiska i främjandet av välfärd och hälsa för barn och ungdomar:

1. Ökad användning av alkohol, tobak och droger
 - börjar användas i allt yngre år
 - rökning bland flickor har ökat
2. Diabetes och allergier ökar
3. Övervikt har ökat
4. Matvanor
 - felaktiga och dåliga matvanor
 - barns inställning till mat är problematisk
 - läskedrycksautomater i skolor
 - tändernas status försämras
5. Motion och fritidsaktiviteter
 - finns för mycket fritidsaktiviteter
 - föreningarna har för stora krav på prestationer
 - elitismen har ökat
 - barn får inte nyttomotion längre (blir skjutsade)
 - skolrasterna för korta
 - för mycket stillasittande vid tv och dator
6. Psykisk obalans
 - rastlöshet
 - sysslösa ungdomar
 - driver omkring i centrum
 - stress
 - barn får inte vara barn längre
7. Barn med specialbehov har ökat
 - koncentrationsproblem
 - talsvårigheter
8. Respekt
 - respekten för de äldre har förlorats
 - nonchalans och likgiltighet har ökat
 - vandalismen har ökat
9. Ungdomarna flyttar från Närpes
 - det finns inte arbetsplatser
 - intresset för traditionella yrken har minskat

PROJEKT som stöder välfärd och hälsa för barn och ungdom

1. Barn och familjepolitiskt program
2. Tidig växelverkan på mödra- och barnrådgivningen
Syfte: att i kontakten med blivande och nyblivna föräldrar upptäcka riskfaktorer och sätta in stödåtgärder i förebyggande syfte
3. Utvecklande av 5-årskontrollen

Syfte: förbättra den språkliga, motoriska och socioemotionella utvecklingen för barn med olika förseningar i utvecklingen.

4. Ungdomsprojekt/ Arbetskraftsbyrå

Syfte: att fånga upp de ungdomar som avbryter skolgången

5. Motdragsgruppen

Syfte: att förebygga användning av droger genom aktiva diskussioner med föräldrar till lågstadie- och högstadieelever

6. Fit for Europe (Sokrates Commencius)

Syfte: att befrämja sunda levnadsvanor för högstadieelever med inriktning på motion, matvanor samt att öka intresset för detta.

7. VÅGA

Syfte: att sprida upplysning om tobakens, alkoholens och narkotikans skadeverkningar samt att åstadkomma attitydförändring (fostran)

8. Regionalt producerad mat och Hälsosam kost

Syfte: att införa och upprätthålla sunda matvanor hos eleverna

9. Vänelevsverksamhet

Syfte: att förebygga mobbning, skapa gemenskap och öka trivseln i skolan

10 Skolmiljö

Syfte: att undersöka skolans fysiska, psykiska och sociala miljö och komma med förslag till förbättringar.

5. DEN VUXNA BEFOLKNINGEN

I detta avsnitt presenteras valda indikatorer för den vuxna befolkningen. Indikatorerna är indelade i den vuxna befolkningens fysiska och psykiska hälsa samt deras levnadsförhållanden. Kapitlet börjar med en beskrivning av de centrala och allmänna målen för den vuxna befolkningen fram till år 2015 enligt Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, för att sedan gå närmare in på hälsa och ohälsa för män och kvinnor i vuxen ålder.

De centrala målen fram till år 2015 för den vuxna befolkningen är:

- att dödsfall till följd av olycksfall och våld bland unga vuxna män minskar med en tredjedel från nivån under slutet av 1990-talet.
- att den arbetsföra befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt förhållanden i arbetslivet utvecklas, för att människorna skall orka längre i arbetslivet och utträdet ur arbetslivet utvecklas så att det sker tre år senare än år 2000.

Fysisk och psykisk hälsa samt levnadsförhållanden

Välfärdsindikatorerna för den vuxna befolkningen beskrivs under rubrikerna fysisk hälsa, psykisk hälsa samt levnadsförhållanden. Resultatet i tabellerna 6 och 7 är från företagshälsovårdens lagstadgade hälsoundersökningar för kvinnor som fyllt 50 år samt män som fyllde 40 år 2002 och 50 år 2002.

I tabell 6 presenteras kvinnornas Body Mass Index (BMI)-, p-gluc-värden (blodsocker), kolesterol- och blodtrycksvärde från år 2002-2004. Siffrorna till vänster i tabellen står för gränsvärden, varvid BMI-värdet motsvarar vikten/längd². BMI är den officiella måttenheten för över-, normal- och undervikt och den tillämpas bl.a. av Världshälsoorganisationen (WHO). BMI under 18,5 indikerar undervikt, BMI mellan 18,5 och 25 är en sund och normal vikt, medan BMI över 25 är övervikt. Även de

övriga värdena i tabellen anger gränsvärden, varvid tabellen anger antalet kvinnor och män i absoluta tal vars blodvärden överskrider gränsvärdet.

Ur tabell 6 framgår att år 2002 undersöktes 51 kvinnor och 2003 53 kvinnor, emedan det totala antalet undersökta år 2004 är okänt. Det totala antalet kallade år 2002 och 2003 var 63 båda åren, varav 12 respektive 10 uteblev. *År 2002 och 2003 var 60% respektive 44% av de undersökta 50-åriga kvinnorna överviktiga, samtidigt som 15% av kvinnorna år 2002 hade ett förhöjt blodsocker och ca 20% båda åren hade förhöjt blodtryck och kolesterol.* I tabell 7 presenteras männens BMI-, blodsocker-, kolesterol- och blodtrycksvärde, samt midjemått (högt midjemått visar på risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar) och antalet män som röker av dem som deltog i hälsogranskningen (även här ett bortfall på 11 kallade som inte deltog i undersökningen i vardera åldersgruppen). Härur framgår att *ca 60% av både 40- och 50-åriga männen uppvisade övervikt, drygt 40% hade ett förhöjt blodsockervärde och drygt 74 respektive 83% av de undersökta männen hade förhöjt kolesterolvärde.* I jämförelse med de undersökta kvinnorna finns det således tecken på att männen överlag har en sämre fysisk hälsa i dessa åldersgrupper.

Tabell 6 Fysisk hälsa hos 50-åriga kvinnor

FYSISK HÄLSA Antal undersökta med förhöjt värde / antal undersökta	Kvinnor 50 år 2002	Kvinnor 50 år 2003	Kvinnor 50 år 2004
BMI \geq 25 (viktindex)	31/51	23/53	34/*
P-gluc \geq 6,0 (blodsocker)	15/51	8/53	17/*
Kolesterol \geq 6,5	11/51	11/53	14/*
RR > 140/90 (blodtryck)	10/51	12/53	*

* uppgifter saknas

Källa: Företagshälsovården

Tabell 7 Fysisk hälsa hos 40- och 50-åriga män

FYSISK HÄLSA Antal undersökta med förhöjda värden / antal undersökta	Män 40 år 2002	Män 50 år 2002
BMI \geq 25 (viktindex)	36/60	48/77
P-gluc \geq 6,0 (blodsocker)	26/60	36/77
Kolesterol \geq 5,0	44/60	64/77
RR > 140/90 (blodtryck)	9/60	29/77
Midjemått > 100	11/60	20/77
Röker	11/60	18/60

Källa: Företagshälsovården

I tabell 8 beskrivs mäns och kvinnors fysiska hälsa med hjälp av andra valda indikatorer, läkarbesök, användning av medicin m.m. Läkarbesök inom primärvården visar andelen läkarbesök i åldrarna 25-64 inom primärvårdens öppenvård per 1000 i samma ålder. År 2002 var antalet besök 1.758 per 1000 invånare (eller i medeltal 1,76 besök per invånare) och 2003 1.650 besök per 1000 invånare. Användning av mediciner visar att andelen 25-64-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1000 Närpesbor i samma åldrar var 201,1 år 2002 och 195,1 år 2003. Mottagare av sjukdagpenning var år 2000 114,1 personer och år 2003 100,8 personer per 1000. Indikatoren visar andelen 25-64-åringar som fått sjukdagpenning enligt

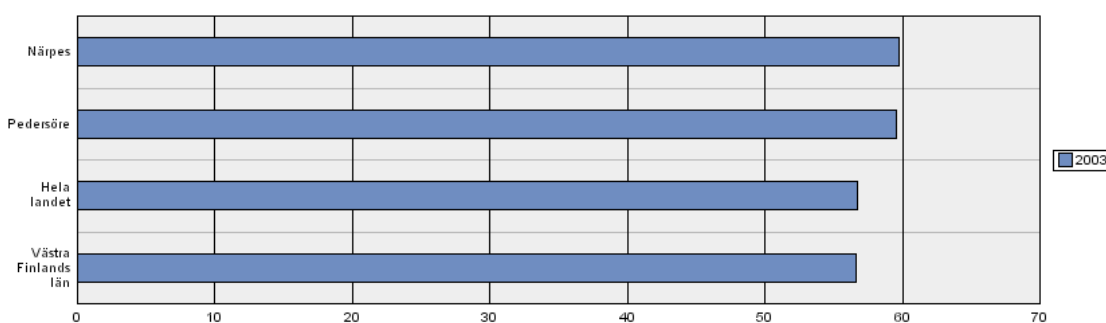
sjukförsäkringslagen per 1000 i samma åldrar. Medelfolkmängden har använts som befolkningsuppgift.

Tabell 8 Fysisk hälsa hos 25-64-åringar

FYSISK HÄLSA	2002	2003
Läkarbesök inom primärvården	1758,0	1650,5
Sjukfrekvensindex	83,3	75,8
Användning av mediciner	201,2	195,1
Mottagare av sjukdagpenning	114,1	100,8
Medelålder för pensionering	56,5 år	59,8 år

Källa: Sotkanet

Medelåldern för pensionering var år 2002 56,5 år och år 2003 59,8 år (se figur 19). *Vid jämförelse av medelåldern för pensionering för den vuxna befolkningen i Närpes med Pedersöre, hela landet och Västra Finlands län, har Närpes den högsta aritmetiska medelåldern för dem som gått i pension (ålders-, invalid-, eller arbetslöshetspension eller specialpension för lantbrukare). De som gått i deltidspension ingår inte i genomsnittet.*



Figur 19 Medelåldern för pensionering

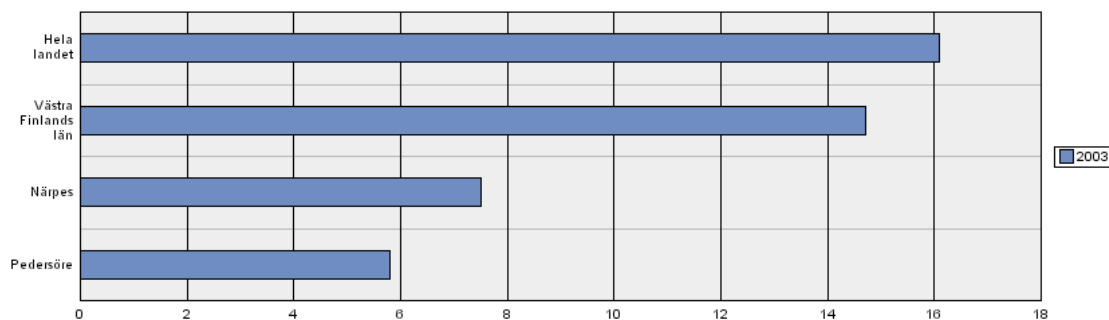
I tabell 9 beskrivs mäns och kvinnors psykiska hälsa genom valda indikatorer. År 2002 använde 4,2% av befolkningen antidepressiva mediciner och år 2003 4% av befolkningen. Indikatorn visar den procentuella andelen 20-64-åringar som fått ersättning för antidepressiva av hela befolkningen i samma ålder. Indikatorn för missbrukarvård visar antalet 25-64-åringar som vårdats på institutioner för missbrukarvård per 1000 personer i samma åldrar. I Närpes vårdades år 2002 9 personer på institution för missbruk och år 2003 hade antalet personer sjunkit till 7, (se tabell 9).

Tabell 9 Psykisk hälsa hos äldre

PSYKISK HÄLSA	2002	2003
Användning av mediciner (antidepressiva)	4,2%	4,0%
Vård på institution för missbruk, absoluta tal	9	7

Källa: Sotkanet

I tabell 10 beskrivs mäns och kvinnors levnadsförhållanden enligt indikatorerna skilsmässofrekvens och antal hushåll som mottagit utkomststöd i Närpes. Skilsmässornas antal var år 2002 11 och 2003 11 i Närpes. *I jämförelse med hela landet och Västra Finlands län har Närpes låg skilsmässofrekvens.* Det absoluta talet för skilsmässor är 11 både i Pedersöre och Närpes (sotkanet.fi).



Figur 20 Skilsmässor i åldrarna 25-64 år per 1000 gifta i samma åldrar

Den andra indikatorn som beskriver levnadsförhållanden enligt antal hushåll som mottagit utkomststöd ger en bild av levnadsstandarden. Mottagande av utkomststöd har använts som en av mätarna som visar fattigdom. Med hjälp av utkomststödet tryggas minst den oundgängliga utkomst som en person och familj behöver för ett människovärdigt liv. I Närpes är antalet hushåll som mottagit utkomststöd förhållandevis lågt: år 2002 mottog endast 3,8% och år 2003 3,9% av alla 25-64-åriga utkomststöd angett i % av befolkningen i samma ålder. För hela landet beviljades år 2003 utkomststöd till 261 430 hushåll och 424 126 personer. Från och med 2002 minskade antalet hushåll med 0,4 procent och antalet personer med 1,3 procent. År 2003 fick 8,1 procent av hela befolkningen i Finland utkomststöd. Antalet personer i arbetsför ålder, dvs. 25-64 år, var totalt 219 944. Deras andel av stödtagarna var 51,8 procent. Antalet stödtagare i arbetsför ålder och deras relativa andel var nästan oförändrade jämfört med år 2002 (sotkanet.fi).

Tabell 10 Skilsmässor och utkomststöd

LEVNADSFÖRHÅLLANDEN	2002	2003
Skilsmäsofrekvens	7,3%	7,5%
Antal hushåll som mottagit utkomststöd	3,8%	3,9%

Temasållningsintervju

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som positiva och välfungerande och som det lönar sig att stödja i främjandet av välfärd och hälsa för den vuxna befolkningen i Närpes:

1. Hem och familj
 - mindre skilsmässor, alkoholproblem och drogproblem än befolkningen i genomsnitt
2. Livssituation / social samvaro
 - fungerande kontakt nät
3. Fritid och motion
 - aktiviteter för alla åldrar, gymnastik, föreläsningar
 - föräldrarnas stöd och engagemang för idrotten är bra
4. Hälso-, social och sjukvård
 - företagshälsovård bra då det gäller lantbrukare (bra med årskontroller)
 - rehabiliteringsmöjligheter
 - hälsomedvetna och emottagliga för information fin service och stöd till barnfamiljer
 - inga höga trösklar för som hindrar folk från att uppsöka vård

5. Övrigt

- medborgarinstitut (viktigt mentalt förebyggande arbete)

I resultatet från temasällningsintervjuerna framkommer följande områden som är oroväckande och problematiska i främjandet av välfärd och hälsa för den vuxna befolkningen i Närpes:

1. Hem och familj
 - relationsproblematik
 - förändrad familjestruktur
 - ökat våld inom familjen
 - ökad stress hos föräldrar
 - småbarnsföräldrars tidsbrist
 - familjen hinner inte umgås (samvaron minskar, gemensam tid saknas)
 - föräldrar vågar inte ta ansvar (s.k. "Curling-föräldrar" ökar)
 - föräldrar har kompisrelation med barnen
 - mor- och farföräldrar förvärvsarbetar
 - begynnande isolation (kärnfamiljen existerar inte mera)
2. Arbetsituation
 - arbetsbördan ökar: mera ansvar, stress, större konkurrens och mera problem vid vissa arbetsområden
 - ensamhetskänsla i arbetet har ökat
 - mobbning förekommer på arbetsplatser
 - tröttheten i arbetslivet går ner i åldrarna (många vill trappa ner redan vid 50-års åldern)
3. Livssituation/social samvaro
 - ändrade vanor, ändrad livsstil, för mycket bråttom
 - för litet tid för och med varandra på alla plan
 - för stort utbud av allt
 - ny hjälplöshet
 - uppgivenhet bland befolkningen
 - sociala gemenskapen minskar
 - talko-andan har minskat
 - egoismen breder ut sig
4. Fysiska besvär
 - sömnproblemen ökar
 - depressionsdiagnoser ökar
 - användning av antidepressiva mediciner ökar
 - missbrukarproblematiken ökar

PROJEKT som stöder välfärd och hälsa för den vuxna befolkningen

1. Tidig växelverkan på mödra- och barnrådgivning.
Syftet är att i kontakten med blivande och nyblivna föräldrar upptäcka riskfaktorer och sätta in stödåtgärder i förebyggande syfte.
2. Utvecklingsprojekt i socialt arbete med invandrare
Syftet är att skapa nätverk mellan myndighetspersoner och invandrare samt att utveckla socialt arbete bland invandrare.
3. Anhörigcafé

Anhörigcaféet är avsett för avlastningsvård för närståendevårdare. Syftet är att erbjuda avlastning för närståendevårdare.

6. DEN ÄLDRE BEFOLKNINGEN

I detta avsnitt presenteras valda indikatorer för den äldre befolkningen. Indikatorerna är indelade i de äldres fysiska och psykiska hälsa samt deras levnadsförhållanden. Kapitlet börjar med en beskrivning av de centrala och allmänna målen för äldre fram till år 2015 enligt Folkhälsoprogrammet, för att sedan gå närmare in på den äldres hälsa och ohälsa.

De centrala målen fram till år 2015 för äldre befolkning är:

- att den genomsnittliga förbättringen av funktionsförmågan för personer över 75 år fortsätter i samma riktning som under de 20 senaste åren.

Fysisk och psykisk hälsa samt levnadsförhållanden

Välfärdsindikatorerna för den äldre befolkningen beskrivs under rubrikerna fysisk hälsa, psykisk hälsa samt levnadsförhållanden. Resultatet i tabellerna är främst från databasen sotkanet, men statistik över den äldre befolkningens hälsa kommer även från hälsovårdscentralen i Närpes.

I tabell 11 beskrivs den äldre befolkningens fysiska hälsa för åren 2002-2003 enligt valda indikatorer. Ett mått på behov av läkarvård är 65-åringar och äldres läkarbesök inom primärvårdens öppenvård. År 2002 gjordes 2.570 besök och år 2003 gjordes 2.240 besök till läkare. Antalet vård dagar i åldrarna 75 och över inom primärvården under året ger information om den berörda åldersklassens behov av primärvård, terminalvård eller långtidsvård. Antalet vård dagar för 75-åringar och äldre i Närpes var 7.099 år 2002 och 7.369 år 2003. Ser man till antalet vård dagar inom specialiserad somatisk vård får man en uppfattning om andelen vård dagar i åldrarna 75 år och över inom specialiserad somatisk vård per 1 000 i samma åldrar som år 2002 var 2.732 och år 2003 2.567. I den somatiska vården har inte psykiatriska sjukhus och specialiserad sjukvård inbegripits, liksom inte heller vårdavdelningar på hälsovårdscentraler. Sjukhusvården omfattar sjukhusvård som anordnats både av den offentliga sektorn (kommunerna, samkommunerna och staten) och den privata sektorn. Vård dagar vid socialväsendet ger information om 75-åringar och äldres behov av hjälp och service i anslutning till långvarig sjukdom, utvecklingsstörning och missbruksproblem som för Närpes del var 37.738 år 2002 och 36.253 år 2003.

Vad användning av medicin beträffar ser man endast till medicin som klassas som specialersättningsgilla läkemedel. Rätten till specialersättning betyder att personen i fråga har någon allvarlig sjukdom som kräver långvarig medicinering. År 2002 använde 616 personer per 1000 (motsvarande 62%) i åldrarna 65 och över dylika mediciner, och år 2003 var motsvarande tal 537 (sotkanet.fi).

19 personer i åldrarna 65 och över vårdades år 2002 på sjukhus p.g.a. höftfraktur (0,8%), jämfört med 25 personer (1,1%) år 2003. Antalet halk- och snubbelolyckor bland äldre som medfört intagning till Hälsovårdscentralens bäddavdelning var år 2002 47 personer och år 2003 50 personer.

Tabell 11 Fysisk hälsa hos äldre

Fysisk hälsa	2002	2003
Läkarbesök inom primärvården	2570	2240
Antalet vård dagar inom primärvård	7099	7369
Antalet vård dagar inom specialiserad somatisk vård	2732	2567
Antal vård dagar vid socialväsandets med heldygnsomsorg	37738	36254
Användning av mediciner	616	538
Höftfrakturer hos personer i åldrarna 65 år och över, %	0,8	1,1
Antal halk- och snubbelolyckor bland äldre som medfört intagning till bäddavdelning	47	50

Källa: Sotkanet och statistik från hvc

I tabell 12 beskrivs äldre mäns och kvinnors psykiska hälsa enligt valda indikatorer. Antalet vård dagar inom psykiatrisk institutionsvård var år 2002 1434 och år 2003 var antalet 1357 för 75 år och äldre per 1000 invånare i samma åldrar. Användning av antidepressiva mediciner är allmännast i åldrarna 75 år och över, och nästan dubbelt så stor bland kvinnor som bland män. Indikatoren visar den procentuella andelen personer i åldrarna 65+ som fått ersättning för antidepressiva av befolkningen i samma ålder var för Närpes år 2002 7,2% och 2003 6,4%. Användning av läkemedel p.g.a. psykos var år 2002 1,6% och år 2003 1,6%. Indikatoren visar den procentuella andelen personer med rätt till specialersättningsgilla läkemedel på grund av psykos av befolkningen i samma ålder (sotkanet.fi).

Tabell 12 Psykisk hälsa hos äldre

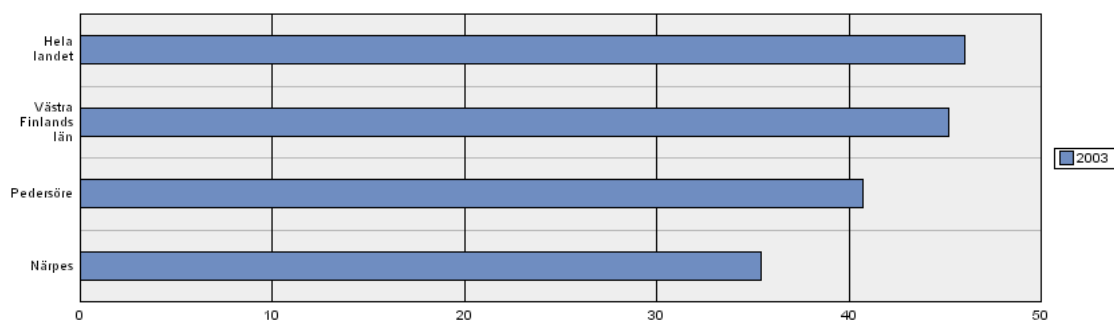
PSYKISK HÄLSA	2002	2003
Antalet vård dagar inom psykiatrisk institutionsvård	1434	1357
Användning av mediciner (antidepressiva)	7,2%	6,4%
Användning av läkemedel p.g.a. psykos	1,6%	1,6%

I tabell 13 beskrivs äldre mäns och kvinnors levnadsförhållanden enligt indikatorerna ensamboende och äldre i behov av stödtjänster. Ensamboende 75-åringar och över 75 år fyllda var år 2002 37% och år 2003 35% av befolkningen. Indikatoren visar den procentuella andelen ensamboende i åldrarna 75+ av befolkningen i samma ålder. Med enpersons bostadshushåll avses hushåll där en person stadigvarande bor ensam.

Tabell 13 Äldres levnadsförhållanden

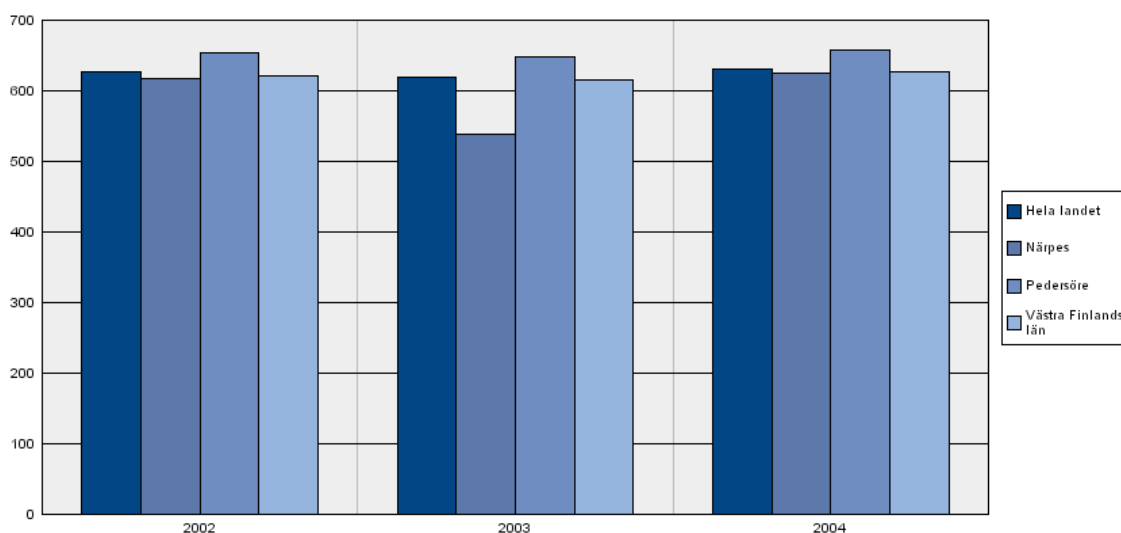
LEVNADSFÖRHÅLLANDEN	2002	2003
Ensamboende 75-åringar och över 75 år fyllda	37%	35%
Personer i åldrarna 65 och över som får stödtjänster	34,2	33,0

Personer i åldrarna 65 år och över som får hemvårdshjälp, stödtjänster eller stöd för närståendevård per 1000 invånare i samma åldrar var år 2002 34 och år 2003 33. Indikatoren visar den procentuella andelen klienter i åldern 65 år och över som får hemvårdshjälp, stödtjänster och stöd för närståendevård under året (tjänster som finansieras av kommunen).



Figur 21 Ensamboende 75-åringar och äldre

I jämförelse med Pedersöre, Västra Finlands län och hela landet finner man att äldre i Närpes bor mera sällan allena än i jämförelseområdena (figur 21). Likaledes visar figur 21 att äldre i Närpes använder aningen mindre specialersättningsgilla läkemedel än referensområdena, även om skillnaderna här är små.



Figur 22 Personer i åldrarna 65 år och äldre med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1000 invånare i samma åldrar

Hemmaboende 75-åringar och äldre

Följande indikatorer beskriver hemmaboende 75-åringar och äldre i Närpes fysiska och psykiska hälsa samt utvalda indikatorer för de äldres levnadsförhållande år 2002. Antalet svaranden varierar mellan 75 och 97. Informationen om de äldre är tagen från forsknings- och utvecklingsprojektet "Borta bra men hemma bäst" som pågick under åren 2001-2004 i Sydösterbotten med syftet att utreda Närpes, Kaskös och Kristinestads hemmaboende 75-åringars eller äldres inre och yttre resurser i form av hälsoresurser, hälsoproblem och strategier att hantera sitt livssammanhang, och stödja fortsatt hemmaboende. (Kulla, Salmela, Westerlund-Perätalo och Fagerström 2004).

De äldre uppskattade sin fysiska funktionsförmågan i allmänhet som god och många var av den uppfattningen att de klarar sig själva, trots att de hade besvär med funktionsförmågan (73 av 98 svaranden). 24 av de äldre ansåg däremot att de var i behov av hjälp och en behövde hjälp med allt. De flesta äldre (57 av 97 svaranden) upplevde sin hälsa som mycket god/god eller bra. Rörlighet i armar, axlar och händer var hos drygt hälften god (51 svaranden), medan 47 uppgav att de inte hade fullgod rörlighet i armar, axlar och händer. Då det gäller rörlighet i ben, knän och höfter ansåg

55 av 97 att de inte hade fullgod rörelse, medan 42 hade god rörlighet. Motionen spelade en viktig roll för de äldre, 47 av 75 motionerar regelbundet och 28 motionerar, dock mera sällan. Ser man till vikten och BMI-värden kan man konstatera att majoriteten av de äldre (68 av 95) hade ett BMI-värde som var över eller lika med 25. I största allmänhet var de äldre förnöjsamma med livet och 81 av 96 upplevde sin situation som bra. Relationer till andra människor ansågs vara betydelsefulla. Endast 2 personer av 95 ansåg att relationer till andra var ganska betydelselöst för dem (Kulla m.fl. 2004).

Temasållningsintervju

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som positiva och välfungerande, som det lönar sig att stödja i främjandet av välfärd och hälsa för de äldre i Närpes:

1. Välfungerande åldringsvård
 - äldrepolitiskt program
 - välfungerande vårdtrappa
 - bra grundvård
 - bra service erbjuds till de äldre som utgår från den äldres vårdbehov, inklusive vård i det egna hemmet ca 4 ggr/dygn och hemkörning av mat
 - valmöjlighet för de äldre att välja boendeform, i det egna hemmet eller på anstalt
 - tillgång till demenshem
2. Motion
 - hälsofrämjande aktiviteter erbjuds, t.ex. simgrupper, terapibassängen, gymnastikkurser
3. Personal
 - flexibel, kunnig, motiverad och omtänksam personal som vårdar de äldre
 - gott samarbete mellan hemservice och hemsjukvård
4. Närpes är en trygg stad att bo i. De sociala nätverken är en resurs.
 - gemenskap
 - engagemang
 - fast bosättning
 - generationssamhörighet

I resultatet från temasållningsintervjuerna framkommer följande områden som är oroväckande och problematiska i främjandet av välfärd och hälsa för de äldre i Närpes:

1. Ökat vårdbehov
 - de äldre blir allt mera fysiskt vårdkrävande på bekostnad av den psykiska vården
 - det psykiska illamåendet har ökat
 - omsorgen om den äldre blir lidande (helheten)
 - antalet äldre ökar
2. Personalens situation försämras
 - otillräcklighetskänslor då personalen inte har möjlighet att vårda enligt egna ideal
 - för hård press och stress

- utbrändhet ökar
- sjukskrivningar ökar
- pratet försvinner
- 3. Pensionsåldern höjs
- 4. Arbetsbördans ökning trots stigande ålder (jordbrukare)

PROJEKT som stöder välfärd och hälsa hos äldre befolkningen

1. Borta bra men hemma bäst

Syftet är att utreda hemmaboende 75-åriga eller äldres inre och yttre resurser i form av hälsoresurser, hälsoproblem och strategier att hantera sitt livssammanhang, samt att stödja fortsatt hemmaboende

2. Utvecklande av idrott och motion för specialgrupper

Syfte att kartlägga behovet av motionstjänster för pensionärer, handikappade och långtidssjuka samt starta nya motionsgrupper för dessa

3. Sydin-projektet

Syfte är att genomföra en omstrukturering av social,- och hälsovården i Närpes, Kaskö, Bötom och Kristinestad så att tyngdpunkten i verksamheten överflyttas från specialistsjukvården till öppen och förebyggande vård samt rehabilitering. Dessutom är syftet att åstadkomma ett integrerat samarbete mellan offentliga vårdproducenter, aktörer inom tredje sektorn, företag som producerar vård samt enheter som upprätthåller rehabiliteringsverksamhet. Personal som berörs av omstruktureringen kommer att erbjudas möjligheter till vidareutbildning samt till kompetenshöjande kurser

4. Fyrklövern är Sydin-projektets fortsättning och har tre delområden:

- a) en regional planering av en nätverksmodell för familjeservice
- b) en regional verksamhetsmodell för demenspatientens servicekedja
- c) en regional planering av personal fortbildning, handledning och rekrytering

5. För eget hem

Syftet är att stöda den äldres boende i det egna hemmet, testa och utvärdera grundformuläret d.v.s. den österbottniska modellen för förebyggande hembesök samt att pröva en slutlig modell. Målet är att implementera förebyggande hembesök i en kontinuitetsinriktad verksamhet.

6. Trivselcafé för äldre

Ett friskvårdscafé för hemmaboende äldre personer. Caféets syfte är att upprätthålla livskvaliteten för de äldre, uppmuntra till hälsofrämjande aktiviteter, utöka det sociala nätverket samt idka social samvaro under trivsamma former.

7. SAMMANFATTNING

Välfärdsberättelsen är ett verktyg som ger information och kunskap om kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar välfärden. Idén med välfärdsberättelsen är att skapa en helhetsbild av välfärdssituationen i kommunen för att beslutsfattarna skall ha ett lätt tillgängligt och överskådligt redskap att stöda sig på vid beslut om befolkningens hälsa och välfärd. På detta sätt kan ledning av hälsa och välfärd klarläggas och samordnas, vilket möjliggör uppföljning och utvärdering av hälsan i kommunen. Därtill blir sektoröverskridande ledning av välfärd och hälsofrämjandet möjlig och kunskap om invånarnas hälsa och välfärd tydliggörs och medvetandegörs. På detta sätt erhålls en komprimerad beskrivning av utvecklingen under ett antal år samtidigt som man får en uppfattning om välfärdens nuläge och utvecklingsriktning.

Livsmiljö

Genom temasållningsintervjuer med kommunala förtroendemän och tjänstemän har man funnit att ett gemensamt ansvar och gemensamt förhållningssätt binder samman invånarna i Närpes, att förekomsten av omfattande sociala nätverk skapar trygghet och identitet, samt att invånarna uppfattar att den basservice kommunens erbjuder präglas av tillgänglighet, gott bemötande, trygghet och kompetens. Andra positiva drag i Närpes livsmiljö är bl.a. den höga grad av trivsel som är relaterad, inte bara till gemenskapsandan, utan även till en harmonisk och naturnära boendemiljö, goda möjligheter till fritidsaktiviteter och en förhållandevis rik och varierad kultur- och musikverksamhet.

Som oroande eller negativa tendenser i samhällsutvecklingen anges däremot sysselsättningen bland unga vuxna och den hotande befolkningsminskningen. Antalet åldringar ökar, ungdomar flyttar bort från Närpes, antalet födslar minskar och landsbygden hotas av utarmning. Detta befaras leda bl.a. till en allt högre arbetstakt och försämrat ekonomiskt läge för kommunen, vilket bl.a. får följder för utbudet av service. Samtidigt uttrycks oro för ett förändrat samhällsklimat med en minskad talkoanda, hårdare attityder, mera uppmärksamhet för negativa händelser etc.

Övrigt material som denna studie redovisar stöder många uppfattningar om positiva och negativa samhällstrender i Närpes. Jämförelser med Pedersöre kommun, Västra Finlands län och hela landet påvisar utvecklingstrender som fått mindre uppmärksamhet i intervjuerna.

I dagens läge är försörjningsgraden i Närpes rätt hög i förhållande till referensområden. Ungdomsarbetslösheten är likaså förhållandevis låg och en mindre andel invånare har fallit utanför utbildningssystemet än i övriga jämförelseområden. Likaså är boendesituationen jämförelsevis rätt god i Närpes med en förhållandevis liten bostadsbrist och färre trångbodda hushåll än i referensområdena. Trots detta kan nämnas att nästan 9% av hushållen i Närpes kan klassificeras som trångbodda, och 27% av hushållen med barn. Likaledes har Närpes en förhållandevis låg andel våldsbrott som kommer till polisens kännedom. Brott mot liv, antalet egendomsbrott, trafikbrott och rattonykterhet som kommit till polisens kännedom har dock ökat under senare år.

Inom olycksstatistiken drabbar olyckstillbud som leder till vård på sjukhus ungefär lika många eller färre personer per 1000 invånare i Närpes än i jämförelsekommuner och -områden i frågan om alla grupper, utom i frågan om antalet olyckstillbud bland 16-24-åringar. Inom gruppen 16-24-åringar är andelen olyckstillbud högre i Närpes än i referensområdena.

Barn och ungdomar

Majoriteten av alla barn och ungdomar i Närpes har det bra när det gäller hälsa och välfärd och temasållningsintervjuerna ger vid handen att man bor i ett tryggt samhälle med en välfungerande hälso-, sjuk- och socialvård. Merparten av alla barn och unga upplever trygghet i stödet från föräldrar, vänner, den äldre generationen och från samhället. Även de ekonomiska och materiella villkoren är förhållandevis goda. Närpes upplevs vara en trygg stad att bo i och det sociala nätverket upplevs som en tillgång och en resurs.

Det finns dock sprickor i välfärdssamhället som tenderer som präglar de ungas uppväxtvillkor. Den psykiska ohälsan hos barn och ungdom tycks ha ökat, vilket inte är kongruent med det centrala målet beträffande ungdomars välmående fram till år 2015. Både flickor och pojkar uppger sig ha huvudvärk, ont i magen och känner sig nedstämda oftare än förr. Ytterligare anledning till oro är att en större andel Närpeselever i klasserna 8-9 uppger sig lida av två eller flera symptom på ohälsa än eleverna i alla här inkluderade referenskommuner och regioner (Sydösterbottens kustregion, Jakobstadsregionen, Kuusiokuntaregionen, Muurame, Pedersöre och Kauhava). Detta kan eventuellt ha ett partiellt samband med att hela 71% av högstadieläverna i Närpes upplever att det finns brister i den fysiska skolmiljön, vilket kan jämföras med under 50% i Pedersöre, Kauhava och Muurame, samt 50-60% i regionerna överlag. Med brister avses här t.ex. trånga arbetsutrymmen, buller, dålig belysning, dålig ventilation, smuts m.m.

I frågan om alkoholsvanor framkommer det också att Närpesungdomar tenderar att berusa sig klart oftare än motsvarande åldersgrupp i referenskommuner och -regioner. Detta kan eventuellt vara en bidragande orsak till att Närpesungdomar oftare har olyckstillbud som leder till sjukhusvård än fallet är i referensområdena (se ovan). Andelen Närpesungdomar som röker är likaledes större än i alla referensområden utom Kauhava.

Den vuxna befolkningen

Även för den vuxna befolkningen tillmätes de sociala nätverk en stor betydelse för välmåendet, och temasållningsintervjuerna ger vid handen att en stor generationssamhörighet råder inom befolkningen. Andra positiva aspekter i Närpes som levnadsmiljö för vuxna uppges i temasållningsintervjuerna vara t.ex. en god företagshälsovård, bra möjligheter till fritidsaktiviteter och rekreation. En viss oro uttryckes dock i frågan om ändrade familjemönster, då det idag är lika naturligt att vara samboförälder som att vara gift förälder. Skilsmässor och separationer mellan föräldrar blir också vanligare – även om antalet skilsmässor är lågt i Närpes i jämförelse med hela landet och Västra Finlands län. Huruvida detta påverkar välmående i ett längre perspektiv är dock svårt att säga. Ytterligare finns det en oro för ökat familjevåld och stress framför allt i småbarnsfamiljer med svårigheter att kombinera ett allt mer krävande arbetsliv med barnomsorg. Den ökade

diagnostiseringen av sömnproblem och depressioner, en ökad användning av antidepressiva samt missbruksproblem föranleder också oro.

I frågan om den psykiska hälsan och levnadsvanor bland vuxna, ger olika indikatorer för hälsa vid handen att merparten av 40- och 50-åriga män, liksom en stor andel av kvinnorna uppvisar höga viktindex-värden. Särskilt bland män förekommer även allmänt allt för höga kolesterol- och blodsockervärden. Däremot ligger medelnivån för pensionering i Närpes något högre än i referenskommunerna och -områdena.

Den äldre befolkningen

Närpes har en åldrande befolkning, vilket medför ökade anspråk på insatser för att de äldre skall vara nöjda med att leva och bo i Närpes. De äldres hälsa och levnadsförhållanden har i allmänhet utvecklats positivt. Allt fler äldre är aktiva, de lever längre och utgör allt mer en resursstark grupp i samhället. Detta överensstämmer väl med det centrala hälsomålet fram till år 2015 för den åldrande befolkningen. Samtidigt innebär en större andel äldre i befolkningen att allt fler når en ålder när man riskerar att drabbas av sjukdom eller funktionsnedsättning. I detta sammanhang lyfts även hälsovården och en välfungerande ”vårdtrappa” fram som positiva element i Närpes. En annan aspekt som återkommer för alla åldersgrupper är de sociala nätverken och gemenskapen som skapar en trygg boendemiljö även för äldre personer.

En aspekt som säkert bidrar till äldre personers välmående är också att förhållandevis mindre andel av befolkningen över 75 år är ensamboende i Närpes än i studiens jämförelsekommuner och regioner; där ca 37% av åldersgruppen är ensamboende i Närpes är motsvarande siffra för länet och hela landet är drygt 45%. Därtill uppskattar tre fjärdedelar av befolkningen i åldern 75+ att deras fysiska funktionsförmåga är god och att de klarar sig själva, trots enskilda besvär. En knapp majoritet bedömde sin hälsa som god eller mycket god.

I motsats till uppfattningen om den fysiska hälsan, betonas i temasållningsintervjuerna med förtroendevalda och tjänstemän, inklusive hvc-förmän och hälsogruppen, den psykiska ohälsan som är ett problem hos äldre som inte ser ut att bli bättre då andelen äldre ökar. Ur det här refererade materialet framgick också att 7% använde antidepressiva mediciner år 2002 och år 2003 drygt 6% av befolkningen över 65 år. Den rikligaste användningen påträffades bland äldre över 75 år, samtidigt som användningen var nästan dubbelt större bland kvinnor än bland män.

Då den fysiska vården sannolikt kommer att kräva allt mera resurser, riskerar detta att ske på bekostnad av den psykiska. Äldreomsorgen som helhet riskerar att bli lidande.

LITTERATURFÖRTECKNING

Andersén, P. 19.02.2004. § 192 Deltagande i projekt för främjande av hälsa och välfärd (Tejo). Protokoll. Närpes stad.

Arnkil, T.E., Eriksson, E. Arnkil, R. 2001. Dialogisk utveckling av kommunernas service från sektorcentrering och projektkaos till flexibla nätverk.

Kulla, G., Salmela, S., Westerlund-Perätalo, L. och Fagerström, L. 2001-2004. Borta bra men hemma bäst - en sydösterbottnisk modell. Hälsofrämjande och förebyggande hembesök bland äldre i Kristinesstad, Närpes och Kaskö. Svenska Yrkeshögskolan, Hälsovård och det sociala området. Institutionen för forskning och utveckling.

Kuusisto. Telefonsamtal juni 2005. Österbottens alarmcentral.

Nylund, M. 2005. Rapport över luftkvalitetsmätningar i Sydösterbotten 2004.

Olsio-Tuisku, A-G. 2005. Information om Hälsovårdens organisation i Närpes.

Pekola-Sjöblom, M. 2005. Kommunförbundet. Närpesbornas åsikter om den kommunala servicen. Kommuninvånarenkäten 2004. Kommunförbundet.

Perttilä, K., Orre, S., Koskinen, S. & Rimpelä, M. 7/2004. Kommunernas välfärdsberättelse-projektets slutrapport.

Internet adresser, <http://www.kommunerna.fi>
www.narpes.fi
www.stakes.fi
www.sotkanet.fi
www.statistikcentralen.fi

INDIKATORBESKRIVNING

Indikatorbanken SOTKANet innehåller de viktigaste uppgifterna om den finländska befolkningens välfärd och hälsa. I samarbetsprojekt mellan Stakes och andra företrädare för social- och hälsovårdsområdet har man utarbetat indikatorgrupper bland annat för frågor som är av intresse vid kommunplaneringen.

Kommunbaserade välfärdsdata matas årligen in i indikatorbanken, som upprätthålls av Stakes, i syfte att sammanställa en tidsserie från och med 1990. Indikatoruppgifter kan fås från många olika områdesnivåer. Uppgifterna presenteras både i relation till exempelvis befolkningen i en viss ålder och som absoluta tal. Dessutom ingår en beskrivning av varje indikators datainnehåll, produktionsår och eventuella begränsningar samt råd om tolkningen av datan. Adressen till indikatorbanken SOTKANet är www.sotkanet. Följande indikatorer är en utförligare beskrivning av de indikatorer som är representerade i välfärdsberättelsen för Närpes stad. De är indelade enligt samma princip som välfärdsberättelsen, d.v.s. Indikatorbeskrivning av befolkning och livsmiljö, barn och unga, vuxen befolkning samt äldre befolkning.

INDIKATORSBESKRIVNING AV BEFOLKNING OCH LIVSMILJÖ

Demografisk försörjningskvot. Den demografiska försörjningskvoten visar hur många personer i åldrarna under 15 år samt 65 år och över som det finns per 100 personer i arbetsför ålder, dvs. 15-64 år. Ju större antal barn och/eller pensionärer, desto högre är försörjningskvoten. I Sysselsättningsstatistiken, som använts som uppgiftskälla, utgörs populationen på området (t.ex. hela landet, landskapet, den ekonomiska regionen) av den stadigvarande bosatta befolkningen. De personer som enligt befolkningsdatasystemet hade en hemort i Finland i slutet av året hör till befolkningen oberoende av vilket medborgarskap de har. Likaså ingår i befolkningen de finska medborgare som bor tillfälligt utomlands. En utlänning har en hemort i Finland om vistelsen har räckt eller är avsedd att räcka minst ett år. Asylsökande får en hemort först när ansökan är godkänd. Till befolkningen räknas inte personer som är bosatta i Finland, men som är medlemmar av en främmande stats ambassad, handelsrepresentation eller konsulat, och inte heller deras familjemedlemmar och personliga tjänstefolk, om inte dessa personer är finländska medborgare. Till den i landet bosatta befolkningen räknas däremot den finländska personalen på Finlands ambassader och handelsrepresentationer i utlandet samt personer som tjänstgör i FN:s fredsbevarande styrkor. För närvarande är försörjningskvoten 0,5, dvs. en person att försörja per två personer i arbetsför ålder. Enligt befolkningsprognoserna kommer försörjningskvoten att vara över 0,7 år 2030, dvs. (över) 70 personer att försörja per 100 personer i arbetsför ålder. Befolkningsstrukturen i Finland blir alltså äldre.

Annat modersmål än finska eller svenska / 1000 invånare. Indikatorn visar andelen personer som har ett annat språk än finska eller svenska som modersmål per 1 000 invånare. Gruppen som har ett annat modersmål än Finlands officiella språk omfattar också de fall där inga uppgifter finns om vilket modersmål personen har. Med befolkning avses de invånare som är stadigvarande bosatta i kommunen. De personer som enligt befolkningsdatasystemet hade en hemort i Finland den 31 december 2003 hör till befolkningen oberoende av vilket medborgarskap de har. Likaså ingår i befolkningen de finska medborgare som bor tillfälligt utomlands. En utlänning har en

hemort i Finland om vistelsen har räckt eller är avsedd att räcka minst ett år. Asylsökande får en hemort först när ansökan är godkänd. Till befolkningen räknas inte personer som är bosatta i Finland, men som är medlemmar av en främmande stats ambassad, handelsrepresentation eller konsulat, och inte heller deras familjemedlemmar och personliga tjänstefolk, om inte dessa personer är finländska medborgare. Till den i landet bosatta befolkningen räknas däremot den finländska personalen på Finlands ambassader och handelsrepresentationer i utlandet samt personer som tjänstgör i FN:s fredsbevarande styrkor. Uppgiften om modersmålet har tagits ur befolkningsdatasystemet. Samtidigt som föräldrarna anmäler det nyfödda barnets namn till registret anmäler de också barnets modersmål. Modersmålsuppgiften i registret ändras endast i det fall att den berörda personen ändrar den. Även i anmälan om inflyttning till landet begärs uppgift om modersmålet

Våldsbrott som kommit till polisens kännedom / 1000 invånare. Indikatorn visar andelen våldsbrott som kommit till polisens kännedom per 1 000 invånare. Befolkningsuppgifterna är från årets slut. Det är fråga om sådana våldsbrott som brottsanmäls, om vilka ett meddelande om straffanspråk gjorts eller för vilka en ordningsbot utfärdats. En stor del av brotten kommer inte till polisens kännedom. Våldsbrotten omfattar mord och dråp samt brott mot liv och hälsa.

0-15-åringar som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar andelen 0-15-åringar med huvuddiagnosen skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (ICD-10: S00-T78) som vårdats på sjukhus under året per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Sjukhusvården omfattar sjukhusvård som anordnats både av den offentliga sektorn (kommunerna, samkommunerna och staten) och den privata sektorn. Samma indikatorbeskrivning gäller för alla åldersgrupper.

17-24-åriga personer utanför utbildningssystemet / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar andelen 17-24 -åringar utanför utbildningssystemet per 1 000 i samma åldrar efter kön. Med personer utanför utbildningssystemet avses sådana som året i fråga inte var studerande eller som inte hade en examenskod, dvs. ingen utbildning efter grundskolan.

INDIKATORBESKRIVNING FÖR BARN OCH UNGDOM

Brister i den fysiska arbetsmiljön i skolan (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9) Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka upplevt att den fysiska arbetsmiljön i skolan är bristfällig, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. Omständigheter som störde skolarbetet var trånga studieutrymmen, buller, olämplig belysning, dålig ventilation, temperatur, smuts, obekväma arbetsstolar eller arbetsbord, dåliga sociala utrymmen, risk för olycksfall. Alternativet "ganska litet" gav 1 poäng, "ganska mycket" gav 2 poäng och "mycket" gav 3 poäng. Man har beaktat de svarande som hade mer än en tredjedel av det maximala poängtalet av summavariabeln.

Brister i föräldraskap (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka upplevt bristande föräldraskap, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. Brister i föräldraskapet består av följande: föräldrarna känner inte elevens kamrater, föräldrarna vet inte var eleven tillbringar veckoslutskvällarna, eleven kan inte tala med sina föräldrar om sina personliga angelägenheter och får inte hjälp hemifrån med problem i skolan. Man har beaktat de svarande som hade mer än en tredjedel av det maximala poängtalet av summavariabeln.

Barn och unga som placerats utanför hemmet / 1000 i åldrarna 0-17 år. Indikatorn visar den procentuella andelen barn och unga som placerats utanför hemmet i åldrarna 0-17 år. Med barn avses en person som inte har fyllt 18 år och med ung menas en person som inte fyllt 21 år. Indikatorn omfattar 0-17- åriga barn som placerats utanför hemmet genom stödåtgärd inom öppenvården, brådskande omhändertagande, omhändertagande och omhändertagande "mot viljan", som finns i eftervård och som är privat placerade i relation till 100 barn i åldrarna 0-17 år. Befolkningsuppgifterna är från årets slut.

Har inga nära vänner,(anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka inte har någon nära vän som de kan samtala förtroligt med, av dem som deltagit i skolhälsoenkäten i den berörda åldersklassen. Enkäten genomförs under lärarens ledning i klasserna 8 och 9 i kommunens alla grundskolor. Jämna år deltar andra skolor i enkäten än udda år. Alla kommuner deltar inte i genomförandet av enkäten Hälsa i skolan. Databasen innehåller uppgifter om indikatorn för de år när kommunen har deltagit i enkäten. Villkoret är dock att minst 70 elever har svarat på enkäten i kommunen och att svarsprocenten uppgått till minst 67 %. När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2 procentenheter avsevärd. Enligt resultaten från enkäten Hälsa i skolan saknar pojkar oftare än flickor en nära vän.

Motionerar mera sällan än en gång i veckan (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka på sin fritid ägnar sig åt idrott eller motion minst en halv timme per gång högst en gång i veckan, eller aldrig, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen

Hälsotillståndet medelmåttigt eller dåligt (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka upplevt att deras hälsotillstånd är medelmåttigt, ganska bra eller dåligt, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2

procentenheter avsevärd. Enligt enkäten Hälsa i skolan anser flickorna oftare än pojkarna att deras hälsotillstånd är medelmåttigt eller dåligt.

Två eller flera dagliga symptom, % av eleverna i klasserna 8 och 9. Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka har minst två olika symptom varje dag, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. Eleven har haft två eller flera av följande symptom dagligen under det senaste halvåret: ont i nacken/skuldrorna, ont i ryggens nedre del, ont i magen, spänning eller nervositet, irritation eller vredesutbrott, insomningssvårigheter eller uppvaknande om nätterna, huvudvärk, trötthet eller matthet. När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2 procentenheter avsevärd. Indikatorn bildas av flera separata frågor. Resultaten för enskilda frågor kan fås mot betalning från Stakes. Enligt enkäten Hälsa i skolan hör ont i nacke och skuldror samt huvudvärk till de vanligaste enskilda symptomen. Flickor hade oftare dagliga symptom än pojkar.

Medelsvår eller svår depression (anges i % av eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka upplevt medelsvår eller svår depression, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. Depression mättes med 12 frågor som baserar sig på Becks depressionsmätare. Två positiva svarsalternativ gav inga poäng, det tredje gav 1 poäng, det fjärde gav 2 poäng och det femte gav 3 poäng. Den svarande måste ha fått minst 8 poäng. Frågor - I vilken sinnestämning befinner du dig? - Hur ser du på din framtid? - Hur anser du att ditt liv förlöpt? - Hur nöjd eller missnöjd känner du dig? - Hurdan anser du att du är? - Känner du besvikelse? - Hur förhåller du dig till att träffa främmande människor? - Hur upplever du att behöva fatta beslut? - Vad anser du om dig själv och ditt utseende? - Hur sover du? - Känner du trötthet eller utmattning? - Hurdan aptit har du? När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2 procentenheter avsevärd. Depression mättes med Becks självskattningsformulär för depression, som Raitasalo har anpassat till finländska förhållanden (den s.k. enkäten om sinnestämning R-BDI, se Kaltiala-Heino, Rimpelä & Rantanen 1998). Ur den ursprungliga enkäten med 13 delar har man lämnat bort frågan om självdestruktivitet. Det är inte fråga om diagnostiserad depression. Enligt enkäten Hälsa i skolan har flickorna oftare än pojkarna medelsvår eller svår depression

Ordentligt berusad minst en gång i månaden (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka minst en gång per månad dricker alkohol så att de blir ordentligt berusade, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om

kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2 procentenheter avsevärd. Enligt resultaten från enkäten Hälsa i skolan minskade berusningsdrickandet fram till 2003 men ökade 2004. Sänkningen av alkoholskatten den 1 mars 2004 kan ha bidragit till att berusningsdrickandet blivit vanligare. Estland blev medlem i EU den 1 maj 2004. Genom indikatorn kan man följa uppnåendet av målen för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015: mål 2. "Alkohol- och narkotikarelaterade hälsoproblem kan skötas på ett sakkunnigt sätt och dessa problem är inte vanligare än i början av 1990-talet."

Prövat minst en gång på olagliga droger (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka prövat minst en gång på marijuana, hasch, ecstasy, Subutex, heroin, kokain, amfetamin, LSD eller andra motsvarande narkotika, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2 procentenheter avsevärd. Indikatorn bildas av flera separata frågor. Resultaten för enskilda frågor kan fås mot betalning från Stakes. Enligt enkäten Hälsa i skolan var hasch eller marijuana de enskilda droger som man mest prövat på.

Röker dagligen (anges i % för eleverna i klasserna 8 och 9). Indikatorn visar den procentuella andelen elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, vilka röker en gång per dag eller oftare, av dem som deltagit i enkäten i den berörda åldersklassen. När man går igenom förändringarna bör man ställa sig kritiskt till enskilda års resultat som avviker från trenden. Ju mindre kommun, desto mer sannolik är en sporadisk variation. Om kommunen har cirka 100 svarande, utgör en svarande en procentenhet. I små kommuner (under 100 svarande) bör förändringen vara minst 5 procentenheter för att vara värd att uppmärksamma. I större kommuner är en förändring på 2 procentenheter avsevärd. Enligt resultaten från enkäten Hälsa i skolan har den dagliga rökningen minskat på 2000-talet. Genom indikatorn kan man följa uppnåendet av målen för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015: mål 2. "Rökning bland ungdomar minskar, så att mindre än 15 procent av 16-18-åringarna röker."

0-15-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar andelen 0-15-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. En person kan ha haft rätt till en eller flera specialersättningar i en eller flera olika läkemedelsersättningskategorier. Rätt till specialersättning betyder att personen i fråga har någon allvarlig sjukdom som kräver långvarig medicinering. Enhetliga kriterier för beviljande av rätten har utarbetats för varje sjukdom. Vid ansökan om rätt till specialersättning krävs vanligen ett specialistutlåtande. Uppgifterna om enskilda personer är konfidentiella. Om antalet fall är färre än sju, publiceras inte uppgifterna på grund av datasekretessen. Rätten till specialersättningsgilla läkemedel utgör en rätt så bra indikator för långvarig sjukdom.

Över en miljon människor har rätt till specialersättningsgilla läkemedel, dvs. över 20 % av hela befolkningen. Det är fråga om en variabel av register- eller med andra ord prevalenstyp och den varierar rätt lite från år till år. Antalet fall är tillräckligt stort även i en liten kommun, utom i det fall att granskningen med utgångspunkt i ålder och kön begränsas till mycket små befolkningsgrupper.

INDIKATORBESKRIVNING FÖR VUXEN BEFOLKNING

Mottagare av utkomststöd. Indikatorn visar den procentuella andelen 25-64-åriga mottagare av utkomststöd under kalenderåret av befolkningen i samma ålder. Uppgifterna om enskilda personer i Utkomststödsregistret är konfidentiella. Om antalet fall är färre än fem i en kommun, publiceras inte uppgifterna på grund av datasekretessen. Uppgifter om makens/makans ålder finns från och med 1991. Mottagande av utkomststöd har använts som en av mätarna som visar fattigdom. Med hjälp av utkomststödet tryggas minst den oundgängliga utkomst som en person och familj behöver för ett människovärdigt liv. Utkomststödet kan vara egentligt eller förebyggande.

Arbetslösa i % av arbetskraften. Indikatorn visar den procentuella andelen arbetslösa av arbetskraften. Som arbetslös arbetskraft betraktas de 15-74-åringar som är arbetslösa och söker heltidsarbete eller som väntar på att ett avtalat anställningsförhållande ska börja. Även permitterade räknas till de arbetslösa, men mottagare av arbetslöshetspension betraktas inte som arbetslösa. Antalet arbetslösa i snitt under året meddelas den sista dagen varje månad som ett genomsnitt beräknat på antalet arbetslösa (de arbetssökande och arbetslösa vars arbetsansökan är i kraft på räkningsdagen). Med sysselsatt avses en person som vid tidpunkten för undersökningen arbetade minst en dag för att få lön eller vinst, som arbetade som medhjälpare familjemedlem minst en tredjedel av den normala arbetstiden eller som var tillfälligt frånvarande från sitt arbete. Till arbetskraften räknas alla 15-74-åriga personer som vid tidpunkten för undersökningen var sysselsatta eller arbetslösa. Antalet sysselsatta fås först två år efter utgången av statistikåret. Därför kan arbetslöshetsprocenten inte beräknas före det. I Finland följs arbetslösheten genom två olika statistiker: Statistikcentralens arbetskraftsundersökning bygger på sampling och arbetsministeriets arbetsförmedlingsstatistik på uppgifterna i arbetskraftsbyråernas kundregister. Arbetslöshetstalen i arbetskraftsundersökningen och i arbetsförmedlingsstatistiken skiljer sig från varandra pga. skillnader i statistikföringsgrunderna för aktiv arbetssökning och stående till arbetsmarknadens förfogande. Arbetsministeriets arbetsförmedlingsstatistik grundar sig på lagstiftning och administrativa bestämmelser. Statistikcentralens arbetskraftsundersökning följer den internationella arbetsorganisationen ILO:s rekommendationer för statistikföring och EU:s statistikmyndighet Eurostats praxis.

Mottagare av sjukdagpenning. Indikatorn visar andelen 25-64-åringar som fått sjukdagpenning enligt sjukförsäkringslagen per 1000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Uppgifterna om enskilda personer är konfidentiella. Om antalet fall är färre än sju, publiceras inte uppgifterna på grund av datasekretessen. Sjukdagpenning betalas inte ut för frånvaro under tio dagar, som är avsevärt vanligare än längre sjukfrånvaro. Om kort sjukfrånvaro finns inga centraliserade registerdata. FPAs registervariabel kan användas närmast för

nedsatt arbetsförmåga som blivit långvarig. Variabeln fungerar också rätt så bra för prognostisering av kommande arbetslöshet. Nuförtiden registreras diagnosen för alla mottagare av dagpenning. Tidigare hade endast ett litet urval registrerad diagnos.

Rätt till specialersättningsgilla läkemedel Indikatorn visar andelen 25-64-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. En person kan ha haft rätt till en eller flera specialersättningar i en eller flera olika läkemedelsersättningskategorier. Rätt till specialersättning betyder att personen i fråga har någon allvarlig sjukdom som kräver långvarig medicinering. Enhetliga kriterier för beviljande av rätten har utarbetats för varje sjukdom. Vid ansökan om rätt till specialersättning krävs vanligen ett specialistutlåtande. Uppgifterna om enskilda personer är konfidentiella. Om antalet fall är färre än sju, publiceras inte uppgifterna på grund av datasekretessen. Rätten till specialersättningsgilla läkemedel utgör en rätt så bra indikator för långvarig sjukdom. Över en miljon människor har rätt till specialersättningsgilla läkemedel, dvs. över 20 % av hela befolkningen. Det är fråga om en variabel av register- eller med andra ord prevalenstyp och den varierar rätt lite från år till år. Antalet fall är tillräckligt stort även i en liten kommun, utom i det fall att granskningen med utgångspunkt i ålder och kön begränsas till mycket små befolkningsgrupper.

Personer i åldrarna 20-64 år som fått ersättning för antidepressiva, % av befolkningen i samma ålder. Indikatorn visar den procentuella andelen 20-64 -åringar som fått ersättning för antidepressiva, av befolkningen i samma ålder. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Långt över 300 000 personer får årligen ersättning för antidepressiva. Användningen är allmännast i åldrarna 75 år och över och nästan dubbelt så stor bland kvinnor än bland män. Medicineringen är relativt dyr, så nästan alla som inom öppenvården får medicinering finns i FPAs register. Kriterierna för att inleda läkemedelsbehandling av depression kan variera beroende på läkare och region, men variabeln är trots det rätt så lämplig som indirekt indikator för förekomsten av depression.

Missbrukarvård. Indikatorn visar andelen 24-64 -åringar som fått institutionsvård på akutvårds- och rehabiliteringsenheter inom missbrukarvården under året per 1 000 i samma åldrar. Befolkningsuppgifterna är från årets sista dag. Med institutioner för missbrukarvård avses här institutioner som FPA har godkänt som berättigade till rehabiliteringspenning samt alla akutvårdsstationer. Uppgifterna om enskilda personer i Vårdanmälningsregistret är konfidentiella. Om antalet fall är färre än fem i en kommun, publiceras inte uppgifterna på grund av datasekretessen. Antalet 24-64-åringar som vårdats på institutioner för missbrukarvård i relation till den berörda åldersklassen ger information om mängden problem som orsakas av alkohol- och narkotikabruk och om hur svåra de är. Man bör dock observera att institutionsvårdsvolymen också påverkas av de resurser som finns att tillgå (t.ex. om och hur mycket akutvårds- och rehabiliteringsinrättningar inom missbrukarvården tillhandahåller tjänster i regionen) samt av den rådande vårdpraxisen.

Läkarbesök inom primärhälsovården. Indikatorn visar andelen läkarbesök i åldrarna 15;64 år inom primärvårdens öppenvård per 1 000 i samma ålder. Läkarbesöken inom primärvården omfattar läkarbesök på hälsovårdscentralernas rådgivningsbyråer för mödravård, barnavård och familjeplanering samt inom

hälsovårdscentralernas skolhälsovård, studenthälsovård och företagshälsovård. Dessutom omfattas hemsjukvårds- och mentalvårdsbesök och övriga öppenvårdsbesök (olika mottagningsbesök, hälsokontrolls- och screeningbesök samt besök för att utreda hälsotillståndet, t.ex. läkarintyg). Som läkarbesök inom primärvårdens öppenvård registreras klienternas/patienternas hälso- och sjukvårdsbesök på mottagningar samt läkares besök hos klienten/patienten. Uppgifterna samlas in per hälsovårdscentral. För varje kommun anges det antal besök som kommunens invånare gjort samt antalet besök som invånare från andra kommuner gjort. När det gäller samkommuner för hälsovårdscentral indelas antalet besök som andra kommuners invånare gjort i relation till det antal besök som samkommunmedlemmarnas egna invånare gjort och adderas till det antal besök som respektive medlemskommuns egna invånare gjort. När det gäller hälsovårdscentraler adderas de besök som gjorts av andra kommuners invånare direkt till det antal besök som kommunens egna invånare gjort och anges under hälsovårdscentralkommunens kommunkod i Sotka.

Medelåldern för pensionering. Indikatoren visar den aritmetiska medelåldern för dem som gått i pension (ålders-, invalid-, eller arbetslöshetspension eller specialpension för lantbrukare). De som gått i deltidspension ingår inte i genomsnittet. Om registerantalet personer som gått i pension är mindre än fyra, hemlighålls genomsnittet.

Sjukfrekvensindex. Indikatoren visar genom sjukfrekvensindex som beräknats för varje finländsk kommun hur frisk eller sjuk befolkningen är i förhållande till genomsnittet i hela landet (= 100). Skillnaderna mellan kommunerna utjämnas när indexen åldersstandardiseras. Indexen bygger på tre registervariabler: dödlighet, andel av befolkningen i arbetsför ålder som är pensionerad på grund av invaliditet samt andel av befolkningen som är berättigad till specialersättningsgilla läkemedel. Var och en av variablerna har separat ställts i relation till medeltalet för landets befolkning. Detta medeltal anges som 100. Det slutliga indexet är medeltalet av de tre delindexen. Indexet visar snabbt den allmänna situationen när det gäller sjukfrekvensen i en kommun eller på ett ännu större område. Tidserien visar om kommunen har fjärrmat sig från landets genomsnitt eller närmat sig det. Av indexets beståndsdelar är två, dvs. arbetsoförmåga och långvarig sjukdom (rätt till specialersättning), registervariabler och rätt stabila från år till år. Dödligheten varierar särskilt i små kommuner från år till år. Därför har man använt genomsnittet för tre på varandra följande år i beräkningarna. Syftet med indexet är dels att ge en allmän bild, dels att skapa följdfrågor om de faktorer som förklarar situationen på det granskade området och om sjukfrekvensen där. Dessa uppgifter har sammanställts i Hälsobarometern på FPAs webbsidor om forskning

Skilsmässor. Skilsmässor i åldrarna 25-64 år / 1000 gifta i samma åldrar

INDIKATORBESKRIVNING FÖR ÄLDREBEFOLKNING

Antal vård dagar i åldrarna 75 år och över inom primärvård / 1000 i samma åldrar. Indikatoren visar antalet vård dagar i åldrarna 75 år och över inom primärvården under året per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som

befolkningsuppgift. Sjukhusvården omfattar sjukhusvård som anordnats både av den offentliga sektorn (kommunerna, samkommunerna och staten) och den privata sektorn. Hälsovårdscentralernas allmänläkarledda vårdavdelningar samt vårdavdelningsvård på allmänläkarnivå som kommunerna/samkommunerna anskaffat från någon annan part ingår också. Vårddagarna under året omfattar kalenderårets vårddagar. Vårddagarna är differensen mellan utskrivningsdagen (eller 31.12) och inskrivningsdagen (eller 1.1). Med andra ord inbegrips inte utskrivningsdagen. Om utskrivningsdagen är den samma som inskrivningsdagen, är antalet vårddagar en. Antalet vårddagar i åldrarna 75 år och över inom primärvården under året ger information om den berörda åldersklassens behov av primärvård, terminalvård eller långtidsvård. Antalet vårddagar påverkas också av vårdpraxisen, som hela tiden förändras. Vårdtiderna på sjukhus har förkortats, vilket minskar antalet vårddagar, även om sjukfrekvensen inte har förändrats.

Vårddagar inom specialiserad somatisk vård. Indikatorn visar andelen vårddagar i åldrarna 75 år och över inom specialiserad somatisk vård per 1 000 i samma åldrar. Somatisk innebär att psykiatriska sjukhus och specialiserad sjukvård inte inbegrips liksom inte heller vårdavdelningar på hälsovårdscentraler. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Sjukhusvården omfattar sjukhusvård som anordnats både av den offentliga sektorn (kommunerna, samkommunerna och staten) och den privata sektorn. Vårddagar under året omfattar kalenderårets vårddagar. Vårddagarna är differensen mellan utskrivningsdagen (eller 31.12) och inskrivningsdagen (eller 1.1). Med andra ord inbegrips inte utskrivningsdagen. Om utskrivningsdagen är den samma som inskrivningsdagen, är antalet vårddagar en. Uppgifterna om enskilda personer i Vårdanmälningsregistret är konfidentiella. Om antalet fall i kommunen är färre än fem, publiceras inte uppgifterna på grund av datasekretessen. Antalet vårddagar i åldrarna 75 år och över inom specialiserad somatisk vård under året ger information om den akuta sjukfrekvensen i den berörda åldersklassen, eftersom långtidsjukvården i denna åldersklass ges inom primärvården och på socialvårdens institutioner och andra motsvarande ställen. Antalet vårddagar är också beroende av vårdpraxisen, som hela tiden förändras. Vårdtiderna har kontinuerligt förkortats, vilket minskar antalet vårddagar, även om sjukdomsfrekvensen inte har förändrats.

Antal vårddagar i åldrarna 75 år och över vid socialväsendets enhet med heldygnsomsorg / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar antalet vårddagar på socialväsendets enheter med heldygnsomsorg under året i åldrarna 75 år och över per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Alla som tillhandahåller heldygnsomsorg omfattas: ålderdomshem, servicebostäder för äldre, enheter för missbrukarvård, institutioner och centralinstitutioner för omsorg om utvecklingsstörda samt assisterat boende inom omsorgen om utvecklingsstörda såväl inom den privata som inom den offentliga sektorn (kommunen/samkommunen och staten). Vårddagarna under året omfattar kalenderårets vårddagar. Vårddagarna är differensen mellan utskrivningsdagen (eller 31.12) och inskrivningsdagen (eller 1.1). Med andra ord inbegrips inte utskrivningsdagen. Om utskrivningsdagen är den samma som inskrivningsdagen, är antalet vårddagar en. Antalet vårddagar på socialväsendets enheter med heldygnsomsorg i åldrarna 75 år och över ger information om den berörda åldersklassens behov av hjälp och service i anslutning till långvarig sjukdom,

utvecklingsstörning och missbruksproblem. Antalet vårddagar påverkas också av att vårdpraxisen förändras.

Antal vårddagar i åldrarna 75 år och över inom psykiatrisk institutionsvård / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar antalet vårddagar på psykiatrisk institution under året i åldrarna 75 år och över per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Alla av specialiteten psykiatri vårdavdelningar inom den offentliga sektorn (kommunen/samkommunen och staten) omfattas. Inom den privata sektorn anordnas ingen psykiatrisk institutionsvård. Vårddagarna under året omfattar kalenderårets vårddagar. Vårddagarna är differensen mellan utskrivningsdagen (eller 31.12) och inskrivningsdagen (eller 1.1). Med andra ord inbegrips inte utskrivningsdagen. Om utskrivningsdagen är den samma som inskrivningsdagen, är antalet vårddagar en. Antalet vårddagar i åldrarna 75 år och över inom psykiatrisk institutionsvård under året ger information om omfattningen av psykiska problem samt hur svåra de är i den berörda åldersklassen. Antalet vårddagar påverkas också av vårdpraxisen, som hela tiden förändras. Vårdtiderna på sjukhus har förkortats, vilket minskar antalet vårddagar, även om sjukfrekvensen inte har förändrats. Man bör dock observera att sjukhusvårdsvolymen också påverkas av de resurser som finns att tillgå (t.ex. hur mycket psykiatrisk öppenvård och/eller sjukhusvård som tillhandahålls i regionen) samt av den rådande vårdpraxisen.

Ensamboende i åldrarna 75 år och över, % av befolkningen i samma ålder. Indikatorn visar den procentuella andelen ensamboende i åldrarna 75 år och över av befolkningen i samma ålder. En persons bostadshushåll utgörs av en person som stadigvarande bor ensam i bostadslägenheten.

Läkarbesök i åldrarna 65 år och över inom primärvårdens öppenvård / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar andelen läkarbesök i åldrarna 65 år och över inom primärvårdens öppenvård per 1 000 i samma ålder. Läkarbesöken inom primärvården omfattar läkarbesök på hälsovårdscentralernas rådgivningsbyråer för mödravård, barnavård och familjeplanering samt inom hälsovårdscentralernas skolhälsovård, studenthälsovård och företagshälsovård. Dessutom omfattas **hemsjukvårds-** och **mentalvårdsbesök** och övriga öppenvårdsbesök (olika mottagningsbesök, hälsokontroll- och screeningbesök samt besök för att utreda hälsotillståndet, t.ex. läkarintyg). Som läkarbesök inom primärvårdens öppenvård registreras klienternas/patienternas hälso- och sjukvårdsbesök på mottagningar samt läkares besök hos klienten/patienten.

Personer i åldrarna 65 år och över med rätt till specialersättningsgilla läkemedel / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar andelen personer i åldrarna 65 år och över med rätt till specialersättningsgilla läkemedel per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. En person kan ha haft rätt till en eller flera specialersättningar i en eller flera olika läkemedelsersättningskategorier. Rätt till specialersättning betyder att personen i fråga har någon allvarlig sjukdom som kräver långvarig medicinering. Enhetliga kriterier för beviljande av rätten har utarbetats för varje sjukdom. Vid ansökan om rätt till specialersättning krävs vanligen ett specialistutlåtande. Rätten till specialersättningsgilla läkemedel utgör en rätt så bra indikator för långvarig sjukdom. Över en miljon människor har rätt till specialersättningsgilla läkemedel, dvs. över 20 % av hela befolkningen. Det är fråga

om en variabel av register- eller med andra ord prevalenstyp och den varierar rätt lite från år till år. Antalet fall är tillräckligt stort även i en liten kommun, utom i det fall att granskningen med utgångspunkt i ålder och kön begränsas till mycket små befolkningsgrupper.

Personer i åldrarna 65 år och över med rätt till specialersättningsgilla läkemedel på grund av psykos / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar den procentuella andelen personer i åldrarna 65 år och över med rätt till specialersättningsgilla läkemedel på grund av psykos av befolkningen i samma ålder. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Psykos är en allvarlig psykisk störning. Cirka 67 000 personer av befolkningen har rätt till specialersättningsgilla (100 %) läkemedel på grund av psykos och antalet ökar relativt långsamt. En del av psykopatienterna är i långvarig institutionsvård och får inte nödvändigtvis stöd från sjukförsäkringen. Indikatorn kan användas som en indirekt indikation för allvarligt psykiskt problem.

Personer i åldrarna 65 år och över som fått ersättning för antidepressiva, % av befolkningen i samma ålder. Indikatorn visar den procentuella andelen personer i åldrarna 65 år och över som fått ersättning för antidepressiva, av befolkningen i samma ålder. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Långt över 300 000 personer får årligen ersättning för antidepressiva. Användningen är allmännast i åldrarna 75 år och över och nästan dubbelt så stor bland kvinnor än bland män. Medicineringen är relativt dyr, så nästan alla som inom öppenvården får medicinering finns i FPAs register. Kriterierna för att inleda läkemedelsbehandling av depression kan variera beroende på läkare och region, men variabeln är trots det rätt så lämplig som indirekt indikator för förekomsten av depression.

Personer med rätt till specialersättningsgilla läkemedel på grund av psykos, % av befolkningen. Indikatorn visar den procentuella andelen personer med rätt till specialersättningsgilla läkemedel på grund av psykos av befolkningen i samma ålder. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Psykos är en allvarlig psykisk störning. Cirka 67 000 personer av befolkningen har rätt till specialersättningsgilla (100 %) läkemedel på grund av psykos och antalet ökar relativt långsamt. En del av psykopatienterna är i långvarig institutionsvård och får inte nödvändigtvis stöd från sjukförsäkringen. Indikatorn kan användas som en indirekt indikation för allvarligt psykiskt problem.

Personer i åldrarna 65 år och över som får hemvårdshjälp, stödtjänster eller stöd för närståendevård / 1000 i samma åldrar. Indikatorn visar den procentuella andelen klienter i åldern 65 år och över som får hemvårdshjälp, stödtjänster och stöd för närståendevård under året (tjänster som finansieras av kommunen). Befolkningsuppgifterna är från årets slut. Indikatorn visar omfattningen av de centrala öppenvårdstjänsterna inom socialvården. Den ger också en hänvisning om hur stor del av dem som är 65 år och över som omfattas av tjänsterna. Indikatorn är såtillvida inexact att den inbegriper överlappning, dvs. klienten kan använda alla dessa tjänster samtidigt. Dessutom anges det antal klienter som omfattats av tjänsten under året, vilket betyder att antalet kan variera från kommun till kommun beroende på om man i kommunen ger mycket hjälp till ett fåtal klienter eller lite service till många klienter. Dessutom är servicesystemet för äldre alltid en helhet och kommunerna väljer olika organisationssätt. Att jämföra enskilda tjänster i olika kommuner berättar alltså inte

hela sanningen, eftersom man i kommunen i fråga kanske har satsat på t.ex. serviceboende på grund av klienternas hälsotillstånd och önskemål.

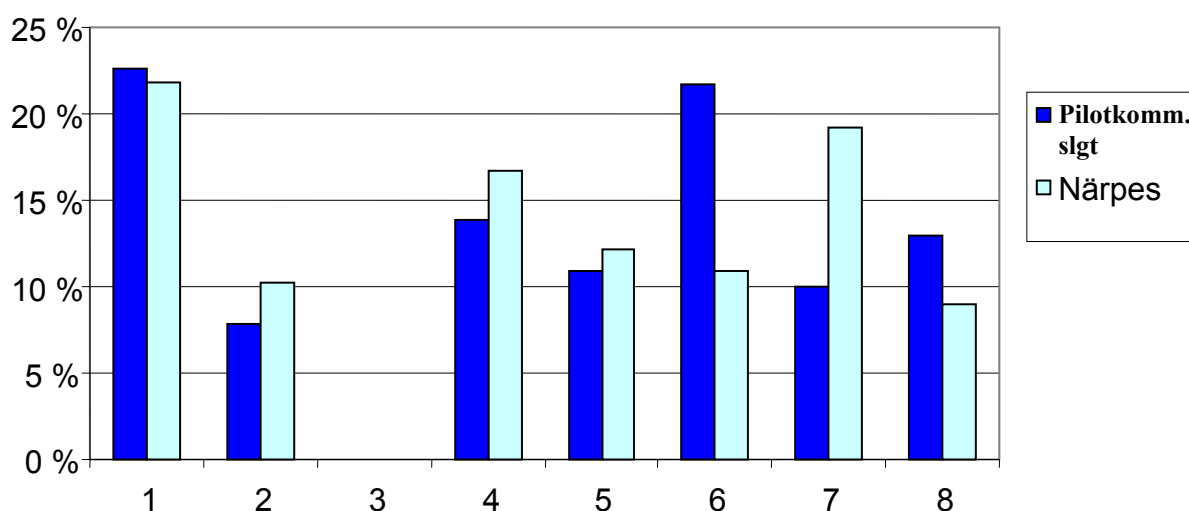
Personer i åldrarna 65 år och över som vårdats på sjukhus till följd av olycksfall, % av befolkningen i samma ålder. Indikatorn visar andelen personer i åldrarna 65 år och över med huvuddiagnosen skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (ICD-10: S00-T78) som vårdats på sjukhus under året per 1 000 i samma åldrar. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Sjukhusvården omfattar sjukhusvård som anordnats både av den offentliga sektorn (kommunerna, samkommunerna och staten) och den privata sektorn. Äldre personer som behöver sjukhusvård till följd av olycksfall har i allmänhet fått en allvarlig skada av lindrigare art, som påverkar den äldres välfärd och hälsa.

Höftfraktur hos personer i åldrarna 65 år och över, % av befolkningen i samma ålder. Indikatorn visar den procentuella andelen personer i åldrarna 65 år och över som vårdats på sjukhus på grund av höftfrakturer (bi- eller huvuddiagnos S72) under året av befolkningen i motsvarande ålder. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. Sjukhusen omfattar såväl den offentliga (kommunerna, samkommunerna och staten) som den privata sektorns sjukhus. Den procentuella andelen personer med höftfraktur i åldrarna 65 år och över av befolkningen i motsvarande ålder ger närmast information om antalet allvarligare fallolyckor inom den berörda åldersklassen. Orsaken till att frakturer uppstår vid fall kan vara att benstommen är skörare än normalt, vilket kan förebyggas. Eftersom frakturer vanligen behandlas med operation, kräver de både sjukhusvård och rehabilitering.

Främjande av hälsa i enlighet med folkhälsoprogrammet Hälsa-2015

I dokumenten från Närpes år 2003 förekom ca 156 ärenden som ansluter sig till programmet Hälsa-2015. Det förekom flere omnämmanden än i de övriga pilotkommunerna rörande ungdomarnas användning av droger, välfärden och arbetsförhållandena bland den arbetsföra befolkningen och hälsovårdsservicen samt ärenden rörande miljön. I motsvarande grad förekom färre omnämmanden rörande en förlängd livstid och minskande av ojämlikhet. Merparten av de frågor som berörde innehållet rörande målsättningarna hänförde sig till målsättning 1, d.v.s. barnens välfärd (22 %). Ärenden som hänför sig till effektivisering av hälsovårdsservicen och utvecklande av en hälsosam miljö förekom i 19 % av fallen och ärenden som hänför sig till välfärd bland personer i arbetsför ålder och utvecklande av arbetsförhållanden i 17 % av fallen. Då det gäller minskande av olyckor och våldsrelaterad död bland unga vuxna män förekom det inte heller i Närpes dokument några målsättningar eller åtgärder.

Närpes dokument klassificerade enligt programmet Hälsa-2015



FIGUR 6. Omnämmanden rörande främjandet av hälsa klassificerade enligt programmet Hälsa-2015 i dokumenten från Närpes. (1 = Barnens välfärd, 2 = Minskning av användningen av droger bland unga, 3 = Minskning av dödsfall bland unga vuxna män, 4 = Välfärd och arbetsförhållanden bland personer i arbetsför ålder, 5 = Äldres välfärd, 6 = Förlängning av livstiden, 7 = Hälsovårdsservice och en hälsosam miljö, 8 = Minskning av ojämlikhet).

Innehållet i främjandet av hälsa

Arbetet med främjandet av hälsa i kommunen granskades som en helhet genom att man ur samtliga dokument insamlade omnämmanden rörande samma tema i enlighet med programmet Hälsa-2015.

Den innehållsmässiga granskningen samlar målsättningar och åtgärder som spänner över de administrativa gränserna och för fram respektive temas omfattning i kommunens verksamhet.

Man försökte främja barnens hälsa genom att utveckla servicen. Vid arrangerandet av servicen betonades ett utbud som vad kvalitativt och kvantitativt motsvarar behoven. Förebyggandet av problem betonades och föräldraskapet samt uppfostrarens roll stöddes.

Barnens och familjernas fysiska, psykiska och sociala hälsa betonades. Samarbetet mellan rådgivningsbyrån och dagvården påbörjades för 5-åringarnas vidkommande och utvecklandet av eftermiddagsvården för skolbarn gjordes i samarbete med olika sektorer. Modellen med tidig interaktion förverkligades genom att man från rådgivningsbyrån gör ett hembesök till de hem där man fått sitt första barn och genom att man betonar föräldraskapet i förlossningsförberedelserna. En kvalitetshanbok för preventivmedelsrådgivning färdigställdes.

I skolhälsovården fogades individuell och i grupp given hälsofostran till hälsogranskningarna. Ämnena för hälsorådgivningen utgjordes av bl.a. umgänge, sexualfostran och könssjukdomar. Elever med svårigheter gavs stöd i form av diskussioner, elevvårdsgrupper och team som motsätter sig mobbning samt genom att ta kontakt med hemmet.

De ungas deltagande och medborgaraktivitet förstärktes och i anslutning till detta grundas ett ungdomsfullmäktige. Man skapade en positiv bild av den egna kommunen hos ungdomarna genom en ungdomsvänlig politik och man strävade till att ta med ungdomarna i beslutsfattandet.

Ärenden som behandlats i förtroendeorganen berörde förebyggande arbete, avlönande av en specialläkare i barnsjukdomar, grundande av gruppfamiljedaghem, igångsättande av eftermiddagsklubb, farliga skolvägar samt främjande av nativitet och erläggande av kommundillägg åt barnfamiljer.

Minskande av de ungas användning av tobak och droger

Nykterhetsarbetet i kommunen leddes av det drogpolitiska programmet. Förebyggande arbete med tanke på missbruk av tobak, alkohol, droger och mediciner och en strävan att i tid vårda användarna utgjorde grunden för drogarbetet. Det förebyggande arbetet riktade sig till ungdomar och deras föräldrar. Drogstrategins metoder utgjordes av en minskning av ungdomsarbetslösheten och att försvåra möjligheterna att skaffa sig droger. Möjligheten till vård på eget modersmål ansågs viktig.

Målsättningen med drogarbetet var att ge upplysning och att sprida kunskap om tobak, alkohol och droger åt ungdomarna och deras föräldrar. De ungas självkänsla i fråga om att motsätta sig droger förstärktes. Drogförebyggande arbete gjordes i samarbete med skolor, hälsovården, den sociala sektorn, fritidssektorn, polisen och föräldrarna. Ungdomarna deltog i det förebyggande arbetet t.ex. genom att arrangera temadagar. Ett drogfritt ungdomscafé öppnades under år 2003 och olika sektorer anordnade ”drogfri” hobbyverksamhet riktad till ungdomar.

Minskande av död förorsakad av olycksfall och våld bland unga män

Målsättningar, planer eller åtgärder som hänför sig till detta tema fanns inte bland dokumenten från Närpes.

Arbets- och funktionsförmåga bland arbetsföra och främjande av arbetsförhållandena

Närpes strävar till att få nya arbetsplatser till staden genom att skapa en företagsvänlig atmosfär och genom att utveckla ett regionalt näringslivssamarbete. Målsättningen för stadens egen organisation var att trygga arbetskraften och förverkliga en god personalpolitik. Personalen ansågs utgöra stadens viktigaste resurs. I stadens organisation förverkligades ett deltagande ledarskap och inom de olika förvaltningssektorerna fästes uppmärksamhet vid arbetstagarnas välfärd. Arbetstagarna sporrades till ett hälsosamt leverne, till motion och till fritidssysselsättningar. Även personalens belastning kartlades och man strävade till att minska den. Åt arbetstagarna gjordes undersökningar rörande kvaliteten i arbetslivet och bl.a. inom sjukvården utvecklades nya metoder för att förbättra möjligheterna för personalen att orka i arbetet. På basen av dokumenten bromsade stress och belastning utvecklingsarbetet och inom vissa verksamhetssektorer kunde man under år 2003 enbart förverkliga de obligatoriska uppgifterna.

Man fäste uppmärksamhet vid arbetstagarnas yrkesskicklighet och tryggheten av den genom att anordna regelbundna skolningstillfällen (arbetsplats- och kompletteringsutbildning). Målsättningen med utbildningstillfällena var att utveckla personalen och servicen. Problemet för deltagandet var bristen på vikarier. Det var även möjligt att delta i arbetsrotation.

Inom arbetshälsovården strävade man till att bevara arbetsförmågan och att förebygga problem knutna till arbetet samt yrkessjukdomar via hälsogranskningar, genom att sprida information och vägledning och genom att uppgöra arbetsplatsredogörelser. Inom arbetshälsovården tog man del i rehabiliterande verksamhet. Den ringa personella kapaciteten vid arbetshälsovården och den ökade efterfrågan förorsakade emellertid det att alla de målsättningar som inskrivits i planerna inte kunde förverkligas.

Främjande av välfärd och hälsa bland den äldre befolkningen

Man hade i Närpes uppgjort ett utvecklingsprogram för åldringsvården för åren 1996-2005. Under år 2003 ingick t.ex. välfärd bland den åldrande befolkningen bland målsättningarna för motions- och fritidssektorns verksamhet. Den öppna vården utvecklades till att motsvara åldringsvårdens behov och stöd gavs till boende i hemmet eftersom man ansåg den boendeformen utgöra den mest mänskliga åldringsvården. En bra kvalitet på vården och en individuell helhetsvård eftersträvades. I samarbete med hemsjukvården, specialistsjukvården och andra instanser som erbjuder andra stödformer försäkrade man sig om en rättvis nivåstrukturering av vården.

Utvecklandet av åldringsarbetet krävde enligt dokumenten ett samarbete av alla sektorer och sådant gjordes i synnerhet mellan hemsjukvården och den sociala sektorn. Det tillsattes en gemensam arbetsgrupp vårdhemmen emellan inom åldringsvården. Man såg till att åldringshemmen och servicehusen hölls i skick och att de hade en tillräcklig personalstyrka. Ett äldresråd påbörjade sin verksamhet under år 2003.

Åtgärder som inverkar på finländarnas förlängda livstid

Man ville utveckla Närpes till en trygg, trivsamt, modern, livskraftig och naturnära boningsort. Målsättningen var att upprätthålla och främja kommuninvånarnas trygghet och hälsa och att förebygga uppkomsten av sociala problem. Man ville skapa goda funktionsförutsättningar i staden

och trygga mångsidig, kvalitativ, kostnadseffektiv, behoven motsvarande sakkunnig service för kommunmedlemmarna.

Faktorer som främjar hälsa via motion betonades och kommunmedlemmarna sporrades till att idka hälsotion. Man skapade möjligheter för alla kommunmedlemmar att idka motion. Man planerade att uppgöra ett motionsprogram.

I förtroendeorganen behandlades byggande av trafikljus och deltagande i TEJO-projektet i anslutning till den allmänna välfärden. Hälsoarbetsgruppen hade gjort ett förslag till ledningsgruppen om att man tar in det förebyggande arbetet som en central målsättning i hälsovårdscentralens verksamhet och att man även skall kanalisera resurser till den verksamheten. Det förebyggande arbetet skulle förverkligas inom olika sektorer på basen av en plan på lång sikt. Hälsoarbetsgruppen ansåg enhälligt att folkhälsoarbetets centrala uppgift utöver sjukvården är det förebyggande arbetet. Hälsoarbetsgruppen hade också fått i uppgift att förbereda ett rökförbud vid hälsovårdscentralen.

Utvecklandet av tillgängligheten och funktionerna rörande hälsovårdstjänster samt omgivningens inverkan på befolkningens hälsa

Tyngdpunkten i hälsovårdscentralens arbete utgjordes av förebyggande vård i alla åldersgrupper och därtill hörande vård och undersökning. Som ett exempel på detta kan man peka på utvecklandet av förebyggande och vård av diabetes i enlighet med Dehko-programmet samt utvecklandet av det förebyggande mentalvårdsarbetet och eftervården av psykiska trauman. Behovet av hälsovårdsservice kartlades via riktade enkäter till patienter, förtroendevalda, ledning och personal.

Personalen motiverades till en kvalitativ och helhetsbaserad vård och den hördes vid uppgörandet av målsättningarna för hälsovårdscentralens verksamhet och i prioriterings- och utvecklingsfrågor.

Den hälsovårdspolitiska målsättningen var att öka mångsidiga öppenvårdstjänster, minska traditionell anstaltsvård och specialistsjukvårdens kostnader. Vårdens nivåstrukturering åtgärdades via samarbete mellan specialistsjukvården och primärhälsovården och det utvecklades i samarbete med den sociala sektorn.

I all kommunal verksamhet beaktades situationen i miljön. I syfte att trygga befolkningens hälsa gjordes förebyggande arbete även i fråga om att utveckla miljön.

Minskande av ojämlikheten och främjande av välfärd och hälsa bland de svagaste befolkningsgrupperna

I Närpes hade man uppgjort en integreringsplan för invandrare. Vid mottagandet av invandrare gjordes samarbete med Röda Korset och kommunen hjälpte till med invandrarnas anpassning. I initialskedet gav sociala sektorn och hälsovården stöd åt invandrarna på många sätt.

Åt invandrarna gjordes hälsogranskningar, arrangerades tolkservice, påbörjades åtgärder för att förena familjer och så hjälpte man dem i kontakterna med myndigheter och i skötseln av olika

ärenden. Kommunen hjälpte invandrarna vid anskaffning av bostad och så strävade man till att snarast möjligt ordna språkkurser för dem. Man stödde invandrarna med att delta i fritidsaktiviteter, kultur- och organisationsverksamhet och i olika motionssysselsättningar. Invandrarna beaktades även i bibliotekets och folkhögskolans serviceutbud.

Förutom invandrarna beaktades t.ex. andra befolkningsgrupper som befinner sig i en svag ställning, såsom de utvecklingsstörda, då service och miljö utvecklades.

I *förtroendeorganen* utgjordes ärenden som berör ojämlikhet och stödjande av personer i svag ställning av ärenden rörande bl.a. ungdoms- och långtidsarbetslöshet, service för utvecklingsstörda och social kreditgivning.

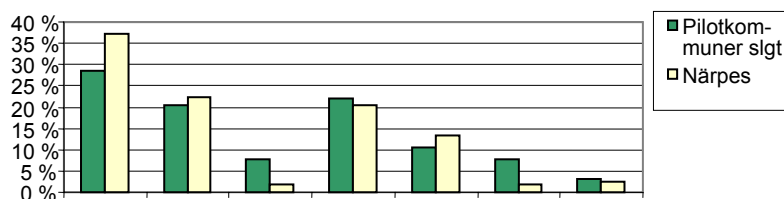
Förekomsten av främjandet av hälsa i olika dokument

Granskar man olika dokument i Närpes ser man att ärenden som hänför sig till främjandet av hälsa förekommer mest i budgeten (36 %), i verksamhetsberättelsen (22 %) och i kommunens separata strategier (23 %). I *budgeten och verksamhetsberättelsen* riktade sig målsättningarna och verksamheten oftast till barnens välfärd, till välfärd och arbetsförhållanden bland de arbetsföra och till hälsovårdsservicen samt till en hälsosam miljö.

Hela kommunens *strategiska* målsättningar riktade sig främst till minskandet av ojämlikheten bland befolkningen och till att förbättra välfärden bland de äldre. I de separata strategierna betonades ojämlikheten och minskandet av användningen av droger bland unga. I analysen ingick ett program för bekämpning av droger, en integreringsplan för invandrare och ett utvecklingsprogram för åldringsarbete.

I *nämndernas beslutsfattande* betonades främst barnens välfärd medan ärenden som hänför sig till en förlängd livstid betonades i *styrelsens och fullmäktiges* beslutsfattande.

Omnämmanden främjande rörande av hälsa i Närpes



FIGUR 7. Omnämmanden som hänför sig till främjandet av hälsa i Närpes dokument. (*Samkommunens för Närpes hälsovårdscentral budget och årsberättelse ingår i kapitlet rörande budget och årsberättelse).

TABELL 5. Förekomsten av främjandet av hälsa i enlighet med målsättningarna i programmet Hälsa-2015 i Närpes dokument. (*i kapitlet rörande budget och verksamhetsplan har budgeten och verksamhetsplanen i samkommunen för Närpes hälsovårdscentral beaktats). (1 = Barnens välfärd, 2 = Minskande av användningen av droger bland ungdomar, 3 = Minskande av dödligheten bland unga vuxna män, 4 = Välfärd och arbetssituation bland de arbetsföra, 5 = Äldringarnas välfärd, 6 = Förlängning av livstiden, 7 = Hälsovårdsservice och en hälsosam miljö, 8 = Minskande av ojämlikhet).

FRÄMJANDE AV HÄLSA I NÄRPES DOKUMENT									
BUDGETER OCH EKONOMIPLANER*	26 %	9 %	0 %	24 %	12 %	10 %	19 %	0 %	100 %
VERKSAMHETSBERÄTTELSE*	26 %	6 %	0 %	26 %	6 %	9 %	29 %	0 %	100 %
STRATEGIER OCH VISIONER (stadens allmänna)	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %	67 %	0 %	0 %	100 %
SEPARATA STRATEGIER	0 %	28 %	0 %	0 %	25 %	0 %	13 %	34 %	100 %
NÄMNDERNAS PROTOKOLL	43 %	0 %	0 %	10 %	10 %	14 %	19 %	5 %	100 %
STYRELSENS PROTOKOLL	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %	67 %	100 %
FULLMÄKTIGES PROTOKOLL	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	25 %	0 %	100 %

Fördelningen av välfärdsansvaret enligt förvaltningsstadgor och instruktioner

Enligt stadens förvaltningsstadga åligger det stadsstyrelsen att för fullmäktige bereda förslag till verksamhetsidé, centrala målsättningar och strategier för staden. Styrelsen leder stadens verksamhet utgående från fastställda målsättningar samt leder och stöder stadens serviceproduktion och övervakar uppnåendet av de fastställda målsättningarna inom ramen för tillbuds stående resurser. Stadsstyrelsen koordinerar även samarbetet sektorerna emellan. Stadsfullmäktige godkänner stadens verksamhetsidé samt budgeten och målsättningarna för verksamheten.

I förvaltningsstadgan konstateras att sektorernas direktörer är ansvariga för ledningen av sin egen sektor i enlighet med målsättningarna. I stadens ledningsgrupp behandlas mera omfattande ärenden som berör samtliga sektorer och den fungerar som en informationslänk mellan förvaltningssektorerna och stadsdirektören samt stadsstyrelsen.

Stadens nämnder och dem underlydande funktioner har i förvaltningsstadgan ålagts ett ansvar för stadens serviceproduktion och för en utveckling i den riktning som stadens strategier anger. Socialnämndens uppgift är att ansvara för kommunmedlemmarnas trygghet, ansvara för en kvalitativ social service och att förebygga sociala problem. I förvaltningsstadgan definieras sociala sektorns ledningsgrupps uppgift till att planera och behandla sektorns centrala funktioner.

Enligt förvaltningsstadgan förverkligas grundskole-, gymnasie- och yrkesmässig utbildning under ledning av utbildningsnämnden. Nämnden koordinerar verksamheten och godkänner allmänna direktiv för utbildningssektorn. Enligt förvaltningsstadgan åligger det skoldirektören att leda utbildningsarbetet och att leda skolans interna samarbete, samarbetet mellan hemmet och skolan och samarbetet med det närliggande samhället. Enligt förvaltningsstadgan åligger det fritidsnämnden att definiera planeringen, utvecklandet och förverkligandet av servicen inom sin sektor i samarbete med stadens andra nivåer, organisationer och aktörer. Till fritidssektorn hör kultur-, motions-, ungdoms- och nykterhetsarbetet.

Tekniska nämnden ansvarar för teknisk service samt för brand- och räddningsväsendet. Vidare ansvarar den för nybyggnads- och reparationsarbeten, sköter grönområden, ansvarar för motionsplatser, för underhåll av gator, för trafikarrangemang och för anordnandet av brand- och räddningsverksamheten samt sjuktransport.