

Terveyttä, hyvinvointia ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavien indikaattorien tarve, käyttö ja ongelmat

THL:n avainindikaattorihankkeen tietotarvekyselyn tulokset



© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Julius Parikka

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2011

Sisällys

Esipuhe

Kirjoittajien esipuhe

Tiivistelmä

Sammandrag

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Selvityksen tausta ja tavoitteet | 9 |
| 1.1 | Tietotulvasta indikaattoriviidakkoon | 9 |
| 1.2 | Avainindikaattorit päätöksenteon tueksi | 10 |
| 1.3 | Käyttäjien tietotarpeiden selvittäminen | 11 |
| 2 | Käyttäjien tarpeita koskeneen sähköisen kyselyn toteutus..... | 13 |
| 2.1 | Kyselyn sisältö | 13 |
| 2.2 | Kohdejoukko ja kyselyn tekninen toteutus | 13 |
| 2.3 | Vastaajien taustatiedot | 13 |
| 3 | Sähköisen kyselyn tulokset..... | 16 |
| 3.1 | Terveyden ja hyvinvoinnin indikaattorit..... | 16 |
| 3.1.1 | Indikaattoreiden koettu tärkeys..... | 16 |
| 3.1.2 | Eri aluetason tietojen koettu riittävyys | 19 |
| 3.1.3 | Indikaattorien käyttö kunnissa ja alueilla | 23 |
| 3.1.4 | Terveys- ja hyvinvointitiedon koetut aukot alue- ja kuntatasolla..... | 26 |
| 3.2 | Sosiaali- ja terveystietojen toimintaa kuvaavat indikaattorit | 27 |
| 3.2.1 | Indikaattorien käyttö kunnissa ja alueilla | 27 |
| 3.2.2 | Sosiaali- ja terveystietojen koetut aukot alue- ja kuntatasolla | 30 |
| 3.2.3 | Vastaajien ehdotukset tiedon laadun ja luotettavuuden parantamiseksi..... | 31 |
| 3.3 | Indikaattoritiedon käytön ongelmat | 32 |
| 3.4 | Asiantuntijatuken tarve | 35 |
| 3.5 | Muu palaute..... | 36 |
| 5 | Pohdinta | 39 |
| 5.1 | Indikaattoritiedon tarve, käyttö ja koetut ongelmat | 39 |
| 5.2 | Koetut tietoaukot ja laatuongelmat | 40 |
| 5.2.1 | Tilasto- ja rekisteritiedon nykytilanne ja näkymät sen laadun ja luotettavuuden parantamisessa | 41 |
| 5.2.2 | Väestötutkimusten tulevaisuudennäkymät | 43 |
| 5.2.3 | Palveluiden vaikuttavuuden tutkimus..... | 43 |
| 5.3 | Päätelmät..... | 44 |
| | Kirjallisuusviitteet..... | 46 |
| | Liitetaulukot | 47 |

Esipuhe

Tiedon määrä kasvaa jatkuvasti ja keskeinen ongelma on, miten siitä saisi ulos keskeisimmän mahdollisimman helposti niin, että tieto voisi tukea päätöksentekoa ja toimintojen kehittämistä. Tarjolla on tietoa, jonka hyödyntäminen on vaikeaa tai puutteellista, tai puuttuu juuri tiettyä toimintoa koskevaa tietoa. Oma ongelmansa on, etteivät tieto ja sen käyttäjät kohtaa toisiaan. Tähän ovat kiinnittäneet huomiota niin OECD, EU kuin kansalliset toimijatkin. Tarve löytää uusia tapoja tuottaa ja levittää tietoa on ilmeinen. Keskeisenä kriteerinä uusien tapojen kehittämiseksi on erilaisten tiedon käyttäjien tarpeiden huomioiminen ja tiedon mahdollisimman hyvä ajantasaisuus.

Väestön hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien asioiden suunnittelusta, päätöksenteosta ja seurannasta vastaavat toimijat valtakunnan, alue- ja kuntatasoilla tarvitsevat ajantasaista, tiivistä, puolueetonta, helposti saatavilla olevaa ja luotettavaa tietoa. Tiivistettyä ja ymmärrettävää tietoa tarvitaan hyvinvointi- ja terveyserojen seurantaan, palvelutarpeen arviointia, toimien kohdentumista ja resurssien tarkempaa ohjausta sekä tavoitteiden toteutumisen seurantaan varten. Myös lainsäädäntö ja useat kansalliset terveysohjelmat velvoittavat kuntia seuraamaan väestönsä ja sen osaryhmien terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Etenkin kuntatasoista tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista on kuitenkin tarjolla niukasti. Lisäksi saatavilla olevat – lähinnä rekistereihin perustuvat – seurantatiedot eivät kuvaa tilannetta väestöryhmittäin.

Vuonna 2009 juuri perustettu THL aloitti kansallisen ohjelman terveyden ja hyvinvoinnin avainindikaattoriston kokoamiseksi. Tavoitteeksi asetettiin määritellä, testata ja kuvata THL:n toimialan kannalta keskeisten terveyden, hyvinvoinnin, palvelujen ja järjestelmän suorituskyvyn avainindikaattorit, joita laitos itse ja sen omistaja STM, sekä laitoksen keskeiset asiakkaat (kunnat, alueelliset toimijat, tutkijat ja asiantuntijat) tarvitsevat ko. asioiden tilan ja muutosten arviointiin. Ohjelman toteuttaminen perustettiin laajaan ja poikkialhallinnolliseen sidosryhmäyhteistyöhön paikallistasolta valtakunnan tasolle ja käytännöstä tutkimukseen. Tähän yhteistyöhön ja tutkimusnäyttöön perustuen tavoitteena on tuottaa luotettava, saavutettava, mahdollisimman ajantasainen ja käyttäjärelevantti indikaattorikokoelma ja verkkopalvelu, jonka toteuttamisessa lähdetään liikkeelle THL:ssa jo tehdystä indikaattorityöstä ja siinä saavutetuista vahvuusalueista.

Tässä raportissa esitetään indikaattorityön pohjaksi tehdyn tarve- ja ongelmakartoituksen tulokset. Niiden mukaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä palvelujärjestelmän suorituskyvyn suunnitteluun, arviointiin ja päätöksenteon tueksi tarvitaan tiivistä ja luotettavaa tietoa etenkin vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Päätöksentekijät haluavat saada kokonaiskuvan yhdellä silmäyksellä, asiantuntijat taas kaipaavat yksityiskohtaisempaa tietoa. Osaan näistä tarpeista voidaan vastata heti, mutta etenkin vaikuttavuustieto kaippaa lisää tutkimusta. Näiden tietoaukkojen täyttämiseksi THL on jo aloittanut tutkimusta mm. sairastavuusindikaattorin ja kustannusvaikuttavuusindikaattorien kehittämiseksi.

Käyttäjätutkimuksen tulokset osoittavat myös, että on tärkeää laajentaa ymmärrystämme siitä, mitä tietoa ylipäättään tulisi kerätä, jotta voidaan arvioida hyvinvointipolitiikan ja palvelujen tuloksellisuutta hallinnon eri tasoilla. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että tietoa sairastavuudesta ja työ- ja toimintakyvystä pidettiin laajasti tärkeinä, mutta osallisuus, sosiaalinen hyvinvointi ja koettu hyvinvointi nähtiin vähemmän tärkeiksi. Tulos on yllättävä sitä taustaa vasten, että syrjäytyminen ja pahoinvointi ovat tutkimusten mukaan Suomessakin lisääntyneet ja hyvinvointi- ja terveyserot ovat yhä suurempi ongelma. Tulos kertoo tarpeesta keskustella hyvinvoinnin käsitteestä nykyistä enemmän ja tuottaa sen mittaamiseen ymmärrettäviä ja käytökelpoisia indikaattoreita. Avainindikaattoriston kehittämistyössä tähän haasteeseen on pyritty vastaamaan sekä määrittelemällä näitä indikaattoreita että osoittamalla niiden mittaamisen tietoaukkoja ja käsitteellisen selventämisen tarvetta, ja tähän tullaan kiinnittämään huomiota myös indikaattoriston jalkauttamisessa.

Kiitämme osallistuneita tahoja arvokkaasta panoksesta ja erinomaisesta yhteistyöstä!

Helsingissä lokakuussa 2011

Marja Vaarama
Professori, ylijohtaja
INDI-ohjelman johtaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kirjoittajien esipuhe

THL:n avainindikaattoriohjelma käynnistettiin keväällä 2009. Avainindikaattoriohjelman tavoitteeksi asetettiin määritellä, testata ja kuvata THL:n toimialan kannalta keskeisten terveyden, hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän suorituskyvyn avainindikaattorit, joita laitos itse ja sen omistaja STM, sekä laitoksen keskeiset asiakkaat (kunnat, alueelliset toimijat, tutkijat ja asiantuntijat) tarvitsevat ko. asioiden tilan ja muutosten arviointiin. Lisäksi kehitetään verkkopalvelu, jonka kautta avainindikaattorit jaellaan niitä tarvitsevien käyttöön.

Tässä raportissa esitetään indikaattorityön pohjaksi tehdyn sähköisen kyselyn tulokset sekä haastatte- luissa ja työkokouksissa esille nousseet näkemykset sekä odotukset. Raportti on laadittu yhteistyössä avainindikaattoriohjelmassa mukana olleiden väestön hyvinvoinnin, terveyden sekä palvelujärjestelmän toiminnan seurannan asiantuntijoiden kanssa. Olemme erityisen kiitollisia temaattisen ohjelman johtajalle Marja Vaaramalle sekä seuraaville Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoille, jotka tuottivat käsikirjoitukseen tekstiosioita sekä antoivat erinomaisia kommentteja ja palautetta työn eri vaiheissa: Päivi Hämäläinen, Maijaliisa Junnila, Jutta Järvelin, Sakari Karvonen, Seppo Koskinen, Tiina Laatikainen, Päivi Mäki ja Jussi Simpura.

Tiivistelmä

Suvi Parikka, Tuija Martelin. Terveyttä, hyvinvointia ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavien indikaattorien tarve, käyttö ja ongelmat. THL:n avainindikaattorihankkeen tietotarvekyselyn tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 59/2011. 75 sivua. Helsinki 2011.

Väestön hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien asioiden suunnittelusta, päätöksenteosta ja seurannasta vastaavat toimijat valtakunnan, alue- ja kuntatasoilla tarvitsevat indikaattoreita väestön hyvinvoinnin ja sen taustatekijöiden tilan kuvaamiseen, vertailuun, tavoitteiden asettamiseen ja niiden toteutumisen seurantaan. Aikaisempien selvitysten ja kokemusten perusteella tiedetään, että indikaattorikokoelmia toivotaan kentällä paljon, mutta niitä käytetään kuitenkin melko vähän. Ongelmiksi koetaan mm. indikaattorien paljous sekä olennaisimman tiedon löytäminen ja sen tulkitseminen, indikaattorien huono esitystekniikka sekä tiedon päivittymisen puutteet. Näiden ongelmien vähentämiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) käynnisti vuonna 2009 temaattisen avainindikaattorien kehittämisohjelman (INDI 2009-2012). Avainindikaattoriohjelmassa määritellään väestön hyvinvointia sekä palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavat keskeiset indikaattorit sekä kehitetään verkkopalvelu näiden indikaattorien jakelua varten. Hyvinvointikompassi - verkkopalvelu on suunnattu valtakunnantason, alueiden ja kuntien päätöksentekijöille ja asiantuntijoille. Hyvinvointikompassin ensimmäinen versio avautuu toukokuussa 2012, mutta verkkopalvelun sisällöllinen ja tekninen kehitystyö jatkuu myös tämän jälkeen.

Indikaattorityö aloitettiin kokoamalla indikaattoreita työssään käyttäviltä päätöksentekijöiltä ja asiantuntijoilta tietoa siitä, millaista tietoa tarvitaan ja mitä puuttuu, sekä näkemyksiä siitä, miten THL:n avainindikaattoriohjelmassa kehitettävä verkkopalvelu vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla käyttäjien tarpeisiin. Keväällä 2010 toteutetulla sähköisellä kyselyllä kerättiin tietoa alue- ja kuntatoimijoilta. STM:n ja muiden kansallisten toimijoiden sekä alueiden asiantuntijoiden näkemyksiä kuultiin useissa tapaamisissa ja työkokouksissa sekä selvitettiin haastatteluin.

Tulosten mukaan näkemykset indikaattoritiedon tärkeydestä vaihtelivat niin aihealueen kuin vastaajan taustankin mukaan. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin alueella tärkeimmiksi koettiin sairastavuutta ja toiminta- ja työkykyä koskevat tiedot, joita noin 80 % vastaajista piti erittäin tärkeänä. Sen sijaan osallisuutta, sosiaalisia suhteita, koettua hyvinvointia ja kuolleisuutta piti erittäin tärkeänä vain noin 30–50 % vastaajista. Alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden edustajat pitivät useimpia aihepiirejä tärkeämpinä kuin muut vastaajat, alle 20 000 asukkaan kuntien edustajat taas vähiten tärkeinä. Indikaattoreiden tavallisimmat käyttötarkoitukset alueilla ja kunnissa liittyivät sosiaali- ja terveystalouteen: palveluiden tarpeen ja toimivuuden arviointiin sekä niiden uudelleen suuntaamiseen.

Valtakunnan tason tiedot ovat tärkeitä koko maata koskevan kokonaiskuvan saamiseksi. Kunta- ja aluetasolla ne ovat tärkeätä vertailutietoa, mutta yksinään ne eivät vastaajien mielestä riitä vaan tarvitaan omaa aluetta koskevaa tietoa. Noin kolmannes piti kuntatasoista tietoa edellytyksenä tiedon käyttökelpoisuudelle. Suurimpia ongelmia indikaattoreiden käytössä olivat aika- ja muiden resurssien niukkuus, tiedon löytämisen hankaluus ja tiedon hidas päivittyminen. Vastaajista miltei puolet ilmoitti tarvitsevansa asiantuntijatuokea indikaattoritiedon tulkintaan ja hyödyntämiseen. Kuntien edustajat kokivat tarvitsevansa asiantuntijatuokea vähemmän kuin sosiaali- ja terveystalouteen, sairaanhoitopiireissä tai alueellisissa asiantuntijaorganisaatioissa työskentelevät. Kuntakoon mukaan tarkasteltuna eniten tukea kaipasivat 20 000 – 100 000 asukkaan kuntien edustajat, kun taas suurten kaupunkien edustajilla oli siihen vähiten tarvetta.

Nykyisessä indikaattoritarjonnassa tunnistettiin runsaasti tietoaaukkoja. Puutteita nähtiin koettua hyvinvointia, sairauksien yleisyyttä, toimintakyvyn rajoitteita sekä lasten terveyttä ja elintapoja koskevissa tiedoissa. Palveluiden vaikuttavuutta ja laatua koskevien indikaattoreiden niukkuus koettiin yleisesti ongelmaksi. Erityisesti tällöin viitattiin perusterveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon ja vanhustenhuoltoon; erikoissairaanhoitosta indikaattoreita on jo saatavissa. Keskeisten tietoaaukkojen paikkaamiseksi on jo meneillään merkittäviä kansallisia toimia, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon kehittäminen. Vaikuttavuuden mittaaminen on merkittävä tutkimushaaste, johon on jo tartuttu. Vie kuitenkin vielä vuosia, ennen kuin tämän tutkimus- ja kehitystyön tuottamat indikaattorit ovat rutiinituotannossa.

Avainsanat: indikaattorit, hyvinvointi, terveys, sosiaali- ja terveystalout

Sammandrag

Suvi Parikka, Tuija Martelin. Indikatorer för hälsa, välfärd och ett fungerande servicesystem – behov, användning och problem. Resultatet av en enkät om informationsbehovet som genomförts inom ramen för THL:s projekt för nyckelindikatorer. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 59/2011. 75 sidor. Helsingfors 2011.

Nationella, regionala och kommunala aktörer som ansvarar för planeringen, beslutsfattandet och uppföljningen av frågor som anknyter till befolkningens hälsa och välfärd behöver indikatorer för att beskriva och jämföra befolkningens välfärd och dess bakgrundsfaktorer och för att ställa upp mål och följa upp måluppfyllelsen. På basis av tidigare utredningar och erfarenheter vet vi att fältet i hög grad efterlyser indikatorer, men ändå används de i ganska liten utsträckning. Problemet är bland annat mångfalden av indikatorer, svårigheter att hitta och tolka väsentliga data, dålig teknik för framställning av indikatorer och brister i uppdateringen av data. I syfte att avhjälpa dessa problem inledde Institutet för hälsa och välfärd (THL) år 2009 ett tematiskt program för utveckling av nyckelindikatorer (INDI 2009–2012). I programmet definieras de centrala indikatorerna som beskriver befolkningens välfärd och ett fungerande servicesystem, och en webbtjänst utvecklas för distributionen av dessa indikatorer. Webbtjänsten (Hyvinvointikompassi) riktar sig till nationella, regionala och kommunala beslutsfattare och experter. Den första versionen av webbtjänsten öppnas i maj 2012, men arbetet med att utveckla innehållet och tekniken fortsätter också efter det.

Arbetet med indikatorerna inleddes genom en kartläggning av åsikterna bland beslutsfattare och experter som använder indikatorer i sitt arbete. Frågor som klarades var hurdan information som behövs, vad som saknas och på vilket sätt webbtjänsten i THL:s program kunde utvecklas att så bra som möjligt motsvara användarnas behov. Uppgifter samlades in av de regionala och kommunala aktörerna genom en elektronisk enkät som genomfördes våren 2010. Social- och hälsovårdsministeriet, andra nationella aktörer och regionala experter hördes vid flera olika tillfällen och arbetsmöten och deras åsikter klarades genom intervjuer.

Enligt resultatet varierar uppfattningarna om indikatorernas betydelse både efter ämnesområde och efter de tillfrågades bakgrund. Inom området befolkningens hälsa och välfärd ansågs uppgifter om sjukfrekvensen och funktions- och arbetsförmågan vara viktigast, och cirka 80 procent av de tillfrågade uppgav att dessa är mycket viktiga. Däremot ansåg endast cirka 30–50 procent av de tillfrågade att delaktighet, sociala relationer, upplevd välfärd och dödlighet är mycket viktiga. Bland representanterna för de regionala expertorganisationerna betygsattes de flesta ämnesområdena högre än bland övriga tillfrågade, medan representanterna för kommuner med mindre än 20 000 invånare betraktade de flesta ämnesområdena som mindre viktiga. I regionerna och kommunerna används indikatorer i första hand för ändamål som anknyter till social- och hälsovården: för att bedöma servicebehovet och vid behov omrikta servicen.

Riksomfattande data är viktiga för att skapa en bild av hela landet. På kommun- och regionnivå behövs de som jämförelsedata, men enligt de tillfrågade räcker de inte ensamt, utan det behövs också data om det egna området. Ungefär en tredjedel ansåg att kommunspecifika uppgifter är en förutsättning för användbarheten. De största problemen i användningen av indikatorer är knappa tidsresurser och andra resurser, svårigheter att hitta information och långsam uppdatering av data. Nästan hälften av de tillfrågade uppgav att de behöver expertstöd för tolkningen och användningen av indikatorer. Kommunernas representanter upplever inte att de behöver lika mycket expertstöd som de anställda vid social- och hälsovårdsdistrikten, sjukvårdsdistrikten eller de regionala expertorganisationerna. Utgående från kommunstorleken var behovet av stöd störst bland representanterna för kommuner med 20 000–100 000 invånare, medan behovet var minst bland representanterna för stora städer.

Många brister identifierades i det nuvarande utbudet av indikatorer. Brister identifierades i de data som gäller den upplevda välfärden, sjukdomars utbredning, begränsningar i funktionsförmågan och barnens hälsa och levnadsvanor. Också det otillräckliga antalet indikatorer som gäller servicens effektivitet och kvalitet upplevdes allmänt som ett problem. I det fallet hänvisades framför allt till primärvården, socialvården och äldreomsorgen; det finns redan indikatorer för den specialiserade sjukvården. Betydande nationella åtgärder har redan vidtagits för att avhjälpa de centrala bristerna, till exempel har man inlett en utveckling

av informationsadministrationen inom social-, hälso- och sjukvården. Att mäta effektiviteten är en betydande forskningsutmaning som man redan har börjat arbeta på. Det kommer ändå att ta flera år innan de indikatorer som detta forsknings- och utvecklingsarbete resulterar i kommer att vara i rutinproduktion.

Nyckelord: indikatorer, välfärd, hälsa, social- och hälsovård

1 Selvityksen tausta ja tavoitteet

1.1 Tietotulvasta indikaattoriviidaksoon

Väestön hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien asioiden suunnittelusta, päätöksenteosta ja seurannasta vastaavat toimijat valtakunnan, alue- ja kuntatasoilla tarvitsevat luotettavaa tietoa väestön hyvinvoinnista ja sen taustatekijöistä. Vain tiedon pohjalta voidaan tunnistaa keskeiset ongelmat ja suunnitella mahdollisimman tehokkaita toimia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Myös lainsäädäntö antaa kunnille velvoitteita. Uudessa terveydenhuoltolaissa (12. pykälä) säädetään, että ” Kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmistettava laajempi hyvinvointikertomus. Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia.” Tällä hetkellä on lisäksi käynnissä useita kansallisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämishelmia, jotka asettavat kuntavelvoitteita. Näistä ohjelmista useimmat (esim. valtioneuvoston politiikkaohjelmat, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, KASTE-ohjelma) edellyttävät ohjelmissa asetettujen tavoitteiden toteutumisen indikaattoriseurantaa. Indikaattoreita on runsaasti, ja joitakin ilmiöitä ehdotetaan seurattavan eri ohjelmissa eri tavoin.

Hyvinvoinnin ja terveyden kansallinen ja alueellinen tietopohja muodostuu Suomessa kuntien tuottamasta tiedosta, valtakunnallisista rekisteri-, toiminta- ja väestötutkimustiedoista sekä tilastotiedoista. Näistä tietolähteistä jalostetaan indikaattoreita, jotka kuvaavat mahdollisimman tiiviissä ja havainnollisessa muodossa eri ilmiöiden keskeisimpiä ulottuvuuksia. Ne auttavat ymmärtämään, seuraamaan ja vertailemaan kehityskulkuja. Indikaattoreita voidaan verrata hälytysvaloon, jonka syttyminen viittaa perusteellisemmän tarkastelun tarpeeseen (The good indicators guide, 2008). Alue- ja kuntatasoista hyvinvointia, terveyttä ja palvelujärjestelmän toimintaa ja toimivuutta kuvaavaa vertailutietoa löytyy mm. THL:n ylläpitämistä SOTKANet-, Terveys- ja TEAvisari-verkkopalveluista. Myös esimerkiksi Tilastokeskuksen, Kuntaliiton, Kelan, Eläketurvakeskuksen, THL:n ja Syöpärekisterin verkkosivut tarjoavat eri aluetasolle ulottuvaa osoitin- ja tilastotietoa terveydestä, hyvinvoinnista ja sosiaali- ja terveyspalveluista.

Tietoa on siis periaatteessa runsaasti tarjolla - tiedon käyttäjän näkökulmasta sitä voi olla suorastaan liikaa. Saulin ja Simpuran (2004) sanoin: ”Tietotulva on siis johtanut indikaattoriaaltoihin, ja aaltojen jäljissä on kasvanut nykyinen indikaattoriviidakko”. Ongelmaksi voikin muodostua olennaisimman tiedon löytäminen ja sen tulkitseminen. Mikä tarjolla olevista osoittimista kuvaa parhaiten jotakin kuntalaisten hyvinvoinnin kannalta keskeistä ilmiötä, esimerkiksi toimeentuloa? Onko tilanne kunnassa huolestuttava esimerkiksi verrattuna koko maan keskiarvoon tai naapurialueisiin? Mitä ilmiöitä ylipäättään tulisi seurata? Tietoja voi olla lisäksi vaikea löytää ja käyttää, koska ne sijaitsevat usein erilaisten käyttöliittymien takana.

Tiedoissa on myös aukkoja. Kansallisissa ohjelmissa esitetyistä seurantatiedoista osa on saatavissa valtakunnallisesti, osa alueellisesti (esimerkiksi maakunnittain), jotkut kuntatasolla, jotkut eivät lainkaan. Väestöryhmittäinen seuranta on tällä hetkellä erityisen vaikeata, sillä kunta- ja aluetason seurantatietoa väestöryhmittäin löytyy niukasti. Kuntien tai muiden aluetason yksiköiden itse keräämät tiedot paikkaavat monia kansallisten tietolähteiden aukkoja, mutta esimerkiksi eri alueiden välinen vertailu tai vertaaminen koko maan tasoon on näiden tietojen pohjalta usein vaikeata.

THL:n kuntakerroksella vuonna 2009 selvitettiin 24 paikkakunnalla sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen liittyviä ajankohtaisia asioita sekä toiveita ja odotuksia THL:lle. Yksi esille noussut indikaattori-

ta koskeva toive oli, että yhdestä osoitteesta saisi ”valmiiksi pureskeltua tietoa kunnan hallinnon valmistelutehtävien tueksi” (Raportti kuntakerrokselta 2009, 12). Kentällä kaivattiin myös enemmän vertailutietoa sekä tietoa toiminnan tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta, kuntalaisten toimintakyvystä ja koetusta hyvinvoinnista sekä asiakastytyväisyydestä.

Indikaattorikokoelmien kehittämiseen on käytetty runsaasti resursseja Suomessa, muissa maissa ja kansallisissa sekä kansainvälisissä organisaatioissa – lähtien yhteiskunnallisen edistyksen mittaamista kehittävästä OECD:n Global Project –hankkeesta¹ ja Stiglitzin komission työstä² (ks. myös Simpura 2009) sekä esimerkiksi EU-maiden terveysindikaattoreiden yhtenäistämiseen pyrkivästä ECHIM-projektista³ kansallisiin, johonkin väestöryhmään tai hyvinvoinnin osa-alueeseen keskittyviin hankkeisiin (esimerkiksi Lasten hyvinvoinnin kansalliset indikaattorit⁴). On kuitenkin huomattu, että vaikka näitä kokoelmia toivotaan paljon, niitä käytetään kuitenkin melko vähän (Rosenström 2009; FINE käytettävyysselvitys 2008). Ongelmana on indikaattorien heikko saavutettavuus; käyttöä olisi, jos indikaattorit löytyisivät kun niitä tarvitaan. Toisena keskeisenä ongelmana on indikaattorien sopimattomuus käyttäjien käyttötarkoituksiin. Syinä tähän ovat muun muassa indikaattorien epärelevanttius, huono esitystekniikka ja tilastokuvioiden laatu, käyttäjien osallistumattomuus indikaattorien kehittämisvaiheeseen sekä indikaattorien ylläpidon ja päivittämisen puutteet (Rosenström 2009).

1.2 Avainindikaattorit päätöksenteon tueksi

Vuonna 2009 avattu Findikaattori –palvelu⁵ on kehitetty vastaamaan yhteiskunnan kehitystä kuvaavan indikaattoritiedon tarpeeseen kansallisella tasolla. Se on Tilastokeskuksen ja valtioneuvoston kanslian yhteistyössä ministeriöiden kanssa toteuttama palvelu, joka sisältää noin 100 laajasti yhteiskunnan eri alueita (esim. kulttuuri, talous, terveys, ympäristö ja luonnonvarat) kuvaavaa, eri tietolähteisiin perustuvaa ja säännöllisesti päivittyvää indikaattoria. Toukokuussa 2011 työnsä päättäneen suomalaisen yhteiskunnan tilan kuvaamista käsitelleen kansallisen asiantuntijaryhmän loppuraportissa ”Bkt ja kestävä hyvinvointi. Yksi luku ei riitä suomalaisen yhteiskunnan tilan kuvaamiseen” esitetään Findikaattori-palvelun kehittämistä ja laajentamista hyvinvoinnin mittareiden osalta⁶.

THL:n vuonna 2009 käynnistämässä terveyden, hyvinvoinnin ja terveys- ja sosiaalipalvelujen avainindikaattoreiden kehittämisohjelmassa (INDI) pyritään vastaamaan yksityiskohtaisemmin väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä palvelujärjestelmän suorituskykyä koskeviin tiedontarpeisiin valtakunnan, alue- ja kuntatasoilla. Tavoitteena on myös täydentää Findikaattori-palvelua näiden aihepiirien osalta.

Avainindikaattorihjelmassa määriteltävät keskeiset indikaattorit valitaan mahdollisimman pitkälle jo olemassa olevien tai enintään melko vähän lisäkehitystä vaativien osoittimien joukosta, mutta myös uusia ja enemmän jatkotyötä vaativia tietoaukkoja halutaan identifioida. Avainindikaattorien valinta perustuu laajaan sidosryhmätyöhön paikallistasolta valtakunnantasolle sekä tutkimusnäyttöön. Tavoitteena on tuottaa luotettava, saavutettava, mahdollisimman ajantasainen ja käyttäjärelevantti indikaattorikokoelma ja verkkopalvelu. Indikaattoreihin liitetään lisäksi niiden käyttöä tukeva tulkinta- ja merkitysteksti sekä linkit lisätietoihin, kuten esimerkiksi hyviin käytäntöihin. Verkkopalvelun on määrä olla kaikkien käytettävissä keväällä 2012. Lisätietoja avainindikaattorihjelmasta löytyy ohjelman verkkosivuilta www.thl.fi/indi.

Myös muissa Pohjoismaissa on joko jo toiminnassa tai kehitteillä vastaavantyyppisiä järjestelmiä. Ruotsissa SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) julkaisee alueellisia ja kunnittaisia tietoja sisältäviä Öppna

¹ http://www.wikiprogress.org/index.php/Global_Project

² <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr>

³ <http://www.echim.org>

⁴ <http://www.minedu.fi>

⁵ <http://www.findikaattori.fi>

⁶ http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2011/r1211_bkt/PDF/fi.pdf

Jämförelser –raportteja eri aihepiireistä, kuten koululaitoksesta, kansanterveydestä, turvallisuudesta sekä terveyspalvelujärjestelmän toimivuudesta⁷, ja Kolada-palvelu (Kommun- och landstingsdatabasen)⁸ tarjoaa tietoja sähköisessä muodossa. Norjan KOSTRA-järjestelmä (Kommune Stat Rapportering)⁹ on kuntatasoinen, rekisteripohjainen seurantajärjestelmä, jonka avulla kunnat voivat vertailla mm. palveluidensa kattavuutta ja tuottavuutta. Norgeshelsa-palvelu¹⁰ tarjoaa eri aluetasolle ulottuvaa tietoa norjalaisten terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tanskassa on Suomen tapaan kehitteillä kansallinen indikaattorijärjestelmä, joka ulottuu kuntatasolta valtakunnantasolle. Islannissa on joukko erilaisia kuntatasoisia seurantajärjestelmiä sen varmistamiseksi, etteivät olot maata vuonna 2008 kohdanneen talouskriisin jälkeen missään keskeisessä asiassa pääse missään putoamaan alle sietorajan ("Hyvinvointivahti" -niminen hallitustason toiminto). Islannin eri seurantasysteemejä ollaan nyt organisoimassa kansalliseksi indikaattorijärjestelmäksi.

Muita kansainvälisiä malleja vastaavatyypisistä alueellista hyvinvointi- ja terveystietoa tarjoavista järjestelmistä ovat esimerkiksi Englannin Health Profiles –palvelu, joka sisältää eri hyvinvoinnin ulottuvuuksia kuvaavia indikaattoreita alueittain¹¹, sekä australialaisen Victorian osavaltion CIV-sivusto¹² (Community Indicators Victoria), joka sisältää hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia kuvaavan indikaattorien kokoelman.

WHOn hankkeessa “Inequalities in Health Systems Performance and their Social Determinants in Europe – Tools for Assessment and Information Sharing. A joint WHO-European Commission Action”¹³ on kehitetty terveystietojen esittämisjärjestelmä, jonka avulla voi helposti vertailla eri alueita ja eri mittareita mm. sosioekonomisten taustatekijöiden mukaan, korrelaatioin tai vertaamalla eri alueiden terveystietoprofiileita. Eurostatin tietokannasta poimitut alueelliset osoittimet kattavat väestötietojen lisäksi koulutus-, talous-, työllisyys-, terveydenhuollon resurssi-, kuolleisuus- ja sairaalahoitotiedot. Tiedot esitetään Instant Atlas – pohjalla.

1.3 Käyttäjien tietotarpeiden selvittäminen

Jotta THL:ssä kehitettävä avainindikaattoripalvelu vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla käyttäjien tarpeisiin, kehittämissuunnitelmassa on tehty yhteistyötä kentän kanssa ohjelman alusta alkaen eri tavoilla. Alueiden toimijoiden näkemyksiä kuultiin useissa tapaamisissa ja työkokouksissa, ja sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesten ja muiden valtakunnantason toimijoiden kehittämistoiveita selvitettiin haastatteluin. Keväällä 2010 toteutetulla sähköisellä kyselyllä tarjottiin mahdollisuus kaikille Suomen kunnille sekä monien muiden alueellisten organisaatioiden edustajille ilmaista kokemuksensa ja näkemyksensä terveyttä, hyvinvointia ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavasta indikaattoritiedosta, sen tärkeydestä, käytöstä, keskeisistä tietoaukoista ja käytön ongelmista sekä kehittämistarpeista ja asiantuntijatuon tarpeesta.

Käyttäjien tarpeiden selvittäminen on yksi toimenpiteistä, joiden avulla pyritään – valtion IT-strategian mukaisesti¹⁴ – parantamaan kehitettävän verkkopalvelun käyttäjälähtöisyyttä. Kartoituksen tuottamat tiedot hyödyttävät toisaalta palvelun sisällön ja toisaalta sen toimintojen suunnittelua. Palvelun *sisällön* kehittämisen eli avainindikaattoreiden määrittelyn ja valinnan kannalta on keskeistä tietää, miten tärkeänä

⁷ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/oppnajokforelser

⁸ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/databaser/kolada

⁹ http://www.ssb.no/kostra_en/

¹⁰ <http://www.fhi.no>

¹¹ http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HEALTH_PROFILES

¹² http://www.communityindicators.net.au/about_us

¹³ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health>

¹⁴ http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20060615Valtio/name.jsp

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20080129Kaeyttae/name.jsp

eri aihepiirejä koskevaa indikaattoritietoa pidetään ja mitkä ovat merkittävimmät aukot nykyisessä tiedon tarjonnassa: mitä lisätietoja käyttäjät tarvitsisivat, mutta eivät tällä hetkellä löydä. Näin saatava tieto palvelee myös avainindikaattoripalvelun tulevaisuuden suunnittelua, sillä todennäköisesti moniin tiedon tarpeisiin vastaaminen edellyttäisi esimerkiksi tiedonkeruun kehittämistä, mikä ei ole mahdollista avainindikaattorihankkeen puitteissa. Myös käyttäjien ehdotukset esimerkiksi tiedonkeruun kohentamisesta luovat arvokasta pohjaa jatkotoimenpiteiden suunnittelulle. Verkkopalvelun *toimintojen* suunnittelun kannalta puolestaan on tärkeätä tietää, miten taustaorganisaation, työtehtävän tai luottamusmiesaseman mukaan määritellyt erilaiset käyttäjäryhmät mahdollisesti poikkeavat toisistaan indikaattoritiedon koetun tärkeyden, käyttötarkoitusten ja käytössä koettujen ongelmien suhteen. Tieto indikaattoritiedon käytössä koetuista ongelmista palvelee molempia tarkoituksia, ja näkemykset asiantuntijatuon tarpeesta ja muodoista hyödyttävät suoraan viestinnän, koulutuksen ja käyttäjätuen suunnittelua.

Tämän raportin sisältö keskittyy pääasiassa sähköisen kyselyn tuottaman laajan aineiston tuloksiin. Raportin loppuosassa luvussa 4 käydään läpi myös haastattelujen sekä aluetilaisuuksien keskustelujen keskeiset viestit.

2 Käyttäjien tarpeita koskeneen sähköisen kyselyn toteutus

2.1 Kyselyn sisältö

Kyselyn tavoitteena oli selvittää kuntapäättäjien, alueiden ja kuntien sosiaali- ja terveysalan johtavien viranhaltijoiden sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellisten asiantuntijoiden näkemyksiä terveyttä, hyvinvointia ja sosiaali- ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavien indikaattorien tarpeesta. Heiltä kysyttiin, miten tärkeinä he kokevat eri aihepiirejä koskevan indikaattoritiedon, millä aluetasolla terveyttä ja hyvinvointia koskevan indikaattoritiedon tulisi olla, mihin he indikaattoreita käyttävät, mitkä ovat keskeiset indikaattoritiedon käyttöä vaikeuttavat ongelmat ja mitkä ovat keskeiset indikaattorituotannosta tällä hetkellä puuttuvat indikaattorit. Lisäksi vastaajilta kysyttiin THL:n tarjoaman asiantuntijatuen tarvetta indikaattoritiedon tulkinnassa ja hyödyntämisessä sekä pyydettiin ehdotuksia, millaista asiantuntijatukea THL:n tulisi tarjota.

2.2 Kohdejoukko ja kyselyn tekninen toteutus

Kyselyn kohdejoukkona olivat kuntapäättäjät, alueiden ja kuntien sosiaali- ja terveysalan johtavat viranhaltijat sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliset asiantuntijat. Kuntapäättäjät koostuvat pääasiassa kunnanjohtajista, sosiaali- ja terveysjohtajista ja perusturvajohtajista sekä kunnan luottamustehtävissä työskentelevistä poliittisista päätöksentekijöistä. Sosiaali- ja terveysalan johtavia viranhaltijoita edustavat kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden johtajat, sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden johtajat sekä sosiaalialan osaamiskeskusten johtajat. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asiantuntijat työskentelevät erilaisissa alueellisissa kehittämishankkeissa.

Kyselyn aineisto koostuu Internet – pohjaisen sähköisen kyselyn avulla saaduista vastauksista. Aineiston keruussa hyödynnettiin kolmea eri sähköpostilistaa. Ensimmäinen lista koostui syksyn 2010 aikana eri alueellisissa tilaisuuksissa ja kokouksissa yhteistyöhön ilmoittautuneista alueiden ja kuntien päättäjistä ja asiantuntijoista sekä Terve kunta –verkoston jäsenistä (yhteensä 106 henkilöä). Toinen lista oli Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen kokoama ja se sisälsi Etelä-Pohjanmaan, Päijät-Hämeen ja Lapin kuntien eri sektoreiden (talous-, sosiaali-, terveys-, teknisen- ja sivistystoimen) johtajia ja luottamushenkilöitä (yhteensä 391 henkilöä). Listan alueelliset toimijat ovat aiemmin osallistuneet alueellisen terveysseurannan kehittämiseen. Kolmas lista sisälsi kaikkien Suomen kuntien kirjaamoiden osoitteet (yhteensä 348 osoitetta).

Aineisto kerättiin keväällä 2010 lähettämällä kysely 845 osoitteeseen. Lisäksi kuntien kirjaamoita pyydettiin lähettämään kysely eteenpäin kunnan- tai kaupunginjohtajalle, sosiaali- ja terveysjohtajille, kunnan hallituksen pj:lle, kunnan valtuuston pj:lle sekä kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnan pj:lle. Lomakkeesta oli sekä suomen- että ruotsinkielinen versio. Kirjaamoiden aktiivisuutta ja sitä kautta saatujen vastausten lukumäärää on hyvin vaikea arvioida. Sen vuoksi vastausprosentin laskenta ei ole mielekäästä. Kyselyyn saatiin yhteensä 454 vastausta.

2.3 Vastaajien taustatiedot

Kyselyn 454 vastaajasta noin puolet oli miehiä ja puolet naisia (taulukko 2.1). Selvä enemmistö vastaajista oli korkea-koulutettuja ja iältään 35–64 -vuotiaita. Eniten vastauksia saatiin 5000– 20 000 asukkaan kunnista, lähes yhtä paljon alle 5000 asukkaan kunnista. Aseman mukaan tarkasteltuna suurin yksittäinen vas-

taajaryhmä olivat sosiaali- ja terveysjohtajat. Aineistossa on hyvä alueellinen kattavuus, vaikkakin puutteena on vähäinen ruotsinkielisten osuus. Vastaajista reilu kolmasosa oli luottamustehtävässä.

Taulukko 2.1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

| Taustamuuttuja | % | (lkm) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| Sukupuoli | | |
| Miehiä | 51 | (233) |
| Naisia | 48 | (216) |
| yht. | 100 | (449) |
| Ikä | | |
| 25–34 v. | 4 | (20) |
| 35–54 v. | 48 | (217) |
| 55–64 v. | 41 | (188) |
| 65 + | 6 | (27) |
| yht. | 100 | (452) |
| Koulutus | | |
| Perusaste | 6 | (25) |
| Keskiaste | 12 | (56) |
| Korkea-aste | 82 | (366) |
| yht. | 100 | (447) |
| Äidinkieli | | |
| Suomi | 99 | (449) |
| Ruotsi | 1 | (5) |
| yht. | 100 | 454 |
| Vastaajan edustama kunta tai alue | | |
| Pieni kunta (alle 5000 asukasta) | 26 | (120) |
| 5000–20 000 asukkaan kunta | 33 | (148) |
| Keskisuuri kunta (20 000- 100 000 asukasta) | 14 | (65) |
| Suuri kaupunki (vähintään 100 000 asukasta) | 6 | (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 9 | (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 6 | (29) |
| Alueellinen asiantuntijaorganisaatio (sosiaalialan osaamiskeskukset, maakuntaliitto, amk:t, alueiden kehittämishankkeet) | 4 | (18) |
| Ei tietoa | 1 | (6) |
| yht. | 100 | 454 |
| Työtehtävä | | |
| Kunnan tai kaupunginjohtaja | 10 | (45) |
| Sosiaali- ja terveysjohtaja, perusturvajohtaja | 24 | (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 6 | (29) |
| Muu johtava (sosiaali-) terveysalan viranhaltija (johtava ylilääkäri, kuntayhtymän johtaja, esimies terveyspalveluissa) | 11 | (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 15 | (69) |
| Muut* | 23 | (104) |
| Ei tietoa | 11 | (49) |
| yht. | 100 | 454 |

| Luottamushenkilö | | |
|-------------------------|-----|-------|
| Kyllä | 37 | (166) |
| Ei | 63 | (285) |
| Ei tietoa | 1 | (3) |
| yht. | 100 | 454 |
| Maakunta | | |
| Ahvenanmaa | 1 | (4) |
| Etelä-Karjala | 4 | (16) |
| Etelä-Pohjanmaa | 5 | (22) |
| Etelä-Savo | 4 | (19) |
| Itä-Uusimaa | 1 | (5) |
| Kainuu | 2 | (10) |
| Kanta-Häme | 3 | (15) |
| Keski-Pohjanmaa | 0 | (1) |
| Keski-Suomi | 6 | (26) |
| Kymenlaakso | 2 | (10) |
| Lappi | 14 | (63) |
| Pirkanmaa | 5 | (23) |
| Pohjanmaa | 3 | (15) |
| Pohjois-Karjala | 5 | (24) |
| Pohjois-Pohjanmaa | 7 | (33) |
| Pohjois-Savo | 7 | (31) |
| Päijät-Häme | 10 | (44) |
| Satakunta | 5 | (21) |
| Uusimaa | 6 | (25) |
| Varsinais-Suomi | 8 | (34) |
| Ei tietoa | 2 | (13) |
| yht. | 100 | 454 |

* 94 % työtehtävämuuttujan ”muut” luokkaan kuuluvista oli luottamushenkilöitä, ja he edustivat hyvin monenlaisia ammatteja. Sen vuoksi ”muut” luokkaa ei yleensä kommentoida työtehtävien mukaisten tulosten esittelyssä.

3 Sähköisen kyselyn tulokset

Tässä luvussa esitellään kyselyn tulokset ensin väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden osalta ja sen jälkeen sosiaali- ja terveystalvija koskevien tietojen osalta. Lopussa käsitellään indikaattorien käytön ongelmia ja asiantuntijatuon tarvetta yleisesti. Pääosin tulokset esitellään kaikkien vastaajien osalta ja osaryhmittäin (kuntatyyppiin, työtehtävien ja luottamustehtävissä toimimisen mukaan). Osaryhmittäisessä tarkastelussa raportoidut erot ovat tilastollisissa testeissä havaittuja merkitseviä eroja. Koettuja tietoaukkoja, tiedon laadun ja luotettavuuden parantamisen keinoja sekä yleistä palautetta kysyttiin avokysymyksin ja näitä vastauksia tarkastellaan yleisemmällä tasolla.

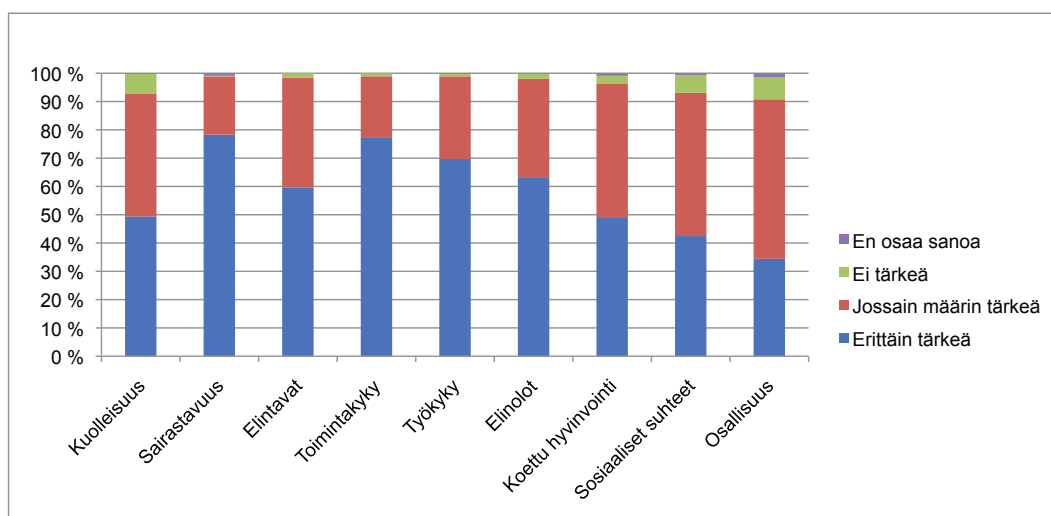
3.1 Terveyden ja hyvinvoinnin indikaattorit

Tässä kyselyssä terveyden indikaattoreilla tarkoitettiin osoittimia, jotka kuvastavat väestön sairastavuutta, sairastumisen taustalla olevia riskitekijöitä sekä työ- ja toimintakykyä. Hyvinvoinnilla tarkoitetaan sosiaalista hyvinvointia kattaen väestön aineelliset elinolot, koetun hyvinvoinnin, ihmisten väliset sosiaaliset suhteet sekä itsensä toteuttamisen aihealueet.

3.1.1 Indikaattoreiden koettu tärkeys

Kyselyssä kartoitettiin terveyden ja hyvinvoinnin alueellisen indikaattoritiedon koettua tärkeyttä kunnan toiminnan suunnittelun kannalta ilmiötasolla riippumatta siitä, onko kyseistä tietoa tällä hetkellä saatavissa. Vastausvaihtoehdot olivat ”erittäin tärkeä”, ”jossain määrin tärkeä”, ”ei tärkeä” ja ”ei osaa sanoa”. Aihepiirejä oli yhdeksän: kuolleisuus, sairastavuus, elintavat, toimintakyky, työkyky, elinolot, koettu hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja osallisuus. Osaryhmittäisissä profileissa (kuviot 3.2-3.4) esitetään niiden vastaajien osuus, jotka pitivät aihepiiriä erittäin tärkeänä. Kuvioissa havaituista eroista kiinnitettiin huomiota vain tilastollisesti merkitseviin eroihin. Liitetaulukoissa 1.1-1.7 on esitetty jakaumat kokonaisuudessaan ja osaryhmittäin.

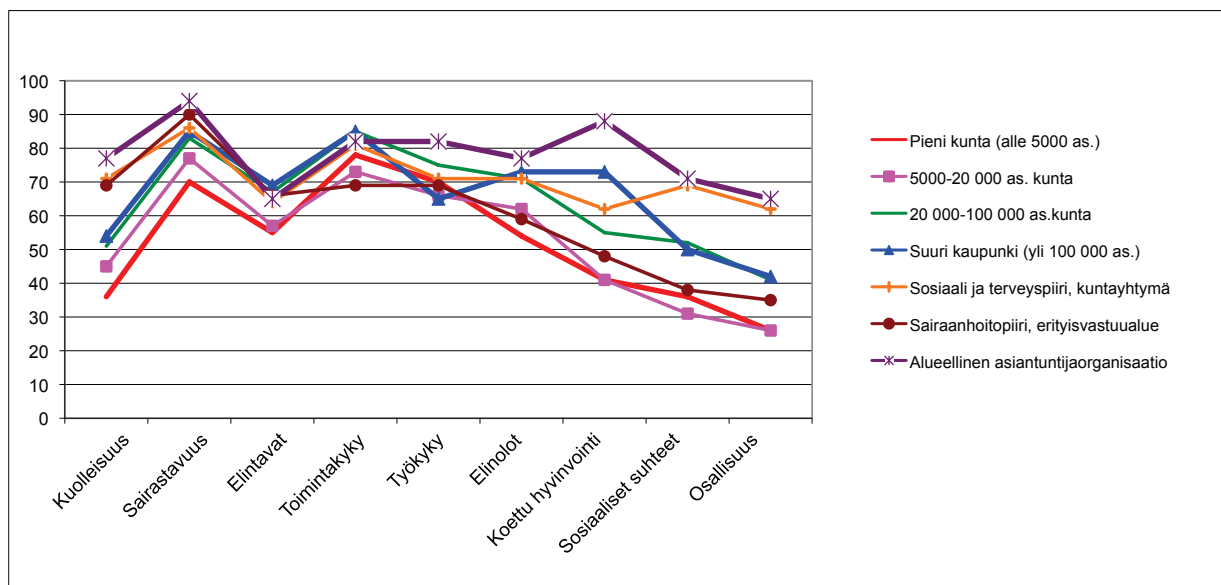
Vähintään 90 % vastaajista arvioi näitä aihepiirejä koskevat tiedot ainakin jossain määrin tärkeiksi (kuvio 3.1). Sairastavuutta ja toimintakykyä koskeva tieto koettiin erityisen keskeiseksi: yli kolme neljäsosaa vastaajista piti näitä aihepiirejä koskevaa tietoa erittäin tärkeänä. Myös työkyky, elinolot ja elintavat nousivat esiin erityisen tärkeinä alueina. Osallisuutta, sosiaalisia suhteita, koettua hyvinvointia ja kuolleisuutta ei nähty aivan yhtä tärkeiksi.



Kuvio 3.1. Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien aihepiirien koettu tärkeys kunnan toiminnan suunnittelun kannalta.

Eri aihepiirejä koskevan indikaattoritiedon koettu tärkeys vaihteli jonkin verran sen mukaan, minkälaista kuntaa tai organisaatiota vastaaja edusti, mikä oli hänen asemansa ja työtehtävänsä sekä toimiko hän luottamustehtävässä.

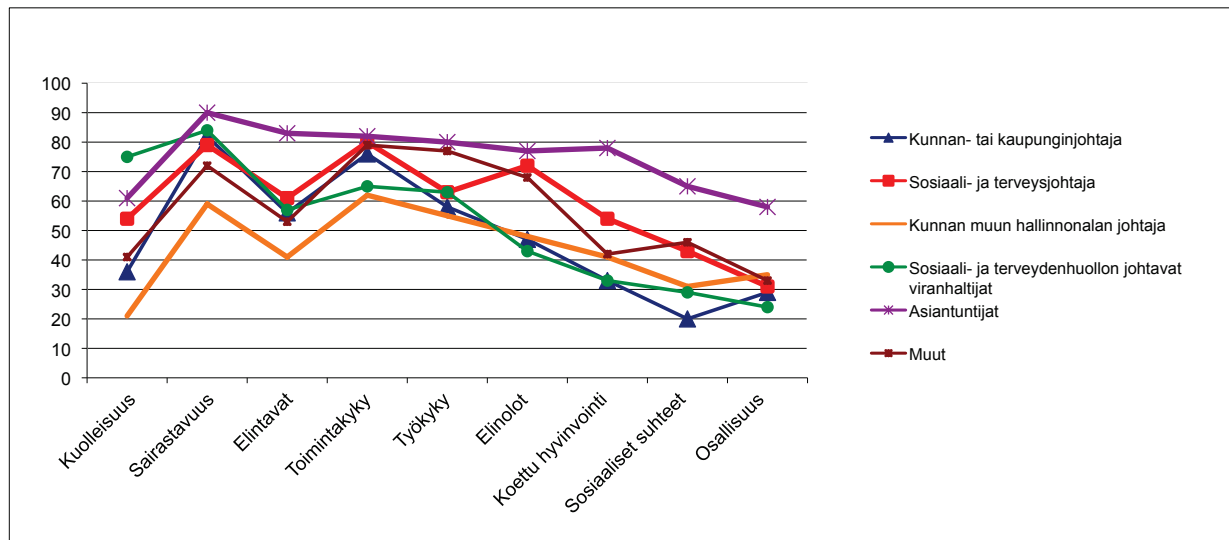
Kunnan koon tai organisaation mukaan tarkasteltuna (kuvio 3.2) eri aihepiirien tärkeysjärjestys ei vaihdellut merkittävästi eri ryhmien välillä. Sen sijaan eroja ilmeni siinä, kuinka tärkeänä niitä pidettiin. Alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden edustajat kokivat useimmat aihepiirit erittäin tärkeiksi useammin kuin muut. Toista ääripäätä edustivat tavallisesti pienten kuntien edustajat. Eniten mielipiteet vaihtelivat kuolleisuuden, koetun hyvinvoinnin, sosiaalisten suhteiden ja osallisuuden osalta. *Kuolleisuutta* koskevia tietoja erittäin tärkeänä pitivät asiantuntijaorganisaatioiden, sosiaali- ja terveystieteiden ja sairaanhoitopiirien edustajat. Vähiten tämä aihepiiri kiinnosti pienimpien kuntien edustajia. *Koettua hyvinvointia* koskevaa tietoa eniten erittäin tärkeänä pitivät asiantuntijaorganisaatioiden (88%) ja suurten kaupunkien (73 %) edustajat, kun taas alle 20 000 asukkaan kuntien edustajat korostivat vähiten tämän aihepiirin tärkeyttä. Erot olivat selkeät myös *sosiaalisia suhteita* ja *osallisuutta* koskevan indikaattoritiedon tärkeyden kokemisessa. Näiden osalta erottuivat asiantuntijaorganisaatiot sekä sosiaali- ja terveystieteet: niiden edustajista yli 60 % piti aihepiirin indikaattoritietoa erittäin tärkeänä. Toisessa ääripäädessä olivat alle 20 000 asukkaan kunnat; niiden edustajista alle 40 % piti sosiaalisia suhteita ja alle 30 % osallisuutta kuvaavaa indikaattoritietoa erittäin tärkeänä.



Kuvio 3.2. Kuntatyyppin mukaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien aihepiirien koettu tärkeys

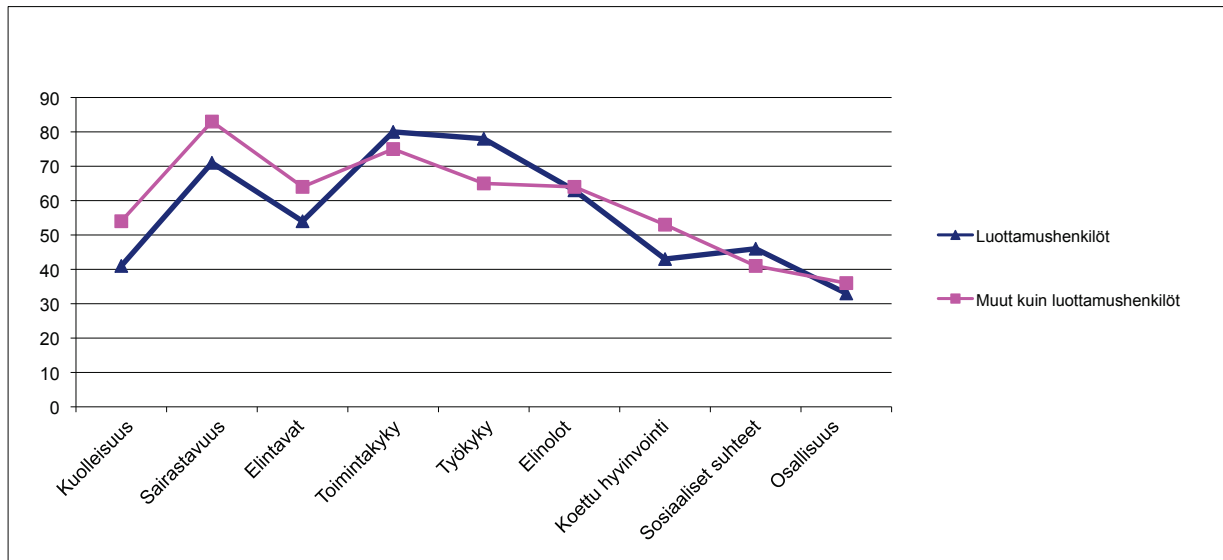
Eri aihepiirejä koskevan indikaattoritiedon koettu tärkeys sekä tärkeysjärjestys vaihtelivat merkittävästi **työtehtävän** mukaan tarkasteltuna (kuvio 3.3). Ryhmistä erottuivat *asiantuntijat*, jotka kuolleisuutta lukuun ottamatta pitivät kaikkia ilmiöitä koskevaa indikaattoritietoa tärkeämpänä kuin muut ryhmät. *Kunnan- ja kaupunginjohtajista* noin 80 % piti sairastavuutta ja toimintakykyä koskevia tietoja erittäin tärkeinä; sen sijaan vain noin kolmannes piti kuolleisuutta, koettua hyvinvointia, sosiaalisia suhteita ja osallisuutta erittäin tärkeinä. *Sosiaali- ja terveystieteiden johtajille* tärkeimpiä tietoja olivat sairastavuutta, toimintakykyä ja elinolo- ja kuvaavat tiedot, kun taas vähiten erittäin tärkeinä pidettiin sosiaalisia suhteita ja osallisuutta. *Sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista viranhaltijoista* enemmistölle sairastavuutta ja kuolleisuutta koskevat tiedot olivat erittäin tärkeitä; sen sijaan koettua hyvinvointia, sosiaalisia suhteita ja osallisuutta ei pidetty yhtä

usein erittäin tärkeänä. Yleisesti ottaen *kunnan muiden hallinnonalojen johtajat* eivät pitäneet kyselyssä esitettyjä aihepiirejä niin tärkeinä kuin muut ryhmät. Heistäkin kuitenkin noin 60 % piti esimerkiksi sairastavuutta ja toimintakykyä kuvaavia tietoja erittäin tärkeinä.



Kuvio 3.3. Työtehtävän ja aseman mukaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien aihepiirien koettu tärkeys

Eri aihepiirejä koskevan indikaattoritiedon koettu tärkeys sekä tärkeysjärjestys vaihtelivat merkittävästi sen mukaan, toimiko vastaaja **luottamustehtävissä** vai ei (kuvio 3.4). Muille kuin luottamushenkilöille sairastavuutta kuvaavat indikaattoritiedot olivat tärkeimpiä. *Luottamushenkilöt* nostivat sen sijaan tärkeimmiksi toimintakykyä (80 %) ja työkykyä (78 %) kuvaavan indikaattoritiedon. Luottamushenkilöt pitivät kuolleisuutta, sairastavuutta, elintapoja ja koettua hyvinvointia harvemmin erittäin tärkeinä aihepiireinä kuin muut vastaajat; sen sijaan työkykyä kuvaavat tiedot olivat heille tärkeämpiä.

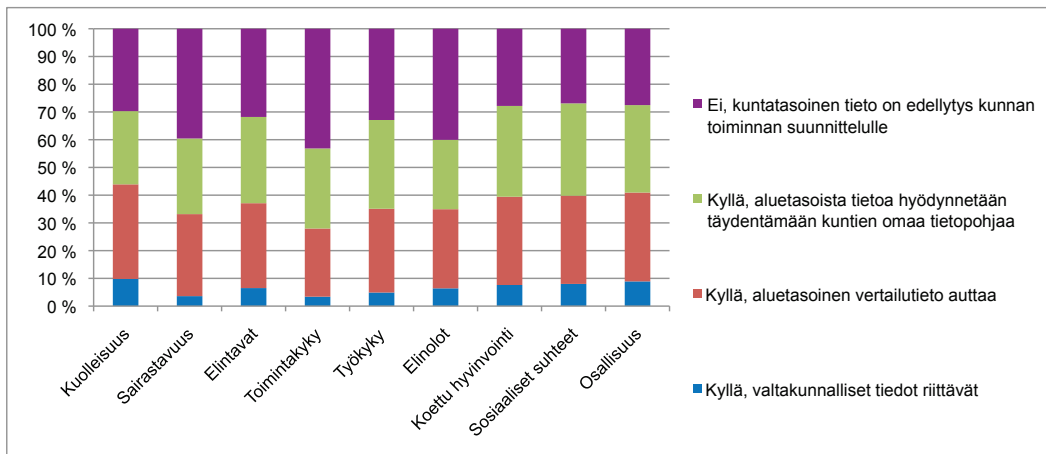


Kuvio 3.4 Luottamustehtävässä toimimisen mukaan terveyden ja hyvinvointiin liittyvien aihepiirien koettu tärkeys

3.1.2 Eri aluetason tietojen koettu riittävyys

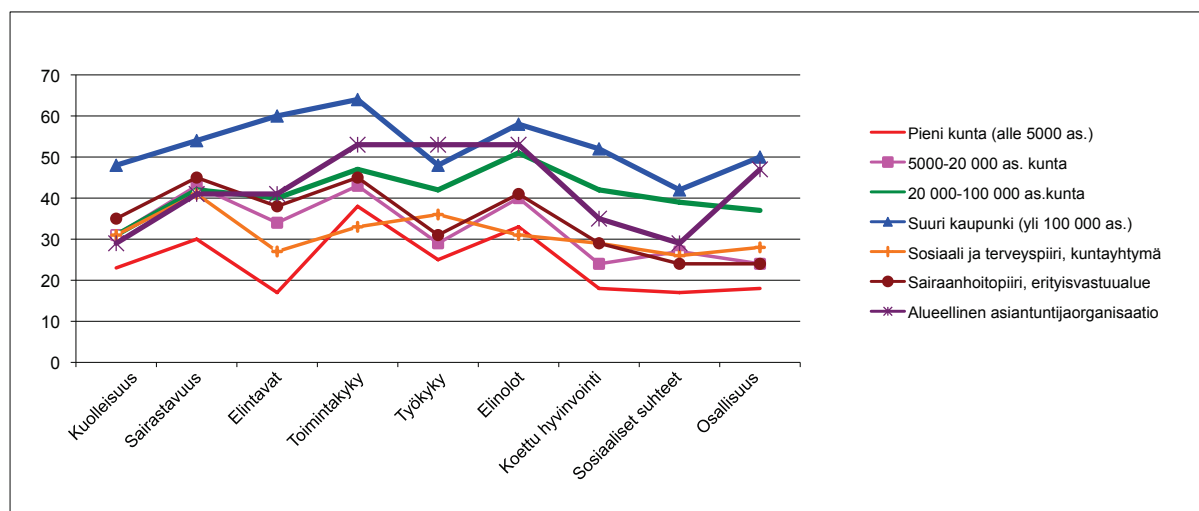
Vastaajia pyydettiin seuraavaksi arvioimaan, riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun. Tämän selvittämiseksi esitettiin kunkin aihepiirin kohdalla neljä väittämää, joista vastaajan tuli valita sopivin: ”Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät”, ”Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa kunnan toiminnan kehittämisessä ja suunnittelussa”, ”Kyllä, aluetasoisia tietoja hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa” ja ”Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys kunnan toiminnan suunnittelulle”. Liitetaulukoissa 2.1–2.9 on esitetty jakaumat kokonaisuudessaan ja osaryhmittäin.

Valtakunnalliset tiedot koettiin harvoin riittäviksi (kuvio 3.5). Noin joka kymmenes vastaaja katsoi, että kuolleisuutta ja osallisuutta tarkasteltaessa valtakunnan taso riittäisi; muiden aihepiirien kohdalla osuus oli tätäkin pienempi. Kolme muuta vaihtoehtoa saivat useiden aihepiirien kohdalla suunnilleen yhtä paljon kannatusta. Noin 40 % katsoi, että toimintakykyä, elinoloja ja sairastavuutta koskevien tietojen tulisi olla kuntatasoisia ollakseen hyödyllisiä kunnan toiminnan suunnittelun kannalta. Muidenkin aihepiirien osalta noin 30 % vastaajista piti kuntatasoisia tietoja edellytyksenä tiedon käyttökelpoisuudelle.



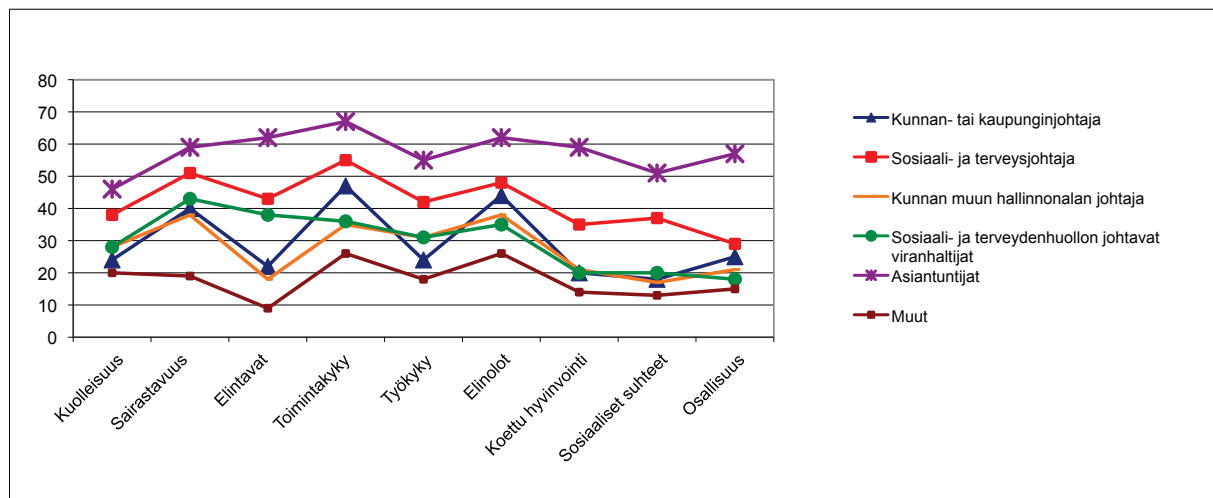
Kuvio 3.5. Valtakunnallisten tai aluetasoisien tietojen riittävyys kunnan palvelujärjestelmän kehittämisen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnittelun kannalta.

Kuntatasoisen tiedon edellyttämisen yleisyys vaihteli vastaajan edustaman **kunnan koon tai muun organisaation** mukaan (kuvio 3.6). Yleisesti ottaen *suurten kaupunkien* edustajat pitivät kuntatasoisen tiedon saatavuutta tärkeänä; heistä noin 50-60 % :n mukaan kaikkien aihepiirien indikaattoritietojen tulisi olla saatavana kuntatasoisena. Tärkeimpänä kuntatasoisena tietona nähtiin toimintakyky: suurten kaupunkien edustajista noin 40 % katsoi, että toimintakykyä koskevien tietojen tulisi olla saatavana kuntatasoisena. Toista ääripäätä edustivat alle 20 000 asukkaan *pienet kunnat*; niiden edustajista noin 20–30 % katsoi kuntatasoisen tiedon olevan edellytys kunnan toiminnan suunnittelussa.



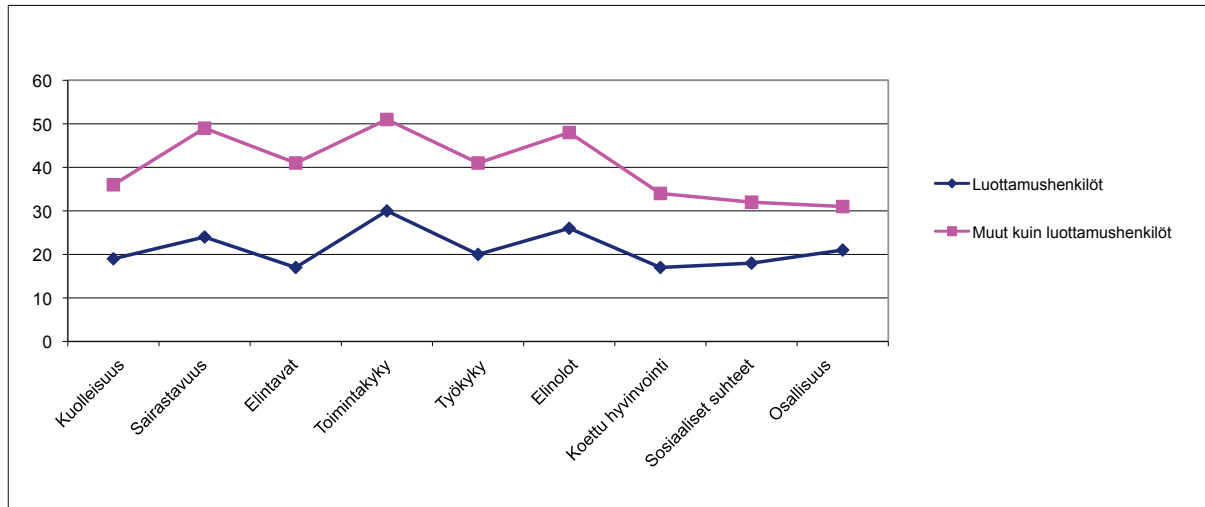
Kuvio 3.6. Kuntatyyppin mukaan niiden osuus, joiden mielestä kuntatasoinen tieto on edellytys kunnan toimien suunnittelussa

Kuntatasoisen tiedon edellytys vaihteli myös vastaajan **työtehtävän** mukaan (kuvio 3.7). *Asiantuntijat* erottuivat muista ryhmistä; he pitivät kuntatasoisen tiedon saatavuutta kaikista aihepiireistä tärkeämpänä kuin muut. Myös *sosiaali- ja terveysjohtajat* pitivät kuntatasoista tietoa tärkeänä: heistä noin puolet katsoi, että toimintakykyä, sairastavuutta ja elinoloja koskevien tietojen tulisi olla kuntatasoisia ollakseen hyödyllisiä kunnan toiminnan suunnittelun kannalta. *Kunnan- ja kaupunginjohtajista* noin 40 % katsoi, että toimintakyvystä, sairastavuudesta ja elinoloista tietojen tulisi olla saatavina kuntatasoisena; sen sijaan vain noin kolmannes heistä katsoi tarvitsevansa kuntatasoista tietoa koetusta hyvinvoinnista, sosiaalisista suhteista ja osallisuudesta.



Kuvio 3.7. Työtehtävän mukaan niiden osuus, joiden mielestä kuntatasoinen tieto on edellytys kunnan toimien suunnittelussa

Ero **luottamushenkilöiden** ja muiden vastaajien välillä oli selkeä (kuvio 3.8). Luottamushenkilöt katsoivat tarvitsevansa vähemmän kuntatasoista tietoa kaikkien aihepiirien osalta kuin muut vastaajat. Ero oli jonkin verran kapeampi koettua hyvinvointia, sosiaalisia suhteita ja osallisuutta koskevien tietojen osalta muihin aihepiireihin verrattuna.

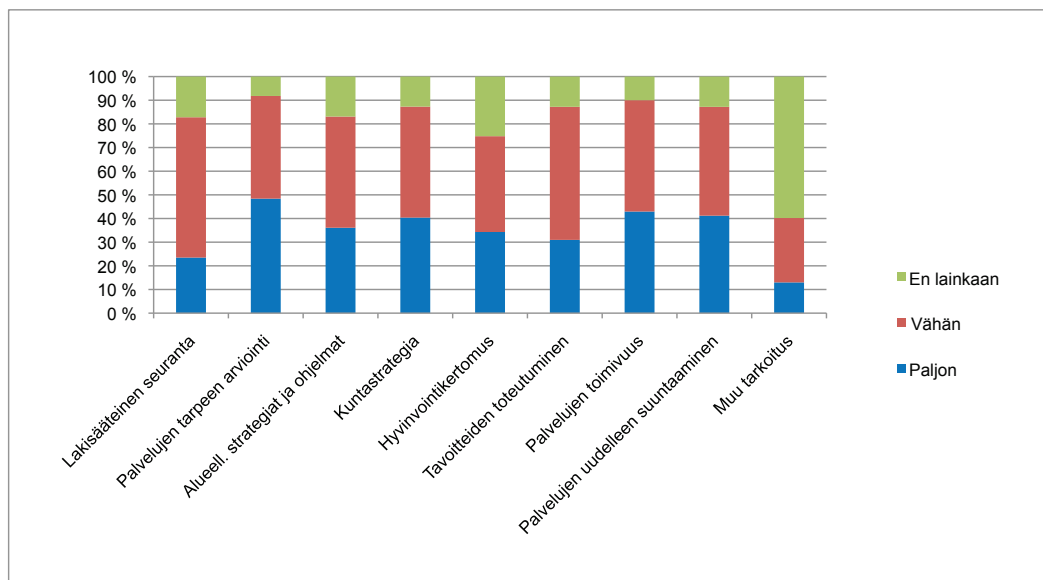


Kuvio 3.8. Luottamustehtävissä toimimisen mukaan niiden osuus, joiden mielestä kuntatasoinen tieto on edellytys kunnan toimien suunnittelussa.

3.1.3 Indikaattorien käyttö kunnissa ja alueilla

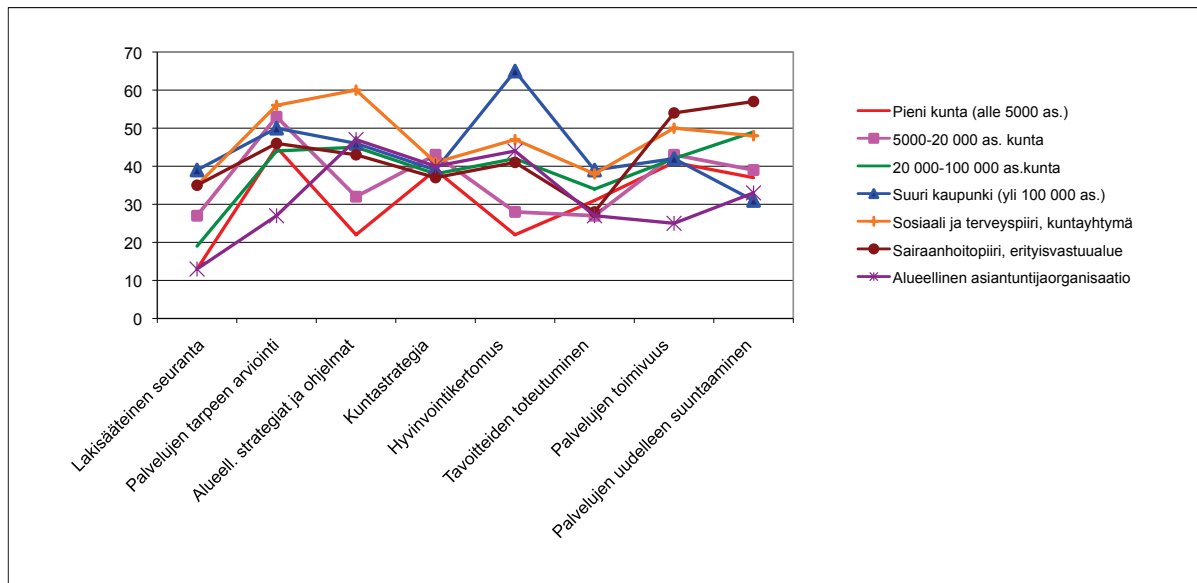
Indikaattoritiedon käyttöä selvitettiin kysymällä ”Käytättekö tällä hetkellä oman alueenne väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa indikaattoritietoa seuraaviin tarkoituksiin?” Eri käyttötarkoituksia oli kahdeksan, ja lisäksi kohtaan ’Muuhun tarkoitukseen’ oli mahdollista lisätä muita vaihtoehtoja. Vastausvaihtoehdot olivat ”paljon”, ”vähän” ja ”en lainkaan”. Liitetaulukoissa 3.1–3.8 on esitetty jakaumat kokonaisuudessaan ja osaryhmittäin.

Lähes puolet kaikista vastaajista ilmoitti käyttävänsä paljon väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa indikaattoritietoa palvelujen tarpeen arviointiin (kuvio 3.9). Tietoja käytettiin yleisesti myös sosiaali- ja terveystalouden toimivuuden arvioinnissa ja niiden uudelleen suuntaamisessa (noin 40 % vastaajista). Samoin noin 30-40 % vastaajista ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoritietoa kuntastrategian laadintaan. Osuus ei vaihdellut merkittävästi kunnan koon, vastaajan työtehtävien tai luottamustehtävissä toimimisen mukaan. Hyvinvointikertomusten laatimiseen terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa indikaattoritietoa käytettiin jonkin verran vähemmän kuin edellisiin. Vähäisintä indikaattoritiedon käyttöä oli kuntalaisten terveyden lakisääteiseen seurantaan (noin 23 % vastaajista). Lisäksi noin 40 % ilmoitti käyttävänsä indikaattoritietoa ainakin vähän johonkin muuhun tarkoitukseen, kuten esimerkiksi hankevalmisteluihin ja erilaisiin esityksiin.



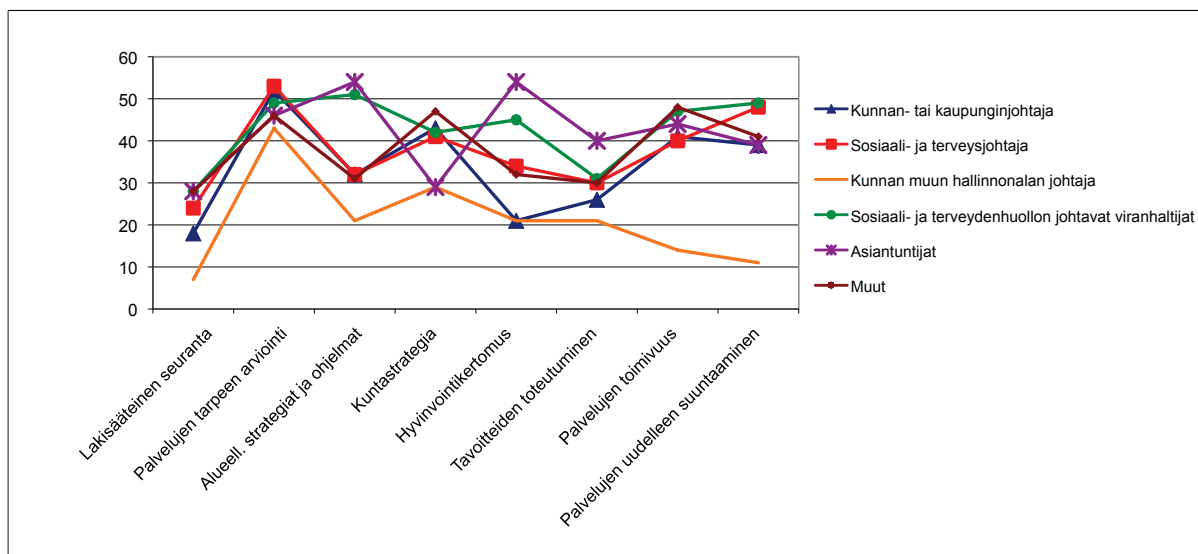
Kuvio 3.9. Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan indikaattoritiedon nykyinen käyttö

Indikaattoreiden käyttö vaihteli jossain määrin **kunnan koon tai muun taustaorganisaation** mukaan (kuvio 3.10). *Sosiaali- ja terveystalouden edustajat* käyttivät indikaattoreita eniten alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan. Myös *alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden* edustajista lähes puolet ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoreita alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan. *Suuret kaupungit* käyttivät eniten indikaattoreita hyvinvointikertomuksen laadintaan (65 %). Tosin myös sosiaali- ja terveystalouden, sairaanhoitopiirien ja alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden edustajista 40–50 % ilmoitti käyttäneensä paljon indikaattoreita tähän tarkoitukseen. Toista ääripäätä tässä käyttötarkoituksessa edustivat *pienet alle 20 000 asukkaan kunnat*, joiden edustajista vain noin 25 % ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoreita hyvinvointikertomukseen. Suurten kaupunkien edustajat käyttivät indikaattoreita myös väestön terveyden ja hyvinvoinnin lakisääteiseen seurantaan enemmän kuin muut ryhmät. *Sairaanhoitopiirien* edustajat taas käyttivät eniten indikaattoreita sosiaali- ja terveystalouden toimivuuden arviointiin sekä palvelujen uudelleen suuntaamiseen.



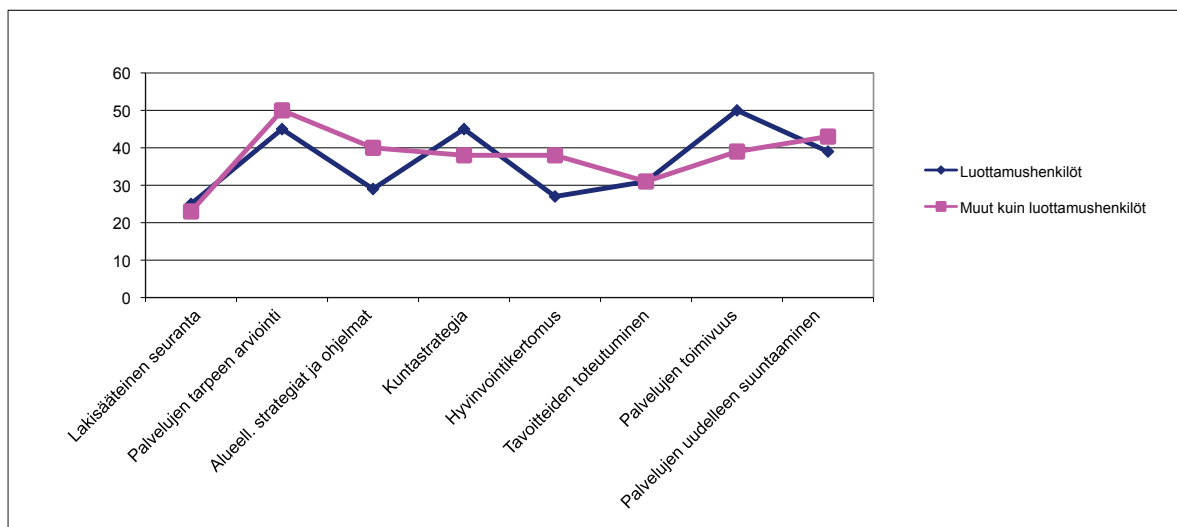
Kuvio 3.10. Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan indikaattoritiedon käyttö kuntatyyppin mukaan

Indikaattoritiedon käytössä oli eroja myös **työtehtävien** mukaan tarkasteltuna (kuviot 3.11). *Asiantuntijat* käyttivät eniten indikaattoreita hyvinvointikertomuksen sekä alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan. Sen sijaan esimerkiksi *kunnan- ja kaupunginjohtajista* vain noin 20 % ilmoitti käyttäneensä paljon indikaattoreita hyvinvointikertomuksen laadintaan. Eroja oli myös väestön lakisääteisen seurannassa; asiantuntijoista ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista viranhaltijoista 28 % ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoreita tähän tarkoitukseen, kunnan- ja kaupunginjohtajista vain 18 % ja kunnan muun hallinnonalan johtajista 7 %.



Kuvio 3.11. Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan indikaattoritiedon käyttö työtehtävän mukaan

Eroja indikaattoritiedon käytössä ilmeni myös **luottamushenkilöiden** ja muiden välillä (kuvio 3.12). Luottamustehtävissä toimivat vastaajat ilmoittivat käyttävänsä muita vähemmän indikaattoreita alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan sekä hyvinvointikertomuksen laadintaan. Sen sijaan luottamushenkilöt käyttivät indikaattoreita enemmän palvelujen toimivuuden arviointiin kuin muut.



Kuvio 3.12. Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan indikaattoritiedon käyttö luottamustehtävissä toimimisen mukaan

3.1.4 Terveys- ja hyvinvointitiedon koetut aukot alue- ja kuntatasolla

Väestön terveyden ja hyvinvoinnin kuvaamisessa tarvittavia, mutta tällä hetkellä tietotarjonnasta puuttuvia tietoja kartoitettiin kahdella kysymyksellä. Vastaajilta kysyttiin, kokevatko he, että kyselystä puuttuu väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä aihepiirejä, joita koskeva tieto olisi heidän toiminnassa välttämätöntä. Toiseksi heitä pyydettiin nimeämään yksittäisiä väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita, joita he ehdottomasti kokevat tarvitsevansa työssään tai luottamustehtävissään, mutta joita ei tällä hetkellä ole kunta- tai aluetasolla saatavilla.

Liitetaulukoon 4 on koottu avovastauksissa esiin nousseet tietoaukot aihepiireittäin ja indikaattoreittain. Vastausten perusteella enemmistön mielestä keskeiset aihepiirit oli kyselyssä otettu kattavasti huomioon. Taulukossa on raportoitu käyttäjien kokemat tiedon ja indikaattorien puutteet sekä THL:n avainindikaattoriohjelman asiantuntijoiden vastaukset alue- ja kuntatasoisen indikaattoritiedon tämänhetkisestä saatavuudesta kansallisen tietotarjonnan pohjalta. THL:n vastauksessa aluetasolla tarkoitetaan maakuntaa, sairaanhoitopiiriä tai sitä pienempää alueyksikköä.

Väestön terveyden osalta yksi keskeisimmistä tietoaukoista on se, että rekisterit tarjoavat luotettavaa tietoa vain sellaisista sairauksista, joita hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Näin ollen monet kunnan palvelujärjestelmän kannalta keskeiset sairaudet (esim. dementia, diabetes) ja toimintakyvyn rajoitteet jäävät kansallisen tietotarjonnan ulkopuolelle. Näiden sekä esimerkiksi elintapoja koskevien tietojen saatavuutta kyselyiden ja haastatteluiden avulla puolestaan hankaloittaa se, että kansallisten tutkimusten otokset ovat tällä hetkellä liian pieniä tähän tarkoitukseen. Esimerkiksi työikäisten elintavoista tietoja on saatavilla vain maakuntatasolla, mutta Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) toteutuessa tilanne paranee merkittävästi. Pieniä lapsia koskevia tietoja on tällä hetkellä niukasti saatavilla, nuorten osalta tilanne on Kouluterveyskyselyn ansiosta parempi. Pienten lasten osalta AvoHILMOn myötä tilanne parantuu monelta osin merkittävästi (esim. suun terveys, ylipaino).

Väestön hyvinvoinnin osalta keskeisenä haasteena on, että tiedot ovat saatavissa vain hyvin karkealla aluetasolla. Tällaisia ovat voittopuolisesti tiedot, jotka perustuvat väestökyselyihin, kuten Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kysely (HYPA). Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) toteutuessa esimerkiksi ikäihmisten yksinäisyydestä ja muista koetun hyvinvoinnin osa-alueista tietoa kertyy kattavammin. Jotkin valtakunnassa toteutettavista vakiintuneistakin tietojärjestelmistä ovat tällä hetkellä uhanalaisia. Merkittävä osa kuntatason tiedoista kuvaa lisäksi kunnan omaa toimintaa, ei niinkään hyvinvointi-ilmiön esiintyvyyttä tai yleisyyttä väestössä. Tällaisia ovat esimerkiksi useat vammaisia kuvaavat indikaattorit. Vastauksissa toivottiin myös indikaattoreita ilmiöistä, jotka ovat verraten harvinaisia suurimmassa osassa kunnista. Tällainen tieto on esimerkiksi asunnottomuus: kolme neljästä asunnottomasta on kymmenessä suurimmassa kaupungissa.

Käyttäjät esittivät myös muita tiedon tarpeita, joihin vastaaminen edellyttäisi erillistä tutkimusta, kuten esimerkiksi aikuisten liikkumattomuuden taustatekijät. Osa esille nousseista, tärkeiksi koetuista aihepiireistä puolestaan asettaa haasteita käsitteen määrittelylle ja indikaattorien kehittämiseksi (esimerkiksi elämäntilanteen kuvaaminen).

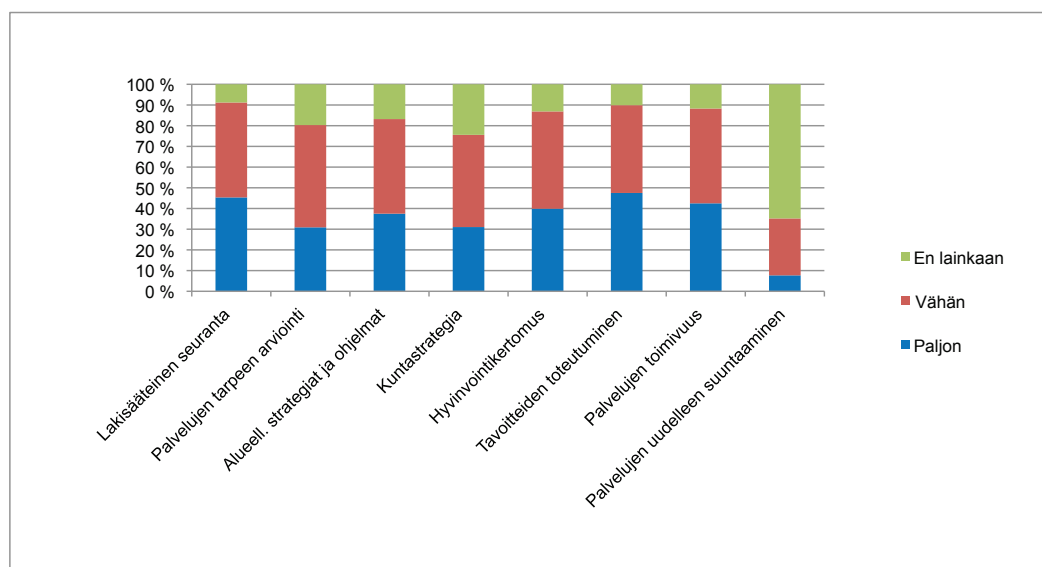
3.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa kuvaavat indikaattorit

Koska palvelujärjestelmää koskeva tieto kootaan kunnissa, kuntakohtaista tietoa on saatavilla ja sitä on totuttu käyttämään. Tämän vuoksi kyselyssä keskityttiin sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta tiedon käyttötapoihin, sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden seuraamisessa koettiin tietoa käyttöihin ja muihin tiedon laadun puutteisiin sekä parannusehdotuksiin.

3.2.1 Indikaattorien käyttö kunnissa ja alueilla

Indikaattoritiedon käyttöä selvitettiin kysymällä ”Käytättekö tällä hetkellä oman alueenne sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavaa indikaattoritietoa seuraaviin tarkoituksiin?” Eri käyttötarkoituksia oli kahdeksan, ja lisäksi kohtaan ’Muuhun tarkoitukseen’ oli mahdollista lisätä muita vaihtoehtoja. Vastausvaihtoehdot olivat ”paljon”, ”vähän” ja ”en lainkaan”. Liitetaulukossa 3.1–3.8 on esitetty jakaumat kokonaisuudessaan ja osaryhmittäin.

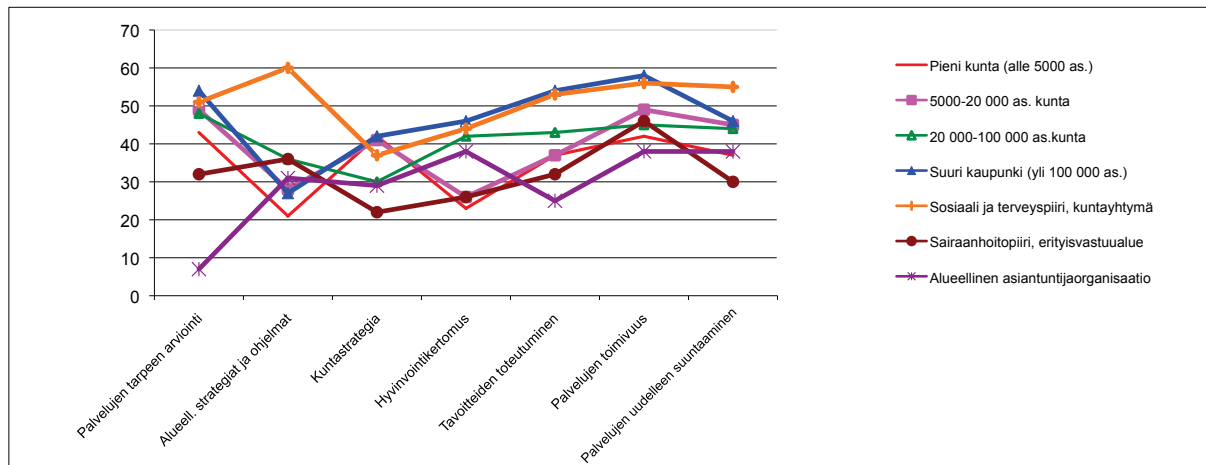
Eniten sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaava indikaattoritietoa käytettiin sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden arviointiin; lähes puolet vastaajista ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoritietoa tähän tarkoitukseen (kuvio 3.13). Tietoja käytettiin yleisesti myös palvelujen tarpeen arvioinnissa (45 % vastaajista) ja niiden uudelleen suuntaamisessa (42 % vastaajista). Kuntastrategian laadintaan ja asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointiin palveluja kuvaavaa indikaattoritietoa käytettiin jonkin verran vähemmän kuin edelisiin. Vähäisintä indikaattoritiedon käyttöä oli hyvinvointikertomusten ja alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadinnassa. Lisäksi noin 35 % ilmoitti käyttävänsä indikaattoritietoa ainakin vähän johonkin muuhun tarkoitukseen, kuten esimerkiksi kuntien ja alueiden vertailuun.



Kuvio 3.13. Sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon nykyinen käyttö.

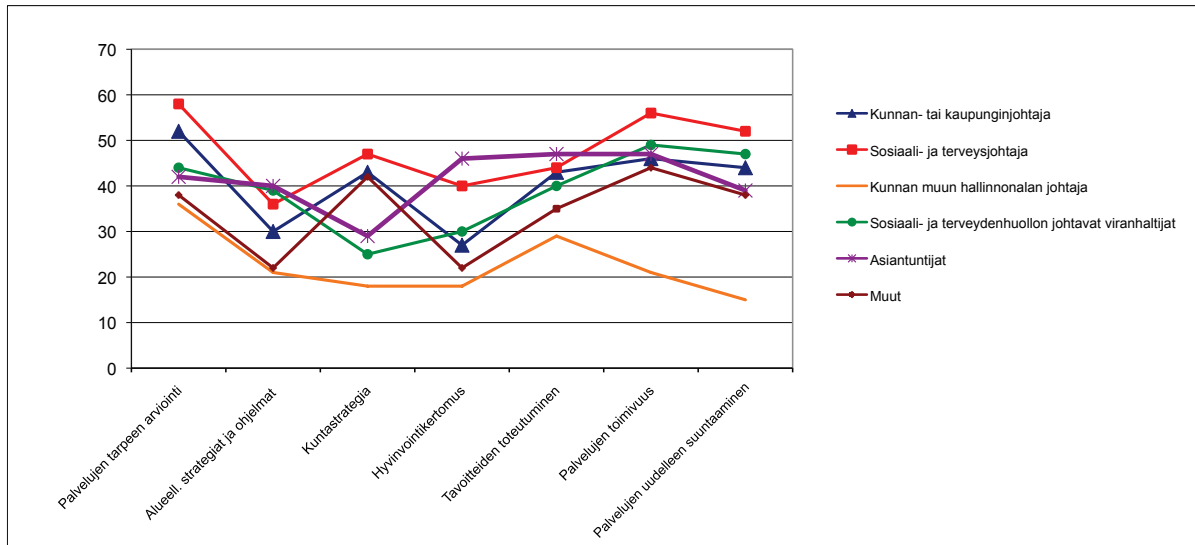
Indikaattoreiden käyttö vaihteli jossain määrin **kunnan koon tai muun taustaorganisaation** mukaan (kuvio 3.14). Yleisesti voidaan sanoa, että *suurten kaupunkien* sekä *sosiaali- ja terveyspiirien* edustajat käyttivät eniten sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavia indikaattoreita kaikkiin kyselyssä mainittuihin käyttötarkoituksiin. Suurin ero näkyi siinä, miten sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavia indikaattoreita käytettiin

palvelujen tarpeen arviointiin. *Sosiaali- ja terveystieteiden, suurten kaupunkien sekä yli 5000 asukkaan kuntien* edustajista noin puolet ilmoittivat käyttävänsä paljon indikaattoreita tähän tarkoitukseen. Sen sijaan *alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden* edustajista vain 7 % ilmoitti käyttävänsä sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavien indikaattoreita tähän tarkoitukseen. *Sosiaali- ja terveyspalvelupiirien* edustajat erosivat muista myös siinä, että heistä 60 % ilmoitti käyttäneensä paljon sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavia indikaattoreita alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan; muissa ryhmissä vastaava osuus oli noin kolmannes.



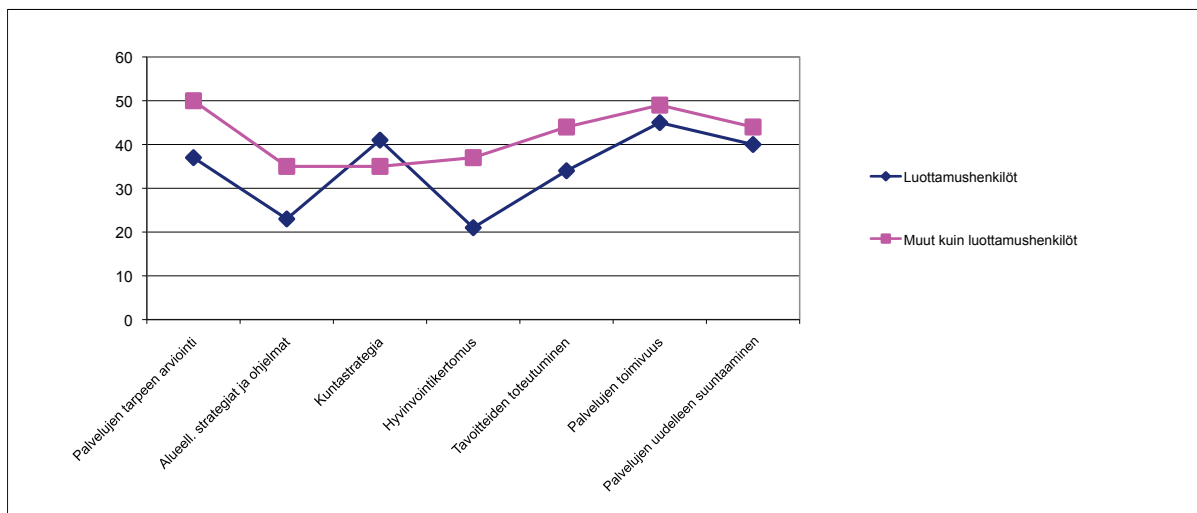
Kuvio 3.14. Sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö kuntatyyppin mukaan

Indikaattoritiedon käytössä oli eroja myös **työtehtävien** mukaan tarkasteltuna (kuvio 3.15). Yleisesti kunnan *muun hallinnonalan (kuin sosiaali- tai terveystoimen) johtajat* käyttivät vähiten sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavia indikaattoritietoja. Toista ääripäätä puolestaan edustivat *sosiaali- ja terveysjohtajat*, joista noin 40 -60 % käytti indikaattoritietoa paljon kaikkiin kyselyssä esitettyihin käyttötarkoituksiin. *Sosiaali- ja terveysjohtajat sekä kunnanjohtajat* käyttivät eniten sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavia indikaattoritietoja palvelujen tarpeen arviointiin; heistä yli puolet ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoreita tähän tarkoituksiin. Samoin heistä noin 40 % ilmoitti käyttäneensä indikaattoritietoja kuntastrategian laadintaan. *Asiantuntijat* käyttivät eniten indikaattoreita hyvinvointikertomuksen laadintaan. *Asiantuntijoista, sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista viranhaltijoista sekä sosiaali- ja terveysjohtajista* noin 40 % ilmoitti käyttävänsä paljon indikaattoreita myös alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan.



Kuvio 3.15. Sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö vastaajan työtehtävän mukaan

Luottamushenkilöt käyttivät muita vastaajia vähemmän sosiaali- ja terveyspalveluita kuvaavia indikaattoritietoja palvelujen tarpeen arviointiin, alueellisten strategioiden ja suunnitelmien laadintaan, hyvinvointikertomuksen laadintaan sekä tavoitteiden toteutumisen seurantaan (kuvio 3.16).



Kuvio 3.16. Sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö vastaajan työtehtävän mukaan

3.2.2 Sosiaali- ja terveystietopalvelutiedon koetut aukot alue- ja kuntatasolla

Sosiaali- ja terveystietopalveluita koskevaa tiedon tarvetta kysyttiin kuntapäättäjiltä ja aluetoimijoilta kahdella kysymyksellä. Heiltä kysyttiin ensin, puuttuuko heidän mielestään nykyisestä tietotarjonnasta jotain sosiaali- ja terveystietopalvelujen suunnittelun ja johtamisen kannalta oleellisia tuotokseen tai vaikuttavuuteen liittyviä tietoja. Toiseksi tiedusteltiin, tarvitsisivatko he joistakin aihepiireistä nykyistä tarkempaa tietoa. Näkemyksiä tiedusteltiin viideltä eri aihealueelta: 1) lasten ja nuorten palvelut, 2) ikäihmisten palvelut, 3) perusterveydenhuollon palvelut, 4) sosiaalipalvelut, 5) erikoissairaanhoidon palvelut.

Liitetaulukon 6 on koottu avovastauksissa esiin nousseet käyttäjien kokemat, palveluja koskevat tiedon puutteet sekä THL:n avainindikaattorihjelman asiantuntijoiden kommentit tietojen tämänhetkisestä saatavuudesta kansallisen tietotarjonnan pohjalta sekä tulevaisuuden näkymistä tiedon puutteiden korjaamiseksi. Taulukossa on otettu kantaa paitsi palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaaviin tietopuutteisiin, myös tietyn palvelun tarvetta kuvaavan tiedon koettuun puutteeseen; yleisimmin väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedon puutteet on käsitelty liitetaulukossa 4.

Kuntapäättäjät ja aluetoimijat kaipaavat kipeästi tietoa *palveluiden vaikuttavuudesta ja laadusta*. Tällä hetkellä vaikuttavuutta, tuottavuutta ja kustannuksia koskevaa tietoa on saatavilla lähinnä erikoissairaanhoidosta. Sairaaloiden benchmarking -järjestelmä tuottaa sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuutta kuvaavaa tietoa sairaala-, erikoisala- ja potilasryhmätasolla¹⁵. Perfect -hankkeessa (PERFORMANCE, Effectiveness and Cost of Treatment episodes¹⁶) puolestaan tuotetaan tietoa eräiden yleisten potilasryhmien hoidon vaikuttavuudesta. Sen sijaan lasten ja nuorten palveluista (kuten neuvola, päivähoido, kouluterveys, lastensuojelu, perhepalvelut), sosiaalityöstä, perusterveydenhuollosta, päihdepalveluista ja ikäihmisten palveluista (kuten kotipalvelut, palveluasuminen) ei ole saatavilla vastaavanlaista säännöllisin väliajoin päivitettävää ja kansallisesti kattavaa tietoa. Perusterveydenhuoltoa koskevan vaikuttavuustiedon saatavuuden mahdollisuus paranee, kun AvoHILMON tiedonkeruu laajenee. Tilastotietoa on näillä näkymin saatavissa kattavasti vuodesta 2013 lähtien (vuoden 2012 tiedot). Sen sijaan sosiaalihuollon vaikuttavuustiedon saaminen edellyttää sitä koskevan tiedonkeruun kehittymistä nykyisestä huomattavasti. Sosiaalihuollon tietoteknologiahankkeen (Tikesos) odotetaan toteutuessaan parantavan tilannetta merkittävästi. Tämän hetken tiedon mukaan yhtenäisten tietojen arkistointi käynnistyy vuonna 2015. Indikaattoritietoa on saatavilla aikaisintaan 2017 jälkeen. Rekisteritietoihin perustuva sosiaalihuollon vaikuttavuustutkimus voi käynnistyä laajamittaisesti vasta tämän jälkeen.

Yksittäisistä ilmiöalueista kuntapäättäjät ja aluetoimijat kaipaavat enemmän tietoa *mielenterveyspalveluista ja niiden tarpeesta*. Parempaa tietoa toivotaan eri ikäryhmien tilanteesta, kuten lasten psykiatrisen hoidon tarpeesta ja vanhusten mielenterveyspalveluiden käytöstä. Lisäksi haluttaisiin seurata mielenterveysasiakkaita päihdehuollossa sekä mielenterveyspalveluiden saantia perusterveydenhuollossa.

Moniongelmaiset ja palveluiden suurkuluttajat ovat keskeisimpiä asiakasryhmiä, joista tietoa ei juuri ole saatavilla. Erityisesti kaivataan tietoa päihde- ja mielenterveyspalveluita käyttävistä moniongelmaisista sekä perusterveydenhuollon palvelujen suurkuluttajista.

Esille nousi myös sellaisia tiedon tarpeita, joihin vastaaminen edellyttäisi erillistä tutkimusta ja siihen pohjautuvaa indikaattoreiden määrittelyä. Tällainen on esimerkiksi kunnan profiili palvelutarjoajana. Puuttuvien tietojen joukkoon oli toisaalta nostettu myös monia sellaisia ilmiöitä, joista tällä hetkellä on ainakin tietyissä ikäryhmässä olemassa kunta- tai vähintään aluetasoisia tietoja. Tämä heijastaa todennäköisesti tietojen löytymisen ongelmia.

¹⁵ lisätietoa www.thl.fi

¹⁶http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect

3.2.3 Vastaajien ehdotukset tiedon laadun ja luotettavuuden parantamiseksi

Valtaosa palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavasta tilastotiedosta ja niistä tuotetuista alue- ja kuntatasoisista indikaattoreista perustuvat kuntien ja toimintayksiköiden tilastoviranomaisille omasta toiminnastaan tuottamaan tietoon. Kyselyssä tiedusteltiin, **miten tiedon tuottamista tulisi kunnissa/toimintayksiköissä kehittää, jotta tieto olisi entistä luotettavampaa**. Avovastauksia saatiin yhteensä 234 kappaletta.

Avovastaukset voitiin pääosin luokitella kolmeen ryhmään, eli ehdotuksiin, jotka koskivat 1) kirjaamisohjeistuksen täsmentämistä ja tietosisällön yhdenmukaistamista, 2) kuntien ATK-ohjelmien kehittämistä ja 3) tiedon hyödyntämisen ongelmia (taulukko 3.1). Voimakkaimmin nousi esiin viisi viestiä:

- tarvitaan yhteiset ja selkeät ohjeet tilastointiin, jotta saadaan vertailukelpoista ja luotettavaa tietoa;
- tiedon kerääminen tulisi selkeästi ohjata pienelle taholle, joka tekee sitä työkseen. Jos kaikki joutuvat tekemään sitä vastentahtoisesti oman työn ohessa, niin sekä varsinainen työ että kerätyn tiedon luotettavuus kärsivät;
- tiedon syöttäjän tulee kokea hyötyvänsä konkreettisesti tiedoista, jotta on riittävä motivaatio kirjata tarvittava tieto;
- kuntien tietojärjestelmien tulee tukea tiedon joustavaa kirjaamista ja tilastointia;
- kerran kirjattu tieto tulisi siirtyä suoraan valtakunnallisiin tilastoihin

Jotkut vastaajat näkivät, että potilastietojärjestelmiin kirjataan kokonaan väärä asioita (esim. mitataan käyntien määrää, mutta ei sisältöä, tai mitataan hoitohenkilöstön määrää mutta ei sitä, mitä hoitohenkilöstö tekee). Osa vastaajista arvosteli sitä, että tiedon keruussa kuntalaisten näkemystä omasta terveydestä tai palvelujen toimivuudesta ei oteta lainkaan huomioon. Toisaalta vastaajat korostivat myös sitä, että luotettava tieto pelkästään ei riitä, jos sitä ei saada jalkautettua käytäntöön kunnissa.

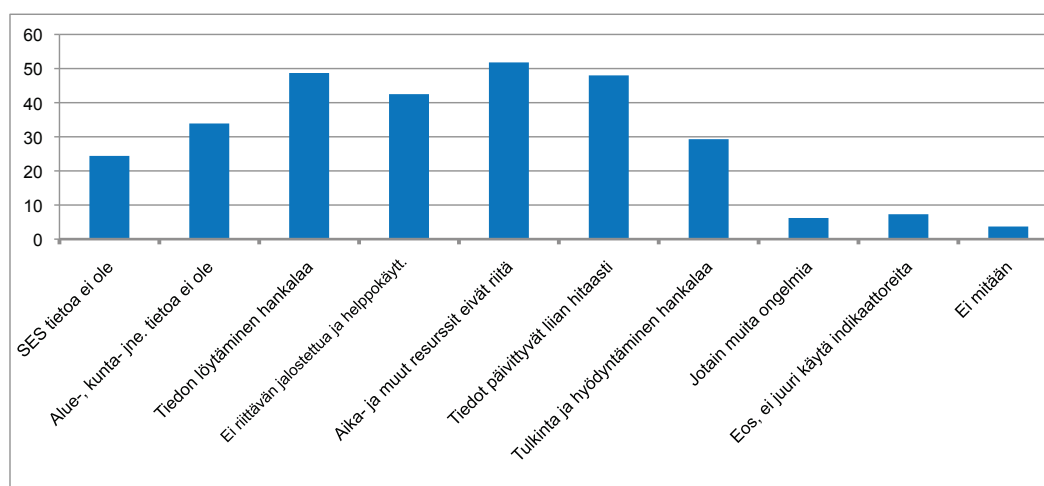
Taulukko 3.1. Vastaajien ehdotukset tiedon luotettavuuden parantamiseksi.

| Kirjaamisohjeistuksen täsmentäminen, tietosisällön yhdenmukaistaminen | Kuntien ATK-ohjelmien kehittäminen tukemaan indikaattoritiedon keruuta | Tiedon hyödyntämisen ongelmat |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - määriteltävä, mitkä tapahtumat tilastoidaan - kirjattavien toimintojen sisältö määriteltävä tarkemmin; esim. kotihoidon sisältö vaihtelee alueittain - selkeät laskentakaavat kunnille; suljettava pois oman edun tavoitteluun tähtäävä arviopohjainen kirjaaminen - koulutusta niille ihmisille, jotka tietoja kirjaavat - valtion tulee pakottaa/velvoittaa kunnat annettujen ohjeiden noudattamiseen | <ul style="list-style-type: none"> - järjestelmien tulee mahdollistaa tiedon nopea kirjaaminen - tieto pitää saada nopeasti ulos järjestelmästä kunnan omaa päätöksentekoa varten - työntekijän kirjaamien tietojen pitäisi siirtyä tilastoihin yhdellä kirjaamisella/automaattisesti strukturoidun potilastietojärjestelmän kautta - sosiaalitoimen, terveystoimen ja kuntien ohjelmat pitäisi saada ”keskustelemaan keskenään” | <ul style="list-style-type: none"> - yksi luku ei kerro vielä mitään - tarvitaan ohjeistusta, mitä kustannus- ja toimintotietoa katsotaan yhdessä, kun verrataan kuntien lukuja keskenään; taustalla palvelujärjestelmän moninaisuus - numeeristen tietojen lisäksi tarvitaan enemmän laadullista tietoa ja asiakkaiden kokemustietoa |

3.3 Indikaattoritiedon käytön ongelmat

Indikaattorien käytön ongelmia selvitettiin kysymyksellä ”Mitä keskeisiä ongelmia koette tällä hetkellä olevan alueellisen ja kuntatasoisen indikaattoritiedon hyödyntämisessä?”. Erilaisia ongelmia oli lueteltu seitsemän, ja vastaaja saattoi valita useampia; lisäksi oli mahdollista ilmoittaa muita ongelmia, valita vaihtoehto ”en osaa sanoa” tai todeta, ettei ongelmia ole.

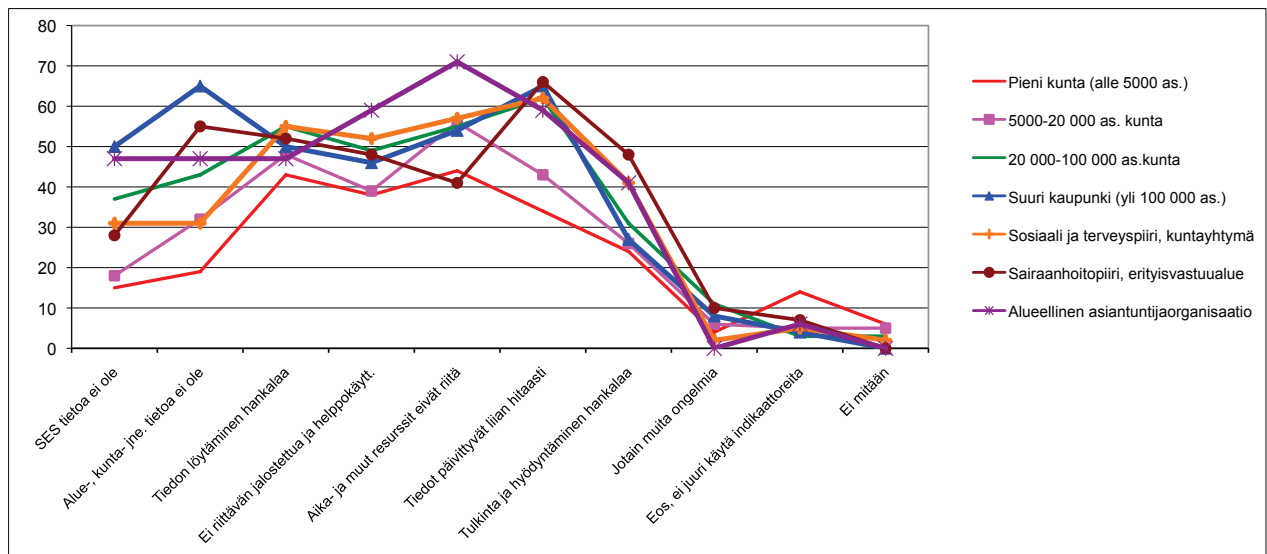
Yli puolet vastaajista koki, että aika- ja/tai muiden resurssien vähäisyys vaikeuttaa indikaattoritiedon hyödyntämistä (kuviot 3.17). Lähes yhtä merkittäviksi ongelmiksi koettiin indikaattorien heikko saavutettavuus; vaikka tietoa on olemassa, sen löytäminen ja saaminen on hankalaa ja/tai tieto on hajallaan. Myös tiedon hidaskäyttö ja tietojen julkaisu liian hitaasti koettiin ongelmaksi. Vain 4 % vastaajista koki, ettei ole mitään ongelmia.



Kuvio 3.17. Alueellisen ja kuntatasoisen indikaattoritiedon hyödyntämisessä koetut ongelmat.

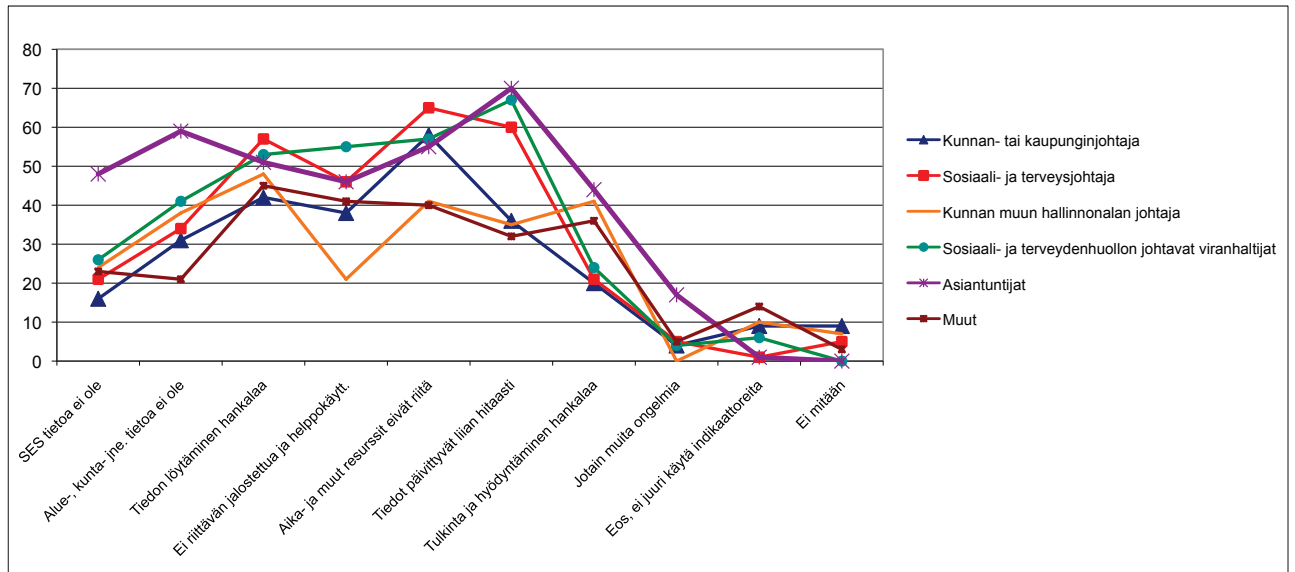
Ongelmien kokeminen vaihteli merkittävästi vastaajan edustaman kuntatyyppin, aseman ja työtehtävien sekä luottamustehtävissä toimimisen mukaan (liitetaulukko 5). Osaryhmittäisessä tarkastelussa merkittävimpien ongelmien joukkoon nousi myös sellaisia ongelmia, jotka kokonaisaineiston tarkastelussa eivät korostuneet.

Kunnan koon tai muun taustaorganisaation mukaan tarkasteltuna (kuviot 3.18). alue-, kunta- tai toimipaikkakohtaista tietoa kaipaavien eniten suuret kaupungit (65 %) sekä sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet (55 %); sen sijaan vain noin 20 % pienimpien, alle 5000 asukkaan kunnista ilmoitti kokevansa alue-, kunta- ja toimipaikkakohtaisen tiedon puutteen ongelmaksi. Noin puolet suurten kaupunkien sekä asiantuntijaorganisaatioiden edustajista kaipasi myös sosiaaliryhmittäistä tietoa; tässäkin toista ääripäätä edustivat pienimpien kuntien edustajat. Pienimmät kunnat näkivät vähiten ongelmia siinä, että tieto päivittyy hitaasti ja että lukujen tulkinta ja hyödyntäminen on hankalaa.



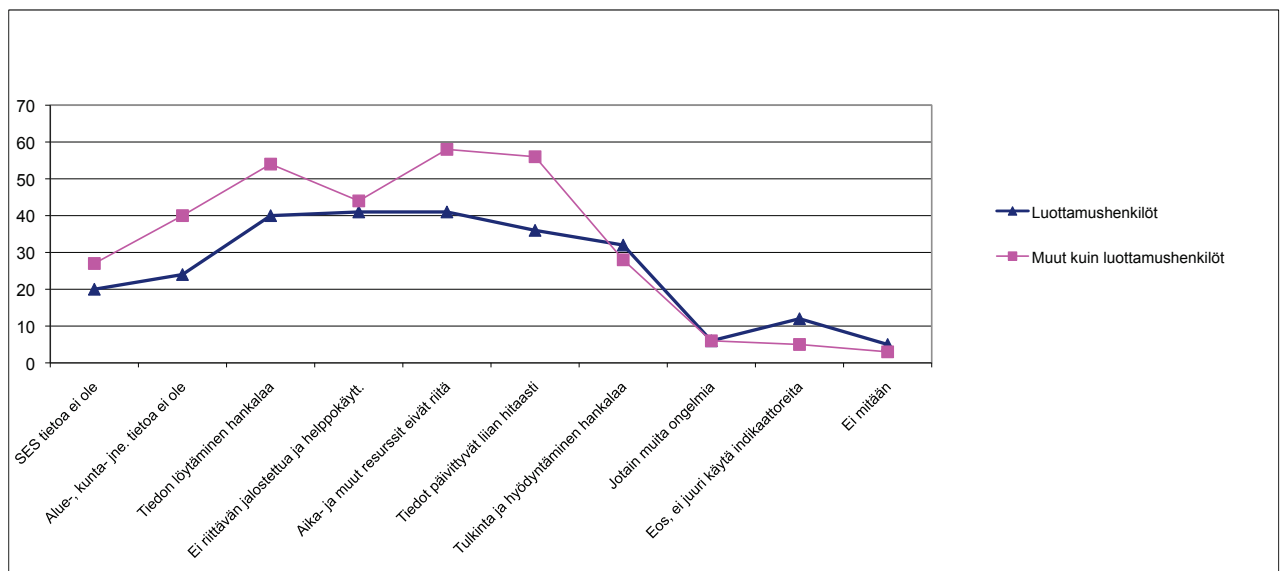
Kuvio 3.18. Indikaattoritiedon käytön ongelmat vastaajan kunnan koon ja organisaation mukaan

Ongelmien kokeminen vaihteli myös **työtehtävien** mukaan (kuviot 3.19). Ajan ja resurssien puutetta kokivat etenkin sosiaali- ja terveysjohtajat (65 %), kunnan- ja kaupunginjohtajat (58 %), sosiaali- ja terveydenhuollon johtavat viranhaltijat (58 %) sekä sosiaalialan osaamiskeskuksissa, ammattikorkeakouluissa ja alueellisissa kehittämishankkeissa työskentelevät asiantuntijat (55 %). Noin 60 % asiantuntijoista, sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista viranhaltijoista sekä sosiaali- ja terveysjohtajista koki, että tiedot päivittyvät liian hitaasti. Eniten sosiaaliryhmittäistä tietoa sekä alue-, kunta- ja toimipaikkaista tietoa kaipaivat asiantuntijat.



Kuvio 3.19. Indikaattoritiedon käytön ongelmat vastaajan työtehtävän mukaan

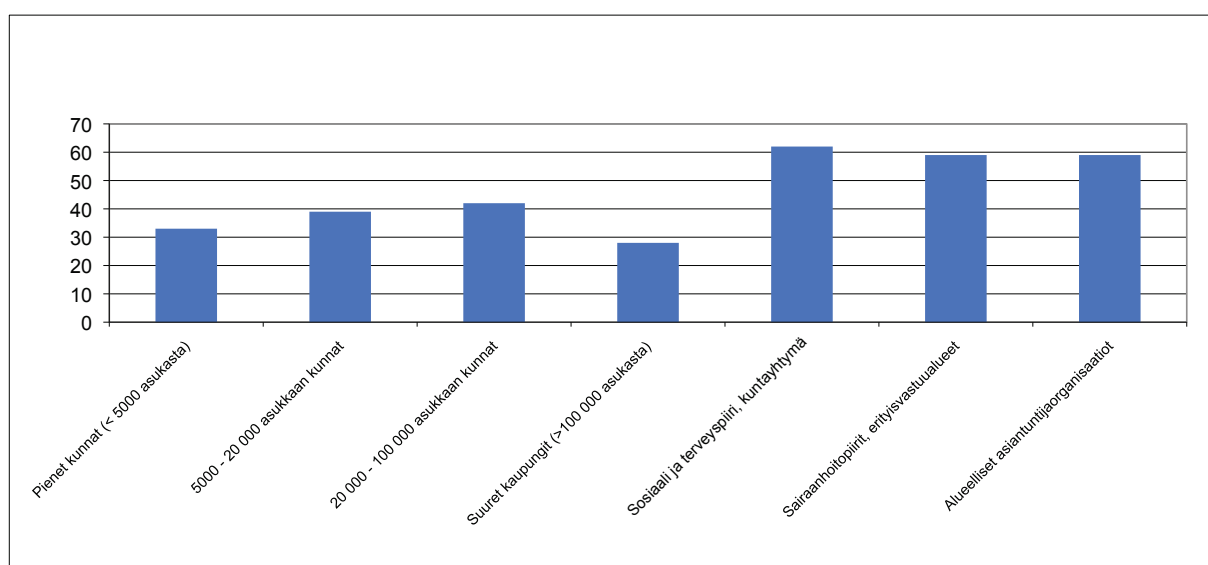
Luottamushenkilöt kokivat muita vastaajia vähemmän ongelmia indikaattoreiden käytössä (kuvio 3.20).



Kuvio 3.20. Alueellisen ja kuntatasoisen indikaattoritiedon hyödyntämisessä koetut ongelmat luottamustehtävissä toimimisen mukaan

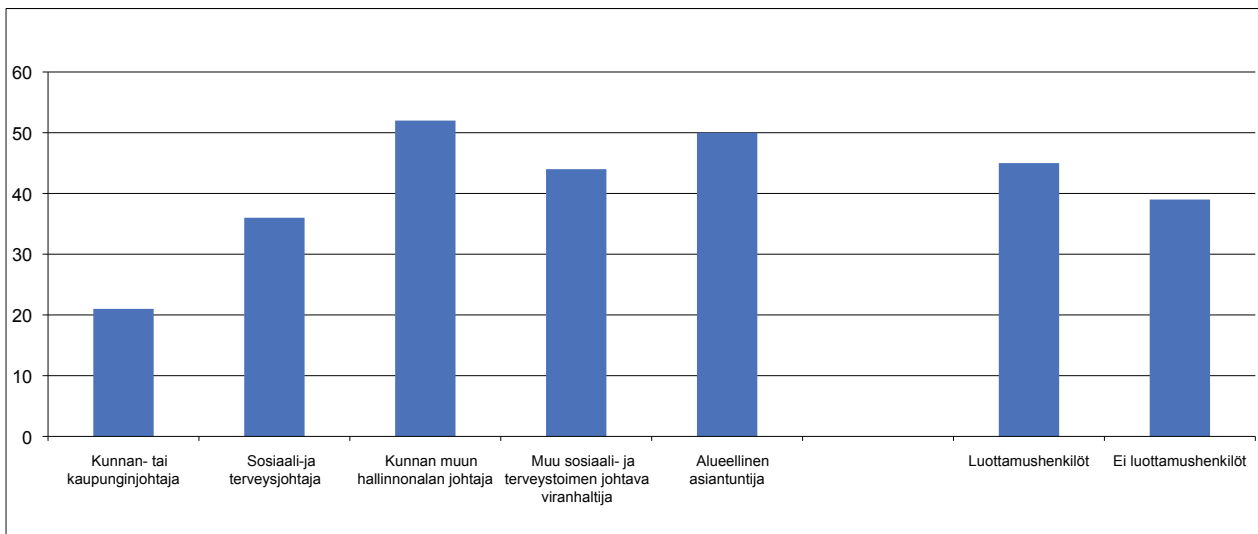
3.4 Asiantuntijatuen tarve

Asiantuntijatuen tarvetta indikaattoritiedon hyödyntämisessä kysyttiin kysymyksellä ”Koetteko, että indikaattoritiedon tulkinta ja hyödyntäminen työssänne edellyttää asiantuntijatukea?” Vastaajista keskimäärin alle puolet (41 %) ilmoitti kokevansa asiantuntijatuen tarvetta. **Kuntatyypeittäin** tarkasteltuna (kuvio 3.21) eniten asiantuntijatukea arvioivat tarvitsevansa sosiaali- ja terveystieteiden ja yhteistoiminta-alueiden (62 %), sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden (59 %) sekä alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden edustajat (59 %). Erikokoisten kuntien edustajista asiantuntijatuen tarvetta kokivat erityisesti keskisuurten, 20 000-100 000 asukkaan kuntien edustajat, kun taas suurten kaupunkien edustajien keskuudessa asiantuntijatuen tarve oli vähäisempää kuin missään muussa ryhmässä.



Kuvio 3.21. Asiantuntijatuen tarve kunnan koon tai muun taustaorganisaation mukaan

Työtehtävien mukaan tarkasteltuna (kuvio 3.22) eniten asiantuntijatukea arvioivat tarvitsevansa kunnan muiden hallinnonalojen (kuin sosiaali- tai terveystoimen) johtajat (52 %), alueelliset asiantuntijat (50 %) sekä muut sosiaali- ja terveystoimen johtavat viranhaltijat (44 %). Toista ääripäätä edustivat kunnan- tai kaupunginjohtajat. **Luottamushenkilöistä** alle puolet (45 %) koki tarvitsevansa asiantuntijatukea indikaattoritiedon tulkinnassa ja hyödyntämisessä.



Kuvio 3.22. Asiantuntijatuken tarve työtehtävien sekä luottamustehtävissä toimimisen mukaan

Vastaajilta pyydettiin konkreettisia ehdotuksia, millaista asiantuntijatukea THL:n tulisi tarjota terveyden, hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän indikaattoritiedon tulkinnaissa ja hyödyntämisessä. Tuloksena saatiin 121 ehdotusta THL:n tarjoamiksi tukimuodoiksi. Yleisimmin toivottiin ”selkokielitulkkia”: THL:n tulisi jalkautua kuntiin ja opastaa, mitä tarkoittaa indikaattorin arvon nousu tai lasku ja mitä asialle pitäisi tehdä; erityisesti luottamushenkilöiden arvioitiin tarvitsevan tällaista opastusta. Vähintään indikaattorit tulisi varustaa tulkintateksteillä, jotka sisältävät konkreettisia esimerkkejä. Lisäksi tarvitaan puhelimitse ja sähköpostitse toimiva help desk -palvelu. Muina ehdotuksina mainittiin helppolukuisen indikaattoriluettelon tuottaminen sekä alueellisten osaajien kouluttaminen esim. sairaanhoitopiirien tai osaamiskeskusten henkilökunnasta, jotta tuki löytyisi läheltä. Yksittäisten lukujen esittämisen sijaan THL:n tulisi esittää jäsenltyä indikaattoritietoa tiiviinä kokonaisuuksina tulkinnailla varustettuna.

3.5 Muu palaute

Sähköisen kyselyn lopussa vastaajille tarjottiin mahdollisuus kirjata vapaasti ajatuksia terveyttä, hyvinvointia ja palvelujärjestelmää koskevan indikaattoritiedon kehittämisestä. Vastaajien keskeinen sanoma oli, että indikaattorien kehittämisessä on menty paljon eteenpäin, mutta paljon työtä vielä tarvitaan. Olemassa olevat alue- ja kuntatasoista indikaattoritietoa tarjoavat järjestelmät, kuten THL:n SOTKANet ja Terveystemme, saivat vastaajilta kiitosta, samoin hyvinvointikertomusta pidettiin hyvänä työvälineenä tiedon viemisessä päätöksentekoon. Kuntien edustajien kehittämistoiveena oli, että valtakunnallisesti pitäisi sopia väestön terveyttä ja hyvinvointia eri hallintokuntien näkökulmasta mittaavat kuntakohtaiset mittarit, jotka lisäksi olisivat sellaiset, että kunnat pystyvät omilla toimillaan vaikuttamaan niihin. Ilman yhdenmukaisesti määriteltyjä yhteisiä mittareita kunnilla ei ole vertailukohtaa toisiinsa. Toiseksi seurantatietoa pitäisi pystyä hyödyntämään myös palveluiden uudelleen suunnittelussa ja uusien toimintatapojen kehittämisen lähteenä. Painopiste tiedon hyödyntämisessä tulisi suunnata rakenteiden uudistamiseen ja uusien ennaltaehkäisevän toiminnan luomiseen eikä vain putteiden toteamiseen ja perusteeksi kuntien menojen jatkuvalla kasvulla. Alueellisten toimijoiden yhteistyön katsottiin edistävän alueellisen hyvinvointitiedon hyödyntämistä, kun kehittämisresurssit tulisivat tehokkaammin hyödynnetyiksi.

4 Aluetilaisuudet ja haastattelut

Alue- ja kuntatoimijoiden näkemyksiä terveyttä, hyvinvointia ja sosiaali- ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavien indikaattorien tarpeesta selvitettiin eri tapaamisissa ja työkokouksissa¹⁷. Tilaisuudet aloitettiin esittelemällä THL:n asiantuntijoiden alustavia ehdotuksia tuleviksi avainindikaattoreiksi. Alueiden ja kuntien edustajat antoivat palautetta yksittäisistä indikaattoreista, indikaattorien valinnan perusideologiasta, tietoaukoista ja indikaattorien käytön ongelmista. STM:n ja muiden kansallisten toimijoiden näkemyksiä kuultiin useissa tapaamisissa ja työkokouksissa sekä selvitettiin haastatteluin.

Aluetilaisuuksissa nousi usein esiin toive, että pahoinvoinnin sijaan tulisi mitata myös hyvinvointia. Ihmisten omaa kokemusta hyvinvoinnista, onnellisuudesta ja osallisuudesta pidettiin hyvinä esimerkkeinä tällaisista hyvinvointia mittavista osoittimista. Terveyden osalta esitettiin, että vaikka eräitä terveyden kannalta keskeisiä ilmiöitä ei voida tällä hetkellä aluetasolla luotettavasti mitata (esim. diabetes tai dementia), ne pitäisi kuitenkin tuoda seurannassa jotenkin esiin, jotta päätöksenteossa voidaan osoittaa poliittisten panostusten tarve. Palveluiden osalta käyntitietoja pidettiin erittäin ongelmallisina ja riittämättöminä. Esimerkiksi lastenneuvolakäyntien määrä ei välttämättä kerro mitään, jos kunnassa ei ole käsitystä siitä, mitä käynneillä on tehty, millaisia käyntimäärien tulisi olla ja mitä merkitystä sillä on, jos kunnassa jäädään suositusten alapuolelle. Lisäksi niin hyvinvoinnin, terveyden kuin palvelujen osaltakin muistutettiin, että vaikka vertailtavuus on tärkeää, kunnan palvelutarjonnan mitoituksessa tarvitaan myös absoluuttisia ja vakioimattomia lukuja.

Merkittäväksi tietoauekoksi alue- ja kuntatasolla koettiin perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja vanhus-tenhuollon tuottavuutta ja vaikuttavuutta kuvaavien mittareiden puute. Nykyistä selvemmin pitäisi pystyä osoittamaan myös toimenpiteiden ja palvelujen vaikuttavuus euroina. Toisaalta palvelujärjestelmän suorituskykyä katsottiin mitattavan kunnissa väärillä mittareilla. Esimerkiksi luottamushenkilöiden tapa katsoa pelkästään käyntimääriä ja palvelujen tuottamisen kustannuksia sai kritiikkiä kunnan virkamiehiltä. Perusterveydenhuollon toiminnan arvioinnissa olisi puolestaan käyntien ja hintojen sijasta tärkeämpää osoittaa, miten väestön terveys paranee tai miten ehkäisevillä toimenpiteillä saadaan säästöjä aikaan. Yksittäisistä indikaattoreista useimmin merkittävänä tietoauekokona pidettiin ikääntyneiden toimintakyvyn osoittimien puutetta.

Indikaattoreiden tulkintaan kiinnitettiin alue- ja kuntatason tilaisuuksissa myös paljon huomiota. Ensinnäkin asiantuntijoiden tulisi tarjota mahdollisimman yksiselitteistä osoittintietoa, joka sulkee pois tulkinnanvaraisuuden. Ongelmana on yhtäältä se, että poliittisessa päätöksenteossa poliittiset intressit ovat aina läsnä ja tietoja tulkitaan helposti omia etuja edistävällä tavalla. Toisaalta asiantuntemuksen puute voi johtaa väärin tulkintoihin, kun kunnissa ei tiedetä, mistä indikaattorin arvon nousu tai lasku johtuu. Tyypillinen esimerkki tästä on lastensuojelun avohuollon tukipiirissä olevien osuuden tulkinta: jos osuus kasvaa, onko kysymyksessä ongelmien yleinen lisääntyminen vai onko toimivilla avopalveluilla mahdollisesti onnistuttu vähentämään huostaanottoja? Toiseksi toivottiin asiantuntijoiden apua tulkinnassa. Kuntien päättäjille tulisi tarjota työkaluja, joiden avulla ilmiöihin liittyvät syy/seuraussuhteet tulisivat paremmin esiin. Lisäksi tulisi esittää hyväksi todettuja ongelmien ratkaisumalleja.

Seurantatiedon laatu oli yksi keskeinen kuntatoimijoita askarruttava seikka. Vaikka viime kädessä vastuu tiedon tulkinnasta onkin kunnassa, tietoa tuottavien asiantuntijatahojen on huolehdittava tiedon oikeelli-

¹⁷ Jyväskylän kaupunki, Vantaan terveyden edistämisen työryhmä, Salon terveystoimi, Kirkkonummen terveyden edistämisen työryhmä, Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Vasso) ja Tietohyöty-hanke, Keski-Suurlen kuntien sosiaali- ja terveysjohdon tapaaminen Kuntaliitossa, Suurlen kaupunkien sosiaali- ja terveysjohdon tapaaminen Kuntaliitossa, Terveempi Pohjois-Suomi –hankeryhmä, KASTE Väli-Suomen alueellinen johtoryhmä, Tampereen kaupunki, Pohjanmaan hyvinvoinnin osaajien verkosto.

suudesta; esimerkiksi sellaista tietoa ei tulisi esittää, johon satunnaisuus vaikuttaa. Myös rekistereistä tuotetun tilastotiedon laatua toivottiin kehitettävän. Tiedon tulisi olla luotettavaa ja vertailukelpoista, jotta se voisi paremmin toimia päätöksenteon pohjana. Kuntatoimijat kuitenkin tunnistavat myös oman vastuunsa tiedon tuottajana. Huolena olikin, että kuntien palvelujen tuotantojärjestelmän muutos rapauttaa kuntien tietotuotannon pohjan, kun eri sektoreilla tuotettujen palveluiden tiedot eivät kirjaudu yhdenmukaisina mihinkään järjestelmään, eikä tiedon tuottamista ja tiedon välittämistä ole vastuutettu kenellekään.

Valtakunnan tason toimijoista sosiaali- ja terveysministeriön (STM) edustajat katsoivat suurimmaksi huolenaiheeksi sosiaalihuollon tilastoinnin ongelmat ja siitä seuraavat toiminnan seuraamisen vaikeudet. Sosiaalihuollon ja erityisesti vammaispalvelujen toimivuuden seuranta on tällä hetkellä hyvin vaikeaa. STM:n mukaan kyseessä on merkittävä tietoaukko, johon pitäisi puuttua. Valtioneuvoston kanslian (Vnk) edustaja toi esiin erityisesti indikaattoritiedon esitysjärjestelmälle asetettavia vaatimuksia. Kehitettävän verkkopalvelun pitäisi esittää indikaattorit havainnollisessa ja helposti ymmärrettävässä muodossa. Käyttäjien tulisi saada luvut ja kuvat helposti omaan käyttöön. Lisäksi navigaattiorakenteen tulee puhutella kuntatoimijoita eikä heijastella THL:n asiantuntijuusalueita ja organisaattiorakennetta.

5 Pohdinta

Sekä sähköisessä kyselyssä että muilla tavoin kootussa käyttäjätarveselvityksessä on noussut esiin toisaalta indikaattoritiedon tarpeellisuus, toisaalta monet sen saatavuuteen ja käyttöön liittyvät ongelmat. Seuraavassa käydään ensin läpi keskeiset indikaattoritiedon tarpeeseen, käyttöön ja koettuihin ongelmiin liittyvät havainnot (luku 5.1). Koettuja tietoaukkoja ja laatuongelmia sekä niiden paikkaamisen kannalta keskeisiä hankkeita esitellään luvussa 5.2. Lopuksi luvussa 5.3 tarkastellaan tarveselvityksen pohjalta nousevia haasteita ja evästyksiä avainindikaattoripalvelun kehittämiseksi.

5.1 Indikaattoritiedon tarve, käyttö ja koetut ongelmat

Indikaattoritietoa pidettiin yleisesti ottaen tärkeänä, joskin näkemykset vaihtelivat toisaalta aihealueen, toisaalta vastaajan taustan mukaan. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin alueella tärkeimmiksi koettiin sairastavuutta ja toiminta- ja työkykyä koskevat tiedot, joita noin 80 % vastaajista piti erittäin tärkeinä, taustaorganisaatiosta tai työtehtävistä riippumatta. Sen sijaan osallisuutta, sosiaalisia suhteita, koettua hyvinvointia ja kuolleisuutta piti erittäin tärkeänä vain noin 30 – 50 % vastaajista, ja näiden aihepiirien koettu tärkeys vaihteli taustaorganisaation ja työtehtävien mukaan. Alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden edustajat pitivät useimpia aihepiirejä tärkeämpinä kuin muut vastaajat, alle 20 000 asukkaan kuntien edustajat taas vähiten tärkeinä. Ammattiryhmistä asiantuntijat pitivät lähes kaikkia tietoja tärkeämpinä kuin muut ryhmät, toista ääripäätä useimmiten edustivat kunnan muiden hallinnonalojen kuin sosiaali- ja terveystoimen johtajat.

Sairastavuutta sekä toiminta- ja työkykyä kuvaavan indikaattoritiedon tärkeyden korostuminen alue- ja kuntatason edustajien vastauksissa ei toisaalta ole yllättävää, ovathan nämä ilmiöt keskeisiä palvelujen tarpeen ja kustannusten määrittäjiä. Toisaalta koetun hyvinvoinnin ja muiden hyvinvoinnin ei-materiaalisten ulottuvuuksien jääminen merkitykseltään edellisiä aihepiirejä vähäisemmäksi on jossain määrin odottamatonta, koska nämä ilmiöt kuvaavat hyvinvoinnin lopputuotoksia, joihin kunnissa eri toimenpiteillä ja palveluilla viime kädessä tähdätään. Tulos voi suurelta osin heijastaa sitä, ettei näitä aihepiirejä koskevaa indikaattoritietoa ole juurikaan alue- ja kuntatasolla ollut saatavilla, ellei kunta ole sellaista itse kerännyt; niiden käytöstä ei siten ole voinut kertyä kokemusta. Lisäksi on mahdollista, että kunnan tai alueen vaikutusmahdollisuudet ja resurssit näiden hyvinvoinnin ulottuvuuksien kohentamiseen koetaan vähäisiksi.

Noin 40 % vastaajista piti etenkin toimintakykyä, sairastavuutta ja elinoloja koskevien kuntatasoisten tietojen saamista edellytyksenä suunnittelulle. Myös muiden aihepiirien osalta noin 30 % vastaajista piti kuntatasoista tietoa välttämättömänä. Varsinkin suurten kaupunkien edustajat painottivat kuntakohtaisen tiedon tärkeyttä, pienten kuntien edustajat vähiten, mikä voi suurelta osin heijastaa realistista näkemystä tietojen saatavuudesta. Asiantuntijat pitivät tiedon kuntatasoisuutta tärkeämpänä kuin muut ryhmät, seuraavina tulivat sosiaali- ja terveysjohtajat. Luottamushenkilöt eivät edellyttäneet kuntatasoista tietoa yhtä usein kuin muut, mikä liittyyneen osittain siihen, että he edustivat enimmäkseen pieniä kuntia. Terveystoimintalain seurantavelvoitteisiin vastaaminen edellyttää kuntatasoisen tiedon saatavuutta, mutta samalla se asettaa suuria haasteita tiedonkeruun kehitykselle (ks. myös luku 5.2).

Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa indikaattoritietoa käytettiin eniten palvelujen tarpeen arviointiin, sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden arviointiin ja niiden uudelleen suuntaamiseen sekä kuntastrategioiden laatimiseen. Erilaisten käyttötapojen yleisyys heijasti erityyppisten alue-organisaatioiden ja ammattiryhmien tehtäviä ja toimintatapoja. Niinpä indikaattoritiedon käyttö hyvinvointikertomusten laatimisessa korostui suurissa kaupungeissa, käyttö alueellisten strategioiden ja ohjelmien laatimisessa puoles-

taan sosiaali- ja terveystieteiden edustajien keskuudessa. Vastaavasti terveyttä ja hyvinvointia koskevan indikaattoritiedon käyttö alueellisten strategioiden ja ohjelmien sekä hyvinvointikertomuksen laatimisessa oli asiantuntijoiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden keskuudessa yleisempää kuin muissa työtehtävien mukaisissa ryhmissä.

Sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavaa tietoa käytettiin pääosin samantyyppisesti ja yhtä paljon kuin väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoa. Hieman yllättävä tulos oli se, että palveluja koskevia tietoja käytettiin asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointiin enemmän kuin terveyttä ja hyvinvointia koskevia tietoja. Tämä saattaa osittain heijastaa sitä, että terveydestä ja hyvinvoinnista on tarjolla niukasti kuntakohtaista tietoa, kun taas palvelujärjestelmää koskevat tiedot ovat saatavissa kunnittain. Suurten kaupunkien sekä sosiaali- ja terveystieteiden edustajat käyttivät palveluja koskevia tietoja useimpiin mainittuihin tarkoituksiin enemmän kuin muut ryhmät. Työtehtävän mukaan tarkasteltuna sosiaali- ja terveysjohtajat käyttivät tietoja enemmän kuin muut ammattiryhmät. Luottamustehtävissä toimivat käyttivät palveluja koskevaa tietoa vähemmän kuin muut; poikkeuksena tästä oli kuitenkin käyttö kuntastrategian laadintaan. Indikaattoritiedon erilaisia käyttötapoja koskevat tulokset ovat arvokkaita THL:n avainindikaattorihjelmassa kehitettävän verkkopalvelun kannalta.

Suurimpia vastaajien ilmoittamia ongelmia indikaattoritiedon käytössä olivat aika- ja muiden resurssien niukkuus, tiedon löytämisen hankaluus ja tiedon hidas päivityminen. Näistä kahta ensimmäistä voidaan helpottaa kokoamalla keskeiset indikaattorit yhteen osoitteeseen, kolmas ongelma puolestaan asettaa haasteita erityisesti sähköisen tiedonkeruun kehitykselle (ks. luku 5.2). Vastaajan taustaorganisaatio tai työtehtävä vaikuttivat koettuihin ongelmiin. Esimerkiksi sosiaaliryhmittäisen tiedon puutteen koki ongelmaksi melkein puolet suurimpien kaupunkien ja alueellisten asiantuntijaorganisaatioiden edustajista, kun taas alle 20 000 asukkaan kuntien edustajista alle viidesosa ilmoitti tämän seikan ongelmaksi. Tämän seikan merkitys tulee jatkossa todennäköisesti kasvamaan terveydenhuoltolain velvoitteiden myötä.

Kuntien edustajat kokivat tarvitsevänsä asiantuntijatukea vähemmän kuin muissa taustaorganisaatioissa – kuten sote-palvelupiireissä, sairaanhoitopiireissä tai alueellisissa asiantuntijaorganisaatioissa – työskentelevät. Kunnan koon mukaan tarkasteltuna eniten tukea kaipasivat 20 000 – 100 000 asukkaan kuntien edustajat, kun taas suurten kaupunkien edustajilla oli siihen vähiten tarvetta. Tämä voi heijastaa tarpeiden ja resurssien välistä ristiriitaa: suurissa kaupungeissa on mahdollisesti enemmän saatavissa omasta takaa asiantuntemusta indikaattoritiedon hyödyntämiseen kuin keskisuurissa kunnissa. Pienimmissä kunnissa taas paikallistuntemus saattaa osittain vähentää tuen tarvetta. Sopivien ja riittävien tukimuotojen löytyminen onkin yksi keskeisimmistä tehtävistä avainindikaattoripalvelun hyödyllisyyden kannalta.

5.2 Koetut tietoaucot ja laatuongelmat

Käyttäjät nostivat esiin useita tietoaucokkoja. Useita keskeisiä tietoja ei joko ole lainkaan tarjolla tällä hetkellä ainakaan tarvittavalla aluetasolla, tai tiedon pitäisi olla tavalla tai toisella nykyistä parempaa. Terveyden ja hyvinvoinnin alueella puutteita nähtiin sairauksien (erityisesti muiden kuin pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa hoidettavien, kuten dementian ja diabeteksen) yleisyyttä, toimintakyvyn rajoitteita sekä lasten terveyttä ja elintapoja koskevissa indikaattoritiedoissa. Lisäksi esille nostettiin mm. elintapoja ja koettua hyvinvointia koskevien alue- ja kuntatasoisten tietojen puute. Palveluiden vaikuttavuutta ja laatua koskevien tietojen niukkuus tuli keskeisenä puutteena esiin useissa puheenvuoroissa. Tällöin viitattiin erityisesti perusterveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon ja vanhustenhuoltoon; erikoissairaanhoidosta näitä tietoja on jo saatavissa. Myös esimerkiksi mielenterveyspalveluista ja niiden tarpeesta kaivattiin lisää tietoja. Moniongelmaisten sekä palveluiden suurkuluttajien määrästä, taustatekijöistä ja muista piirteistä tarvittaisiin lisää tietoja.

Monet näistä tietotarjonnan puutteista liittyvät kunnissa ja toimintayksiköissä tapahtuvaan tiedonkeruuseen. Esille nousi useita parannusehdotuksia tilanteeseen: erityisesti yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä ja ohjeita kaivattiin, ja kuntien tietojärjestelmien kehittämistä ja yhtenäistämistä sekä joustavaa tiedonsiirtoa valtakunnallisiin rekistereihin peräänkuulutettiin. Tässä suhteessa onkin lähitulevaisuudessa odotettavissa merkittävää kehitystä, jota käsitellään luvussa 5.2.1. Osa tietoaukoista liittyy ilmiöihin, joista rekisteritietoa ei voi saada, vaan jotka vaativat väestötutkimuksin kerättävää tietoa. Tällaisia ovat esimerkiksi elintavat sekä koettu hyvinvointi ja suurelta osin myös toimintakyky. Näiden tietoaukkojen paikkaamisen kannalta keskeisiä tulevaisuudennäkymiä käsitellään luvussa 5.2.2. Palveluiden vaikuttavuuden mittaaminen ja sitä koskevien indikaattoreiden kehittäminen on puolestaan suuri tutkimushaaste, johon liittyviä näkymiä käsitellään luvussa 5.2.3.

5.2.1 Tilasto- ja rekisteritiedon nykytilanne ja näkymät sen laadun ja luotettavuuden parantamisessa¹⁸

Tilasto- ja rekisteritieto kerättiin erilaisilla paperisilla lomakkeilla ennen sähköiseen tiedonhallintaan siirtymistä. Palvelujen tuottaja tai kunta täytti ne ja postitti viranomaiselle, joka sitten tallensi tiedot tilastollista käsittelyä varten. Nykyisin lähes kaikki tieto käsitellään paikallisesti sähköisissä järjestelmissä jo sen syntyessä. Tästä tietomassasta poimitaan tilasto- ja rekisteritoimen tarvitsemat tiedot erilaisilla poimintaohjelmilla ja toimitetaan sähköisessä muodossa tilastoviranomaiselle. Myös perinteiset kuntakyselyt, joissa tilastoviranomainen lähettää kuntaan erillisen tiedonkeruulomakkeen, toteutetaan pääasiassa webropol- tai vastaavilla sähköisillä kyselylomakkeilla.

Tilasto- ja rekisteritiedon syntyminen osana kuntien toimintaa ja tiedon kerääminen kansallisiin järjestelmiin on nykyisin monimutkaista paikallisten ja valtakunnallisten toimijoiden yhteistyötä. Tätä vaikeuttaa huomattavasti se, että eri kunnilla, terveyskeskuksilla ja sairaaloilla on erilaisia tietojärjestelmiä, jolloin poimintaohjelmat yms. joudutaan räätälöimään jopa kymmeneen erillisiin tietojärjestelmätuotteisiin erikseen. Suomessa on käynnissä sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon valtakunnallinen kehittäminen, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa eri järjestelmien käyttämät tietorakenteet, jolloin tieto vähitellen muuttuu yhdenmukaisemmaksi ja sen laatu paranee. Kehittämistyötä ohjaa laki sähköisistä potilas- ja asiakastiedoista¹⁹, jonka nojalla terveydenhuoltoon rakennetaan kansallista terveystietokantaa ns. KanTa-hankkeessa (www.kanta.fi). Sosiaalihuollon osalta on käynnissä vastaavasti TikeSos-hanke (www.tikesos.fi).

Tilasto- ja rekisteriviranomainen saa kerätä vain sovittuja tietoja ja tiedonkeruun tietosisällöistä lähetetään tiedon tuottajille tarkat ohjeistukset. Tiedot, jotka tilastoidaan, ovat siten aina tarkasti määritettyjä. Tietosisältöjen muuttamisen menettelytapa on säädetty laissa. Tiedot eivät aina vastaa tiedonkäyttäjien kaikkia tarpeita ja tietosisältöjä kehitetäänkin yhteistyössä tiedon tuottajien kanssa ja uudistetaan lain ohjaamin menettelyin. Yhteistyön vahvistaminen kentän kanssa entisestään on mahdollista ja toivottavaa. Osa tietosisällöistä uudistuu lisäksi sen vuoksi, että tiedonkeruun perustana oleva lainsäädäntö muuttuu, mistä syystä joudutaan käynnistämään uusia tiedonkeruita. Esimerkki tästä on hoitotakuuseen liittyvän tiedonkeruun käynnistyminen.

Tietosisällöt yritetään määritellä mahdollisimman tarkasti, mutta käytännön toiminnan moninaisuus tekee sen vaikeaksi. Kunnat tuottavat samoilla nimikkeillä erilaisia palveluja. Määrittelemällä jokaiselle palvelulle runsas joukko alatyyppejä, jotta kaikille löytyisi oma kuvaus, ei paranneta tiedon käyttöä tilastoinnissa

¹⁸ Tämän luvun on kirjoittanut THL:n osastojohtaja Päivi Hämäläinen, LATE-hanketta koskevan jakson on laatinut THL:n asiantuntija Päivi Mäki .

¹⁹ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (159/2007)

tai vertaiskehittämisessä. Palvelujen harmonisointi tuotteistuksella on sekä tietotuotannon että kansalaisten tasavertaisen kohtelun näkökulmasta vähintään yhtä tärkeää.

Kunnat ovat tilasto- ja rekisterilainsäädännön pohjalta velvollisia tuottamaan pyydetty tiedot, mutta sanktioita tietojen toimittamatta jättämisestä ei juurikaan ole otettu käyttöön, vaikka ne ovatkin mahdollisia. Ainoat kestävä tavat parantaa toimitetun tiedon kattavuutta ja laatua ovat koettu hyöty ja tiedon toimittamisen helppous. Kerättävää tietoa on tärkeä jalostaa sellaisiin muotoihin, joista kunnalliset toimijat kokevat hyötывänsä niin paljon, että paikallinen johto huolehtii siitä, että työntekijät hoitavat tiedon kirjaamistehtävänsä hyvin. Tiedon kirjaamisen ja toimittamisen helppouden lisäämiseksi on sekä kehitettävä tietojärjestelmiä, että kouluttamalla parannettava osaamista.

Kyselyssä saadussa palautteessa tuodaan monella tapaa esiin kuntien, niiden sosiaali- ja terveystoimen ja sairaaloiden tietojärjestelmien kehittäminen tukemaan tiedon tallennusta, toimittamista ja nopeaa käyttöön saattamista. Tekniikat, joilla näitä asioita voidaan toteuttaa, ovat olemassa, mutta erilaisten tietojärjestelmien yhdenmukaistaminen on hidasta ja kunnalliset toimijat joutuvat pääasiassa itse maksamaan muutokset, mistä syntyy kehittämisnopeudelle alueellisia eroja. Kehittämistä hidastaa myös kuntien palvelurakennemuutos, jonka myötä Suomeen on syntynyt runsaasti erilaisia ratkaisuja sosiaali- ja terveystoimien tuottamiseen. Tämän seurauksena esimerkiksi kuntien perinteinen toiminta- ja tilastointi on joutunut erilleen palvelu- ja tuotantokuvasta tiedosta, eikä monilla paikkakunnilla enää voida yhdistää kustannuksia ja suoritteita siten, että saataisiin laskukaavoilla esiin joidenkin tarkastelun kohteena olevien toimintojen kustannukset.

Kerätyt tiedot on mahdollista saada käyttöön sillä nopeudella kuin tiedonantajat kykenevät tuottamaan ne sähköisesti sovitun rakenteen mukaisena. Lupaava esimerkki tulevasta mahdollisuudesta on AvoHILMO-uudistus, jossa joukko terveyskeskuksia kykenee jo nyt tuottamaan suoraan potilaskertomuksistaan rekisteritiedot THL:n tietokantaan päivittäin ja saavat samalla käyttöönsä pikaraportin toimittamistaan tiedoista. AvoHILMO uudistus parantaa tilannetta myös useiden selvityksissä esiin nousseiden tietoaukkojen osalta. Esimerkki tällaisesta tietoaukosta on lasten terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan tiedon niukkuus. Lasten terveysseuranta eli LATE-hankkeessa²⁰ kehitetään valtakunnallista lasten terveysseurantajärjestelmää. Kehittämistyön tavoitteena on, että keskeiset lasten terveyttä koskevat tiedot saataisiin sekä valtakunnallista että kuntatason terveysseuranta varten suoraan lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon sähköisistä potilastietojärjestelmistä ilman erillistä tiedonkeruuta.

Selvityksessä esiin tulleet haasteet ovat parhaillaan työstettävänä monissa erilaisissa hankkeissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen on 1.1. 2011 perustettu Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö, jonka tehtäviin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien kansallisen yhteiskäyttöisyyden edistäminen. Asioita työstetään myös valtionvarainministeriön asettamassa kuntatilastoinnin kehittämisen työryhmässä ja tilastolain uudistamisen työryhmässä. Eduskunta hyväksyi kesäkuussa 2011 uuden tietohallintolain²¹. Laki asettaa julkiselle sektorille lisää velvoitteita yhdenmukaistaa valtionvarainministeriön ohjauksessa käytäntöjään tietohallinnossa. Sekä sosiaali- ja terveysministeriö että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ovat uusien strategioidensa mukaisesti edistämässä tiedonkäsittelyn sähköistämistä sosiaali- ja terveystoimissa. Tulevaisuus tuo ratkaisut moniin nykyongelmista, mutta muutosten aikajänne on pitkä. Osa ongelmista ratkeaa vasta kun kunnallisten toimijoiden nykyiset tietojärjestelmät korvautuvat uuden sukupolven järjestelmillä ja kuntien palvelurakennemuutos saadaan valmiiksi. Muutosvaihe saattaa kestää kymmenkunta vuotta.

²⁰ <http://www.thl.fi/lastenterveysseuranta>

²¹ Laki julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta. (634/2011)

5.2.2 Väestötutkimusten tulevaisuudennäkymät

Monien tärkeiden ilmiöiden seuranta edellyttää tiedon keräämistä kysely-, haastattelu- tai terveystarkastustutkimusten avulla. Näistä ilmiöistä ei tällä hetkellä ole useinkaan saatavissa alue- tai kuntatasoista, valtakunnallisista lähteistä saatavaa tietoa, joka mahdollistaisi esimerkiksi alueiden väliset vertailut sekä vertaamisen koko valtakunnan tasoon. Esimerkiksi elintavoista voidaan tuottaa maakunnittain ja suurimmille kaupungeille tietoja vuosittain toteutettavan Suomalaisen aikuisväestön terveystietotutkimuksen ja terveys – tutkimuksen (AVTK) ²² avulla yhdistämällä kymmenen vuoden tiedot, mutta pienempien kuntien kuvaamiseen otoskoko ei riitä.

Kansallisten kysely- ja haastattelututkimusten otokset ovat yleensä liian pieniä kuntakohtaisten tietojen tuottamiseen. Tähän haasteeseen vastaamiseksi THL käynnisti vuonna 2010 Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) ²³. ATH -tutkimus luo kunnille ja kuntayhtymille edellytykset seurata kunnan tai alueen aikuisväestön terveystietotutkimuksesta ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen avulla kerätään väestöryhmittäistä seurantatietoa keskeisistä ilmiöistä, joista ei saada tietoa rekistereistä. Tällaisia aihealueita ovat esimerkiksi asukkaiden elintavat, toimintakyky, työkyky, osallistumisaktiivisuus, yksinäisyys ja koettu hyvinvointi sekä palvelujen käyttöön liittyvät kokemukset. Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistuneiden alueiden perustulokset on julkaistu Terveystemme.fi -verkkopalvelussa.

THL:ssä on vuonna 2010 käynnistynyt eri väestötutkimusten koordinoituihin tähtäävä työ. Tavoitteena on kehittää THL:n väestötutkimuksia niin, että käytettävissä olevilla voimavaroilla tuotettaisiin mahdollisimman päteviä ja kattavia tiedot väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä niihin vaikuttavien tekijöiden muutoksista ja väestöryhmittäisistä eroista.

5.2.3 Palveluiden vaikuttavuuden tutkimus

Sekä sähköisessä kyselyssä että aluetilaisuuksissa on toistuvasti noussut esiin palveluiden vaikuttavuutta koskevan tiedon tarve. Palvelujärjestelmästä saadaan runsaasti tietoa toisaalta panoksista eli palveluiden tuottamiseen sijoitetuista voimavaroista ja niiden kustannuksista, toisaalta tuotoksista eli erilaisista suoritteista, palveluita käyttäneiden määristä jne. Niukemmin on sen sijaan saatavissa tietoa vaikuttavuudesta eli siitä nettomuutoksesta toiminnan perimmäisessä tarkoituksessa – sosiaali- ja terveyspalveluiden tapauksessa siis väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa – joka voidaan lukea toiminnan eli palveluiden ansioksi, tai kustannusvaikuttavuudesta eli käytettyjen panosten ja niillä aikaansaadun vaikuttavuuden suhteesta. (käsitteistä ks. Sintonen ja Pekurinen 2009, s. 52–56).

Vaikuttavuusmittareiden kehittäminen on kuitenkin suuri tutkimushaaste. Jotta mittareita voidaan kehittää, tarvitaan ensinnäkin kunkin toimenpiteen tai palvelun osalta yhteisymmärrys siitä, minkä tulisi olla palvelun yhteiskunnallinen vaikuttavuus eli millaisiin tavoitteisiin palveluilla tarkkaan ottaen tähdätään. Tulisiko esimerkiksi mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden näkyä työllistymisenä, sosiaaliturvan ja erikoissairaanhoitoon käytön vähentymisenä vai itsemurhakuolleisuuden laskuna? Toiseksi vaikuttavuuden mittaamisessa kyse on muutoksen mittaamisesta ajassa, ja puhtaimmillaan nimenomaan tietyn toimenpiteen aiheuttaman vaikutuksen erottaminen joihinkin muihin tekijöihin liittyvästä muutoksesta edellyttää satunnaistettua koeasetelmaa.

Erikoissairaanhoitoon osalta tällaista alue- ja toimintayksikkötasoisia tietoa tuotetaan Perfect-hankkeessa (PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes²⁴) potilasmääriltään suurista tai kustannuk-

²² www.thl.fi/avtk

²³ www.thl.fi/ath

²⁴ http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect

siltaan merkittävistä sairausryhmistä ja toimenpiteistä, joiden hoitamisessa erikoissairaanhoidolla on keskeinen merkitys. Hankkeessa seurataan erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sisältyviä palveluja sekä niiden vaikuttavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa. Palveluntuottajien välisten erojen tunnistaminen palvelee sairaaloita ja sairaanhoitopiirejä hoitokäytäntöjen arvioinnissa ja kehittämisessä. Kiinnostus kohdistuu erityisesti sellaisiin hoitotuloksiin ja kustannuksiin vaikuttaviin tekijöihin, joihin voidaan vaikuttaa terveystaloudellisin keinoin.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalityön vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimiseksi ja mittareiden kehittämiseksi on käynnissä useita hankkeita. THL:n vasta käynnistyneessä peruspalveluhankkeessa on tarkoitus tuottaa tietoa palvelu- ja hoitoketjuista, hoitokäytännöistä, toimivuudesta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Lisäksi pyritään kehittämään mittareita toimintayksiköiden ja alueiden vertailuun. Liik-keelle lähdetään neljästä pilottikunnasta (Espoo, Helsinki, Kouvola ja Vantaa). Osahankkeissa keskitytään mm. mielenterveyspalveluiden, vanhuspalveluiden, vammaispalveluiden ja lastensuojelun vaikuttavuuteen. THL:ssa toimiva Finsoc-ryhmä²⁵ puolestaan kehittää aikuissosiaalityön arviointimittaristoa (taustaselvitys: Karjalainen ja Kotiranta 2010).

5.3 Päätelmät

Selkeä viesti kentältä oli, että indikaattoritietoa tarvitaan. Indikaattoreiden tavallisimmat käyttötarkoitukset alueilla ja kunnissa liittyivät sosiaali- ja terveyspalveluihin: palveluiden tarpeen ja toimivuuden arviointiin sekä niiden uudelleen suuntaamiseen. Uusi terveydenhuoltolaki voi kuitenkin muuttaa käyttötapojen painoituksia, mitä on syytä ennakoida avainindikaattorihjelmassa. Esimerkiksi indikaattoreiden tarve hyvinvointikertomuksen laatimisessa korostuu. Samalla hyvinvoinnin eri ulottuvuuksista kaivataan todennäköisesti nykyistä kattavampaa tietoa, jolloin esimerkiksi koetun hyvinvoinnin ja osallisuuden indikaattoreiden tarve kasvaa; nyt ne koettiin selvästi vähemmän tärkeiksi kuin esimerkiksi sairastavuutta ja toimintakykyä koskevat tiedot. Väestöryhmittäisten tietojen tarve lisääntynee myös entisestään. Myös hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien keskinäiset yhteydet sekä avainindikaattoreiden valinnan taustalla olevat teoreettiset lähtökohdat on syytä tuoda esiin. Toive ilmiöiden välisten yhteyksien hahmottamisesta on noussut esiin myös alueille-tilaisuuksissa: mitkä ovat esimerkiksi jonkin sosiaalisen ongelman taustalla olevat tekijät, joihin vaikuttamalla tilannetta voidaan kohentaa.

Nykyisessä indikaattoritarjonnassa tunnistettiin runsaasti tietoaaukkoja. Suurimmaksi osaksi koettujen puutteiden paikkaaminen edellyttäisi muutoksia perustiedonkeruuseen: riittävän suurista, aluetasoisista ja vertailukelpoista tietoa tarjoavista kysely- ja haastattelututkimuksista, kunnista ja muista toimintayksiköistä kerättävän tiedon yhtenäisyyden ja laadun parantamista ja sen nykyistä sujuvampaa siirtymistä kansallisiin rekistereihin. Näissä suhteissa onkin vireillä runsaasti kehitystyötä, joka tulee helpottamaan tilannetta muutamien vuosien kuluessa. KanTa- ja Tikesos- hankkeet sekä AvoHILMON käyttöönotto tulevat merkittävästi parantamaan terveys- ja sosiaalipalveluiden rekisteripohjaista tiedonkeruuta ja raportointia, ja Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) puolestaan täydentää rekistereiden pohjalta saatavaa alueittaista tietopohjaa.

Yksi toistuvasti eri yhteyksissä esiin noussut tietotarve koski palveluiden vaikuttavuutta. Tavoitetilana voidaankin pitää sitä, että indikaattorit ohjaisivat ensinnäkin tehokkaasti tunnistamaan tarpeet eli väestön keskeiset hyvinvoinnin ja terveyden vajeet, toiseksi osoittaisivat panokset ja prosessit, joita näiden vajeiden korjaamisessa käytetään, kolmanneksi kuvaisivat tuotoksia ja lopuksi kertoisivat toimenpiteiden vaikuttavuudesta eli siitä, miten hyvin ja tehokkaasti tarpeisiin on pystytty vastaamaan. Tällä hetkellä tietoja on parhaiten saatavissa tarpeista ja tuotoksista sekä jossain määrin panoksista, kun taas prosesseista ja varsin-

²⁵ lisätietoa www.thl.fi

kin vaikuttavuudesta tiedot ovat varsin niukkoja. Vaikuttavuuden mittaaminen on merkittävä tutkimushaaste, johon on jo tartuttu. Vie kuitenkin vielä vuosia, ennen kuin tämän tutkimus- ja kehitystyön tuottamat indikaattorit ovat rutiinituotannossa.

Lisäksi on syytä korostaa, että kansallisten tietolähteiden ohella kunnat tulevat jatkossakin tarvitsemaan päätöksenteossa ja suunnittelussa myös niiden itse tuottamaa, reaaliaikaista tietoa. Kansallisista lähteistä saatavat, alueiden välisen vertailun mahdollistavat indikaattorit soveltuvatkin parhaiten nimenomaan strategisen suunnittelun välineiksi. Lisäksi varsinaisten indikaattoreiden ohella tarvitaan esimerkiksi palveluiden mitoittamiseen myös muuntuyppistä tietoa, kuten absoluuttisia ennusteita väestön määrästä ja rakenteesta. Unohtaa ei sovi myöskään paikallistuntemuksen ja laadullisen ymmärryksen merkitystä, sillä ne täydentävät valtakunnantason asiantuntijoiden tarjoamaa yleisen tason tulkintaa ja numeerista tietoa.

Tämän raportin tavoitteena oli koota tietoa indikaattoreita työssään käyttävien päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden näkemyksistä ja odotuksista, jotta THL:n avainindikaattorihjelmassa kehitettävä avainindikaattoripalvelu vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla käyttäjien tarpeisiin. Kokonaiskuva käyttäjien tarpeista on syntynyt valtakunnantason ja aluetason toimijoiden kanssa käytyjen keskustelujen, kyselyn tuottaman tiedon ja tutkimusnäytön yhteistuloksena. Selvitysten pohjalta on päätetty tuottaa THL:n avainindikaattoritietoa esittävä Hyvinvointikompassi –verkkopalvelu, joka sisältää hyvinvointi- ja terveysindikaattoreita sisältävän *Hyvinvointiprofilin*, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuutta kuvaavia indikaattoreita sisältävän *Palveluprofilin*. Hyvinvointi- ja Palveluprofilit esitetään valtakunnallisella, alueellisella ja kuntatasolla ja niiden sisällöt voivat hieman vaihdella indikaattoritiedon saatavuuden ja soveltuvuuden mukaan. Valtakunnantason profiileissa keskeisintä on osoittaa, mihin suuntaan kehitys on ajassa kulkenut, kun taas alue- ja kuntatasolla on lisäksi tärkeää verrata oman alueen tietoja muiden alueiden ja valtakunnantason vastaaviin lukuihin.

THL tulee esittelemään Hyvinvointikompassin ensimmäisen version toukokuussa 2012, jonka jälkeen siirytään työvälineen käyttöönottoon. Verkkopalvelun sisällöllinen ja tekninen kehitystyö kuitenkin jatkuu myös tämän jälkeen. Monia nyt havaittuja tietoaaukkoja pystytään paikkaamaan tiedonkeruumenetelmien edistyessä. Yhteiskunnallinen kehitys luo todennäköisesti tarpeita avainindikaattorikokoelman päivittämiselle: uusia säännöllistä seurantaan vaativia teemoja voi nousta esiin, kun taas jotkut nyt tärkeinä pidetyt aiheet saattavat vuosien päästä menettää merkitystään. Muun kansallisen indikaattorityön (esimerkiksi Findikaattori-palvelun jatkokehitystyön) sekä kansainvälisen indikaattorialan kehityksen seuraaminen ja yhteistyö ovat myös keskeisiä tekijöitä. Ratkaisevaa Hyvinvointikompassin kehitystyössä tulevat kuitenkin olemaan palvelun käyttäjien kokemukset ja heiltä saatava palaute. Jotta palvelu vakiintuisi päätöksentekoa tukevaksi ja tehokkaaksi työvälineeksi, tarvitaan tiivistä yhteistyötä ja jatkuvaa vuoropuhelua avainindikaattoreiden käyttäjien kanssa.

Kirjallisuusviitteet

- Karjalainen P, Kotiranta T. Alustava kartoitus Suomessa aikuissosiaalityössä käytettävistä vaikutusten arvioinnin menettelytavoista http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/D85304AD-DED5-42D9-A5DD-99B1017AFB2C/16196/Aikosvaik_kartoitus_132010.pdf
- Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 2009.
- Rosenström, U. 2009. Sustainable development indicators: Much wanted, less used? Monographs of the Boreal Environment Research No. 33. Edita Prima, Helsinki.
- Sauli, S. – Simpura, J. 2004. Auttaako indikaattoriaalto tietotulvassa? Hyvinvointikatsaus 1/2004. Tilastokeskus, Helsinki.
- THL kuntien tukena. Raportti kuntakierrokselta 2009. Avauksia –sarja 29. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators. 2008. Association of Public Health Observations APHO and Institute for Innovation and Improvement NHS. (www.apho.org.uk)
- Yhteiskunnallisen kehityksen indikaattoriportaali (FINE). Käytettävyysselvitys. (25.4.2008)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (159/2007)

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1.1 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi kuolleisuutta koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 49 | 43 | 7 | 0 | 100 (453) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 36 | 51 | 13 | 0 | 100 (119) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 45 | 46 | 8 | 1 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 51 | 45 | 5 | 0 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 54 | 46 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 71 | 24 | 5 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 69 | 31 | 0 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 77 | 24 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 36 | 53 | 11 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 54 | 41 | 5 | 0 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 21 | 62 | 14 | 3 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 75 | 22 | 4 | 0 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 61 | 36 | 3 | 0 | 100 (69) |
| Muu | 41 | 50 | 9 | 0 | 100 (104) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 41 | 48 | 11 | 0 | 100 (166) |
| Ei | 54 | 41 | 5 | 0 | 100 (284) |

Liitetaulukko 1.1 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi sairastavuutta koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 78 | 21 | 0 | 1 | 100 (451) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 70 | 28 | 1 | 2 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 77 | 22 | 0 | 1 | 100 (147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 83 | 18 | 0 | 0 | 100 (63) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 85 | 15 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 86 | 14 | 0 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 90 | 10 | 0 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 94 | 6 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 82 | 13 | 2 | 2 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 79 | 20 | 0 | 1 | 100 (106) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 59 | 38 | 0 | 3 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 84 | 16 | 0 | 0 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 90 | 10 | 0 | 0 | 100 (69) |
| Muu | 72 | 28 | 0 | 0 | 100 (104) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 71 | 29 | 0 | 1 | 100 (165) |
| Ei | 83 | 16 | 0 | 1 | 100 (283) |

Liitetaulukko 1.1 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi elintapoja koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 60 | 39 | 2 | 0 | 100 (451) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 55 | 42 | 3 | 0 | 100 (119) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 57 | 42 | 1 | 0 | 100 (147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 67 | 31 | 2 | 0 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 69 | 31 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 64 | 36 | 0 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 66 | 31 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 65 | 35 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 56 | 42 | 2 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 61 | 38 | 1 | 0 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 41 | 55 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 57 | 43 | 0 | 0 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 83 | 17 | 0 | 0 | 100 (69) |
| Muu | 53 | 45 | 3 | 0 | 100 (101) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 54 | 44 | 3 | 0 | 100 (163) |
| Ei | 64 | 35 | 1 | 0 | 100 (285) |

Liitetaulukko 1.2 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi toimintakykyä koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 77 | 22 | 1 | 0 | 100 (451) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 78 | 22 | 0 | 0 | 100 (117) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 73 | 27 | 0 | 0 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 85 | 11 | 5 | 0 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 85 | 15 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 81 | 19 | 0 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 69 | 28 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 82 | 12 | 6 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 76 | 24 | 0 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 80 | 20 | 0 | 0 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 62 | 38 | 0 | 0 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 65 | 31 | 4 | 0 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 82 | 15 | 3 | 0 | 100 (68) |
| Muu | 79 | 21 | 0 | 0 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 80 | 19 | 1 | 0 | 100 (163) |
| Ei | 75 | 23 | 1 | 0 | 100 (285) |

Liitetaulukko 1.3 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi työkykyä koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 70 | 29 | 1 | 0 | 100 (452) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 70 | 30 | 0 | 0 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 66 | 33 | 1 | 1 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 75 | 22 | 3 | 0 | 100 (63) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 65 | 35 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 71 | 29 | 0 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 69 | 28 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 82 | 18 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 58 | 40 | 2 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 63 | 37 | 0 | 0 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 55 | 45 | 0 | 0 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 63 | 33 | 2 | 2 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 80 | 19 | 1 | 0 | 100 (69) |
| Muu | 77 | 23 | 0 | 0 | 100 (103) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 78 | 21 | 1 | 0 | 100 (164) |
| Ei | 65 | 33 | 1 | 0 | 100 (285) |

Liitetaulukko 1.4 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi elinoloja koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 63 | 35 | 2 | 0 | 100 (454) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 54 | 45 | 1 | 0 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 62 | 35 | 3 | 0 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 71 | 28 | 0 | 2 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 73 | 27 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 71 | 24 | 5 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 59 | 38 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 77 | 24 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 47 | 49 | 4 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 72 | 26 | 2 | 0 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 48 | 52 | 0 | 0 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 43 | 57 | 0 | 0 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 77 | 23 | 0 | 0 | 100 (69) |
| Muu | 68 | 32 | 0 | 0 | 100 (104) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 63 | 34 | 3 | 1 | 100 (166) |
| Ei | 64 | 36 | 1 | 0 | 100 (285) |

Liitetaulukko 1.5 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi koettua hyvinvointia koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 49 | 47 | 3 | 1 | 100 (454) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 41 | 55 | 3 | 1 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 41 | 55 | 3 | 1 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 55 | 40 | 3 | 2 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 73 | 27 | 0 | 0 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 62 | 33 | 5 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 48 | 48 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 88 | 12 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 33 | 64 | 2 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 54 | 40 | 5 | 1 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 41 | 55 | 0 | 3 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 33 | 65 | 0 | 2 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 78 | 22 | 0 | 0 | 100 (69) |
| Muu | 42 | 55 | 3 | 0 | 100 (104) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 43 | 53 | 4 | 1 | 100 (166) |
| Ei | 53 | 44 | 2 | 1 | 100 (285) |

Liitetaulukko 1.6 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi sosiaalisia suhteita koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 43 | 51 | 6 | 1 | 100 (454) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 36 | 58 | 6 | 1 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 31 | 60 | 8 | 1 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 52 | 37 | 11 | 0 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 50 | 46 | 0 | 4 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 69 | 31 | 0 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 38 | 59 | 3 | 0 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 71 | 24 | 6 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 20 | 69 | 9 | 2 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 43 | 53 | 4 | 0 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 31 | 55 | 10 | 3 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 29 | 63 | 8 | 0 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 65 | 30 | 3 | 1 | 100 (69) |
| Muu | 46 | 46 | 8 | 0 | 100 (104) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 46 | 46 | 8 | 1 | 100 (166) |
| Ei | 41 | 53 | 5 | 1 | 100 (285) |

Liitetaulukko 1.7 Missä määrin kokee kunnan toiminnan suunnittelun kannalta tärkeäksi osallisuutta koskevan indikaattoritiedon

| Ryhmä | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | Ei osaa sanoa | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 34 | 56 | 8 | 2 | 100 (453) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 26 | 67 | 7 | 1 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 26 | 62 | 10 | 3 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 41 | 45 | 14 | 0 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 42 | 54 | 0 | 4 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 62 | 36 | 2 | 0 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 35 | 52 | 10 | 3 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 65 | 35 | 0 | 0 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 29 | 60 | 11 | 0 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 31 | 60 | 8 | 2 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 35 | 59 | 0 | 7 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 24 | 64 | 12 | 0 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 58 | 36 | 3 | 3 | 100 (69) |
| Muu | 33 | 59 | 9 | 0 | 100 (104) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 33 | 57 | 10 | 0 | 100 (166) |
| Ei | 36 | 56 | 6 | 2 | 100 (284) |

Liitetaulukko 2.1 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: kuolleisuus

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 10 | 34 | 26 | 30 | 100 (451) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 8 | 43 | 26 | 23 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 12 | 31 | 26 | 31 | 100 (147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 9 | 25 | 35 | 31 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 4 | 32 | 16 | 48 | 100 (25) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 10 | 45 | 14 | 31 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 0 | 24 | 41 | 35 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 12 | 35 | 24 | 29 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 0 | 0 | 50 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 11 | 31 | 33 | 24 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 8 | 26 | 27 | 38 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 14 | 24 | 35 | 28 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 4 | 41 | 28 | 28 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 7 | 29 | 17 | 46 | 100 (69) |
| Muu | 12 | 47 | 22 | 20 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 12 | 43 | 26 | 19 | 100 (165) |
| Ei | 8 | 29 | 27 | 36 | 100 (284) |

Liitetaulukko 2.2 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun : sairastavuus

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 4 | 30 | 27 | 40 | 100 (450) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 3 | 39 | 28 | 30 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 5 | 25 | 27 | 43 | 100 (147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 3 | 25 | 31 | 42 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 0 | 25 | 21 | 54 | 100 (24) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 2 | 38 | 19 | 41 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 0 | 21 | 35 | 45 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 6 | 18 | 35 | 41 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 0 | 0 | 50 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 7 | 27 | 27 | 40 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 2 | 21 | 26 | 51 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 7 | 24 | 31 | 38 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 4 | 33 | 20 | 43 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 3 | 16 | 22 | 59 | 100 (68) |
| Muu | 2 | 48 | 31 | 19 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 4 | 40 | 32 | 24 | 100 (165) |
| Ei | 3 | 23 | 25 | 49 | 100 (283) |

Liitetaulukko 2.3 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: elintavat

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisista tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 7 | 31 | 31 | 32 | 100 (447) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 7 | 40 | 36 | 17 | 100 (118) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 6 | 27 | 34 | 34 | 100 (146) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 9 | 28 | 23 | 40 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 0 | 20 | 20 | 60 | 100 (25) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 10 | 37 | 27 | 27 | 100 (41) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastualueet | 3 | 31 | 28 | 38 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 6 | 18 | 35 | 41 | 100 (17) |
| Muut | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 9 | 24 | 44 | 22 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 2 | 20 | 35 | 43 | 100 (105) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 11 | 32 | 39 | 18 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 8 | 32 | 22 | 38 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 3 | 15 | 20 | 62 | 100 (69) |
| Muu | 7 | 49 | 35 | 9 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 8 | 46 | 30 | 17 | 100 (164) |
| Ei | 5 | 22 | 32 | 41 | 100 (281) |

Liitetaulukko 2.4 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: toimintakyky

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisista tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 3 | 25 | 29 | 43 | 100 (447) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 3 | 31 | 28 | 38 | 100 (116) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 4 | 18 | 35 | 43 | 100 (148) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 5 | 23 | 25 | 47 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 0 | 24 | 12 | 64 | 100 (25) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 2 | 36 | 29 | 33 | 100 (42) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastualueet | 3 | 24 | 28 | 45 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 6 | 12 | 29 | 53 | 100 (17) |
| Muut | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 4 | 16 | 33 | 47 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 2 | 16 | 27 | 55 | 100 (106) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 7 | 24 | 35 | 35 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 4 | 30 | 30 | 36 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 1 | 15 | 17 | 67 | 100 (69) |
| Muu | 4 | 39 | 32 | 26 | 100 (101) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 4 | 35 | 31 | 30 | 100 (163) |
| Ei | 3 | 18 | 28 | 51 | 100 (282) |

Liitetäulukko 2.5 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: työkyky

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 5 | 30 | 32 | 33 | 100 (450) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 4 | 40 | 30 | 25 | 100 (119) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 5 | 26 | 40 | 29 | 100 (147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 6 | 25 | 28 | 42 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 4 | 24 | 24 | 48 | 100 (25) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 5 | 36 | 24 | 36 | 100 (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastualueet | 3 | 28 | 38 | 31 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 6 | 12 | 29 | 53 | 100 (17) |
| Muut | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 7 | 31 | 38 | 24 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 5 | 26 | 28 | 42 | 100 (106) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 0 | 31 | 38 | 31 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 8 | 29 | 31 | 31 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 4 | 17 | 23 | 55 | 100 (69) |
| Muu | 5 | 41 | 36 | 18 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 4 | 39 | 37 | 20 | 100 (165) |
| Ei | 5 | 25 | 29 | 41 | 100 (283) |

Liitetäulukko 2.6 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: elinolot

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 6 | 29 | 25 | 40 | 100 (452) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 6 | 36 | 26 | 33 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 8 | 27 | 25 | 40 | 100(147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 8 | 22 | 20 | 51 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 0 | 31 | 12 | 58 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 5 | 33 | 31 | 31 | 100 (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastualueet | 0 | 24 | 35 | 41 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 6 | 12 | 29 | 53 | 100 (17) |
| Muut | 50 | 0 | 0 | 50 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 9 | 33 | 13 | 44 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 4 | 24 | 24 | 48 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 7 | 21 | 35 | 38 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 6 | 28 | 31 | 35 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 1 | 17 | 19 | 62 | 100 (69) |
| Muu | 7 | 40 | 27 | 26 | 100 (103) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 9 | 38 | 27 | 26 | 100 (165) |
| Ei | 4 | 24 | 24 | 48 | 100 (285) |

Liitetaulukko 2.7 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: koettu hyvinvointi

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 8 | 32 | 33 | 28 | 100 (449) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 10 | 34 | 38 | 18 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 8 | 35 | 34 | 24 | 100 (147) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 9 | 23 | 25 | 42 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 4 | 28 | 16 | 52 | 100 (25) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 5 | 50 | 17 | 29 | 100 (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastualueet | 0 | 18 | 54 | 29 | 100 (28) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 6 | 12 | 47 | 35 | 100 (17) |
| Muut | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 7 | 40 | 33 | 20 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 8 | 32 | 26 | 35 | 100 (107) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 11 | 21 | 46 | 21 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 10 | 32 | 38 | 20 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 3 | 13 | 25 | 59 | 100 (68) |
| Muu | 9 | 43 | 35 | 14 | 100 (103) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 8 | 40 | 35 | 17 | 100 (165) |
| Ei | 7 | 27 | 31 | 34 | 100 (282) |

Liitetaulukko 2.8 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: sosiaaliset suhteet

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 8 | 32 | 33 | 27 | 100 (450) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 13 | 34 | 37 | 17 | 100 (119) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 8 | 33 | 33 | 27 | 100 (146) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 11 | 25 | 26 | 39 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 4 | 27 | 27 | 42 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 5 | 41 | 29 | 26 | 100 (42) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastualueet | 0 | 24 | 52 | 24 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 0 | 29 | 41 | 29 | 100 (17) |
| Muut | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 9 | 42 | 31 | 18 | 100 (45) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 5 | 30 | 28 | 37 | 100 (106) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 10 | 17 | 55 | 17 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 10 | 41 | 29 | 20 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 3 | 19 | 28 | 51 | 100 (69) |
| Muu | 10 | 37 | 40 | 13 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 12 | 32 | 38 | 18 | 100 (164) |
| Ei | 6 | 31 | 31 | 32 | 100 (284) |

Liitetaulukko 2.9 Riittävätkö valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun: osallisuus

| Ryhmä | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa | Kyllä, aluetasoisesta tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys | Yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 9 | 32 | 32 | 28 | 100 (447) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 14 | 30 | 38 | 18 | 100 (120) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 8 | 36 | 32 | 24 | 100 (144) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 15 | 25 | 23 | 37 | 100 (65) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 0 | 31 | 19 | 50 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 5 | 45 | 23 | 28 | 100 (40) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 0 | 28 | 48 | 24 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 0 | 18 | 35 | 47 | 100 (17) |
| Muut | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 7 | 41 | 27 | 25 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturva-johtaja | 7 | 33 | 31 | 29 | 100 (105) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 7 | 14 | 59 | 21 | 100 (29) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 18 | 35 | 29 | 18 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 3 | 18 | 22 | 57 | 100 (68) |
| Muu | 10 | 42 | 33 | 15 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | |
| Kyllä | 12 | 35 | 32 | 21 | 100 (164) |
| Ei | 7 | 30 | 31 | 31 | 100 (281) |

Liitetaulukko 3.1. Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan indikaattoritiedon käyttö väestön ja sen osaryhmien tilan lakisääteeseen seurantaan.

| Ryhmä | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n) |
|-----------------------------------------------------|--------|-------|-------------|-----------|
| Kaikki vastaajat | 24 | 59 | 17 | 100 (442) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 13 | 72 | 15 | 100 (116) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 27 | 54 | 19 | 100 (146) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 19 | 72 | 9 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 39 | 39 | 23 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 35 | 50 | 15 | 100 (40) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 35 | 31 | 35 | 100 (29) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 13 | 69 | 19 | 100 (16) |
| Muut | 2 | 0 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 18 | 68 | 14 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 24 | 68 | 9 | 100 (106) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 7 | 57 | 36 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 28 | 55 | 18 | 100 (51) |
| Alueellinen asiantuntija | 28 | 44 | 29 | 100 (69) |
| Muu | 28 | 56 | 17 | 100 (102) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | |
| Kyllä | 25 | 60 | 15 | 100 (160) |
| Ei | 23 | 59 | 19 | 100 (281) |

Liitetaulukko 3.2. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö palvelujen tarpeen arviointiin.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveyspalvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 48 | 43 | 8 | 100 | 45 | 46 | 9 | 100 (434) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 45 | 46 | 10 | 100 | 43 | 50 | 7 | 100 (113) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 53 | 40 | 8 | 100 | 49 | 41 | 10 | 100 (146) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 44 | 48 | 8 | 100 | 48 | 46 | 6 | 100 (63) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 50 | 35 | 15 | 100 | 54 | 35 | 12 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 56 | 41 | 3 | 100 | 51 | 46 | 3 | 100 (39) |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 46 | 43 | 11 | 100 | 32 | 46 | 21 | 100 (28) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 27 | 67 | 7 | 100 | 7 | 86 | 7 | 100 (14) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 52 | 43 | 5 | 100 | 52 | 46 | 2 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 53 | 42 | 5 | 100 | 58 | 36 | 6 | 100 (105) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 43 | 36 | 21 | 100 | 36 | 43 | 21 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 49 | 43 | 8 | 100 | 44 | 52 | 4 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 46 | 43 | 10 | 100 | 42 | 48 | 10 | 100 (67) |
| Muu | 46 | 44 | 10 | 100 | 38 | 50 | 12 | 100 (99) |

Liitetaulukko 3.3. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveystalvveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveystalvvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|-------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 36 | 47 | 17 | 100 | 31 | 49 | 20 | 100 (437) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 22 | 51 | 27 | 100 | 21 | 53 | 26 | 100 (113) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 32 | 56 | 12 | 100 | 28 | 52 | 20 | 100 (145) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 45 | 39 | 17 | 100 | 36 | 50 | 14 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 46 | 39 | 15 | 100 | 27 | 50 | 23 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 60 | 33 | 8 | 100 | 60 | 33 | 8 | 100 (40) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 43 | 39 | 18 | 100 | 36 | 43 | 21 | 100 (28) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 47 | 40 | 13 | 100 | 31 | 44 | 25 | 100 (16) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 32 | 59 | 9 | 100 | 30 | 57 | 14 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 32 | 54 | 13 | 100 | 36 | 49 | 15 | 100 (105) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 21 | 46 | 32 | 100 | 21 | 32 | 46 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 51 | 35 | 14 | 100 | 39 | 51 | 10 | 100 (49) |
| Alueellinen asiantuntija | 54 | 30 | 16 | 100 | 40 | 37 | 24 | 100 (68) |
| Muu | 31 | 49 | 21 | 100 | 22 | 54 | 24 | 100 (100) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | |
| Kyllä | 29 | 52 | 19 | 100 | 23 | 57 | 20 | 100 (159) |
| Ei | 40 | 44 | 16 | 100 | 35 | 45 | 20 | 100 (277) |

* = tässä sarakkeessa on kerrottu tapausmäärät sosiaali- ja terveystalvveluindikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta. Terveystalvvelun ja hyvinvoinnin indikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta tapausmäärät voivat hiukan poiketa näistä. Tarvittaessa tapausmäärät voi saada toimittajilta.

Liitetaulukko 3.4. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveystalvveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö kuntastrategian laadintaan.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveystalvvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|-------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 40 | 47 | 13 | 100 | 38 | 46 | 17 | 100 (429) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 39 | 52 | 9 | 100 | 42 | 41 | 16 | 100 (111) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 43 | 46 | 11 | 100 | 41 | 48 | 12 | 100 (145) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 38 | 51 | 11 | 100 | 30 | 52 | 19 | 100 (64) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 39 | 42 | 19 | 100 | 42 | 39 | 19 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 41 | 44 | 15 | 100 | 37 | 45 | 18 | 100 (38) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 37 | 37 | 26 | 100 | 22 | 41 | 37 | 100 (27) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 40 | 33 | 27 | 100 | 29 | 50 | 21 | 100 (14) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 43 | 50 | 7 | 100 | 43 | 46 | 11 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 41 | 50 | 10 | 100 | 47 | 42 | 11 | 100 (102) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 29 | 61 | 11 | 100 | 18 | 54 | 29 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 42 | 46 | 13 | 100 | 25 | 52 | 23 | 100 (48) |
| Alueellinen asiantuntija | 29 | 49 | 23 | 100 | 29 | 46 | 26 | 100 (66) |
| Muu | 47 | 40 | 14 | 100 | 42 | 43 | 15 | 100 (98) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | |
| Kyllä | 45 | 43 | 11 | 100 | 41 | 44 | 15 | 100 (156) |
| Ei | 38 | 49 | 14 | 100 | 35 | 47 | 18 | 100 (272) |

* = tässä sarakkeessa on kerrottu tapausmäärät sosiaali- ja terveystalvveluindikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta. Terveystalvvelun ja hyvinvoinnin indikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta tapausmäärät voivat hiukan poiketa näistä. Tarvittaessa tapausmäärät voi saada toimittajilta.

Liitetaulukko 3.5. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö hyvinvointikertomuksen laadintaan.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveyspalvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 34 | 41 | 25 | 100 | 31 | 45 | 24 | 100 (422) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 22 | 51 | 27 | 100 | 23 | 50 | 27 | 100 (110) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 28 | 46 | 26 | 100 | 26 | 48 | 26 | 100 (140) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 42 | 31 | 27 | 100 | 42 | 33 | 25 | 100 (60) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 65 | 23 | 12 | 100 | 46 | 42 | 12 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 47 | 34 | 18 | 100 | 44 | 44 | 13 | 100 (39) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 41 | 22 | 37 | 100 | 26 | 37 | 37 | 100 (27) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 44 | 31 | 25 | 100 | 38 | 38 | 25 | 100 (16) |
| Muut | 100 | 0 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 21 | 50 | 30 | 100 | 27 | 49 | 24 | 100 (41) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 34 | 44 | 22 | 100 | 40 | 38 | 22 | 100 (102) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 21 | 57 | 21 | 100 | 18 | 46 | 36 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 45 | 33 | 22 | 100 | 30 | 44 | 26 | 100 (46) |
| Alueellinen asiantuntija | 54 | 27 | 19 | 100 | 46 | 39 | 15 | 100 (67) |
| Muu | 32 | 38 | 30 | 100 | 22 | 47 | 31 | 100 (98) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | |
| Kyllä | 27 | 41 | 31 | 100 | 21 | 51 | 28 | 100 (152) |
| Ei | 38 | 40 | 22 | 100 | 37 | 41 | 23 | 100 (269) |

* = tässä sarakkeessa on kerrottu tapausmäärät sosiaali- ja terveyspalveluindikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta. Terveiden ja hyvinvoinnin indikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta tapausmäärät voivat hiukan poiketa näistä. Tarvittaessa tapausmäärät voi saada toimittajilta.

Liitetaulukko 3.6. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointiin.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveyspalvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 31 | 56 | 13 | 100 | 40 | 47 | 13 | 100 (436) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 31 | 54 | 15 | 100 | 37 | 49 | 14 | 100 (113) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 27 | 63 | 10 | 100 | 37 | 52 | 11 | 100 (145) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 34 | 53 | 13 | 100 | 43 | 49 | 8 | 100 (63) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 39 | 46 | 15 | 100 | 54 | 27 | 19 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 38 | 53 | 10 | 100 | 53 | 40 | 8 | 100 (40) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 28 | 48 | 24 | 100 | 32 | 36 | 32 | 100 (28) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 27 | 60 | 13 | 100 | 25 | 56 | 19 | 100 (16) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 26 | 56 | 19 | 100 | 43 | 46 | 11 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 30 | 65 | 6 | 100 | 44 | 48 | 8 | 100 (104) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 21 | 57 | 21 | 100 | 29 | 39 | 32 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 31 | 55 | 14 | 100 | 40 | 48 | 12 | 100 (50) |
| Alueellinen asiantuntija | 40 | 46 | 15 | 100 | 47 | 38 | 15 | 100 (68) |
| Muu | 30 | 58 | 12 | 100 | 35 | 52 | 13 | 100 (99) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | |
| Kyllä | 31 | 56 | 13 | 100 | 34 | 56 | 11 | 100 (158) |
| Ei | 31 | 56 | 13 | 100 | 44 | 42 | 14 | 100 (277) |

* = tässä sarakkeessa on kerrottu tapausmäärät sosiaali- ja terveyspalveluindikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta. Terveiden ja hyvinvoinnin indikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta tapausmäärät voivat hiukan poiketa näistä. Tarvittaessa tapausmäärät voi saada toimittajilta.

Liitetaulukko 3.7. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveystalvveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö sosiaali- ja terveystalvvelujen toimivuuden arviointiin.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveystalvvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|-------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 43 | 47 | 10 | 100 | 48 | 42 | 10 | 100 (436) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 41 | 44 | 15 | 100 | 42 | 47 | 11 | 100 (114) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 43 | 49 | 9 | 100 | 49 | 42 | 9 | 100 (146) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 42 | 48 | 9 | 100 | 45 | 44 | 11 | 100 (62) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 42 | 50 | 8 | 100 | 58 | 31 | 12 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 50 | 45 | 5 | 100 | 56 | 36 | 8 | 100 (39) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 54 | 39 | 7 | 100 | 46 | 36 | 18 | 100 (28) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 25 | 63 | 13 | 100 | 38 | 56 | 6 | 100 (16) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 41 | 50 | 9 | 100 | 46 | 48 | 7 | 100 (44) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 40 | 55 | 6 | 100 | 56 | 39 | 5 | 100 (105) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 14 | 57 | 29 | 100 | 21 | 43 | 36 | 100 (28) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 47 | 43 | 10 | 100 | 49 | 43 | 8 | 100 (49) |
| Alueellinen asiantuntija | 44 | 49 | 7 | 100 | 47 | 38 | 15 | 100 (68) |
| Muu | 48 | 40 | 12 | 100 | 44 | 47 | 9 | 100 (99) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | |
| Kyllä | 50 | 39 | 11 | 100 | 45 | 47 | 8 | 100 (158) |
| Ei | 39 | 51 | 9 | 100 | 49 | 40 | 11 | 100 (277) |

* = tässä sarakeessa on kerrottu tapausmäärät sosiaali- ja terveystalvveluindikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta. Terveystalvvelun ja hyvinvoinnin indikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta tapausmäärät voivat hiukan poiketa näistä. Tarvittaessa tapausmäärät voi saada toimittajilta.

Liitetaulukko 3.8. Väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveystalvveluja kuvaavan indikaattoritiedon käyttö sosiaali- ja terveystalvvelujen uudelleen suuntaamiseen.

| Ryhmä | Terveys ja hyvinvointi | | | | Sosiaali- ja terveystalvvelut | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------------|------|-------------------------------|-------|-------------|-----------|
| | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | Yht. | Paljon | Vähän | Ei lainkaan | yht. (n*) |
| Kaikki vastaajat | 41 | 46 | 13 | 100 | 43 | 46 | 12 | 100 (426) |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | |
| Pienet kunnat (< 5000 asukasta) | 37 | 45 | 18 | 100 | 37 | 48 | 15 | 100 (110) |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 39 | 46 | 15 | 100 | 45 | 43 | 12 | 100 (140) |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 49 | 46 | 5 | 100 | 44 | 48 | 8 | 100 (62) |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 31 | 54 | 15 | 100 | 46 | 35 | 19 | 100 (26) |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 48 | 48 | 5 | 100 | 55 | 38 | 8 | 100 (40) |
| Sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet | 57 | 36 | 7 | 100 | 30 | 63 | 7 | 100 (27) |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 33 | 53 | 13 | 100 | 38 | 50 | 13 | 100 (16) |
| Muut | 50 | 50 | 0 | 100 | 50 | 50 | 0 | 100 (2) |
| Työtehtävä | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 39 | 52 | 9 | 100 | 44 | 51 | 5 | 100 (43) |
| Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja | 48 | 47 | 6 | 100 | 52 | 40 | 9 | 100 (103) |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 11 | 44 | 44 | 100 | 15 | 41 | 44 | 100 (27) |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtava viranhaltija | 49 | 41 | 10 | 100 | 47 | 47 | 6 | 100 (49) |
| Alueellinen asiantuntija | 39 | 51 | 10 | 100 | 39 | 51 | 10 | 100 (67) |
| Muu | 41 | 41 | 18 | 100 | 38 | 49 | 14 | 100 (96) |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | |
| Kyllä | 39 | 48 | 14 | 100 | 40 | 51 | 10 | 100 (152) |
| Ei | 43 | 45 | 12 | 100 | 44 | 43 | 13 | 100 (273) |

* = tässä sarakeessa on kerrottu tapausmäärät sosiaali- ja terveystalvveluindikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta. Terveystalvvelun ja hyvinvoinnin indikaattoreiden käyttöön vastanneiden osalta tapausmäärät voivat hiukan poiketa näistä. Tarvittaessa tapausmäärät voi saada toimittajilta.

Liitetaulukko 4. Vastaaajien kokemat kunta- ja aluetasoiset indikaattoritiedon aukot väestön terveyden ja hyvinvoinnin osalta.

| | Vastaaajien kokema tietoaukko kunta- ja aluetasoisessa tiedossa | Tämänhetkinen tilanne näiden koettujen tietoaukkojen osalta (kansalliset tietolähteet) |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kuolleisuus | PYLL indeksi | Indeksi on saatavissa maakuntatasolla ¹ ; Kuntatasoiset indeksit tuottamista selvitetään |
| Sairastavuus | Kansansairauksien summaindeksi, sairastavuusindeksi | Kelan sairastavuusindeksin rinnalle THL kehittää väestön sairastavuutta kuvaavaa indeksia, mutta juuri nyt sellaista ei pystytä tuottamaan. Kehitettävän indeksin tulisi heijastella väestön sairastavuutta, ei sosiaaliturvan toimintaa tai palvelujärjestelmän aktiivisuutta. |
| | (Pikku)lasten terveys | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta; valtakunnallista lähdettä ei tällä hetkellä ole |
| | Nuorten mielenterveys | Tietoa on saatavissa mielenterveyspalveluista ² . Lisäksi ylä-aste ikäisiä (8-9.lk) on saatavilla Kouluterveyskyselyn indikaattorit; kouluisten keskivaiketta tai vaikeaa masentuneisuutta (id = 242) ² |
| | Krooniset sairaudet | Tietoa on saatavissa joistakin ilmiöistä, kuten sydän- ja verisuonisairauksista ³ ja syövästä ⁴ . |
| | Diabetes | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta; syynä ilmiön yleisyyttä luotettavasti kuvaavan tiedon puute |
| | Tapaturmat ja niiden aiheuttajat | Aluetasoisia tietoja on saatavissa kuolemiin ja vuodeosastohoitoihin johtaneista tapaturmista pelastusalueittain ⁵ . Kunnittaisia tietoja on saatavilla esimerkiksi sairaalassa vammojen ja myrkytysten vuoksi hoidetuista tapaturmapotilaista ikäryhmittäin ⁶ |
| | Ikäihmisten sairastavuuden diagnoosikohtaisia tietoja | Ikäihmisten sairastavuutta kuvaavien tietojen saatavuuden haasteena on se, että ikäihmisten sairauksia hoidetaan muuallakin kuin erikoissairaanhoidossa. Tällä hetkellä ikäihmisten sairastavuuden kuvaamiseen on saatavilla lähinnä lääkkeiden erityiskorvaus- ja vuoroikeustietoja. Lääketiedot eivät kuitenkaan kaikkien sairauksien osalta (esim. diabetes) kuvaa sairastavuuden yleisyyttä kovin hyvin. Alzheimerin taudista voi saada luotettavaa tietoa lääkkeiden erityiskoikeuskorvattavuuksista ⁷ |
| | | SOTKANetistä on saatavilla tällä hetkellä seuraavat erityiskorvattavia lääkkeitä koskevat tiedot 65- vuotta täyttäneiltä: <ul style="list-style-type: none"> - epilepsialääkkeet (id=2432) - masennuslääkkeet (id= 690) - verenpainetautilääkkeet (id= 1821) - astmalääkkeet (id =1808) - psykoosilääkkeet (id= 408) - sepelvaltimotautilääkkeet (id= 1822) |

| | | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Vammaisuus | Tietoa synnynnäisistä vammoista on saatavissa sairaanhoitopiireittäin ⁷ . Vammaistukea ja vammaispalveluja koskevia tietoja on saatavissa kunnittain ² . |
| Ei | Lasten elintavat | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta. Ylä-aste (8.-9.lk) ikäisistä on saatavilla kouluterveyskyselyn indikaattorit ² ; liikunnan harrastusta harvemmin kuin ker- ran viikossa (id=291), harrastaa liian vähän liikuntaa viikossa (id=3738), tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa (id= 289), tupakoi päivittäin (id=288), kokeillut laittomia huumeita (id=290). |
| | Lasten liikuntaharrastuksen määrä | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta. Ylä-aste (8.-9.lk) ikäisistä on saatavilla kouluterveyskyselyn indikaattorit ² ; liikunnan harrastusta harvemmin kuin ker- ran viikossa (id=291), harrastaa liian vähän liikuntaa viikossa ((id= 3738). |
| | Aikuisten tupakointi | Tietoa on saatavissa maakuntatasolla; indikaattorina päivittäinen tupakointi ¹ |
| | Aikuisten alkoholin käyttö | Tietoa on saatavissa maakuntatasolla; indikaattorina alkoholia humalahuokaisesti käytä- vien osuus ¹ . Alkoholihaittoja voidaan kuvata myös alkoholikuolleisuudella, joka on saa- tavissa isoimmissa kunnissa ja aluetasolla ¹ . |
| | Aikuisten lihavuus | Tietoa on saatavissa maakuntatasolla; indikaattorina lihavien osuus BMI vähintään 30 ¹ . |
| | Aikuisten liikuntatottumukset | Tietoa on saatavissa maakuntatasolla; indikaattorina vapaa-ajan liikuntaa harrastamat- tomien osuus ¹ . |
| | Raskaana olevat päihteiden käyttäjät | Tietoa on saatavissa raskauden aikaisesta tupakoinnista ⁸ . Raskauden aikaisen alkoholi- nin käytön osalta tieto kuntatasolla ei ole luotettavaa. |
| Toimintakyky | Liikkumisrajoitteet | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Ikäihmisten toimintakyky | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| Työkyky | Sairauspoissaolot ja syyt | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| Ei | Lasten, lapsiperheiden ja nuorten hyvin- vointi | Ylä-aste ikäisistä on saatavilla kouluterveyskyselyn indikaattorit ² . 17-24-vuotiaat koulu- tuksen ulkopuolella olevat (id=3219), koulun fyysisissä työoloissa puutteita kokeneet (id=283) ² , ei yhtään läheistä ystävää (id=282) ² , koulukiusatuksi joutuneet (id=1514) ² . Lisäksi elinoloja kuvaavia tietoja ovat esim. lasten pienituloisuusaste (id=228) ² ja ah- taasti asuvat lapsiasunokunnat (id=190) ² |
| | Erityisen tuen tarve ja tuen järjestämisen tapa päivä-hoidossa | Ei säännöllisesti kerättävää tietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta; haasteena myös erityisen tuen tarpeen määrittely |
| | Koulupudokkaat, muu keskeytyminen | Tietoa on saatavissa kuntatasolla; indikaattorina esim. 17-24-vuotiaat koulutuksen ulko- |

| | | |
|--|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | puolella olevat (id: 3219) ² |
| | Koulutustaso | Tieto on saatavissa kuntatasolla; indikaattorina koulutustasomittain (id= 180) ² |
| | Nuorten työelämään kiinnittyminen | Tietoa on saatavissa kuntatasolla Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta; indikaattorina 15-24 -vuotiaiden työllisyysaste |
| | Syrjäytymisriskissä olevat nuoret | Tietoa on saatavissa kuntatasolla; indikaattoreina lapsikäyhyysaste (rajana 60 % käytettävissä olevan tulon mediaanista/15+ v. henkilö) ⁹ ; Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17-24 -vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (id: 3219) ² , Nuorisotyöttömät, % 18-24-vuotiaasta työvoimasta (id: 189) ² . Lisäksi lastensuojeluinindikaattoreita olisi hyvä katsoa rinnan esim. kodin ulkopuolelle sijoitetut eri ikäryhmissä ² |
| | Maahanmuuttajien hakeutuminen koulutukseen | Tietoa on saatavilla toisen asteen koulutuksesta (OPM), kotouttamisesta (SM) ja työvoimakoulutuksesta (TEM) |
| | Köyhyysrajan alapuolella olevien määrä | Tietoa on saatavissa kuntatasolla; indikaattoreina kunnan yleinen pienituloisuusaste (id=3099) ² . Lisäksi tarkempaa tietoa köyhyysasteesta saatavana Tilastokeskuksesta ⁹ |
| | Avioerot | Tieto on saatavissa kuntatasolla Tilastokeskuksen väestönmuutostilastosta |
| | Pitkäaikaistyöttömyys | Tietoa on saatavissa kuntatasolla; indikaattorina pitkäaikaistyöttömien osuus AMH I GAGÄ ^{ÄÄ} |
| | Koettu hyvinvointi | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Työhyvinvointi | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Perhe- ja lähisuhdeväkivalta | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Turvallisuuden kokeminen | Tieto on saatavissa suurimmista kaupungeista Polisin turvallisuusutkimuksesta: turvallisuuden kokeminen kävellessään yksin asuinalueellaan myöhään viikonloppuisin |
| | Sosiaaliset suhteet | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Osallisuus | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Nuorten aktiivisuus ja osallistuminen | Ylä-aste (8.-9.lk) ikäisistä on saatavilla kouluterveyskyselyn indikaattori; kokenut fyysisistä uhkaa vuoden aikana, % ² |
| | Nuorten kokema uhka | TEAvisari verkkopalvelu esittää monipuolisesti tietoa kunnan terveyden edistämisen aktiivisuudesta eri tunnustuvuin. |
| | Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen | |
| | Väestö | Käytettävissä olevat tulos/as/vs. ² |

| | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | tön taloudellinen asema | |
| | Asukastiheys | Väestörekisterikeskus tilastoi kunnittain |
| | Huoltosuhte | Tietoa demograafisesta huoltosuhteesta kuntatasolla ² |
| | Vammaisuuteen liittyviä aihepiirejä | Useita indikaattoreita SOTKAnetissä, kuvaavat pääosin kunnan kustantamia vammais- palveluja ja Kelan etuuksia |
| | Työkäisten muuttohalukkuus | Ei indikaattoritietoa kunta- ja/tai aluetasolla koko maasta |
| | Asunottomien määrä | Tieto saatavissa suurimmista kunnista arvioperusteisena Asumisen rahoitus- ja kehittä- miskeskuksen (ARAN) tilastoista |

¹ Terveystemme verkkopalvelu www.terveytemme.fi

² SOTKAnet verkkopalvelu www.SOTKAnet.fi

³ Sydän- ja verisuonirekisteri www.ktl.fi/cvdr

⁴ Syöpärekisteri www.cancerregistry.fi

⁵ THL:n tapaturmakatsaukset pelastusalueittain www.ktl.fi/tapaturmat/aluereportit

⁶ Epämuodostumarekisteri www.thl.fi

⁷ Kelasto www.kela.fi

⁸ Tilastokeskuksen tulonjakotilasto www.stat.fi

⁹ Tilastokeskuksen työssäkäyntitilasto www.stat.fi

¹⁰ Kansallinen uhritutkimus www.optula.fi

¹¹ Findikaattori verkkopalvelu www.findikaattori.fi

Litetaulukko 5. Indikaattoritiedon hyödyntämisessä koetut ongelmat ja asiantuntijatuennon tarve: osuus vastaajista (%).

| Ryhmä | Ongelmat alueellisen ja kuntatasoinen indikaattoritiedot hyödyntämisessä (%) | | | | | | | | | | Asiantuntijatuennon edellytykset käytölle | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|--|
| | Ei mitään | Alue-, kunta- tai paikkakohdasta ei ole | Sosiaaliryhmittäistä tietoa ei ole | Löytämisen tai saaminen hankalaa | Ei riittävän jalostettua ja helppokäyttöistä | Aika ja/tai muut resurssit eivät riitä | Liikaa viivettä | Tuikinta ja hyödyn-täminen hankalaa | Eos, ei juuri käytä indikaattori-tietoa | Muita ongelmia | Asiantuntijatuennon edellytykset käytölle | |
| Kaikki vastaajat | 4 | 34 | 24 | 49 | 43 | 52 | 48 | 29 | 7 | 6 | 41 | |
| Kunnan koko tai organisaatio | | | | | | | | | | | | |
| Plenit kunnat (< 5000 asukasta) | 6 | 19 | 15 | 43 | 38 | 44 | 34 | 24 | 14 | 4 | 33 | |
| 5000 – 20 000 asukkaan kunnat | 5 | 32 | 18 | 48 | 39 | 56 | 43 | 26 | 5 | 6 | 39 | |
| 20 000 – 100 000 asukkaan kunnat | 3 | 43 | 37 | 55 | 49 | 55 | 62 | 31 | 3 | 11 | 42 | |
| Suuret kaupungit (>100 000 asukasta) | 0 | 65 | 50 | 50 | 46 | 54 | 65 | 27 | 4 | 8 | 28 | |
| Sote-piirit, yhteistoiminta-alueet, kuntayhtymät | 2 | 31 | 31 | 55 | 52 | 57 | 62 | 41 | 5 | 2 | 62 | |
| Sairaanhoidopiirit, erityisvastuualueet | 0 | 55 | 28 | 52 | 48 | 41 | 66 | 48 | 7 | 10 | 59 | |
| Alueelliset asiantuntijaorganisaatiot | 0 | 47 | 47 | 47 | 59 | 71 | 59 | 41 | 6 | 0 | 59 | |
| Muut | 0 | 50 | 50 | 50 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 50 | 50 | |
| Työtehtävä | | | | | | | | | | | | |
| Kunnan- tai kaupunginjohtaja | 9 | 31 | 16 | 42 | 38 | 58 | 36 | 20 | 9 | 4 | 21 | |
| Sosiaali-, terveys- tai perus- turvajohdaja | 5 | 34 | 21 | 57 | 46 | 65 | 60 | 21 | 1 | 5 | 36 | |
| Kunnan muun hallinnonalan johtaja | 7 | 38 | 24 | 48 | 21 | 41 | 35 | 41 | 10 | 0 | 52 | |
| Muu sosiaali- ja terveystoimen johtaja viranhaltija | 0 | 41 | 26 | 53 | 55 | 57 | 67 | 24 | 6 | 4 | 44 | |
| Alueellinen asiantuntija | 0 | 59 | 48 | 51 | 46 | 55 | 70 | 44 | 1 | 17 | 50 | |
| Muu | 3 | 21 | 23 | 45 | 41 | 40 | 32 | 36 | 14 | 5 | 46 | |
| Toimii luottamustehtävässä | | | | | | | | | | | | |
| Kyllä | 5 | 24 | 20 | 40 | 41 | 41 | 36 | 32 | 12 | 6 | 45 | |
| Ei | 3 | 40 | 27 | 54 | 44 | 58 | 56 | 28 | 5 | 6 | 39 | |

Liitetaulukko 6. Vastaajien kokemat sosiaali- ja terveyspalveluita koskevat tiedon puutteet.

| | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lasten ja nuorten palvelut | Vastaajien kokemat sosiaal- ja terveyspalveluita koskevat tiedon puutteet | Tämänhetkinen tilanne näiden koettujen tietopuutteiden osalta (kansalliset tietolähteet) | Tulevaisuuden näkyvät tietopuutteen korjaamiseksi |
| Lasten ja nuorten palvelut | Vastaajien kokemat sosiaal- ja terveyspalveluita koskevat tiedon puutteet | <p>Tämänhetkinen tilanne näiden koettujen tietopuutteiden osalta (kansalliset tietolähteet)</p> <p>SOTKANet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keskivaikkea tai vaikea masentuneisuus, % 8. - 9. -luokan oppilaista (id: 242) - Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutetut ikäryhmittäin - Depressiolääkkeitä korvausta saaneet ikäryhmittäin - Harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet ikäryhmittäin - Palvelujen käyttöä (perusterveydenhuolto & psykiatria; terveydenhuollon laitoshoido)kuvaavia tietoja - Psykiatrisen hoidon saatavuustiedot; aikuiset, lapset nuoret <p>Tietoa ei ole saatavissa; tällä hetkellä asiakkuuden syitä ei rekisteröidä eikä syistä saa tilastotietoa.</p> | Tietoa on mahdollisesti saatavissa kunnallisen sosiaalihuollon tilastoinnin kehityksessä ja Sosiaalihuollon tietoteknologiahanke (Tikesos) edetessä vuoden 2017 jälkeen katso luku 3.2.2 |
| Lastensuojelun asiakkaiden syyt | Lastensuojelun asiakkaiden syyt | Tietoa ei ole saatavissa; tällä hetkellä asiakkuuden syitä ei rekisteröidä eikä syistä saa tilastotietoa. | Tietoa on mahdollisesti saatavissa kunnallisen sosiaalihuollon tilastoinnin kehityksessä ja Sosiaalihuollon tietoteknologiahanke (Tikesos) edetessä vuoden 2017 jälkeen katso luku 3.2.2 |
| Palvelujen vaikuttavuus | Palvelujen vaikuttavuus | Kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoisia vaikuttavuustietoa sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palveluista ei tällä hetkellä ole saatavissa | AvoHILMOsta 2012 lähtien on saatavilla mm. <ul style="list-style-type: none"> - asetuksen mukaisen terveystarkastusten tekeminen - ylipainoisten osuus - rokotuskattavuus |
| Asetuksen mukaisten terveystarkastusten tekeminen | Asetuksen mukaisten terveystarkastusten tekeminen | Tietoa ei ole saatavissa. | AvoHILMOsta 2012 lähtien on saatavilla mm. <ul style="list-style-type: none"> - asetuksen mukaisen terveystarkastusten tekeminen - ylipainoisten osuus - rokotuskattavuus |
| Ikäihmisten palvelut | Diagnoosikohtaisia tietoja | Tietoa ei ole saatavissa | AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla mm. <ul style="list-style-type: none"> - yli 10 voimassa olevaa lääkettä/osuus väestöryhmästä - käynnit luokiteltuna käyntisyyn mukaan - suurlukuttajat (sairaala/avo/esh) pystytään mahdollisesti yhdistämään |
| Päivätoiminnan ja palvelukeskuksen | Päivätoiminnan ja palvelukeskuksen | Tietoa ei ole saatavissa | |

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | asiakkaat | <p>SOTKANet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psykiatrian laitoshoido (asiakkaat, hoitopäivät, hoitajakset), myös ikääntyneiden ikäryhmiä - Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet 65 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana (id: 2889) - Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana (id: 2890) | <p>AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla;</p> <ul style="list-style-type: none"> - perusterveydenhuolto; mielenterveyssyistä johtuneet avoHuollon käynnit (lääkäri, muu); tällä hetkellä ikäryhmittäistä tietoa ei ole saatavilla, mutta mahdollinen AvoHILMON myötä - Psykiatrian avohoitokäynnit; ikäryhmien tarkastelu erikseen lienee jatkossa mahdollista |
| Perusterveydenhuollon palvelut | Palvelujen saatavuus | <p>Tietoja on saatavissa kuntatasolla perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tietokantaraportista http://www.thi.fi/fi_FI/web/fj/tutkimus/tyokalut/perusterveydenhuollon_hoitoonpaasy</p> | |
| | Palvelujen laatu | <p>Ei kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoisia indikaattoritietoa saatavissa Asiakastytyväisyys-kyselyjä toteutetaan perusterveydenhuollossa maksullisesti THL:n toimesta. Tieto ei kuitenkaan kata koko maata.</p> | <p>Palveluvaaka antaa asiakkaille mahdollisuuden antaa palautetta terveysasemakohtaisesti</p> |
| | Palveluiden vaikuttavuus | <p>Kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoisia vaikuttavuustietoa sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palveluista ei tällä hetkellä ole saatavissa</p> | <p>katso luku 3.2.2</p> |
| | Avohoidon käyntisytyt | <p>Tällä hetkellä tietoa on saatavissa vain neuvolatoiminnasta. SOTKANet esim.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perusterveydenhuollon perhesuunnitteluneuvolan käynnit yhteensä / 1000 asukasta (id: 2454) | <p>AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla;</p> <ul style="list-style-type: none"> - käyntisytyt |
| | Palveluiden suurlukuttajat | <p>Tietoa ei tällä hetkellä ole saatavilla.</p> | <p>Edellyttäisi rekisteritietojen yhdistämistä, mahdollista AvoHILMON myötä 2012 lähtien</p> |
| | Pitkäaikaisairaiden diagnoosit | <p>Perusterveydenhuoltoa käyttäneiden diagnooseista ei tällä hetkellä ole tietoa saatavilla.</p> | <p>AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla;</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnoosikohtaiset tiedot |
| | Raskaana olevat päihteiden käyttäjät | <p>Ei kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoisia indikaattoritietoa saatavissa. FAS-lapsista on saatavilla valtakunnantasoista tietoa.</p> | <p>AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla;</p> <ul style="list-style-type: none"> - tietoa raskaana olevista päihteiden käyttäjistä yhdessä tällä äitiyspoliklinikan ja päihdekäyntien tiedot |
| Sosiaali- | Päivähoidon saatavuus | <p>Päivähoito on subjektiivinen oikeus. Periaatteessa kuntien on taattava</p> | |

| | | | | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| palvelut | | päivähoidon saatavuus. | | |
| | Päivähoidon laatu | Tieto ei ole saatavilla. | | |
| | Käsitteilyaikoja koskevat tiedot: toimeentulotuki, vammaispalvelut, lastensuojelu | Ei kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoisia indikaattoritietoa saatavissa; käsitteilyaikoja ei vielä seurata systemaattisesti. | | THL:n kuntiin tekemillä erilliselvyksillä saadaan tietoa määrärahojen toteutumisesta toimeentulotuen, ikääntyneiden ja vammaisten palveluiden osalta. Tietoa saatavissa THL:n sivuilta esim. http://www.stakes.fi/Fi/Tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/Toimeentulotuki/ionatilanne.htm Kattavammin tietoa on mahdollisesti saatavissa kunnallisen sosiaalihuollon tilastoinninkehityessä ja Sosiaalihuollon tietoteknologiahanke (Tikesos) edetessä vuoden 2017 jälkeen. |
| | Kriisiavun saatavuus | Tietoa ei ole saatavilla | | Tietoa saatavissa tulevina vuosina päivystysjärjestelyn yhtenäistämisen myötä |
| | Resursointi | SOTKANet: - Sosiaalihuolto, sosiaalityöntekijöitä / 10 000 asukasta (id: 2629) | | |
| Päihdepalvelut | Päihdepalvelujen asiakkaiden luokittelu | Terveyshilmoissa: ICD 10-luokitus Sosiaalihilmoissa: Alkoholi, huume, sekakäyttö jne., mutta ei vielä kattavaa tietoa eikä raportoida | | AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla; - palveluluokka ja tieto luokiteltuna esim. ikäryhmittäin |
| | Palvelujen vaikuttavuus | Kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoisia vaikuttavuustietoa sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palveluista ei tällä hetkellä ole saatavissa. Karkeita mittareita ovat alkoholiuolleisuus, alkoholimaksasairaudet, aivo-oireyhtymät, mutta pienien määrien vuoksi tietoa ei tilastoida kuntakohtaisesti | | |
| | Kustannukset palveluittain ja kunnittain | SOTKANet: - Päihdehuollon nettokustannukset, euroa / asukas (id: 1273) - Päihdehuollon käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa (id: 1375) (lähde: Kuntatalous) | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | | | | | | |
| | Palvelujen käyttö / asiakas | SOTKANetissä: - tietoja päihdepalvelujen käytöstä (käynnit, hoitopäivät, hoitajaksot suhteutettuna asiakasmääriin) | AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla: - käyntitiedot | | | |
| | Mielenterveysasiakkaat päihdepalveluissa | Tieto ei ole tällä hetkellä indikaattorien rutiinituotannossa. Tieto on saatavissa HILMOsta 2. ja 3. diagnooseja tarkastelemalla. | AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla: - käyntitiedot | | | |
| | Miongelmaiset | Kansallisesti kattavaa, kunta- tai aluetasoa tieto ei tällä hetkellä ole saatavissa. Lisäksi ilmiön kuvaaminen riippuu siitä, miten käsite ymmärretään. | AvoHILMOsta 2012 lähtien saatavilla: - eri palvelumuotojen käyttö: mahdollisuus yhdistää henkilöittäin | | | |
| | Palvelujen tarve | Eri sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta voidaan tarkastella väestön terveys- ja hyvinvointiongelmien eli riskitekijöiden kautta. Haasteena kuntatason tiedon saatavuus (katso liitetaulukko 5). | | | | |
| Erikoissairaanhoidon palvelut | Vaikuttavuustiedot | Kunta- ja sairaanhoitopiirittaiset tiedot tulossa SOTKANettiin ja Terveytemme-järjestelmään (lähteenä Perfect –hankkeen aineisto) | katso luku 3.2.2 | | | |
| Kunnan palvelutarjonta | Yksityislääkäreitä käyttävien kuntalaisten osuus | SOTKANet: - yksityislääkärikäynneistä korvausta saaneet, % väestöstä (id 629) | | | | |
| | Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntakohtaiset tarvevakioidut kustannukset / asukas ja tarvevakioidut kustannukset yleensä | Saatavilla vuosittain kuntakohtaiset terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menotiedot | | | | |

Avainindikaattorit

Kysely kuntien ja alueiden edustajille osana THL:n terveyden, hyvinvoinnin ja palvelujen avainindikaattoreiden kehittämishjelmaa

Vastaa seuraaviin kysymyksiin oman hallinnonalasi tai asemasi edustajana.

1. Alueellisen indikaattoritiedon tarve ja tietopuutteet

Väestön terveys ja hyvinvointi

Monista väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurannan kannalta tärkeitä ilmiöistä ei tällä hetkellä ole tarjolla riittävästi alueellista seurantatietoa. Kuntatasolla vain pieni osa tiedoista on käyttökelpoisia. Kansallisiin väestötutkimuksiin perustuvia luotettavia seurantatietoja voidaan nykyään tuottaa enintään maakunta- tai sairaanhoitopiiritasoisina alueellisia tietoina.

1.1 A. Miten tärkeäksi koette kunnan toiminnan suunnittelun kannalta alla mainittujen aihepiirien sisältämän alueellisen (maakunta, sairaanhoitopiiri tai kunta) indikaattoritiedon riippumatta siitä, onko kyseistä tietoa tällä hetkellä saatavissa?

Väestön terveys

| | Valitse | | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | En osaa sanoa |
| Kuolleisuus (esim. alkoholi-kuolleisuus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sairastavuus (esim. masentuneisuus, sepelvaltimotautitapahtumat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elintavat ja yksilölliset vaaratekijät (esim. tupakointi, lihavuus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toimintakyky (esim. liikkumiskyky, ikäihmisten kotona selviytyminen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Työkyky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Väestön hyvinvointi

| | Valitse | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Erittäin tärkeä | Jossain määrin tärkeä | Ei tärkeä | En osaa sanoa |
| Elinolot (esim. köyhyys, asuinolot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koettu hyvinvointi (esim. elämänlaatu, onnellisuus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosiaaliset suhteet (esim. perhe- ja ystävyssuhteet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osallisuus (esim. luottamus, yhteisöllisyys) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.1. B Entä koetteko, että valtakunnalliset tai aluetasoiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot riittävät kunnan palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien suunnitteluun?

Väestön terveys

| | Valitse | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa kunnan toiminnan kehittämisessä ja suunnittelussa | Kyllä, aluetasoisista tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys kunnan toiminnan suunnittelulle |
| Kuolleisuus (esim. alkoholikuolleisuus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sairastavuus (esim. masentuneisuus, sepelvaltimotautitapahtumat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elintavat ja yksilölliset vaaratekijät (esim. tupakointi, lihavuus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toimintakyky (esim. liikkumiskyky, ikäihmisten kotona selviytyminen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Työkyky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Väestön hyvinvointi

| | Valitse | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| | Kyllä, valtakunnalliset tiedot riittävät | Kyllä, aluetasoinen vertailutieto auttaa kunnan toiminnan kehittämisessä ja suunnittelussa | Kyllä, aluetasoisista tietoa hyödynnetään täydentämään kuntien omaa tietopohjaa | Ei, kuntatasoinen tieto on edellytys kunnan toiminnan suunnittelulle |
| Elinolot (esim. köyhyys, asuinolot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koettu hyvinvointi (esim. elämänlaatu, onnellisuus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosiaaliset suhteet (esim. perhe- ja ystävyyssuhteet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osallisuus (esim. luottamus, yhteisöllisyys) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.2. Koetteko, että listasta puuttuu väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä aihepiirejä, joita koskeva tieto olisi toimintanne kannalta välttämätöntä? Mitä?

1.3. Entä osaatteko nimetä yksittäisiä väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita, joita ehdottomasti tarvitsitte työssänne/luottamustehtävässänne, mutta joita ei tällä hetkellä ole kunta- tai aluetasolla saatavilla?

Muun muassa Sotkanetissä on saatavissa runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaa vertailutietoa kuntatasolla.

1.4 Puuttuuko mielestänne nykyisestä tietotarjonnasta jotain sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelun ja johtamisen kannalta oleellisia tuotokseen tai vaikuttavuuteen liittyviä tietoja tai tarvitsitteko joistakin aihepiireistä nykyistä tarkempaa tietoa?

| | Puuttuvia, suunnittelun ja johtamisen kannalta oleellisia tietoja | Tietoja, joiden tulisi olla parempia tai toisessa muodossa. |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Lasten ja nuorten palvelut | _____ | _____ |
| Ikäihmisten palvelut | _____ | _____ |
| Perusterveydenhuollon palvelut | _____ | _____ |
| Sosiaalipalvelut | _____ | _____ |
| Päihdepalvelut | _____ | _____ |
| Erikoissairaanhoidon palvelut | _____ | _____ |

1.5. Valtaosa tilastotiedosta perustuu kuntien ja toimintayksiköiden tilastoviranomaisille tuottamaan tietoon. Miten tiedon tuottamista tulisi kunnissa/toimintayksiköissä kehittää, jotta tieto olisi entistä luotettavampaa?

2.1.A. Käytättekö tällä hetkellä oman alueenne väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa indikaattoritietoa seuraaviin tarkoituksiin?

| | Valitse | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Paljon | Vähän | En lainkaan |
| Alueenne väestön ja sen osaryhmien terveyden ja hyvinvoinnin tilan lakisääteiseen seurantaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palvelujen tarpeen arviointiin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kuntastrategian laadintaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hyvinvointikertomuksen laadintaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointiin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden arviointiin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen suuntaamiseen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muuhun tarkoitukseen, mihin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.1. B Entä käytättekö tällä hetkellä sosiaali- ja terveyspalveluja kuvaavaa indikaattoritietoa seuraaviin tarkoituksiin?

| | Valitse | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Paljon | Vähän | En lainkaan |
| Palvelujen tarpeen arviointiin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alueellisten strategioiden ja ohjelmien laadintaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kuntastrategian laadintaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hyvinvointikertomuksen laadintaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointiin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden arviointiin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen suuntaamiseen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muuhun tarkoitukseen, mihin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.2 Mitä keskeisiä ongelmia koette tällä hetkellä olevan alueellisen ja kuntatasoisen indikaattoritiedon hyödyntämisessä?

Voitte valita useampia vaihtoehtoja.

- Ei mitään
- Tarvittavaa alue- tai kuntatasoista tai toimipaikkakohtaista tietoa ei ole saatavilla
- Tarvittavaa sosiaaliryhmittäistä tietoa ei ole saatavilla
- Tietoa on saatavilla, mutta sen löytäminen ja saaminen on hankalaa ja/tai tieto on hajallaan
- Tietoa on saatavilla, mutta se ei ole riittävän jalostetussa ja helppokäyttöisessä muodossa
- Aika ja/tai muut resurssit indikaattoritiedon kokoamiseen ovat vähäiset
- Tiedot päivittyvät viiveellä ja tiedot julkaistaan liian pitkin aikaväleihin
- Indikaattoritiedon tulkinta ja hyödyntäminen käytännön toiminnassa on hankalaa ja vaatii erityisosaamista ja apua
- En osaa sanoa, en juuri käytä indikaattoritietoa työssäni
- Joitakin muita ongelmia, mitä? _____

3.1 Koetteko, että indikaattoritiedon tulkinta ja hyödyntäminen työssänne edellyttää asiantuntijatukea?

- Kyllä
- Ei -> siirtykää seuraavalle sivulle

3.2. Jos vastasitte kyllä, niin millaista asiantuntijatukea THL:n tulisi tarjota terveyden, hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän indikaattoritiedon tulkinnassa ja hyödyntämisessä?

Kysymme vielä lopuksi Teiltä muutaman taustatiedon.

4.1. Sukupuolenne?

- Mies
 Nainen

4.2. Mihin ikäryhmään kuulutte?

- alle 25 vuotta
 25-34
 35-54
 55-64
 65 +

4.3. Mitä kuntaa, alue- tai muuta organisaatiota edustatte?

(Luottamushenkilöiden osalta viitataan edustamaanne kuntaan tai kaupunkiin)

- Alle 5000 asukkaan kunta
 5000 - 10 000 asukkaan kunta
 10 000 - 15 000 asukkaan kunta
 15 000 - 20 000 asukkaan kunta
 20 000 - 100 000 asukkaan kaupunki
 Yli 100 000 asukkaan suuri kaupunki (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Turku, Oulu, Jyväskylä, Lahti)
 Terveyspiiri, sosiaali- ja terveyspiiri
 Sairaanhoidopiiri
 Yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue
 Maakuntaliitto
 Aluehallintovirasto
 Sosiaalialan osaamiskeskus
 Alueellinen kehittämishanke
 Järjestö
 Jokin muu, mikä? _____

4.4. Missä Suomen maakunnassa asutte?

- Ahvenanmaa
 Etelä-Karjala
 Etelä-Pohjanmaa
 Etelä-Savo
 Itä-Uusimaa
 Kainuu
 Kanta-Häme
 Keski-Pohjanmaa
 Keski-Suomi
 Kymenlaakso
 Lappi
 Pirkanmaa
 Pohjanmaa
 Pohjois-Karjala
 Pohjois-Pohjanmaa
 Pohjois-Savo
 Päijät-Häme
 Satakunta
 Uusimaa
 Varsinais-Suomi

4.5. Edustatteko kuntaa, jossa on PARAS -hankkeen aikana (2005-2009) toteutettu kuntaliitos?

- Kyllä
 En

4.6. Missä tehtävässä toimitte?

- Kunnan- tai kaupunginjohtaja
 Talous- tai hallintojohtaja
 Sosiaali-, terveys- tai perusturvajohtaja
 Sivistys- tai opetustoimenjohtaja
 Tekninen johtaja tai vastaava
 Muu johtava viranhaltija (esim. johtava ylilääkäri)
 Johtavassa asemassa oleva asiantuntija (esim. kehittämisspällikkö)
 Muu asiantuntija (esim. suunnittelija, koordinaattori)
 Jokin muu, mikä? _____

4.7. Toimitteko jossain kunnan luottamustehtävissä?

- Kyllä
 En

4.8. Mikä on koulutusasteenne?

- Perusaste (esim. peruskoulu, kansalaiskoulu)
 Keskiaste (esim. ammattikoulu, ylioppilastutkinto)
 Korkea-aste (esim. ammatillinen opisto, ammattikorkeakoulu, muu korkeakoulututkinto)

4.9. Seuraavaan kenttään voitte kirjata ajatuksianne terveyttä, hyvinvointia ja palvelujärjestelmää koskevan indikaattoritiedon kehittämisestä. Voitte myös antaa mm. evästyksiä THL:n avainindikaattoriohjelmää varten - sana on vapaa. Kiitos näkemyksistänne!
