



Päivi Hämäläinen, Sanna Ahola, Nina Halme, Arja Hastrup,
Marke Hietanen-Peltola, Pirjo Häkkinen, Mirja Ihanus, Jutta Järvelin,
Tapani Kauppinen, Katri Kilpeläinen, Kristiina Kuussaari, Eeva Liukko,
Jukka Kärkkäinen, Matti Mäkelä, Kaisa Mölläri, Päivi Nurmi-Koikkalainen,
Airi Partanen, Marja-Leena Perälä, Tuulia Rotko, Outi Räikkönen,
Jaana Suvisaari, Outi Töytäri

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta

Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi

Työpaperi 26/2016

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta

Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi

*Päivi Hämäläinen, Sanna Ahola, Nina Halme, Arja Hastrup,
Marke Hietanen-Peltola, Pirjo Häkkinen, Mirja Ihanus, Jutta Järvelin,
Tapani Kauppinen, Katri Kilpeläinen, Kristiina Kuussaari, Eeva Liukko,
Jukka Kärkkäinen, Matti Mäkelä, Kaisa Mölläri, Päivi Nurmi-Koikkalainen,
Airi Partanen, Marja-Leena Perälä, Tuulia Rotko, Outi Räikkönen,
Jaana Suvisaari, Outi Töytäri*



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-727-5 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-727-5>

Helsinki, 2016

Saatesanat

Palvelupaketti-hanke käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Sitran yhteistyönä vuonna 2015. Vuonna 2016 hankkeen ylimmäksi ohjaavaksi tahoksi nimitettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja valtionvarainministeriön nimeämän sote-uudistusvalmistelun vaikuttavuus- ja kustannustiedon työryhmä. Palvelupakettimallissa on luoto kehikkoa, jonka avulla sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia ja suoritteita voitaisiin seurata ja raportoida palvelujen järjestämisen näkökulmasta tuotantorakenteista ja palvelujen tuottajien organisaatorakenteista riippumattomalla tavalla. Palvelupaketeissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on koottu kokonaisuuksiksi, jotka on määritelty Sitran koordinoimassa laajassa asiantuntijatyössä. Sitra on julkaissut kokemuksia Palvelupakettien käytöstä kustannus- ja suoritetiedon raportoinnin työvälineenä sekä Palvelupakettien sisältöjen kuvaukset.

Syksyllä 2015 Sitra ja Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos sopivat yhteistyöstä, jossa THL sai tehtäväkseen arvioida nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa käytettäviä mittareita ja indikaattoreita, sekä niiden soveltuvuutta palvelupaketteihin. Tämän työn tulos on nyt tässä raportissa.

Sitra asetti Palvelupakettikokonaisuuden osana käynnistetylle Sitran ja THL:n yhteishankkeelle ohjausryhmän, jonka puheenjohtaja oli Antti Kivelä, Sitra ja jäsenet Päivi Voutilainen, STM, Klas Winell, Timo T Seppälä, THL, Johanna Lammi-Taskula, THL, Päivi Hämäläinen, THL, Lea Konttinen, Sitra, Eero Vaissi, Sitra sekä Eeva Päivärinta, Sitra sekä sihteerinä Karoliina Ohrankämmen, Sitra. Kirjoittajat haluavat lämpimästi kiittää ohjausryhmää saamastaan tuesta. Työ tehtiin kiinteässä yhteistyössä Sitran Palvelupakettipilottien kanssa. Käytännön työn toimijoilta saatu palaute ja Eveliina Huurteen johtamat pilottitapaamiset olivat työn kannalta tärkeitä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa hanketyöhön osallistui yhteensä 42 asiantuntijaa, jotka edustivat neljää laitoksen eri osastoa. THL:n johtoryhmä seurasi hankkeen etenemistä. Hankkeessa mukana olleet osastot ja mukana olleet asiantuntijat palvelupakettitiimeittäin löytyvät tämän raportin liitteestä 2. Raportin kirjoittajien lisäksi THL:ssä osallistuivat indikaattorilistojen keräämiseen ja arviointiin sekä hankkeen koordinointiin Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen, Heidi Anttila, Viveca Bergman, Juha Fränti, Pia Hakamäki, Lasse Ilkka, Minna Kivipelto, Timo Koskela, Minerva Krohn, Tuija Martelin, Suvi Parikka, Nella Savolainen, Sarianna Savolainen, Stina Sjöblom, Pia Solin, Timo Ståhl, Seppo Turunen, Heli Valkeinen, Satu Vuorio ja Kirsi Wiss.

Lämmin kiitos Klas Winellille ja Heli Hätöselle, jotka ovat käyttäneet aikaansa indikaattoreiden arviointiin. Useaan palvelupakettiin liittyviä indikaattoreita käsiteltiin erilaisissa alan asiantuntijakokouksissa, joissa keskustelu oli aktiivista ja työtä edistävää. Haluamme kiittää kaikkia työhön osallistuneita.

Tehdyn arviointityön tuloksena syntynyt katsaus indikaattoreihin ja niiden kehittämistarpeisiin on vasta yksi pieni askel sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin kehittämistyössä. Sitä ei tule pitää valmiina vastauksena. Nykyiset indikaattorit kuvaavat nykyistä palvelujärjestelmää. Ne ovat vasta lähtökohta työlle, jota pitää tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmäuudistuksen edetessä, kun eri toimijoiden tietojohdamisen tarpeet alkavat hahmottua.

Kirjoittajat

Tiivistelmä

Palvelupaketti-hanke käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Sitran yhteistyönä vuonna 2015 ja vuodesta 2016 alkaen sitä on ohjannut sosiaali- ja terveysministeriön ja valtionvarainministeriön nimeämän soite-uudistustyön Vaikuttavuus- ja kustannustiedon työryhmä. Palvelupaketeissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on koottu kokonaisuuksiksi, jotka on määritelty Sitran koordinoimassa laajassa asiantuntijatyössä. THL sai Palvelupakettihankkeessa tehtäväkseen arvioida nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa käytettäviä indikaattoreita sekä niiden soveltuvuutta palvelupaketteihin. Lisäksi THL:n tuli koota lista jatkovalmistelun kannalta kiinnostavia palvelupakettikohtaisia indikaattoreita ja niiden kehittämismahdollisuuksia. Erillisenä tehtävänä tuli arvioida palvelupakettien toimivuutta kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta. THL:n tarkasteluun sovittiin otettaviksi mukaan 13 palvelupakettikokonaisuutta.

THL käytti arviointityön viitekehystenä OECD:n asiantuntijatyössä luotua terveydenhuollon palvelujärjestelmän laadun arvioinnin viitekehystä, jota muokattiin huomioimaan myös sosiaalipalvelut. THL nimesi jokaiselle palvelupaketille oman vastuutiimin, joka kokosi aihepiirinsä olemassa olevat kustannus-, vaikuttavuus- ja laatuindikaattorit. Palvelupakettikäsikirjassa kuvattuihin palveluihin liittyviä indikaattoreita, erilaisia julkaistuja tilastolukuja ja niiden tietolähteitä löytyi paljon. Tietopohja on laaja mutta hajanainen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tietopohjasta on vaikea saada kokonaiskuvaa edes perustoimintatiedon tasolla. Listoille tuli yhteensä 1232 indikaattoriehdokasta ja 78 täydentävää indikaattoria. Ne otettiin mukaan arviointikierrokselle jossa Sitran Palvelupakettihankkeen kuntapilotit arvioivat listoja. Samaan aikaan käynnistettiin asiantuntijoiden tekemä arviointityö, jossa tarkasteltiin samaa listaa. Työssä oli tavoitteena löytää kokonaisuus, joka mahdollisimman hyödyllisellä tavalla muodostaisi kunkin paketin kokonaiskuvan eri näkökulmista kohtuullisen kokoisesta indikaattoriselistä rakennettuna. Asiantuntija-arviot ja kuntapiloteilta saatu palautte kuvataan raportissa palvelupakettikohtaisesti.

Arviointityön tuloksena syntyi indikaattorilista, jonka indikaattoreiden arvioitiin kuvaavan palvelujärjestelmän toimintaa ja olevan huomioon otettavia palvelujärjestelmän laadun ja vaikuttavuuden tarkastelua kehitettäessä. Listalla on 211 indikaattoria, mikä on 17 % arviointikierroksella mukana olleista ehdokkaista. Pilottiorganisaatioiden ja THL:n asiantuntijoiden näkemykset olivat pääosassa arvioituja indikaattoreita yhdenmukaisia. Useissa palvelupaketeissa oli kuitenkin muutamia indikaattoreita, joissa kentän toimijoiden ja kansallisten asiantuntijoiden näkemykset erosivat selvästi toisistaan. Listan indikaattoreista 26 % liittyy pysyviin hyvinvoinnina ja terveenä, 52 % terveys- tai sosiaalisen ongelman ratkaisemiseen ja 22 % selviytymiseen sairauden tai alentuneen toimintakyvyn kanssa. Elämän viimeisen vaiheen hallintaan ei löytynyt yhtään indikaattoria.

Tarkastelun tiivistetty tulos on se, että kaikkien palvelupakettien osalta on toimintaa kuvaavia indikaattoreita olemassa, joko tuotannossa tai muutoin kehitettyinä, mutta vain osalle kuvattuja palvelupaketteja löytyy laadun ja vaikuttavuuden seurannan indikaattoreita. Nekään eivät usein kohdistu toiminnan keskeisiin sisältöihin. Tietoaukko on suuri. Sosiaalipalvelujen laadun ja vaikuttavuuden indikaattoreita ei juuri ole olemassa. Palvelupakettihankkeen tuotoksena tehty indikaattorien arviointi on hyödyllinen kuvaus palvelujärjestelmää kuvaavien indikaattoreiden nykytilasta ja kehittämistarpeista. On kuitenkin hyvä huomata, että työ on

tehty palvelupaketeittain eikä se sisällä indikaattoreita, jotka katsovat palvelujärjestelmän toimintaa kokonaisuutena tai muista näkökulmista. Raportin lopussa on lista valituista indikaattoreista ja lista kaikista arvioinnissa mukana olleista indikaattoreista.

Sisältö

Saatesanat.....	3
Tiivistelmä.....	5
1 Johdanto	9
1.1 THL:n työn taustaa.....	9
1.2 Yleistä laatu- ja vaikuttavuus- indikaattorityöstä ja tarkasteluun valittu viitekehys	10
1.3 Työn menetelmät ja toteutuksen yleinen kuvaus	14
2 Palvelupakettikohtainen tarkastelu.....	17
2.1 Suun terveydenhuollon palvelupaketti.....	17
2.2 Mielen terveys- ja päihdepalveluiden palvelupaketti.....	22
2.2.1 Mielen terveys.....	22
2.2.2 Päihdepalvelut.....	26
2.3 Lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketti	32
2.4 Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketti.....	42
2.5 Hoito- ja hoivapalvelujen palvelupaketti.....	49
2.6 Keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketti	52
2.7 Vammaisten palveluiden palvelupaketti	58
2.8 Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketti	62
2.9 Vastaanottopalveluiden palvelupaketti.....	66
2.10 Päivystyksen palvelupaketti.....	72
2.11 Ensihoidon palvelupaketti.....	75
2.12 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupaketti	80
3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana sote-palveluita - tavoitteena parempaa elämänlaatua ja kustannussäästöjä.....	86
4 Yhteenvedo sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arvioinnista palvelupakettien näkökulmasta	92
5 Lähteet	98
Liite 1: Indikaattorit, joita THL on koonnut huomioon otettaviksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän laadun ja vaikuttavuuden mittaamista kehitettäessä	106
Liite 2: Palvelupakettikohtaisten indikaattoreiden arviointiin osallistuneet osastot ja asiantuntijat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa	139
Liite 3. Pilottiorganisaatioilla ja asiantuntijoilla arvioitavana ollut indikaattorilista.....	140

1 Johdanto

1.1. THL:n työn taustaa

Palvelupaketti-hanke käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Sitran yhteistyönä vuonna 2015. Vuonna 2016 hankkeen ylimmäksi ohjaavaksi tahoksi nimitettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja valtionvarainministeriön nimeämän sote-uudistusvalmistelun vaikuttavuus- ja kustannustiedon työryhmä (Valtioneuvosto 2016d). Palvelupakettimallissa lähdettiin luomaan kehikkoa, jonka avulla sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia ja suoritteita voitaisiin seurata ja raportoida palvelujen järjestämisen näkökulmasta tuotantorakenteista ja palvelujen tuottajien organisaatorakenteista riippumattomalla tavalla. Palvelupaketeissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on koottu kokonaisuuksiksi, jotka on määritelty Sitran koordinoimassa laajassa asiantuntijatyössä. Sitra on julkaissut kokemuksia Palvelupakettien käytöstä kustannus- ja suoritustiedon raportoinnin työvälineenä (Sitra 2016a) sekä Palvelupakettien sisältöjen kuvaukset (Sitra 2016b).

Syksyllä 2015 Sitra ja Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos sopivat yhteistyöstä, jossa THL sai tehtäväkseen arvioida nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa käytettäviä mittareita ja indikaattoreita, sekä niiden soveltuvuutta palvelupaketteihin. Työssä THL:n tuli huomioida kansalliset sekä kansainväliset vaatimukset sekä pilottien kokemukset siinä laajuudessa kun ne ovat hankeaikana käytettävissä. Lisäksi THL:n tuli antaa suositukset palvelupakettikohtaisista mittareista ja indikaattoreista ja niiden kehittämismahdollisuuksista. Määrittelyssä tuli huomioida riittävä, kokonaistaloudellisesti järkevästi toteutettava ja nopeasti käyttöön otettava raportointitaso, jolla toimintajärjestelmän ohjattavuus ja vertailtavuus mahdollistuvat ja joka voidaan käyttöönottaa nopeasti. Samalla tuli huomioida mahdollisuus kansallisesti yhden ja yhtenäisen tietopohjan luomiseen palvelupaketeille sekä muille raportointitarpeille siten, että tieto kertaalleen kirjattuna on käytettävissä kaikkiin käyttötarkoituksiin. Osioon liittyen tuli tehdä indikaattoreiden testausta siinä mittakaavassa kuin se on hankeaikana mahdollista. Määrittelyssä ja testauksessa tuli tehdä yhteistyötä Palvelupaketti-hankkeen pilottiorganisaatioiden kanssa. Lisäksi erillisenä tehtävänä tuli arvioida palvelupakettien toimivuutta kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta. THL:n tarkasteluun sovittiin mukaan otettaviksi 13 palvelupakettikokonaisuutta. Edellä esitetyn oman hanketehtävänsä lisäksi THL osallistui Sitran kanssa erikseen sovitusti asiantuntijana myös muutoin Palvelupakettihankekokonaisuuden työhön.

Työ on tehty Sitran ja THL:n välisessä yhteisrahoitteisessa hankkeessa, jossa Sitra kattoi 70 % työn kuluista. Sitra asetti hankkeelle ohjausryhmän, jonka puheenjohtaja oli Antti Kivelä, Sitra ja jäsenet Päivi Voutilainen, STM, Klas Winell, Timo T Seppälä, THL, Johanna Lammi-Taskula, THL, Päivi Hämäläinen, THL, Lea Konttinen, Sitra, Eero Vaissi, Sitra sekä Eeva Päivärinta, Sitra ja sihteerinä Karoliina Ohrankämmen, Sitra. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa hanketyöhön osallistui yhteensä 41 asiantuntijaa, jotka edustivat neljää laitoksen eri osastoa.

THL:n johtoryhmä seurasi hankkeen etenemistä. Hankkeessa mukana olleet osastot ja asiantuntijat löytyvät liitteestä 2.

STM ja Sitra ovat pitäneet hanketta merkittävänä Sote-ohjaustyökaluihin liittyvässä valmistelussa ja odotukset ovat siksi suuret. Kuntapilotit ovat olleet hyvin vahvasti sitoutuneita hankkeeseen ja jo hankeaikana hyödyntäneet hanketta myös toiminnanohjauksensa työkalujen kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysministeriö on päättänyt hyödyntää Palvelupaketteja kansallisen ohjauksen välineenä (STM 2016a). Uuden ohjaus- ja raportointimallin käyttöönotto tapahtuu osana sote- ja maakuntauudistuksen (Valtioneuvosto 2016a) valmistelua.

1.2 Yleistä laatu- ja vaikuttavuus- indikaattoriyöstä ja tarkasteluun valittu viitekehys

Sosiaali- ja terveydenhuollon indikaattoreiden kehittämisen ensimmäinen askel on määritellä ja sopia se, mitä halutaan tietää. Palvelupakettihanke on ollut yksi rajallinen lähestymistapa indikaattoritarkasteluun. Siinä on lähtökohtana ollut tarkastella olemassa olevien indikaattoreiden soveltuvuutta sisällöltään määriteltyjen palvelupakettien laadun ja vaikuttavuuden arviointiin. Lähtökohtana oli siten palvelujärjestelmän toiminnan laadun ja vaikuttavuuden palvelupakettikohtainen mittaaminen.

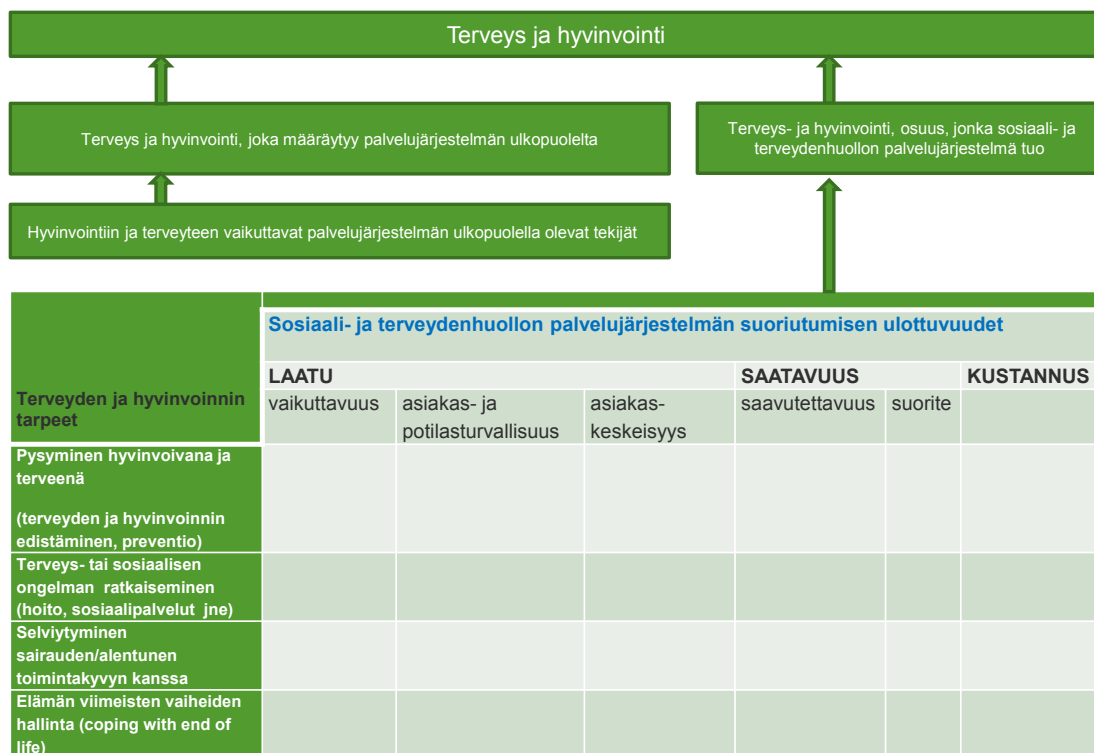
On olemassa erilaisia palvelujen laadun ja vaikuttavuuden mittaamisen viitekehyksiä. Osa viitekehysistä tarkastelee palveluja prosessien, hoitoketjujen tai yksittäisten toimenpiteiden näkökulmasta osa taas palvelujärjestelmän kokonaisuuden näkökulmasta. (mm. Kaplan ym. 1992, Sintonen ym. 1997, Konu ym. 2009, Rautava ym. 2009) OECD:llä on pitkä kokemus palvelujärjestelmien toiminnan arvioinnista ja kansainvälisestä vertailusta. OECD on luonut yhteistyössä jäsenmaiden kanssa yhden terveydenhuollon palvelujärjestelmän laadun arvioinnin viitekehysten (Kelly ja Hurst 2006), jota se on käyttänyt omassa indikaattori- ja arviointityössään ja julkaisuissaan (OECD 2015). Käyttökokemusten jälkeen viitekehyksestä on julkaistu päivitetty versio (Carinci 2015). Myös Euroopan unionin asiantuntijatyössä on terveydenhuollon palvelujärjestelmien toimintakyvyn tarkastelun lähtökohdaksi otettu OECD:n viitekehys. (Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2016). Viitekehys keskittyy terveydenhuollon laatuun ja vaikuttavuuteen, ja siinä vaikuttavuus on yksi laadun sisällä oleva näkökulma. Myös palvelujen saatavuus ja kustannukset on otettu mukaan malliin, vaikka ne eivät laatu- ja vaikuttavuuden näkökulmasta ole tarkastelun keskiössä. Sosiaalihuollon palvelujen näkökulma ei ole suoraan mukana mallissa, mutta malli sisältää kuitenkin hoivan ja elämänlaadun näkökulmat. THL:n palvelupakettityössä on käytetty modifioitua OECD:n vuoden 2006 viitekehystä. Valinnan tärkein peruste on kokemukset tämän viitekehysten käytöstä nimenomaan palvelujärjestelmän toimintakyvyn tarkastelussa ja palvelujärjestelmien vertailussa sekä OECD:n omassa työssä, että eri maissa niiden kansallisessa palvelujärjestelmän toiminnan laadun raportoinnissa. Euroopan unionin asettama terveydenhuollon palvelujärjestelmien toimintakyvyn arvioinnin työryhmä on tuoreessa laadunarvioinnin käsittelevässä raportissaan myös valinnut lähtökohdaksi OECD:n viitekehysten (Euroopan unioni 2016). Useat maat ovat hyödyntäneet tätä viitekehystä kansallisessa laatu- ja toimintaindikaattoreiden säännöllisessä seurannassa. Myös muita viitekehyksiä on hyödynnetty. (Carinci ym. 2015, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting 2014, Canadian Institute for Health Information. 2016, Van den Berg ym. 2015, Ham ym. 2015.)

Palvelupakettimalli tarkastelee palveluja kokonaisuuksina järjestäjän näkökulmasta. Järjestäjän tehtävänä on huolehtia siitä, että väestö saa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siten kuin lainsäädännössä on säädetty. Tämä liittyy palvelupakettien vaikuttavuuden ja laadun tarkastelun suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevan lainsäädännön

toteutumisen arviointiin. Mikäli laatua ja vaikuttavuutta tarkasteltaisiin ensisijassa asiakkaan, palvelujen tuottajan tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta, olisivat lähtökohdat ja tavoitteet toisenlaisia ja viitekehyksen valinta pitäisi arvioida eri lähtökohdista.

THL:n modifioiman viitekehyksen lähtökohdana on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suoriutumisen tarkastelu erityisesti vaikuttavuuden ja laadun näkökulmista. Sosiaalihuollon palvelut on otettu viitekehykseen mukaan ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulma on viety osaksi kaikkia tarkastelutasoja. Saatavuus katsotaan osaksi palvelujärjestelmän toiminnan laatua. Saatavuuden yksinkertaisin peruselementti on palvelun olemassaolo, jota kuvaa käsite suorite. Saatavuus sisältää myös maantieteellisen ja muun fyysisen, esimerkiksi esteettömyyteen liittyvän, saavutettavuuden. Vaikka kustannusta ei suoraan nähdä laadun tai vaikuttavuuden osana, se on kuitenkin viitekehyksessä mukana välillisenä elementtinä. Kustannusvaikuttavuus on mukana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamisen tavoitteissa (Valtioneuvosto 2016a). Kustannus voi olla osatekijä myös saatavuuden näkökulmasta.

VIITEKEHYS



Kuvio 1. OECD:n viitekehyksen pohjalta palvelupakettihanketta varten luotu viitekehys

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ylimpänä tavoitteena viitekehyksessä on väestön hyvinvointi ja terveys. Näistä merkittävä osa syntyy muiden vaikutusten kuin sote-palvelujärjestelmän kautta. Se syntyy yleisen yhteiskuntapolitiikan, yksilövalintojen, luonnonolosuhteiden tai sattuman kautta. Palvelupaketit ovat palvelujärjestelmän toimintaa ja ne liittyvät vain siihen osuuteen hyvinvointia ja terveyttä, jota voidaan tuoda palvelujärjestelmän kautta. Tämän raportin luvussa 4 väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmaa käsitellään kokonaisuutena tarkemmin.

Ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin tarpeet, joihin palvelujärjestelmän tulisi vaikuttaa, ovat eri tilanteissa erilaisia. Hyvinvoivaa ja tervettä henkilöä tulisi tukea säilyttämään tämä ti-

lanne. Jos tilanne järkkyy, eli tulee sairaus tai sosiaalinen ongelma, on ensisijainen tehtävä hoitaa ongelma ja palauttaa hyvä tilanne. Jos henkilöllä on ongelma kuten krooninen sairaus tai heikot sosioekonomiset lähtökohdat elämään, joita ei voida poistaa, on tavoitteena lieventää ongelmaa niin paljon kuin mahdollista maksimoiden henkilön elämänlaatu ja toimintakyky. Elämän viimeisissä vaiheissa ei toimintakyky aina ole tavoite, vaan palvelut kohdistetaan viimehetken elämänlaadun maksimointiin.

Palvelujärjestelmän toimintakykyä ja palvelun laatua voidaan kaikissa edellä esitettyissä tilanteissa tarkastella eri ulottuvuuksista käsin. Toiminnan olisi ensisijassa oltava vaikuttavaa, eli sen tulisi aikaansaada se, mihin se on tarkoitettu, mikä ylimmällä tasollaan on hyvinvointia ja terveyttä. Palvelun tulisi olla turvallista; eli aikaansaada hyötyä, ei haittaa. Laadukas palvelu on myös sellaista, josta potilas itse kokee hyötyvänsä ja kokee myös tulleen kuulluksi ja asianmukaisesti kohdelluksi. Palvelun saatavuudella on monta ulottuvuutta. Se voi olla palvelun olemassaoloa, oikea-aikaisuutta, fyysistä saavutettavuutta matkana tai esteettömyytenä, taloudellista mahdollisuutta hankkiutua palveluun ja sitä, että palvelujen toteuttamisessa ei ole eriarvoisuutta. Palvelujen kustannuksia ei yleensä katsota palvelujen laadun osatekijäksi muussa kuin saavutettavuuteen liittyvässä mielessä, mutta jos toimintaa katsotaan palvelujärjestelmäkokonaisuuden tasolla, kustannukset ovat kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta palvelujärjestelmän laatutekijä, jolla maksimoidaan yhteiskunnassa käytettävissä olevilla resursseilla saatavaa hyvinvointi- ja terveyshyötyä.

Palvelutarpeen tasoista ja laadun ulottuvuuksista on Palvelupakettien tarkastelun viitekehysessä (kuva 1) muodostettu ristiintaulukointi sen varmistamiseksi, että laadun ja vaikuttavuuden mittaamista tarkastellaan riittävän monipuolisesti. Sitran Palvelupaketti-hankkeessa määritellyt Palvelupaketit (Sitra 2016a) on suunniteltu erityisesti palvelujen järjestäjän työkaluksi ja kansallisen tason tarkasteluun. Suomessa julkisen sektorin sote-palveluiden toimijat eivät nykyjärjestelmässä ole puhtaita järjestäjiä, sillä sekä palvelujen järjestämisestä että tuottamisesta vastaavat kunnat ja kuntayhtymät. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin nykyiset indikaattorit on luotu tämänhetkisen palvelujärjestelmän puitteissa. Indikaattoritarkastelua ja kehittämistyötä on kansallisen tason lisäksi tehty alueellisella ja palveluntuottajakohtaisella tasolla (esim. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015, Salomaa ym. 2010). Tämän hankkeen indikaattorivalinnoissa ja loppupäätelmissä keskitytään tarkasteluun järjestäjän näkökulmasta siinä laajuudessa kuin se on sote-uudistuksen valmisteluvaihe huomioiden mahdollista. Alueellisen tarkastelutason avulla yritetään simuloida maakuntatarkastelua.

Palvelupakettihankkeen perimmäinen tarkoitus on kehittää työkaluja sote-järjestelmän ohjaukseen. Ohjausjärjestelmän työkaluja ja indikaattoreiden kehittämistä palvelujärjestelmän toiminnan mittaamiseen on käsitelty tuoreissa tutkimuksissa ja selvityksissä kuten Valtioneuvoston selvitys julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus (Keskimäki ym. 2016) ja erilaisiin indikaattoritietoihin pohjaava Kunnallisan kehittämissäätöön tutkimus sote-uudistuksen toteuttamisesta (Kinnula ym. 2015).

Vaikuttavuuden ja laadun käsitteistä ja mittaamisesta

Yksi laadun ja vaikuttavuuden tärkeä ero on aikajänne. Tuotos voi olla hyvä ja laadukas heti, mutta vasta myöhemmin tiedetään oliko se vaikuttava. (Lumijärvi 1994). Laatu liittyy jokaiseen hetkeen palveluprosessissa ja sen jatkuvaa seuraamista prosessin aikana pidetään tärkeänä (Koivumäki ja Vaarama 2011). Vaikuttavuus taas tulee usein vasta pitkällä aikavälillä sellaiseksi, että sitä voitaisiin mitata. Siihen mennessä samaan asiaan ovat saattaneet vaikuttaa monet

muutkin tekijät ja tulee vaikeaksi, tai mahdottomaksi, osoittaa, että jonkun hetken terveys- ja sosiaalipalvelut ovat juuri ne, jotka ovat asiassa vaikuttaneet.

Vaikutuksia voidaan arvioida joko prosessin (tuotosten) tai lopputuloksen (haitat ja hyödyt) tai molempien kautta. Vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana voivat siten olla joko asetetut hoidon/toiminnan tavoitteet tai yksilön/yhteisön tarpeet eli näkökulma on joko potilaan eli yksilön tai tuottajan ja järjestäjän näkökulma. Onnistuminen, hyöty tai haitta ei näistä eri näkökulmista välttämättä aina ole samat. (Konu ym. 2009) Esimerkiksi vaikutukset julkisen palvelun kustannuksiin hänen henkilökohtaisessa asiassaan eivät välttämättä ole asiakkaalle itselleen tärkeitä. Toisaalta asiakaskokemus palvelussa voi olla asiakkaan elämässä merkityksellinen vaikka kohtaamisella ei olisikaan mitään mitattavaa vaikutusta esimerkiksi kroonisen sairauden kulkuun. Toimintatapojen, jopa suoritteiden, mittaamista käytetään usein epäsuorana vaikuttavuuden mittaamisen korvikkeena kun vaikuttavuuden varsinaisen mittaaminen on vaikeaa. Tässä selvitystyössä on lähtökohtana ollut palvelujärjestelmän toiminta palvelujen järjestäjän näkökulmasta tarkasteltuna palvelupaketeiksi (Sitra 2016a) muodostettuina kokonaisuuksina.

Vaikuttavuus on nähty jopa tyhjänä käsitteenä ellei siihen sisälly tietoa siitä mihin pyritään, mihin halutaan vaikuttaa (Rajavaara 2007). Vielä ei ole käytettävissä uuden sote-palvelujärjestelmän vahvistettuja tavoitteita. Tämän raportin tarkastelussa hyödynnetään sote-lainsäädäntöuudistuksessa (Valtioneuvosto 2016a) kuvattua tarkoitusta sote-palvelujen järjestämisestä. Sen mukaan sote-palvelujärjestelmän tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, kustannusvaikuttavat ja tuottavuudeltaan hyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa. Tämä yleinen tavoitetaso ei vielä anna indikaattorityöhön sellaisia tavoitteita, jotka olisivat helposti kohdennettavissa kunkin palvelupaketin muodostamaan palvelujen kokonaisuuteen. Tämän tason tavoitteet uudessa järjestelmässä asetetaan vasta toiminnan suunnitteluun ja budjetointiin liittyvien ohjauksen prosessien kautta. Tämä laadun ja vaikuttavuuden tarkasteluun liittyvä indikaattorityö jää siten uuden palvelujärjestelmän tarkastelun näkökulmasta vielä hyvin viitteelliseksi jatkokehityksen pohjatyöksi.

Palvelupakettien sisältökuvaukset

Sitran Palvelupakettihankkeessa (Sitra 2016a) valmistellut palvelupaketit on tarkoitettu seurannan ja ohjauksen työkaluiksi. Niiden tavoite on jäsentää sosiaali- ja terveyspalvelut ohjattaviin kokonaisuuksiin. Palvelupakettien on ajateltu toimivan ohjausjärjestelmässä osana mittaristoa, joka tuottaa tietoa tavoitteiden saavuttamisesta. Palvelupakettien sisältökuvaukset on julkaistu Palvelupakettikäsikirjana (Sitra 2016b). Siinä on ensimmäisen kerran määritelty palvelupakettien hierarkia, sisältö ja palveluiden kohdentamisen säännöt sekä tietojen keräämisen keskeiset määrittelyt. Ne sisältävät kuntien järjestämisvastuulla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut ryhmiteltyinä eri palvelujen muodostamiksi kokonaisuuksiksi joita kutsutaan palvelupaketeiksi. Palvelupakettien sisältö jakautuu toimintoihin, palveluihin ja tuotteisiin (Sitra 2016a). Toimintojen ajatellaan olevan sellainen taso, josta voidaan muodostaa kaikille maakunnille (Valtioneuvosto 2016a) yhteisiä, lähes kiinteitä vertailutasoja. Palvelut sen sijaan voivat vaihdella maakunnittain, jollei palvelua ole sovittu valtakunnallisesti vertailtavaksi. Tuotteessa on ensisijaisesti kyse hoidetusta tai hoidossa olleesta asiakkaasta. Käsikirjassa esitellyt palvelupakettien määrittelyt (Sitra 2016b) ovat tämän THL:n raportin lähtökohta, eikä näitä palvelupakettien sisällöllisiä kuvauksia toisteta tässä raportissa, vaan viitataan Sitran julkaisemiin palvelupakettikuvauksiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työ ei sisällä julkaistujen palvelupakettien sisältömäärittelysten arviointia. Työ keskittyy etsimään mahdollisuuksia tarkastel-

la Palvelupakettikäsikirjassa kuvattuja palvelupaketteja laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta indikaattoreiden avulla.

Palvelupakettikuvaukset, joita tässä raportissa on käytetty, ovat: 1) suun terveydenhuollon palvelupaketti, 2) mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupaketti, 3) lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketti, 4) aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketti, 5) hoito- ja hoivapalvelupaketti, 6) keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketti, 7) vammaisten palveluiden palvelupaketti, 8) lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketti, 9) vastaanottopalveluiden palvelupaketti, 10) päivystyksen palvelupaketti, 11; ensihoidon palvelupaketti ja 12) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupaketti. Lisäksi osana vastaanottojen palvelupakettia on käsitelty laaja-alaisen palvelutarpeen palvelupakettia, joka oli valmistelutyön aikana esillä erillisenä.

Indikaattorit ja mittarit

Suomisanakirjan¹ mukaan indikaattori on yhteiskunta-, talous- ja ympäristötieteissä sekä laatu-järjestelmissä jokin tunnusluku, joka kuvaa asioiden tilaa ja kehitystä. Indikaattorikäsitettä käytetään tässä raportissa tällaisena yleiskäsitteenä. Joissain teksteissä voi esiintyä myös sana mittari. Indikaattorin ja mittarin mahdollisiin teoreettisiin eroihin ei paneuduta. Tässä raportissa sanat tulkitaan synonyymeiksi.

1.3 Työn menetelmät ja toteutuksen yleinen kuvaus

THL nimesi jokaiselle palvelupaketille oman vastuutiimin, joka kokosi aihepiirinsä olemassa olevat kustannus-, vaikuttavuus- ja laatuindikaattorit. Palvelupakettitiimien asiantuntijat on lueteltu liitteessä 2. Indikaattoreita etsittiin olemassa olevista indikaattoreista, jotka ovat 1) tuotannossa, tai 2) tuotettavissa olemassa olevista datoista, 3) ovat nykyisin saatavissa vain osalta toimijoista tai olisivat kohtuullisella kehittämistyöllä tuotettavissa 4) olisivat kirjallisuuden/muun näytön pohjalta mahdollisesti käyttökelpoisia indikaattoreita, mutta toteutettavissa vain kehittämistyöllä. Kokonaan uusia indikaattoreita ei hankkeen tehtävänä ollut kehittää, mutta sellaisen palvelujärjestelmän toiminnan tunnistamiseksi, josta kokonaan puuttuu indikaattoreita, oli osa tehtävä. Tarkempi kuvaus mittareiden ja indikaattoreiden kartoitustyöstä on esitelty pakettikohtaisesti luvussa. 2. Kaikista mittareista ja indikaattoreista kuvattiin alla olevat tiedot:

- Indikaattorin nimi
- Mitä mittaa
- Mitta-arvo
- Onko kansallisessa tuotannossa, kyllä/ei
- Onko kansallisesti saatavilla sairaanhoitopiiritasolta, kyllä/ei
- Onko kansallisesti saatavilla kuntatasolta, kyllä/ei

Laaditut indikaattorilistat lähtivät prosessiin, jossa kuntapilotit arvottivat listojen indikaattorit ja mittarit. Edellä luetellut yleistiedot mittareista ja indikaattoreista olivat valmiiksi mukana pilottiorganisaatioihin lähtevissä indikaattorilistoissa. Jokainen Sitran koordinoiman palvelupakettihankkeen kuntapilotti ilmoitti yhden yhdyshenkilön, joka järjesti listan arvioimisen

¹ <http://www.suomisanakirja.fi/indikaattori>

pilotissa ja toimitti tulokset koottuna THL:ään. Prosessia ohjattiin pilottien tapaamisissa, joissa myös pyydettiin listojen tarkastelua tietojohtamisen näkökulmasta. Pilotteja pyydettiin täydentämään listaa seuraavilla kohdilla.

- Onko luku-arvo muodostettavissa pilotoivan organisaation datasta, kyllä/ei
- Jos kyllä, lukuarvo
- Käyttökelpoisuus suunnittelussa ja arvioinnissa palvelupaketin näkökulmasta, numerolla 0-10
- Käyttökelpoisuus suunnittelussa ja arvioinnissa palvelupaketin näkökulmasta, kirjallinen arvio (pilotin oman toiminnan näkökulmasta)
- Mahdollisuus täydentää indikaattorilistaa, mikäli jotain tärkeää ja teoriassa tuotettavissa olevaa puuttuu listasta
- Mahdollisuus antaa mittari-/indikaattorikohtaisia ja yleisiä kommentteja ja havaintoja mahdollisesti kokonaan puuttuvista mittaroinnin osa-alueista.

Kuntapilotit olivat mukana hankkeessa seuraavasti:

- Siun sote ja Eksote: kaikki paketit
- Pohjois-Savon alueella (Kuopio, PSSHP, Kysteri, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä): lasten nuorten ja perheiden palvelupaketti
- Tampere: kuntoutuksen palvelupaketti
- Porvoo: hoivan ja hoidon palvelupaketti
- Varsinais-Suomi (VSSHP, Raisio, Naantali ja Akselikkunnat): lasten nuorten ja perheiden palvelupaketti
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä: päihde- ja mielenterveyspalvelupaketti

Kuntapiloteista Siun sote tuotti palautteen kaikista indikaattorilistoista, Kuopion alueen ja Varsinais-Suomen pilotit antoivat palautteen lasten-, nuorten ja perheiden indikaattorilistasta, Porvoon pilotti hoito- ja hoivapaketin ja Tampere lääkinällisen kuntoutuksen paketin indikaattorilistoista. Lisäksi Eksote antoi palautteen kaikissa indikaattorilistoissa olevien indikaattoreiden saatavuudesta järjestelmästä ja kommentit hoidon ja hoivan sekä lääkinällisen kuntoutuksen listoista. Kainuun sote antoi palautteen päihde- ja mielenterveysindikaattoreiden saatavuudesta järjestelmästä. Pilottialueet on kuvattu tarkemmin Palvelupakettien käsikirjassa (Sitra 2016b).

Samaan aikaan pilotointiprosessin kanssa käynnistettiin asiantuntijaprosessiksi hankkeessa kutsuttu asiantuntijoiden tekemä arviointityö THL:ssä. Siinä THL:n asiantuntijat täydensivät listoja alla luetelluilla asioilla. Osa tiimeistä hyödynsi työssään alansa työkokouksia ja/tai asiantuntijoita omaa tiimiään laajemmin. Palvelupakettikohtaiset kuvaukset asiantuntijaprosessista on kuvattu luvussa 2.

- Mihin OECD viitekehyksen kohtiin mittari/indikaattori liittyy?
- Tärkein (tärkeimmät) käyttötarkoitukset sote-järjestelmän seurannassa ja arvioinnissa
- Tasot, joille tieto on hyödyllinen (kansallinen, alueellinen, kunta- ja palvelujen tuottajataso)
- Numeroarvo mittarin/indikaattorin käyttökelpoisuudelle palvelujärjestelmän toiminnan arvioinnissa
- Mihin muihin palvelupaketteihin mittari voi liittyä?

THL:n tuottama asiantuntija-arvio sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa käytettävien indikaattoreiden soveltuvuudesta palvelujärjestelmän tarkasteluun palvelupaketeittain on tehty yhteensovittamalla kirjallisuudesta ja muista tausta-aineistoista saatu tieto indikaattoreista, kuntapiloteilta saatu palaute ja tarkastelussa tehty asiantuntijatyö. Alustavia pakettikohtaisia tuloksia on esitelty palvelupakettihankkeen pilottitapaamisissa, joissa saatua palautetta on hyödynnetty arviointityössä.

Palvelupakettipilotissa kunnalliset palvelujen tuottajat kokeilivat toiminta- ja kustannustiedon keräämistä palvelupaketeittain. Pilottikuntien hankekausi oli niin lyhyt, että laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreita ei ollut mahdollista laajamittaisesti kokeilla käytännössä. THL on hankkeen aikana kuitenkin tehnyt numeerisia esimerkkejä joistain indikaattoriluvuista maakunta- sekä sairaanhoitopiirirakennetta hyödyntäen. Tampereen kaupunki kokeili hankkeen aikana lääkinnällisen kuntoutuksen mittareiden poimimista omista järjestelmistään. Palvelupakettikohtaisia numeerisia esimerkkejä näytetään luvussa 2 niiden alueiden osalta, jotka ovat olleet mukana pilotissa.

THL:n tekemässä arviointityössä on tarkasteltu mittareita ja indikaattoreita suhteessa kunkin palvelupakettiin. Mittareita ja indikaattoreita on arvotettu tarkastelemalla sitä mitä luvut kertovat ja mihin käyttötarkoitukseen ne ovat sopivia. Työssä on tavoitteena ollut löytää kokonaisuus, joka mahdollisimman hyödyllisellä tavalla muodostaisi kunkin paketin kokonaiskuvan eri näkökulmista kohtuullisen kokoisesta indikaattoriselistä rakennettuna. Arviointi sisältää näkemyksiä palvelupakettikohtaisista indikaattoreiden kehittämismahdollisuuksista.

Asiantuntija-arviot ja kuntapiloteilta saatu palaute kuvataan palvelupakettikohtaisesti luvussa 2. Arvioiden pohjalta lähdettiin tekemään listaa niistä indikaattoreista, jotka nähtiin kiinnostavimmiksi palvelupakettikohtaiseen palvelujärjestelmän tarkasteluun laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta. Valintojen perustelut ovat pakettikohtaisesti luvussa 2.

Listalle valittujen indikaattoreiden yleiset valintaperusteet:

- Laatu ja vaikuttavuus ensisijalla
- Järjestäjänäkökulma ensisijainen
- Liittyvät palvelupaketin palvelujen tarkasteluun (sote-palvelut)
- Näyttää (jossain muodossa julkaistua, akateemista tai asiantuntija/kokemusperäistä)
- Ottavat huomioon OECD-viitekehysten eri tasoja ja näkökulmia
- Looginen kokonaisuus, tavoitteena kokonaiskuva paketista
- Alueellinen vertailu (benchmarking) ja vertailu ajassa

Indikaattoriksi hyväksyttiin vain sellaisia, joihin palvelupaketin sisällä olevien palvelujen avulla voidaan ainakin teoriassa tavalla tai toisella vaikuttaa. Tärkeää oli myös pohtia indikaattorin käytännön kykyä laadun ja vaikuttavuuden mittaamisen. Tätä tehtiin esimerkiksi miettimällä onko mahdollista tulkita indikaattorin lukuarvon muutosta. Viekö se palveluja hyvään vai huonoon suuntaan?

Palvelupakettikohtaisessa palvelujärjestelmän tarkastelussa laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta kiinnostavimmiksi nostetut indikaattorit on kuvattu lähdetietoineen liitteessä 1. Liitteessä 3 on tiivis luettelo kaikista niistä indikaattoreista, joita on tämän arviointityön aikana tarkasteltu.

2 Palvelupakettikohtainen tarkastelu

2.1 Suun terveydenhuollon palvelupaketti

Suun terveydenhuollon mittareiden ja indikaattoreiden kartoitus

Suun terveydenhuoltoa kuvaavien indikaattoreiden nykytilan kartoitus aloitettiin etsimällä tuotannossa olevia tilasto- ja indikaattoritietoja julkisista tilastolähteistä. Työtä jatkettiin selvittämällä mitä mahdollisten indikaattoreiden muodostamiseen soveltuvia tietoja on mukana kansallisissa tiedonkeruissa vaikka niitä ei tällä hetkellä olekaan julkaistavassa tietotuotannossa. Näiden tietolähteiden lisäksi suun terveydenhuollon indikaattoreita koskevaa tietoa saatiin käynnissä olevasta SUHAT-hankkeesta (Varsio ym. 2008), joka kehittää suun terveydenhuollon toiminnan mittaamista kansallisesti ja kansainvälisessä yhteistyössä. Viime vuosina hankkeen työssä on painotettu indikaattoritietojen muodostamista mahdollisimman kattavasti suoraan Avohilmo-tietojen (THL 2016a) pohjalta.

Kartoituksen tuloksena saatiin 33 mittaria/indikaattoria tai indikaattorirykelmän (esim. eri ikäjakaumat) otsikkotasoa. Suun julkisen terveydenhuollon tietoja kerätään Avohilmo-rekisteriin (THL 2016a). Siellä on tietoa käyntien määristä, käyntisyistä, asiakasmääristä (eriteltyinä hammaslääkäri, suuhygienisti, hammashoitaja) ja käyntisyistä sekä toimenpiteistä ja tervehampaisuudesta. Tiedot ovat saatavissa ikäryhmittäin. Palveluseteleillä ostopalveluna hankitut palvelut eivät yleensä näy luvuissa. Erikoissairaanhoidossa tehtävät suun toimenpiteet kerätään tilastoihin Hilmo-tiedonkeruussa (THL 2016b). Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevat tiedot kerätään ja julkaistaan THL:n tietokantaraporteissa². Yksityisen suun terveydenhuollon tietoja julkaisee Kela. Tietoja löytyy tilastollisesta verkkopalvelusta, Kelastosta³ ja vuositilastoista (Kela 2016). Aluetasolle tarkennettuja tietoja saa pyydettäessä Kelasta. Osa kerättävistä tiedoista on viety THL:n Sotkanet-indikaattoritietokantaan⁴. Tietojen perustana ovat Kelan antamat sairastuvakorttikorvaukset, jotka kuvaavat hammaslääkäripalveluja hyvin, mutta esim. suuhygienistin palveluista ei aina saada korvauksia ja ne jäävät tilastoista silloin pois. Tilastokeskuksen julkaisemasta kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastosta, vuoden 2015 tiedoista alkaen Kuntatalous-tilastosta, on saatavissa tieto perusterveydenhuollon hammashuollon kustannuksista maakuntatasolla ja pyydettäessä tieto on saatavissa kuntatasolla (Tilastokeskus 2016a, 2016b). THL:n julkaisemasta Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastoon perustuvasta Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö –tilastosta⁵ saa tietoja hammaslääkärimääristä. THL tekee kansallisia asiakastytyväisyyskyselyjä julkisen suun terveydenhuollon asiakkaille (THL 2016f) ja julkaisee tuloksia verkkosivuillaan⁶. Potilasvakuutuskeskus⁷ raportoi vuosittain sairaanhoitopiiritasolla suun terveydenhuoltoon liittyvistä potilasvahingoista. Kouluterveyskysely sisältää joitain suun terveydenhuoltoon liittyviä elintapoja koskevia kysymyksiä, joita julkaistaan maakuntatasolla (THL 2016g). Alueellinen terveys ja hyvinvointikysely, ATH (THL 2016c) sisältää joitain vastaavia kysymyksiä aikuisväestölle. Joitakin niistä SUHAT-hankkeessa (Varsio ym. 2008) kehitetyistä suun terveydenhuoltoon liittyvistä indikaattoreista, joita ei vielä ole sisällytetty Avohilmo-tiedonkeruuseen, on alueellisesti ja paikallisesti käytössä vaikka niitä ei julkaistakaan kansallisesti.

² https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/hpaasysth01/fact_ahil_hpaasysth01_kaikki

³ <http://www.kela.fi/kelasto>

⁴ www.sotkanet.fi

⁵ <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkilosto/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-henkilosto>

⁶ https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/sade/hammaskysely/fact_hammaskysely?row=alue-11742&column=measure-11615

⁷ <http://www.pvk.fi/fi/tilastot/>

Arviointiprosessi

Suun terveydenhuollon indikaattoreiden kartoituksen tuloksena syntynyt lista oli arvioitavana Palvelupaketti-hankkeen kuntapiloteissa ja sai Siun sote:sta palautteen. THL:n suun asiantuntijat antoivat asiantuntijaprosessissa oman palautteensa. Palautteena saatiin pyydettyjen indikaattorikohtaisten tietojen lisäksi yleisiä kommentteja ja joitain ehdotuksia indikaattorilistalle lisättäviksi.

Kun tunnistettuja indikaattoreita sijoitettiin OECD:n viitekehukseen (Kelly ym. 2006) nähtiin, että pääosa mittareista kohdentuu saatavuuteen, jossa ne pääosin kuvaavat palvelujen olemassaoloa suorittein, sekä kustannuksiin. Asiakaskeskeisyyteen kohdentuvat asiakastytyväisyyden tiedot ja hoitoon pääsyn mittari kertovat saatavuudesta asiakasnäkökulmasta. Turvallisuuteen liittyivät vain potilasvahinkotiedot. Vaikuttavuustietoja oli pääasiassa terveyden edistämiseen liittyen. Niiden lisäksi muutamalla SUHAT-hankkeessa kehitetyllä indikaattorilla tarkastellaan hoidon vaikuttavuutta.

Kartoituksella kootusta indikaattoreista 20 tiedot ovat saatavilla tai kansallisesti kerätystä datasta muodostettavissa sekä valtakunnan, alueen että kunnan tasolle. Yksityisen terveydenhuollon tuotantoa koskevia tietoja ei kuntatasolle ole saatavilla. Asiantuntija-arvioissa näitä ei pidetty kuntatasolle asti tuotettuna tarpeellisina. Väestökyselyjen osalta suurten kuntien kuntatason tiedot nähtiin hyödyllisenä, mutta pienissä kunnissa niille ei saada tilastollista voimaa. Sama koskee myös erilaisia harvinaisia tapahtumia kuten potilasvahinkoja.

Palvelupakettipilotissa mukana olleista organisaatioista Siun sote kykeni muodostamaan omista tiedoistaan pääosan mittareista. Poikkeuksena olivat yksityisen terveydenhuollon tuotannon tiedot, asiakastytyväisyydet, potilasvahinkotiedot, väestökyselytiedot ja osa SUHAT-hankkeen tuotannollisen tehokkuuden tiedoista.

THL:n suun terveydenhuollon asiantuntija ja palvelupaketti-pilottiorganisaatio antoivat kouluarvosanan kullekin indikaattorille. Lukuarvo annettiin käyttökelpoisuudelle suunnittelussa ja arvioinnissa suun terveydenhuollon palvelupaketin järjestäjän näkökulmasta. Vain kahden indikaattorin kohdalla luku oli täysin sama, mutta lähes kaikkien indikaattoreiden kohdalla se oli samansuuntainen. Yli kahden numeron näkemysero löytyi seitsemän indikaattorin kohdalla. Perusterveydenhuollon hammashuollon käyttötuotot ja perusterveydenhuollon hammashuollon nettokustannustiedot/asukas olivat kentän toimijan näkökulmasta hyviä (10) ja asiantuntijan mielestä laadun ja vaikuttavuuden yhteydessä vähemmän hyödyllisiä (6). Väestökyselyn kysymys ”Onko teillä ollut viim. 30 vrk:n aikana hammassärkyä? oli asiantuntijan mukaan hyvä (9) ja kentän näkemyksen mukaan huono (5). Tilanne oli vastaava tiedon ”Hampaiden määrä 65+ vuotiailla” suhteen (9 ja 6). Terveyskeskuskäynneillä tehdyt suun terveydenhuollon toimenpiteet oli tietona kentällä tärkeä (10) ja asiantuntijaan mukaan vähemmän hyödyllinen mittari, tyydyttävä (7). Tilanne oli sama koskien kuntien tekemiä suun terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostoja (9 ja 6).

Perustelut koskien ”Hampaiden määrä 65+ vuotiailla”-indikaattoria kuvaavat hyvin kansallisen asiantuntijan ja käytännön palveluissa toimivan näkemyserojen taustoja. Kansallisesti tarkasteltuna mittari todetaan hyväksi koska se kertoo väestön elinolojen tasosta ja on myös pitkän tähtäimen ehkäisevän työn vaikuttavuusarviointia. Lisäksi se auttaa palvelutarpeen arvioinnissa. Käytännön toimijan näkökulmasta mittari ei tänä päivänä enää anna tietoja kuin menneisyydestä. Se ei kerro suun terveyden palvelujärjestelmän tilasta. Arviointipalautteen kommentit olivat pääosin indikaattorikohtaisia. Asiantuntija-arviossa nähtiin tärkeäksi huomioida palveluiden tarpeenmukainen kohdentuminen, terveydentila, terveyden edistäminen, asiakaskokemus ja prosessitehokkuus. Vapaan tekstin kommentteissa pilottiorganisaatio piti tervehampaisten osuuksia ja DMF- ja CPI-indeksejä tärkeinä ja käytännössä hyviksi koettuina. Näiden mittareiden suhteen näkemykset olivat asiantuntijan kanssa yhteisiä.

”Hylätystä” indikaattoreista muutamat olisivat erilaisesta tarkastelunäkökulmasta kuin palvelupakettikohtainen tarkastelu, olleet jatkopohdinnan arvoisia. Mikäli listalta haluttaisiin valittuja indikaattoreita laajempaa tarkastelunäkökulmaa, voitaisiin liitteessä 1 olevan listan lisäksi tarkastella väestönäkökulmaa tai kustannustehokkuutta.

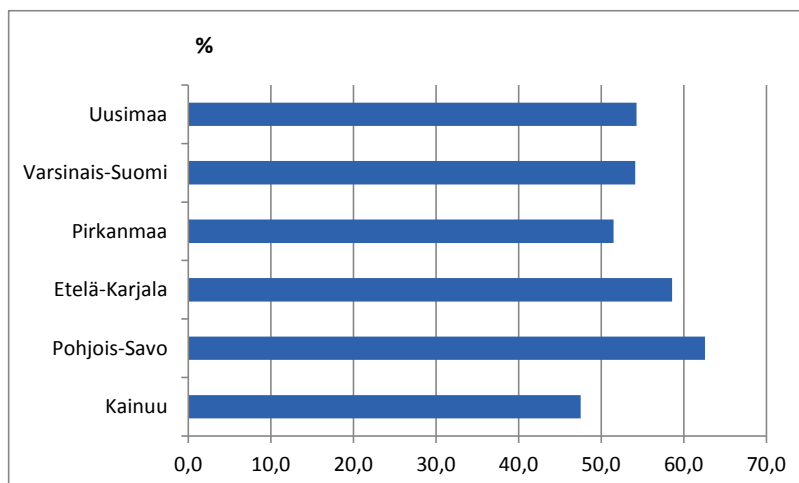
Väestön yleisen terveydentilan ja väestötasoisien terveydenedistämistyön näkökulmasta:

- Hampaiden määrä 65+ -vuotiailla
- Hampaiden harjaus harvemmin kuin kahdesti päivässä (soveltuu myös pakettiin)

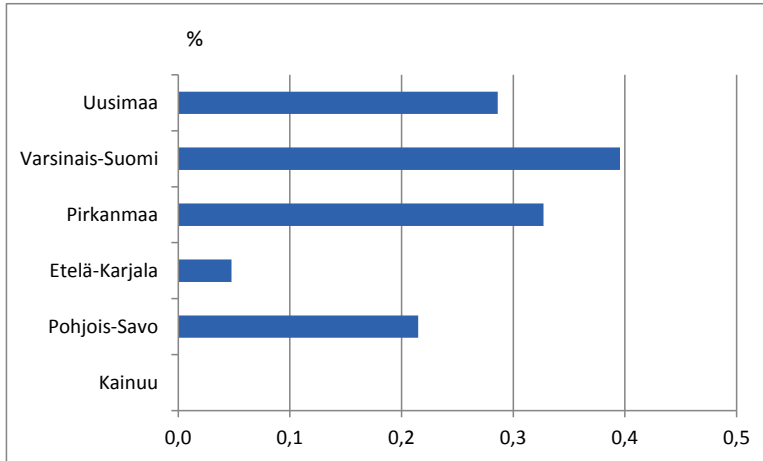
Kustannustehokkuus:

- DEA1 tuotannollinen tehokkuus
- DEA2 tekninen tehokkuus

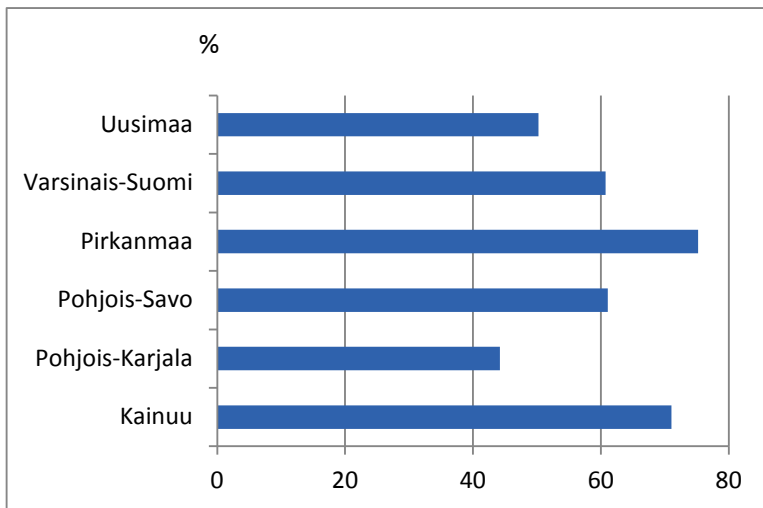
Jatkokehittämisen jälkeen voisi laatuun ja vaikuttavuuteen liittyviä indikaattoreita löytyä joistain valikoiduista käyntisyytiedoista. Laatuindikaattori voisi myös syntyä lasten vakavien hammassaneerausten tietojen pohjalta. Nämä ”hylättiin” listoilta, koska niiden kehittäminen tasolle, jossa ne toimisivat indikaattoreina, vaatisi sisällöllistä kehittämistyötä. Sellaisenaan ne ovat vasta otsikoita. Suun terveydenhuollon potilasvahingot hylättiin koska siinä julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvan osuuden osalta ei arvioida saatavan maakuntatasolle vertailukelpoista tietoa. Asia tulisi kuitenkin selvittää erikseen jatkossa. Muut indikaattorit hylättiin koska ne kuvasivat resursseja ja kustannuksia ilman laatu- ja vaikuttavuusnäkökulmaa tai ne kuvasivat väestön terveydentilaa ilman käytännön yhteyttä palvelujärjestelmän toiminnan kehittämiseen. Liitteessä 3 on lueteltu kaikki 34 arviointiprosessiin valittua indikaattoria, mukana hylätyt. Kuvissa 2 ja 3 on muutamia esimerkkejä indikaattoreista esiteltynä Palvelupakettipilotti-hankkeessa mukana olleiden organisaatioiden alueilta.



Kuvio 2. Tervehampaisten 12-vuotiaiden osuus vastaavankäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2015. Alueiden terveyskeskuksissa DMF-kirjauksia on tehty 24–38 % suun terveydenhuollon 12-v asiakkaita (THL Avohilmo).



Kuvio 3. Tervehampaisten 25–64-vuotiaiden osuus vastaavankäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2015. Alueiden terveyskeskuksissa kirjauksia on tehty 16–34 %:lle asiakkaista. (THL Avohilmo)



Kuvio 4. Suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiirettömien käyntien toteutuminen kolmen viikon sisällä yhteydenotosta % vuonna 2015 toteutuneista vastaavista käynneistä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa (THL)

2.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupaketti

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupaketin tarkastelun osallistui kaksi tiimiä ja työ tehtiin kahdessa osassa.

2.2.1 Mielenterveys

Johdanto

Vain osa mielenterveysongelmista kärsivistä saa tai hakee apua. Hoidon piirissä arvioidaan olevan alle puolet hoidon tarpeessa olevista henkilöistä. Hoitoon pääsyssä ilmenee huomattavaa vaikeutta ja hoidon tarjonnassa on selvää hoitovajetta (esimerkiksi psykoterapia). Osa hoitoa tarvitsevista ei hakeudu hoitoon leimautumisen ja syrjinnän pelon vuoksi. Lisäksi palveluun pääsy on voitu kokea vaikeaksi ja palvelun laatu huonoksi. Tämän vuoksi pelkkä palvelujen tarkastelu ei riitä, vaan on tärkeä seurata alueen väestön mielenterveyden tilaa ja hoidon tarvetta. Epäsuhta psyykkisen oireilun / hoidon tarpeen ja hoitoon pääsyn / hakeutumisen välillä viittaa siihen, että palveluja on kehitettävä; palveluihin pääsyä on yleisesti helpotettava (matalan kynnyksen palvelut), avun hakemiseen on kannustettava ja resursseja on lisättävä.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että tällä hetkellä käytössä olevat mielenterveyspalveluja mittaavat indikaattorit painottuvat sairaalahoitoon ja määrälliseen tietoon palvelujen käytöstä (hoitopäivät, hoitokäynnit). Tieto hoidon laadusta on puutteellista. Erityisesti on puutetta avohoidon laadun ja palvelujen tuottajien vertailuun soveltuvista indikaattoreista. Olemassa olevat indikaattorit soveltuvat paremmin maakuntien väliseen vertailuun.

Mielenterveyspalvelujen palvelupakettien pilottialueina olivat Eksote, Kainuu ja Siun sote.

Miten indikaattorikartoitus tehtiin?

Aluksi kartoitettiin mahdollisimman laajasti mielenterveyden ja -palvelujen indikaattorilähteitä: Näitä olivat: 1) SotkaNET⁸ :sairastavuusindeksi, erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut (psykoosi), lääkekorvaukset (depressio), mielenterveysperusteiset sairauspäivärahat ja eläkkeet, mielenterveyskuntoutujien asumisyksikköjen asiakkaat (ympäri vuorokautinen ja tavalinen palveluasuminen), mielenterveyssyistä johtuvat avohoitokäynnit, sairaalahoito, pakko-hoito ja muut pakkotoimet, itsemurhakuolleisuus ja itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL). Lisäksi Sotkanetistä tarkasteltiin Kouluterveyskyselyyn perustuvia tietoja terveyskäyttäytymisestä (mm. ahdistuneisuus) sekä Sotkanetin lastensuojelua koskevia tietoja; 2) terveytemme.fi-tietokantaa⁹, jossa on ATH-tutkimukseen (THL 2016c) perustuvia hyvinvointi-, terveys- ja toimintakykyindikaattoreita, kuten yleinen elämänlaatu, yksinäisyys, psyykinen kuormittuneisuus sukupuolen, ikäryhmien ja koulutustietojen mukaan ryhmiteltynä; 3) Kelasto-tietokantaa¹⁰, jossa on saatavilla tietoja mm. mielenterveysperusteisista osasairauspäiväraha-kausista; 4) OECD:lle raportoitavia indikaattoreita, kuten skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus ja ikääntyneiden bentsodiatsepiinien käyttö (OECD 2013, OECD 2015), sekä 5) TEAviisaria¹¹, terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmää, josta saatiin tietoa mm. depressiohoitajista perusterveydenhuollossa.

⁸ www.sotkanet.fi

⁹ www.terveytemme.fi

¹⁰ www.kela.fi/kelasto

¹¹ www.TEAviisari.fi

Miten pilotti- ja asiantuntijatarkastelu tehtiin?

Yllä kuvatuista lähteistä poimittuja mielenterveyttä, mielenterveyspalvelujen käyttöä, saata- vuutta ja laatua mittaavia indikaattoreita listattiin yhteensä 68 kappaletta. Mielenterveysyksikön työryhmä arvioi mitä käyttöä niillä olisi palvelujärjestelmän toimivuuden ja palvelupaket- tien tarkastelussa. Lisäksi tarkennettiin, mihin OECD:n viitekehysten kohtaan kukin mittari liittyy. Kullekin mittarille annettiin arvosana 0-10. Tämän jälkeen valittiin 21 indikaattoria, jot- ka arvioitiin parhaiten soveltuvan mielenterveyspalvelupaketin käyttöön. Indikaattorit valittiin järjestäjän näkökulmasta, mutta ne soveltuvat myös tuottajan käyttöön.

Arvioitaessa indikaattorien käyttökelpoisuutta työryhmä huomioi palvelujärjestelmän toimijoiden ja asiantuntijoiden näkemykset. Indikaattorilista oli arvioitavana Palvelupaketti- hankkeen kuntapiloteissa, ja yksityiskohtainen palaute saatiin Siun sotesta. Lisäksi palautetta saatiin hankkeen ohjausryhmästä. Palvelujärjestelmän toimijat suhtautuivat joihinkin sairaala- hoidon käyttöä, asumispalveluita ja tahdosta riippumatonta hoitoa koskeviin indikaattoreihin kriittisesti, koska ne eivät huomioi psykoosisairauksien yleisyyttä alueella. Onkin tärkeä tuntea kunkin alueen mielenterveyden tila ja sen erityishaasteet ja tarkastella indikaattorien antamia tietoja kokonaisuutena. Kuitenkin esimerkiksi tahdosta riippumatonta hoitoa on mahdollista vähentää avohoitoa tehostamalla ja hoitokäytäntöihin vaikuttamalla riippumatta psykoosisai- rauksien yleisyydestä alueella. Osa arvioitsijoista katsoi itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0-80 vuotta paremmaksi indikaattoriksi kuin itsemurhakuolleisuuden sa- taa tuhatta asukasta kohden. Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet painottaa enemmän nuorten ihmisten itsemurhia, mutta palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin kannalta niiden yleisyys, riippumatta siitä, missä ikäryhmässä ne tapahtuvat, on keskeisempi tieto. Lopullises- ta indikaattorilistasta jätettiin pois Depressiolääkkeistä korvausta saaneet, koska tämä indi- kaattori ei ilman tietoa lääkkeen määräämisen syistä ja muusta hoidosta kuvasta mielenterve- yshäiriöiden tunnistamista tai niiden hoidon laatua, eikä anna tietoa hoidon vaikuttavuudesta.

Valittujen indikaattoreiden valintaperusteita kuvataan tarkemmin alla. Lisätietoa indi- kaattoreista ja niiden tietolähteistä on liitteessä 1. Kaikki kartoitustyön tuloksena arviointipro- sessissa mukana olleet indikaattorit on luetteloitu liitteessä 3.

Mielenterveyspalvelundikaattorit jaettiin neljään ryhmään: A) Väestön mielenterveys; B) Sairaalahoito; C) Avohoito; D) Laatuindikaattorit.

A) Väestön mielenterveyttä kuvaaviksi indikaattoreiksi valittiin: Psykkisesti merkit- tävästi kuormittuneiden osuus aikuisväestöstä (ATH-tutkimus); 2) Itsemurhakuollei- suus / 100 000 asukasta (Sotkanet) ja 3) Mielenterveysindeksi (THL).

Esimerkkinä tässä kuvataan tarkemmin THL:n mielenterveysindeksi. Se muodostuu: 1) Itsemurhat ja sairaalahoitoon johtaneet itsemurhayritykset ikäryhmässä 16-79 suh- teutettuna samanikäiseen väestöön; 2) psykoosin (vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt, vaikeahoitoinen psykoosi) hoitoon myönnettyjen lääkekor- vausoikeuksien määrä suhteutettuna väkilukuun; 3) mielenterveyden ja käyttäytymi- sen häiriöiden vuoksi työ- ja/tai kansaneläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneiden 16-64-vuotiaiden määrä suhteutettuna samanikäiseen väestöön. Kullakin asialla on 1/3 painoarvo. Maan keskiarvo on 100 ja indeksi on luku suhteessa maan keskiarvoon. Mielenterveysindeksi kuvaa vakavaa psykiatrista sairastavuutta alueel- la; mikäli indeksi on korkea, on tärkeä hyödyntää tietoa yksittäisistä indikaattoreista synn tunnistamiseksi (esim. itsemurhat vai psykoosien esiintyvyys). (Sipilä ym. 2014)

B) Sairaalahoitoa kuvaaviksi indikaattoreiksi valittiin: 1) Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyt, alle 18-vuotiaat ja aikuiset; 2) Psykiatristen sairaalapalvelujen

käyttö, aikuisten hoitopäivät; 3) Mielen terveyden häiriöihin sairaalahoitoa saaneet lapset ja nuoret; 4) Pitkittyneet psykiatriset sairaalahoitajakso, yli 90 vrk jaksojen määrä/1000 asukasta. (sairaalahoidon laatuindikaattori); 5) skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen alle 30 vrk, skitsofrenia-potilaat, % kotiutetuista (sairaalahoidon laatuindikaattori) ja 6) Mielen terveysdiagnoosin saaneiden potilaiden itsemurhat 30 päivän ja 1 vuoden sisällä vuodeosastohoidon jälkeen (sairaalahoidon laatuindikaattori).

Esimerkkinä tästä ryhmästä kuvataan tarkemmin sairaalahoidon uusiutuminen alle 30 vrk kotiutumisesta: 1) Sairaalahoidon uusiutuminen alle 30 vrk, skitsofreniapotilaat, % kotiutetuista (”pyöröovi”-indikaattori) on sairaalahoidon laatuindikaattori: onnistunut vuodeosastohoitojakso ja sen jälkeinen hoidon ja muun potilaan tarvitseman tuen onnistunut organisoiminen vähentävät riskiä joutua nopeasti uudestaan sairaalaan.

Indikaattoreista jätettiin pois kaksisuuntaisten mielialahäiriöpotilaiden sairaalahoidon uusiutuminen alle 30 vrk, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön prevalenssi on alhainen ja sairaalahoito suhteellisen harvinaista.

C) Avohoitoa kuvaaviksi indikaattoreiksi valittiin: 1) Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit/1000 as.; 2) Perusterveydenhuollon mielen terveyskäynnit/1000 as.; 3) Yksityiset psykiatrilla käynnit/as.; 4) psykiatrian asiakkaat, jotka käyttävät asu- mispalveluja, asukkaita/vuosi, ympärivuorokautinen ja ei-ympärivuorokautinen palveluasuminen; 5) Terveyskeskuksessa nimetty ehkäisevän mielen terveyystyön vastuuhenkilö.

Esimerkkinä tästä ryhmästä on indikaattori ”Terveyskeskuksessa nimetty ehkäisevän mielen terveyystyön vastuuhenkilö”. Tietolähteenä on Terveyden edistämisen vertailu -tietojärjestelmä TedBM ja sen verkkosovellus TEAviisari. Perustuu kysymykseen, onko terveyskeskuksessa nimetty seuraavien ehkäisevien toimintojen tai palvelujen vastuuhenkilö? Mielen terveystyö. Indikaattori kuvaa ehkäisevän mielen terveyystyön resursointia ja voimavaroja sekä aktiivisuutta.

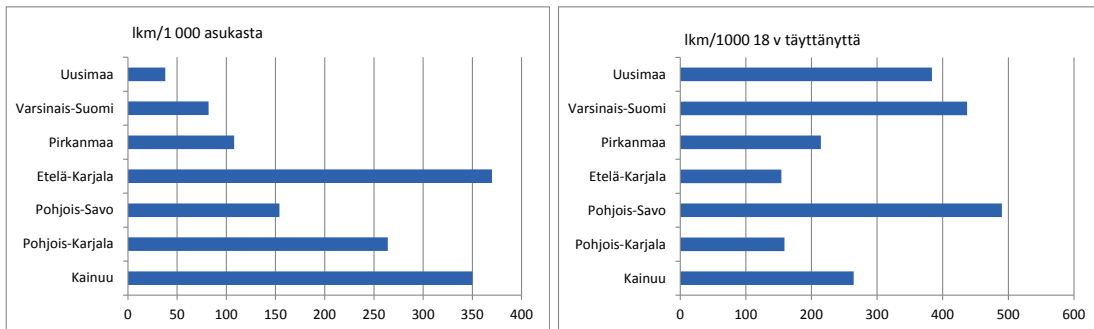
D) Laatuja kuvaaviksi indikaattoreiksi valittiin: 1) Sairaalahoidon uusiutuminen alle 30 vrk, skitsofrenia- potilaat, % kotiutetuista (”pyöröovi”-indikaattori); 2) Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus; 3) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ylikuolleisuus; 4) Mielen terveysdiagnoosin saaneiden potilaiden itsemurhat 30 päivän ja 1 vuoden sisällä vuodeosastohoidon jälkeen; 5) Mielen terveysperusteisten osasairauspäivärahojen alkaneiden kausien määrä; 6) Mielen terveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet (huom. kuvastaa myös alueen sairaustaakkaa) ja 7) ikääntyneiden (yli 65-vuotiaat) bentsodiatsepiinien käyttö.

Esimerkkinä tästä ryhmästä on mielen terveysperusteisten osasairauspäivärahojen alkaneiden kausien määrä: Indikaattori ilmaisee osasairauspäivärahamahdollisuuden käyttöä alueella. Tämä on merkki hyvästä yhteistyöstä mielen terveyspalveluiden ja työterveyshuollon välillä, ja toimintatavan vaikuttavuus työhön paluun tukemisessa on osoitettu mielen terveyshäiriöistä kärsivien osalta (Kausto ym. 2014). Indikaattoria olisi kuitenkin tärkeä vielä kehittää – se pitäisi suhteuttaa väestöön ja käyttää mielen terveysperusteisia sairaseläkkeitä alueella vertailukohtana.

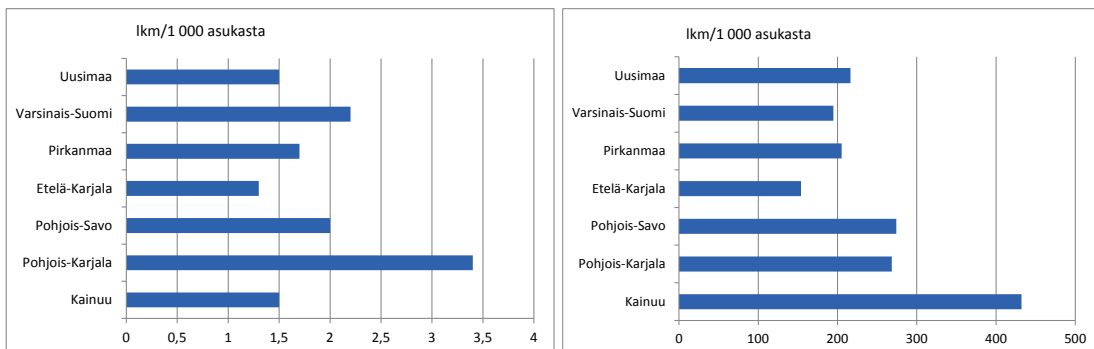
Kehittämiskohteita

Asiantuntijapalautteena hankkeen ohjausryhmästä oli, että harvat indikaattorit soveltuvat suoraan palvelujen tuottajien vertailuun. Palvelupakettihankkeen mielenterveysryhmä on samaa mieltä ja ehdottaa, että erityisesti avohoidon kuvaavaa indikaattoritietoa on kehitettävä. Käytettävissä olevien indikaattorien suurin puute on vähäinen tieto avohoidon laadusta. Sairaalahoitosta on saatavissa useita laatua kuvaavia indikaattoreita, mutta avohoidosta on lähinnä saatavissa käyntitietoja sekä lääkkeiden käyttöä kuvastavia tietoja. Lisätietoa tarvitaan erityisesti psykososiaalisten hoitomuotojen, kuten psykoterapian, psykoedukaation ja toiminnallisen kuntoutuksen saatavuudesta ja käytöstä, sekä toimintatapoja, kuten liikkuvia palveluja ja tehostettua kotikuntoutusta koskevia tietoja. Ikäryhmäkohtaisia tietoja tarvitaan lisää erityisesti vanhuksista. Vanhusten mielenterveysongelmien hoidossa on erityisongelmia, kuten psykiatrisen lääkehoidon liiallinen käyttö ja sivuvaikutusten korostuminen ja psykososiaalisten hoitomuotojen vähäinen saatavuus. Hoidon tuloksellisuudesta tarvitaan lisätietoa, samoin asiakkaan asemasta, kuten kokemusasiantuntijoiden käytöstä ja asiakastyytyvyydestä. Lisäksi on huomioitava palvelun tuottajien asiantuntijoiden koulutuksellinen taso ja riittävyys.

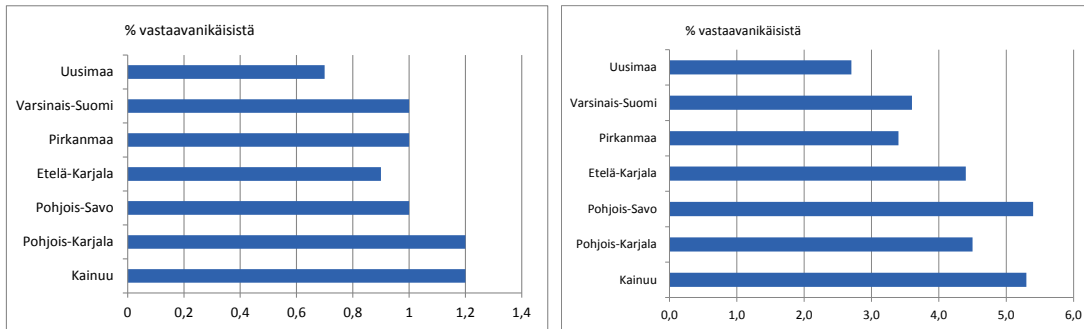
Alla on muutamia esimerkkejä siitä, millaisia lukuarvoja olemassa olevasta datasta muodostettuihin indikaattoreihin saadaan. Indikaattorit eivät ole laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen akateemisesti validoituja. Alueellisten erojen taustalla voi olla myös muita selittäviä tekijöitä kuten datan kirjaamis- tai laatueroja tai väestön demografiset ja epidemiologiset erot.



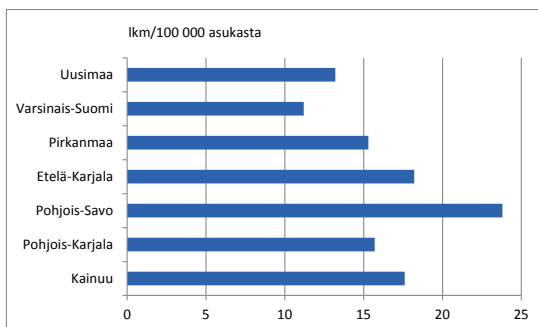
Kuvio 5. Perusterveydenhuollon mielenterveyssyistä johtuneet käynnit yhteensä ja psykiatrian erikoisalan avohoitokäynnit väestöön suhteutettuna Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (THL Avohilmo, THL-Hilmo)



Kuvio 6. Psykiatrisen sairaalaan tahdosta riippumatta määrätty 18 vuotta täyttäneet 1000 vastaavanikäistä kohden ja psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 1000 asukasta kohden Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (THL-Hilmo)



Kuvio 7. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavien 16–24- ja 25–64-vuotiaiden osuus vastaavanikäisistä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)



Kuvio 8. Itsemurhakuolleisuus 1000 asukasta kohden Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa v 2014 (Sotkanet)

2.2.2 Päihdepalvelut

Indikaattorilistan valmistelu

Päihdetyötä käsittelevät indikaattorit koottiin THL:n päihdetyön tutkimuksesta, kehittämisestä ja tilastoista vastaavien asiantuntijoiden yhteistyönä. Valmistelussa hyödynnettiin OECD:n viitekehystä (Kelly 2006). Päihdepalveluissa asioivien ongelmat voivat liittyä perinteisten päihdeiden – alkoholin ja huumausaineiden – lisäksi myös muihin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin tai toimintoihin, joten mukaan otettiin myös tupakointiin sekä rahapeliongelmiin liittyviä indikaattoreita. Vakavampien päihdeongelmien hoitoon liittyvien palveluiden lisäksi pyrittiin ottamaan mukaan myös varhaisvaiheen päihdehaittojen ehkäisyyn liittyviä indikaattoreita. Indikaattoreiden valinnassa pyrittiin ensisijaisesti nostamaan esille jo tuotannossa olevia ja Sotkanetin¹² tai muiden tilastotietokantojen¹³ kautta eri aluetasoilla saatavissa olevia indikaattoreita. Strukturoituihin kysymyslomakkeisiin perustuvien indikaattoreiden valinnassa kiinnitettiin huomiota siihen, olivatko niiden tietorakenteet jo saatavissa THL:n ylläpitämässä koodistopalvelussa¹⁴. Lisäksi indikaattorilistalle tuotiin ehdotuksia ei-tuotannossa olevista, mutta mahdollisesti yksiköissä kerättävien tietojen pohjalte rakennettavista indikaattoreista. Ehkäisevän päihdetyön kannalta olennaiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattorit (mm. TEA-viisari¹⁵) jätettiin pääosin pois tästä listasta, koska ne sisältyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupakettiin. Indikaattoreiden tulkinnassa tarvitaan myös ei-päihdespesifis-

¹² www.sotkanet.fi

¹³ <http://www.thl.fi/avohilmo>

¹⁴ <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/koodistopalvelu>

¹⁵ www.TEAviisari.fi

tä, sosiodemografista tietoa, mutta myös ne jätettiin tämän indikaattorilistauksen ulkopuolelle, koska ne sisältyvät yleisempiin terveyden ja hyvinvoinnin indikaattoreihin. Indikaattoreita koskevista kommentteista viitataan kuitenkin niihin.

Kartoituksen tuloksena syntyneellä arvioitavien indikaattoreiden listalla oli 64 indikaattoria sekä 7 strukturoitua päihdeongelmaisten kliinisessä hoidossa käytettyä kysymyslomaketta, joiden avulla kerätyistä tiedoista voi rakentaa indikaattoreita. Indikaattoreista 47:stä oli jo useilla alueellisilla tasoilla saatavissa tietoa. Niiden lisäksi ehdotettiin arvioitaviksi 20 uutta indikaattoria, joihin oletettiin tiedon olevan saatavissa hoitoyksiköistä. Arvioitaviksi ehdotettuja indikaattoreita ja strukturoituja kysymyslomakkeita käytetään kliinisessä työssä ja tutkimuksessa, ja kahden strukturoidun testin tai kyselyn tietorakenteet ovat jo saatavissa THL:n koodistopalvelimella. Kaikki arviointiprosessiin mukaan otetut indikaattorit on lueteltu liitteessä 3.

Indikaattoreiden arviointiprosessi

Indikaattorilistoista saatiin palautetta kaikilta kolmelta mielenterveys- ja päihdepalvelupaketin pilotoineelta alueelta (Siun sote, Eksote, Kainuu), mutta vain Siun soten antamassa palautteessa oli annettu indikaattoritiedon saatavuuden lisäksi numeeriset arviot indikaattoreiden hyödyllisyydestä sekä kommentoitu niitä sanallisesti. Eksotesta ja Kainuusta saadut palautteet sisälsivät jonkin verran tietoa muutamien indikaattoreiden osalta niitä koskevan tiedon saatavuudesta, mutta niissä ei ollut mukana numeerisia tai sanallisia palautteita. Pilottialueiden lisäksi indikaattorilistat esiteltiin A-klinikkasäätiön arviointiseminaarissa. A-klinikkasäätiöltä saatiin niistä sekä numeeriset arvioinnit että sanallisia kommentteja indikaattorikohtaisesti. Lisäksi THL:n kolme asiantuntijaa arvioit indikaattoreita omista näkökulmistaan (tutkimus, tilastot, kehittäminen). Arvioinnissa hyödynnettiin myös Sitra-THL ohjausryhmän jäsenistöltä saatua kirjallista palautetta. Edellä mainittujen tahojen antamat indikaattorikohtaiset numeeriset arvioinnit saattoivat vaihdella suuresti, jopa 0–10 jonkun yksittäisen indikaattorin kohdalla.

Alla oleva arviointiyhteenveto sisältää kehittämisspällikkö Airi Partasen ja erikoistutkija Kristiina Kuussaaren tekemän yhteenvedon, josta on nostettu esille olemassa olevat tai lupaavat indikaattorit jatkotyötä varten. Arviointilistalla olleet kustannustietoa kuvaavat indikaattorit jätettiin pois tästä tarkastelusta, koska kustannukset eivät kuuluneet tämän THL:n tekemän tarkastelun piiriin. Olemassa olevien tai lupaavien indikaattoreiden listalta on poimittu liitteenä 2 olevalle listalle yhteensä 19 indikaattoria kuvaamaan palveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Osana laatua tarkastellaan myös palveluiden tarvetta ilmaisevia indikaattoreita.

Soveltuvimpien indikaattoreiden valinnassa painotettiin erityisesti niitä indikaattoreita, jotka saivat joko yhdenmukaisimmat, korkeimmat arvioinnit kaikilta numeerisista arviointeista ja antaneilta, tai korkeimmat arviot kliinisen työn asiantuntijoilta. Arvioinnissa on huomioitu saatujen numeeristen indikaattorikohtaisten arviointien lisäksi indikaattoritietojen saatavuus sekä täydentävät kommentit indikaattoritiedon tulkinnasta tai rajoituksista.

Arviointiprosessin tulokset

Jatkovalmistelun pohjaksi sopivia indikaattoreita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä vastaavien tahojen käyttöön löytyi kaikista arvioinnissa esitetyistä tarkastelunäkökulmista. Alla näkyvät kaikki eri näkökulmista kiinnostavat indikaattorit, mutta liitteessä 1 olevalle indikaattorilistalle on otettu palvelujärjestelmän toiminnan laadun ja vaikuttavuuden kannalta keskeisimmät. Ne on merkitty alla olevassa listassa *:-lla. Karsinta tehtiin painottaen palvelujärjestelmän näkökulmaa.

Ehkäisevän päihdetyön indikaattorit

Ehkäisevän päihdetyön indikaattoreiden saamat arviot vaihtelivat kokonaisuudessaan eniten. Vaihtelu oli useamman tämän ryhmän indikaattorin osalta enimmillään 2–9 pisteen välillä. Matalat pistemäärät perusteltiin indikaattoreiden painottumisella ehkäisevään työhön yleensä, ei palvelujärjestelmään.

Ehkäisevän työn indikaattoreiksi saadaan nuorten osalta Kouluterveyskyselystä tietoa päivittäin tupakoivien tai nuuskaavien, tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa olevien, laittomia huumeita kokeilleiden sekä läheisten päihteiden käytöstä kärsineiden nuorten väestön suhteutetuista osuuksista. Tietoa on saatavissa kolmelta eri luokkatasolta: 8. ja 9. luokan, ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden sekä lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista.

Näistä ei esitetty yhtään liitteenä olevalle indikaattorilistalle, vaikka nämä indikaattorit saivat arviointisijoilta pääosin korkeita pistemääriä. Niiden sovellettavuus painottuu enemmän ehkäisevään työhön, jota tehdään paljon Palvelupaketissa kuvatun palvelujärjestelmän ulkopuolella esimerkiksi kouluissa tai nuorisotoimessa.

Aikuisväestön palveluntarpeen arviointi

Palveluiden tarpeen arvioinnin osalta pistemäärät vaihtelivat tupakointia ja rahapelaamista koskevien indikaattoreiden osalta enemmän (enimmillään 2–10) kuin alkoholin käyttöä koskevien indikaattoreiden osalta (useimmissa jäi välille 7–10). Yksittäisessä huumeiden käyttöä koskevassa indikaattorissa oli myös äärimmäinen vaihtelu (0–10), mutta käytännön työn näkökulmasta arviot olivat yhdenmukaisempia (vaihtelu välillä 6–10).

Aikuisväestön palveluntarpeen arvioinnissa arvioitiin hyväksi indikaattoreiksi seuraavat: päivittäin tupakoivien osuus 20–64-vuotiaista, nikotiiniriippuvuustestin käyttö*, rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kuukauden aikana kokeneiden osuus*, alkoholia liikaa käyttävien osuus AUDIT-C -mittarin mukaan sekä 20–64-vuotiailla* että 65 vuotta täyttäneillä, laajemman AUDIT-mittarin antama tieto alkoholin ongelmakäytön yleisyydestä, Pompidou-tiedonkeruujärjestelmä indikaattoriluonteista tietoa tuottavana strukturoituna tiedonkeruujärjestelmänä sisältäen mm. strukturoidun päihdeluokituksen, jonka pohjalta voi muodostaa viimeisen kuukauden aikana kolmen päihteen käyttöä koskevan indikaattorin* ja päihteettömien kuukausien määrän edeltäneen 12 kuukauden aikana* sekä SDS-mittarin antama tieto päihderiippuvuuden vaikeusasteesta*. Näistä listalle valittiin kuusi (6) edellä olevassa tekstissä *-merkittyä. Edellä mainituilla indikaattoreilla on mahdollista arvioida palveluihin hakeutuneiden palveluiden tarvetta niin tupakoinnin, alkoholin, huumeiden käytön kuin ongelmallisen rahapelaamisen vaikeusasteen osalta.

Liitteenä 2 olevalle listalle valituista indikaattoreista valtakunnallisella tasolla saatava tieto löytyy tutkimusten pohjalta alkoholin liikakäytöstä, rahapelaamisen ongelmallisesti kokeneiden osuudesta, kolmen päihteen käytöstä edeltäneen kuukauden aikana sekä päihteettömien kuukausien määrästä. Kahdesta ensimmäisestä tieto on saatavissa myös aluetasolla. Testattua tupakkariippuvuuden astetta sekä päihderiippuvuuden vaikeusastetta kuvaavaa indikaattoritietoa ei ole saatavissa valtakunnallisella tasolla, mutta mikäli niiden taustalla olevia testejä otettaisiin käyttöön toimintayksiköissä, tieto olisi tuotettavissa myös alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Alkoholi- ja tupakkahaittoja koskevaa alueellista ja valtakunnallista tietoa voisi saada nykyistä paremmin, jos myös alkoholia liikaa käyttävien osuutta kuvaava mittari sekä huumeongelmiin liittyvä strukturoitu kysely voitaisiin ottaa käyttöön toimintayksikötasolla.

Aikuisväestön palveluiden käyttö

Palveluiden käytön osalta vaihtelua oli vähiten vakiintuneiden päihdehuollon avo- ja laitoshoidon, sairaalahoidon sekä asumispalveluiden indikaattoreiden osalta (asumispalveluissa 5–9, muissa 7–10), mutta Avohilmoon liittyvien indikaattoreiden osalta vaihtelu oli suurempaa (4–10).

Aikuisväestön palveluiden käytön osalta tarvitaan samanaikaisesti väestömäärään suhteutettua tietoa erityyppisten palveluiden käytöstä: päihdehuollon avopalveluiden asiakkaat*, päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat*, päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat*, päihdehuollon asumispalveluiden asiakkaat* ja huumeiden käyttäjien sosiaali- ja terveysneuvontapisteiden asiakkaat*. Lisäksi Avohilmosta on mahdollista saada palvelumuoto- tai toimenpidekohtaista tietoa, joista käyttökelpoisimmiksi arvioitiin palvelumuotoa (päihdetyö)* koskeva tieto sekä toimenpiteistä mini-interventio* sekä opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoito*. Nämä kaikki kahdeksan (8) edellä mainittua indikaattoria lisättiin listalle ilmentämään päihdeongelmiin vastaavien palveluiden saataavuutta suoritteiden kautta tarkasteltuna osana palveluiden laatua.

Päihdehuollon avo-, laitos- ja asumispalveluita sekä päihteisiin liittyvää sairaalahoitoa koskevat tiedot ovat saatavissa eri alueellisilla tasoilla ja perustuvat toimintayksiköistä kerättyyn tietoon. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden asiointia koskevat tiedot tuotetaan toistaiseksi valtakunnallisella tasolla ja perustuvat erillistiedonkeruuna hoitoyksiköistä koottuun summatietoon. Avohilmosta saatavat tiedot on toistaiseksi tuotettu valtakunnallisesti vain perusterveydenhuollon avohoidon päihdetyön osalta, mutta myös erilliset toimenpiteet (ns. SPAT-luokitus) on mahdollista tuottaa alueellisella tasolla. Tiedot perustuvat toimintayksiköistä tulleisiin käyntitietoihin.

Päihdepalveluiden vaikuttavuus

Päihdepalveluiden vaikuttavuutta koskevien indikaattorien saamat pistemäärät vaihtelivat melko vähän, enimmillään 7–10 välillä.

Päihdepalveluiden vaikuttavuutta ilmentävistä indikaattoriehdotuksista käyttökelpoisiksi nähtiin väestömäärän suhteutettu alkoholikuolleisuus 35–64-vuotiailla*, alkoholi- ja huumeikuolleisuus 15–34-vuotiailla*, päihtyneiden osuudet tapaturmissa kuolleista alueella*, todettujen C-hepatiitti-infektioiden (kaikki tartuntatavat yhteensä) määrä* sekä todettujen HIV-infektioiden määrä*. Nämä kaikki viisi (5) indikaattoria ovat hyödyllisiä hoidon vaikuttavuuden seurantaindikaattoreita väestötasolla, vaikka niidenkin antama palveluiden vaikuttavuustieto on sirpaleista ja niihin voi vaikuttaa yleinen yhteiskuntapolitiikka enemmän kuin yksin palvelujärjestelmän kyky vastata päihdeongelmiin.

Kaikki indikaattorit ovat jo nykyisellään hyödynnettävissä valtakunnallisella ja aluetasolla.

Palveluiden laatu

Ei tuotannossa olevien, mutta palveluiden laatua mahdollisesti kuvaavien indikaattoriehdotusten ryhmä kokonaisuudessaan herätti kiinnostusta. Useat indikaattoriehdotukset saivat korkeita (8–10) arviointipistemääriä: odotusajat, kirjattujen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien osuus sekä asiakasmäärät työntekijää kohden. Asiakasyhteydenottojen määrä päihdehoitoyksiköihin, käyntityyppien erittely, laitoshoitoon ohjauksen ja saatujen myönteisten päätösten suhdeluku ja päätyneitä hoitajaksoja koskevat tiedot saivat vaihtelevampia arvioita (6–9). Suurinta vaihtelua (välillä 1–10) liittyi päihdehuollon yksiköiden lääketieteellisen hoidon saatavuutta, kaksoisdiagnoosihoitokykyä, omavalvontasuunnitelmia, Haipro-ilmoituksia ja valituksia koskeviin indikaattoriehdotuksiin.

Palveluiden laatua kuvaavista indikaattoriehdotuksista käyttökelpoisimmiksi arvioitiin odotusaika yhteydenotosta (lähete tai asiakasyhteydenotto) ensimmäiseen vastaanottoaikaan (avohoito), odotusaika jatkohoitoon ohjauksesta (lähete tms.) hoitoon pääsyyn (laitoshoito), kirjattujen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien määrä suhteessa asiakkuuksiin, omaisten ja läheisten huomioiminen, systemaattiset hoito- ja kuntoutussuunnitelmien loppuarvioinnit, Haipro-ilmoitukset, valitukset, sekä asiakasmäärä/omatyöntekijä (avohoito). Näistä mikään ei ole vielä käytössä eikä suoraan hyödynnettävissä eri aluetasoilla saatavissa olevana indikaattorina, mutta ne perustuvat kuitenkin tietoon, joita hoitoyksiköiden arvioitiin voivan tallentaa tietojärjestelmiinsä ja joista voisi muodostaa indikaattoritietoa. Liitteenä 3 olevalle indikaattorilistalle näistä ei esitetty yhtään. Näiden ehdotusten muokkaaminen indikaattoreiksi vaatii kehittämistä ja pilotointia kentän kanssa, ennen kuin ne voidaan esittää laatua luotettavasti kuvaavina indikaattoreina.

Eryteisesti kolmea näkökulmaa pidettiin hyödyllisenä: palveluihin pääsy, kirjatut hoitosuunnitelmat ja niiden arviointi sekä perheen huomioiminen hoidossa. Palveluiden tarjonta niin, että niillä voidaan vastata päihdeongelmaisen hoitoon hakeutumisena näkyvään avun ja tuen tarpeeseen, on osa palveluiden laatua. Päihdeongelmaisten hoitoon hakeutumisen kynnyks on usein jo sinänsä korkea. Kirjatut hoitosuunnitelmat ja niiden loppuarviointi ilmentää hoidon suunnitelmallisuutta. Perhenäkökulma voi jäädä riittämättömästi huomioiduksi päihdeongelmaisten hoidossa.

Muita indikaattoreiden kehittämishaasteita

Pilottialueilta tuli myös yksi ehdotus puuttuvista indikaattoreista: kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä. Sitä ei nostettu listalle, koska sen määrittelyä ei tarkemmin esitetty.

Kliinisessä työssä käytettävien, strukturoitujen kysymyslomakkeiden käyttöä siten, että niillä kerättävää tietoa käytetään kliinisen työn lisäksi indikaattoreiden muodostamisessa, olisi hyvä lisätä. Suomessa jo laajemmin käytössä olevat kyselylomakkeet ovat potentiaalisia indikaattoritiedon keräämisen työkaluja. Niitä ovat:

- AUDIT, joka on Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämä, 10 kysymystä sisältävä kysymyslomake alkoholinkäytön ongelmakäytön seulontaan, itsearviointiin apuvälineeksi ja sopii käytettäväksi mini-intervention yhteydessä. Siitä on johdettu lyhyempi kolmen kysymyksen AUDIT-C -kysymyssarja, jolla voi arvioida alkoholia liikaa käyttävien osuutta, sekä yhden kysymyksen AUDIT-11k, jolla voi arvioida alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuutta. AUDIT-testi tultaneen saamaan lähiaikoina näkyviin THL:n koodistopalvelimelle. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2015.)
- SADD-testi, joka on tarkoitettu alkoholiriippuvuuden arviointiin (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2015).
- SDS-testi, joka ilmaisee päihderiippuvuuden vaikeusasteen (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2015).
- tupakkariippuvuustesti, joka perustuu Fagerströmin testiin ja löytyy THL:n koodistopalvelimelta (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus, 2012)
- Pompidou-kysely, joka on huumeiden vuoksi päihdehoitoon hakeutuneen laaja tilanearvio hoitoon hakeutuneen sosiodemografisesta tilanteesta, hoitoon hakeutumisesta edeltäneestä päihteiden käytöstä ja aloitetusta hoidosta. Pompidou-kysely löytyy THL:n koodistopalvelimelta (Forsell ym. 2013).
- Päihdeasiakkaan tilanearvio, joka on tarkoitettu arvioimaan päihteiden käyttöä ettei päihteitä käyttävän henkilön kokonaistilannetta (A-klinikkasäätiö, 2014)

- Paradise24-mittari, joka on tarkoitettu arvioimaan psykososiaalisten vaikeuksien määrää ja voimakkuutta ja testattu Suomessa päihdeongelmaisten hoidossa (Pitkänen ym. 2014)

Indikaattoritiedoksi muodostettavista mittareista käyttökelpoisimmiksi arvioitiin tupakkariippuvuustesti, Pompidou-kysely, SDS-testi, SADD-testi sekä Päihdeasiakkaan tilanearvio. Lisäksi päihdeongelman toimintakyvyn arvioimiseen ehdotettiin Paradise24-mittaria. Muutama näistä muodostettu indikaattori on nostettu liitteenä 2 olevalle listalle: alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-testi), tupakkariippuvuus (Fagerströmin testi), päihderiippuvuuden vaikeusaste (SDS-testi), kolmen päihteen käytön yleisyys (Pompidou-kysely) sekä päihdeettömien kuukausien määrä edeltäneen 12 kuukauden aikana (Pompidou-kysely).

Arviointi indikaattorien käyttökelpoisuudesta/käytettävyydestä laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa.

Päihdepalveluiden laadun ja vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin soveltuvia valmiita indikaattoreita on vähän ja ne kuvaavat hoitoa kapea-alaisesti. Yhtenä laadun osana on hoidon tarpeen arviointi. Päihdeongelmien osalta on syytä tarkastella perinteisten päihteiden rinnalla myös tupakkariippuvuutta sekä rahapeliongelmia.

Hoitopalveluiden käyttöä koskevista tiedoista on kuitenkin mahdollista muodostaa kokonaiskuva tarjolla olevista hoitopalveluista, mutta aluetason palvelujärjestelmän seuranta vaatii useamman palvelujärjestelmän osan samanaikaista hahmottamista. Päihteisiin liittyvä hoidon tarve kanavoituu eri alueilla eri paikkoihin. Hoidon vaikuttavuuden osalta yksilö- tai väestötason indikaattoreita on todella vähän. Ehdotetut ja täsmällisiksikin arvioidut vaikuttavuusindikaattorit (päihdeettömät kuukaudet, kuolleisuus, tartuntataudit,) antavat vain kapea-alaisen mahdollisuuden arvioida hoidon vaikuttavuutta joko yksilö-, organisaatio- tai palvelujärjestelmätasolla.

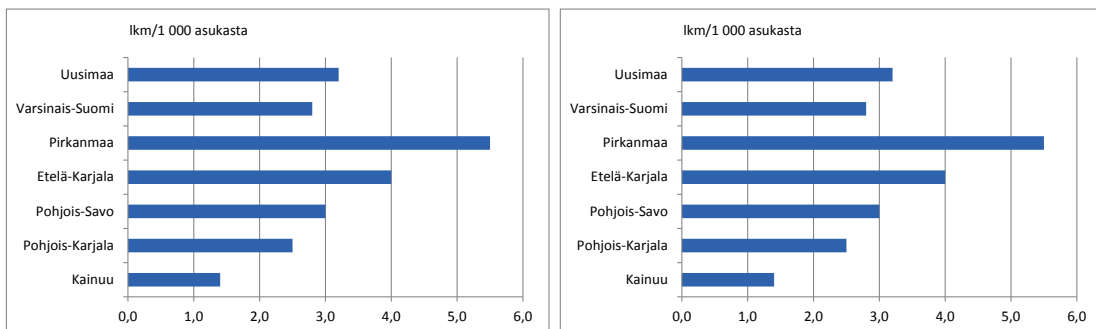
Yksilötasolla ja yksittäisistä hoitajaksoista mahdollisesti hoitoyksiköissä kerättävissä olevat tiedot painottuvat hoitoon pääsyyn (odotusaika), hoitoprosessin kirjaamiseen (hoitosuunnitelma ja sen loppuarviointi) ja perheen huomioimiseen. Hyödyllisiksi nähtäisiin myös henkilökuntamäärää koskevien tietojen seuranta.

Päihdeongelmasta kuntoutuminen on pitkä prosessi, minkä vuoksi yksittäisen hoitajakson laadun ja vaikuttavuuden seurannassa tarvittaisiin tietoa myös kuntoutumisen vaiheesta. Rakenteista kirjaamista kehitettäessä on tärkeä hyödyntää standardoituja, strukturoituja kyselyjä, joita käytetään jo kliinisessä työssä, mutta joista kertyvää tietoa olisi mahdollista viedä hoitoyksiköiden tietojärjestelmiin indikaattoritasoiseksi tiedoksi. Niillä olisi mahdollista silloin kuvata tarkemmin niin hoitopalveluiden tarvetta (esimerkiksi päihteiden käyttö, toimintakyky, muutosmotivaatio) kuin myös hoidon vaikuttavuutta (muutos päihteiden käytössä, toimintakyvyssä).

Osa käytössä olevista indikaattoreista voisi täsmentyä kehittämällä THL:lle jo rekistereistä kertyvää ja indikaattoreiksi muodostettavaa tietoa. Esimerkiksi Avohilmon SPAT-luokituksessa (THL 2016a) olevassa päihteiden/tupakan käytön strukturoidussa kartoituksessa tulisi voida erottaa toisistaan Audit-kysely ja Fagerströmin testi, jotta saataisiin täsmällistä tietoa. Jos rakenteiseen kirjaamiseen sisällytettäisiin edellä mainitut tupakkariippuvuus- sekä AUDIT-C-testit, tämä olisi mahdollista. Tällä hetkellä on vaikea sanoa mistä kyseinen SPAT-luokka kertoo.

Päihdepalveluja kuvaavassa indikaattoripaketissa voi olla osittaista päällekkäisyyttä muiden palvelupakettien indikaattorilistojen kanssa.

Päihdepalveluiden laadun ja vaikuttavuuden rinnalla on tärkeä arvioida myös päihdepalveluiden tarvetta. Aluetason (väestötaso) indikaattoreita päihdetilanteen seurantaan löytyy. Monet merkittävästi päihdepalvelujen onnistumiseen vaikuttavat tekijät eivät löydy palvelujärjestelmän sisältä palvelupaketissa kuvatuista palveluista. Päihdepalveluiden tarpeeseen vaikuttaa päihteiden saatavuutta säätelevä päihdepolitiikka sekä yleinen sosiaaliturvapolitiikka. Pelkällä päihdepalveluiden tarjonnalla ei voi vaikuttaa päihteiden käyttöön ja käytöstä aiheutuviin haittoihin. On kuitenkin tärkeä ymmärtää, mitä on otettava huomioon palveluita järjestettäessä. Päihdepalvelupaketin indikaattoreiden rinnalla tarvitaan myös alueen väestöä koskevia sosiodemografisia tietoja niin päihdepalveluiden tarpeen ja niiden laadun arvioinnissa kuin myös palveluiden vaikuttavuuden arvioinnissa.



Kuvio 9. Päihdehuollon asiakkaat laitoksissa ja avopalveluissa 1000 asukasta kohden. Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)

2.3 Lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketti

Johdanto

Laadukkaiden ja vaikuttavien palveluiden järjestäminen edellyttää kokonaiskuvaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden tilanteesta. Päätöksenteon eri tasoilla tarvitaan erilaista tietoa lasten, nuorten ja perheiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä palvelujen tarpeista, saatavuudesta, käytöstä ja kyvystä vastata avun ja hoidon tarpeeseen. Tavoitteena on, että viranomaisilla on käytössään ajantasaista tietoa, joka tukee palvelujen suunnittelua ja päätöksentekoa. Tämä edellyttää yhtenäistä tietopohjaa ja tiedon jalostamista paikallisiin, alueellisiin ja kansallisiin tarpeisiin.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut ovat sisällöllisesti laaja kokonaisuus. Palvelupaketti-hankkeessa on rajauduttu tarkastelemaan lasten, nuorten ja perheiden tilannetta vain sosiaali- ja terveyspalveluiden (sote-palvelut) järjestämisen näkökulmasta. Lapsille, nuorille ja lapsiperheille tärkeitä palveluja ja kehitysympäristöjä ovat myös varhaiskasvatus ja opetus, jotka on rajattu tämän tarkastelun ulkopuolelle. Esitetyt indikaattorit eivät anna kattavaa kuvaa lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuden tilanteesta ilman, että otetaan mukaan indikaattoreita myös sote-sektorin ulkopuolelta. Lisäksi on tietoa alueita, joista puuttuu indikaattoreita.

Indikaattoreiden valinnassa ja arvioinnissa on painotettu niiden käytettävyyttä sote-palvelujen järjestäjän ja tuottajan näkökulmasta sekä Lapsi- ja perhepalveluiden valtakunnallisen muutosohjelman (LAPE) tavoitteita (Aula ym. 2016). Näitä ovat nykyistä lapsi- ja perhelähetoisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut.

Lapsen etu ja vanhemmuuden tuki ovat ensisijaisia. Peruspalveluja vahvistetaan, ja siirretään painopistettä ehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen tukeen. Näin voidaan vähentää lasten huostaanottoja ja laitoshoidoa ja hillitä kustannusten nousua.

Arviointiprosessin eteneminen

Indikaattoreiden arviointi toteutettiin kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa koottiin keskeisistä tietolähteistä (mm. SotkaNet¹⁶, Avohilmo¹⁷, TEAviisari¹⁸) asiantuntijatyönä tietoa tällä hetkellä tuotannossa olevista indikaattoreista. Kartoituksen tuloksena saatiin arvioitaviksi yli 250 indikaattoria.

Indikaattorit luokiteltiin OECD:n viitekehyksen (Kelly ym. 2006) perusteella sen mukaan, miten ne kuvaavat terveyttä ja hyvinvointia, niiden edellytyksiä ja ylläpitämistä, hoitoa ja tukea eli terveys- tai sosiaalisen ongelman ratkaisemista sekä selviytymistä alentuneen toimintakyvyn ja sairauden kanssa.

Arviointiprosessin toisessa vaiheessa hankkeeseen osallistuvilta pilottialueilta (Siun sote, Eksote ja Pohjois-Savon alueella Kuopio, PSSHP, Kysteri, Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymä) pyydettiin arvioita indikaattoreiden (n. 250 kpl) toimivuudesta. Saadut arvioinnit (8 kpl) pitivät sisällään yksityiskohtaista indikaattoreiden sisällön ja soveltuvuuden arviointia ja/tai sisälsivät yleisemmällä tasolla palautetta indikaattoreiden toimivuudesta. Indikaattoreiden arviointi koettiin alueilla ja kunnissa monimutkaisena ja laajana tehtävänä. Tämä näkyi puutteellisesti täytettyinä vastauksina. Arvioinnit vaihtelivat huomattavasti vastaajan organisaation mukaan. Saadut palautteet käytiin asiantuntijaryhmässä lävitse ja otettiin huomioon yhteenvedoa tehtäessä.

Arviointiprosessin kolmannessa vaiheessa karsittiin indikaattoreiden määrää huomioiden pilottialueilta sekä hankkeen ohjausryhmästä saatu palaute. Määrän karsimisessa hyödynnettiin myös seuraavia kriteerejä:

- kuvaa lasten ja nuorten sote-palveluiden laatua tai vaikuttavuutta (ml. palvelujen toteutuminen, saatavuus ja saavutettavuus, asiakkaiden asema, tuen ja hoidon tarve, rahoitus ja kustannukset)
- perustuu kvantitatiivisiin tunnuslukuihin
- tulkintatieto on kirjattu selkeästi ja yksiselitteisesti
- mahdollistaa kehitystrendien muodostamisen eli tieto kerätään säännöllisesti ja kattavasti
- tuottaa tietoa vähintään alueellisella (maakunta) tasolla, mieluiten myös kunta- ja toimintayksikkötasolla ja mahdollistaa siten alueellisen vertailun
- perustuu luotettaviin, yleistettäviin ja alueellisesti edustaviin tutkimuksiin tai rekistereihin
- tiedon saanti varmistettu myös tulevaisuudessa
- kattaa mahdollisuuksien mukaan tiedot eri ikäryhmistä ja erityisryhmistä
- on lapsi-, nuori- ja lapsiperhelähtöinen

¹⁶ www.sotkanet.fi

¹⁷ <http://www.thl.fi/avohilmo>

¹⁸ www.TEAviisari.fi

Kriteereiden valinnassa hyödynnettiin Opetus- ja kulttuuriministeriön asiantuntijatyöryhmän kommentteja (OKM 2011), Jyväskylän yliopiston tutkijatyöryhmän raporttia (Aira ym. 2014), Lapsiasiavaltuutetun vuosikirjassa (Lapsiasiavaltuutetun toimisto 2014) esitettyjä kriteereitä sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arviointiryhmän tuottamaa julkaisua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarvioinnista (THL 2016i).

Arvioinnin tulokset

Indikaattorikohtaiset arvoinnit saatiin Siun sotesta ja Pohjois-Savosta. Suurta osaa indikaattoreista pidettiin käyttökelpoisina lasten ja nuorten palvelujen suunnittelussa ja arvioinnissa (kouluarvosana 9-10). Kuntien arvioinneissa ei oltu rajoitettu ainoastaan indikaattoreiden käytettävyyden arviointiin sote-palvelujen laadun ja saatavuuden näkökulmasta. Yleisesti kunnista/alueilta saadussa palautteessa huomiota oli kiinnitetty siihen, että seurattavia indikaattoreita ei voi olla lukumäärällisesti paljon. Tarve on karkeamman tason yhdistelmäindikaattoreille. Näiden indikaattoreiden tulisi ohjata toimintaa haluttuun suuntaan, seurata kehitystä ja peilata toimintaa tavoitteisiin.

Sekä Siun sote, että Pohjois-Savo pitivät erottelvana ja erityisen hyvinä lasten ja nuorten koettua terveydentilaa ja ylipainoa kuvaavia indikaattoreita. Näiden indikaattoreiden voidaan ajatella heijastavan sote-palvelujen laatua. Saatavuusindikaattoreista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen sekä lastensuojelun käytön osalta tärkeänä pidettiin ikäryhmittäistä tarkastelua sekä mahdollisuutta saada myös lukumäärätietoa prosenttiosuuksien lisäksi. Pohjois-Savossa korostettiin henkilöstömitoitussuosituksen toteutumisen seurannan tärkeyttä äitiys- ja lastenneuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Henkilöstömitoitusten toteutumista ei yleisesti pidetä laatua kuvaavana indikaattorina, jonka vuoksi ne jätettiin pois lopullisesta indikaattorilistasta. Yleisesti koettiin vaikeaksi Avohilmo-tietojen käyttöön saaminen oman organisaation tarpeisiin. Tietojen helppo saatavuus on perusedellytys indikaattoreiden käytettävyydelle sekä sote-palvelujen tuottajan että järjestäjän näkökulmasta.

Kuntien ja alueiden palautteissa pidettiin tärkeänä saada tietoa sote-palvelujen laadun ja saatavuuden lisäksi myös lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin tilasta sekä koulu- ja opiskeluympäristön ja yhteisön olosuhteista. Siun sotessa pidettiin tärkeänä saada tietoa määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävistä sekä tietoa koulu- ja opiskeluympäristöstä ja hyvinvoinnista myös sote-toimijoiden ulkopuolelta. Tiedot nähtiin alueilla hyödyllisinä ja käyttökelpoisina, vaikka ne eivät suoranaisesti mittaa sote-palveluiden laatua tai saatavuutta.

Palvelujen järjestämisen kannalta pidettiin tärkeänä tiedon saamista lapsilta ja nuorilta, esimerkiksi ahdistuneisuusoireilu, masentuneisuusriski, tupakointi- ja alkoholinkäyttötottumukset. Myös positiivisesti esitettyjä indikaattoreita (tupakoimattomien ja raittiiden nuorten osuus) pidettiin hyödyllisinä. Nämä indikaattorit sisällytettiin mukaan lopulliseen listaan, vaikka ne eivät yksittäisinä indikaattoreina kuvaakaan parhaalla mahdollisella tavalla sote-palvelujen laatua.

Lopullinen indikaattoriesitys on muodostettu pilotista saatujen ja asiantuntijoiden arviointien perusteella. Asiantuntijatyössä hyödynnettiin edellisessä kappaleessa esitettyjä arviointikriteereitä. Indikaattorit on myös valittu siten, että ne kattaisivat mahdollisimman laajan alueen lasten, nuorten ja perheiden sote-palveluista ja ovat käyttökelpoisia palveluja järjestävän tai tuottavan tahon näkökulmasta.

Kartoituksen tuloksena syntyneellä listalla oli paljon indikaattoreita, jotka liittyivät ehkäisevään toimintaan (koettu terveydentila, ylipaino, ahdistuneisuus, päihteiden käyttö, ehkäisy ja raskaudenkeskeytykset) tai palvelujen saavutettavuuteen (ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin ajankohta ja määräaikaisten terveystarkastusten peittävyys). Näistä toimivaksi arvioituja poi-

mittiin listalle. Sekä kunnissa että alueilla pidettiin valittuja indikaattoreita ehkäisevän toiminnan arvioinnin kannalta erittäin tärkeitä. Huomioitava kuitenkin on sosiaalihuollon ehkäisevän toiminnan laatua ja saatavuutta kuvaavien indikaattoreiden vähäisyys sekä vaikuttavuutta arvioivien indikaattoreiden puuttuminen.

Terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen (äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto) vahvistaa etsivää työtettä, jolla kyetään tukemaan perheitä varhaisessa vaiheessa ja vähentämään esimerkiksi raskaampien lastensuojelutoimenpiteiden tarvetta. Se on keskeinen ehkäisevien sote-palvelujen laadun indikaattori. Indikaattorille ei kuitenkaan ole vielä olemassa määriteltyä kirjaamis- ja raportointitapaa, minkä vuoksi se ei ole lopulliselle indikaattorilistalle poimittujen joukossa. Tieto olisi kuitenkin tulevaisuudessa mahdollista kerätä Avohilmon kautta.

Kohdennettujen ja korjaavien palvelujen laatu- ja saatavuusindikaattorit kuvaavat erityisen tuen tarpeen mukaisia käyntejä, määräajassa ratkaistuja lastensuojeluilmoituksia, toistuvasti sijoitettujen lasten määrää, erikoissairaanhoidon saaneiden lasten määrää, lastensuojelun piirissä olevien lasten ja nuorten määrää sekä kuolleisuutta. Potilasturvallisuuden ja prosessien laadun seurantaan löytyi muutamia indikaattoreita.

Saadun palautteen perusteella ongelmaksi koettiin, että osa indikaattoreista on sellaisia, että niistä saadaan tietoa vain kahden vuoden välein tai tiedot ovat vanhoja jo ilmestytessään. Toiveena esitettiin, että indikaattoreiden pitäisi olla saatavissa vähintään vuosittain. Indikaattoreiden arvo nähtiin enemmänkin hyvinvointikertomustyössä: mihin suuntaan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi on kehittynyt, onko haluttuja tuloksia saatu aikaan sekä ovatko palvelut kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä.

Lopulliseen ehdotukseen otettiin mukaan 37 indikaattoria. Valitut indikaattorit ja kokonaisuus, johon ne liittyvät esitetään taulukossa 1. Kaikki listalle nostetut indikaattorit kuvataan tarkemmin liitteessä 1.

Yhteenveto kunnista ja alueilta saadusta palautteesta ja asiantuntijatyön arvioinnin tuloksista:

- Palvelutarvetta tai palvelujen tarpeisiin vastaavuutta kuvaavia indikaattoreita ei juuri ole, kun taas suoritteita ja palvelujen käyttöä kuvaavia indikaattoreita on paljon. Niitäkään ei välttämättä ole jalostettu päätöksenteossa helposti hyödynnettäviksi. Suoritteiden vertailu on periaatteessa mahdollista.
- Indikaattoreita on lukumääräisesti paljon (arvioinnissa yli 250 indikaattoria). Niiden hakeminen ja hyödyntäminen on kuitenkin työlästä. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja kuvaavia indikaattoreita raportoidaan useissa erilaisissa raportointijärjestelmissä: osa on saatavilla sähköisesti maksutta, osa on maksullisia tai raportoidaan erillisinä julkaisuina.
- Vaikuttavuusindikaattoreita puuttuu.
- Vaikka kustannusnäkökulma ei sisällynytkään tähän arviointiin, on syytä kuitenkin todeta saadun palautteen perusteella että kustannusten seurannassa on huomattavia puutteita. Esimerkiksi voimavarojen jakautumista ehkäisevien ja korjaavien toimien välillä on hankalaa tai lähes mahdotonta seurata. Lisäksi kustannusten seuranta vaikeuttaa palveluiden käytöstä muodostuvien asiakastietojen hajautuminen useisiin eri rekistereihin.
- Kaikista indikaattoreista ei saada tietoa ikä- tai alaryhmittäin - esimerkiksi tietoa maahanmuuttajataustaisten, toimintakykyrajoitteisten, erilaisissa perherakenteissa elävien tai kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten tilanteesta on vaikea saada.

Tämä tieto olisi kuitenkin tarpeen palveluiden suunnittelussa ja ennakkoinnissa. Ikäryhmittäinen jaottelu vaihtelee myös suuresti eri indikaattoreiden välillä ja vaikeuttaa vertailtavuutta.

- Indikaattoreiden metatietokuvaukset on toteutettu vaihtelevasti. Niihin liittyvää tulokintatietoa ei ole aina saatavilla. Ainoastaan harvojen indikaattoreiden laatua (ml. pysyvyys, psykometriset ominaisuudet) on arvioitu kansallisesti ja/tai kansainvälisesti. Luotettavien vaikuttavuusindikaattoreiden laatiminen edellyttää useiden eri tietolähteiden (kuten rekisterien ja väestötutkimustietojen) yhdistämistä sekä riittävän kattavaa seurantatietoa.

Listalle valittujen indikaattoreiden käytettävyys järjestäjän ja tuottajan näkökulmasta

Lasten, nuorten ja perheiden sote-palvelujen järjestäjät ja tuottajat tarvitsevat tietoa palvelujen saavutettavuudesta, laadusta ja vaikutuksista. Keskeistä tässä on tunnistaa, millaisia tuen ja avun tarpeita lapsilla ja nuorilla on ja miten palvelut vastaavat näitä tarpeita. Indikaattoreiden avulla tulisi pystyä muodostamaan kuva lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuu- den toimivuudesta. Nyt käsillä oleva lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketti ei nykyises- sä muodossaan toimi tässä tarkoituksessa. Kokonaiskuvan muodostamiseksi tarvitaan tietoa myös sote-palvelujen ulkopuolelta, kuten varhaiskasvatuksen, koulutuksen ja opetuspalvelujen saavutettavuudesta ja laadusta.

Lasten, nuorten ja perheiden sote-palvelujen laadun ja vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin soveltuvia valmiita indikaattoreita on vähän ja ne kuvaavat lasten, nuorten ja perhei- den palvelukokonaisuutta vain rajatusta näkökulmasta. Aitoja laatua kuvaavia indikaattoreita on vain vähän.

Hyödyllisiksi nähtäisiin myös lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia ja terveyttä sekä palveluihin liittyviä henkilöstövoimavaroja ja muita resursseja (mm. kustannuksia) koskevien tietojen seuranta, jotka on rajattu tämän tarkastelun ulkopuolelle. Riittävät resurssit ovat kui- tenkin palvelujen hyvän laadun edellytys. Varsinaiset vaikuttavuusindikaattorit puuttuvat ko- konaan.

Tietoa lasten, nuorten ja perheiden palvelujen saatavuudesta ja laadusta on löydettävissä useasta eri tietolähteestä. Ikäjaottelut vaihtelevat, mikä vaikeuttaa tiedon hyödyntämistä. Jat- kossa tietojen rakenteinen kirjaamisen kehittyminen tulee tarjoamaan kunnille ja maakunnille enemmän mahdollisuuksia systemaattiseen sote-palvelujen laadun ja saatavuuden seurantaan. Kehittämistyössä tulee huomioida, että tiedot ovat helposti palvelujen järjestäjän ja tuottajan saatavissa.

Alla on esimerkinomaisesti tarkempia perusteluja joidenkin indikaattoreiden valinnalle il- miöiden mukaan tarkasteltuna:

Terveys ja elintavat

- Lasten ja nuorten koettu terveys tiivistää terveydentilan eri puolia, ja se ennustaa sote-palvelujen tarvetta yksilötasolla. Sitä voidaan käyttää ehkäisevien palvelujen suunnittelussa sekä laatua kuvaavana indikaattorina arvioitaessa tehtyjen kehittämis- toimien vaikutuksia. Muutokset koetussa terveydessä tai suuret erot muihin alueisiin verrattuna antavat aiheen tarkempiin selvityksiin, jotta tunnistetaan ongelman taustalla olevat tekijät ja osataan kohdentaa toimenpiteitä oikein.

- Lasten ja nuorten ylipainoa kuvaavat indikaattorit toimivat myös laatuindikaattorina sote-palveluja tuottaville ja järjestäville tahoille. Tavoitteena on, että entistä harvemmasta lapsesta ja nuoresta kasvaa lihava aikuinen ja lihavuuteen liittyvät sairaudet myöhemmällä iällä saataisiin ehkäistyä. Ylipainoa kuvaava indikaattori antaa tietoa lisäksi tietoa siitä, miten yhtenäiset käytännöt koko perheen terveellisten elämäntapojen edistämiseksi kunnissa ja maakunnissa toteutuvat.
- Nuorten kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kuvaava indikaattori ilmaisee niiden nuorten osuuden, joilla on kahden viime viikon aikana ollut kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuusoireilua. Indikaattori on kansallisesti ja kansainvälisesti validoitu ja siitä on olemassa vankkaa tutkimusnäyttöä.
- Raittiiden nuorten osuus ja päivittäin tupakkatuotteita käyttävien nuorten osuus ovat keskeisiä ehkäisevän päihdetyön sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen laadun indikaattoreita.
- Alaikäisten nuorten raskaudenkeskeytysten määrää voidaan pitää ehkäisyneuvonnan laadun indikaattorina

Palvelujen saatavuus ja suoritteet

- Ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin ajankohta kuvaa saatavuutta kahden ulottuvuuden kautta: toisaalta palvelun tuntemista sekä siihen pääsyn nopeutta.
- Neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon määräaikaisten terveystarkastusten peittävyys kertoo lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen saatavuudesta. Indikaattoritietoa tarvitaan jokaisesta ikäryhmästä; listalle on valittu tarkempana esimerkkinä 4-vuotiaan laajan terveystarkastuksen toteutuminen lastenneuvolassa
- Erityisten tuen tarpeen mukainen käynnillä tarkoitetaan esimerkiksi tuen tarpeen selvittämistä tai tuen järjestämistä pitkäaikaisen sairauden tai toimintakyvyn aleneman vuoksi, voimien selvittelyä ja tukemista mielialaan, psykosomaattiseen oireiluun, perhe-, koulu- tai kaveritilanteeseen liittyvissä tilanteissa. Indikaattori kuvaa, miten palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan yksilöllisiin tuen tarpeisiin ja heijastaa tätä kautta palvelujen saatavuutta.
- Lastensuojeluilmoitusten käsittely sekä lastensuojelun avohuollollisten toimenpiteiden piirissä olevien määrää kuvaavat indikaattorit auttavat palvelun tuottajia ja järjestäjiä muodostamaan kokonaiskuvaa haavoittuvassa asemassa olevien lasten palvelutarpeesta ja saatavuudesta. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja toistuvasti sijoitettujen lasten ja nuorten määriä ja osuuksia kuvaavat indikaattorit kuvaavat perheiden henkistä ja taloudellista pahoinvointia. Kodin ulkopuolelle sijoitusten taustalla voivat olla niin vanhemmista kuin lapsistakin johtuvat syyt. Tämän indikaattorin rinnalla olisi hyvä tarkastella lastensuojeluilmoitusten pitkän aikavälin tilastoja, joissa ilmenevät muutokset heijastuvat myös huostaanottoilastoihin. Avohuollon tukitoimien lisääminen voi vähentää sijoitusten määrää, mutta samalla se voi lisätä huostaanottojen määrää, kun lastensuojelullisia toimenpiteitä vaativia tilanteita tulee enemmän esille.
- Erikoissairaanhoidon tasoisten palvelujen saatavuutta ja käyttöä kuvaavia indikaattoreita ovat lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaat ja psykiatrisen laitoshoidon potilaat. Vastaanottopalveluiden palvelupaketissa (luku 2.9) on kuntien arvioin pohjalta tehty esitys paljon palveluja käyttävien asiakkaiden määrää kuvaavan indikaattorin muodostamiseksi. Tämän suuntainen tarkastelu voisi soveltua myös lasten ja nuorten sote- palvelujen käytön seurantaan. Samoin kuin aikuisväestöllä, myös lapsilla ja nuorilla palvelujen runsas käyttö kasautuu pienelle asiakasryhmälle.

Kehittämistarpeet

Indikaattoreiden runsaasta määrästä huolimatta tarjolla olevassa indikaattorivalikoimassa on lasten, nuorten ja perheiden sote-palvelujen (palvelupaketti) järjestämisen ja seurannan näkökulmasta monia kehittämistarpeita:

- Nykyisten indikaattorien perusteella ei muodostu kokonaiskuvaa lasten, nuorten ja perheiden terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista (saavutettavuus, tarpeisiin vastaavuus, yhteensovittaminen, toimivuus, osallisuus). Lisäksi saatu tieto on sirpaleista. Lapsista ja vanhemmista kertyy tietoa eri lähteestä, mikä hankaloittaa tiedon käyttöä ja vertailtavuutta.
- Tulevaisuudessa tulisi varmistaa päätöksen teon tueksi tarvittavan perustiedon ajantasaisuus ja helppo saatavuus. Indikaattoreita tulisi jatkossa suunnata vahvemmin eri käyttäjien tarpeisiin. Eri tasoilla olevat päätöksentekijät tarvitsevat erilaista tietoa. Kunta- ja toimipistetasolla on tarve yksityiskohtaisimmille indikaattoreille. Keskeisten indikaattoreiden avulla tulee voida seurata trendejä ja laatia ennusteita. Tietotuotannon yhtenäistäminen sekä indikaattorituotannon ja raportoinnin kehittäminen paikallisiin, alueellisiin ja kansallisiin tarpeisiin edistää tiedon käytettävyyttä sekä järjestäjän että tuottajan näkökulmasta
- Laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden kehittäminen vaatii lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyvän tietopohjan vahvistamista.

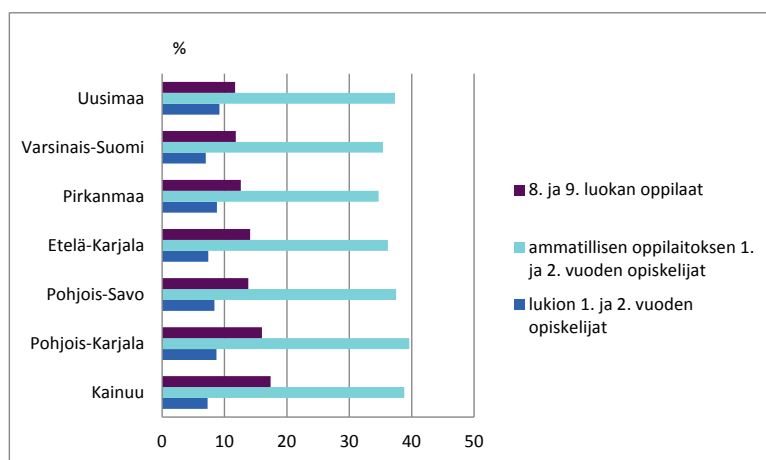
Lopuksi

Lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketin kokonaisvaltaisessa tarkastelussa tarvittaisiin paljon indikaattoreita. Tämä johtuu siitä, että palvelupaketti on muodostettu ikävaiheiden mukaisesti ja se pitää sisällään myös muissa paketeissa esitettyjä sote-palvelujen laadun ja saavutettavuuden tekijöitä. Sote-palvelujen laadun ja saavutettavuuden seurannassa tarvitaan tietoa myös lasten, nuorten ja perheiden muista palveluista (varhaiskasvatus, koulutus, nuorisotoimi jne.). Päätöksenteossa ja arvioinnissa käytettävän tiedon tulee muodostaa kokonaisuus, joka antaa luotettavan käsityksen eri-ikäisten ja erilaisissa elämäntilanteissa elävien lasten, nuorten ja perheiden terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista (mm. tarve, saavutettavuus, käyttö) ja joista saadaan määrävälein seurantatietoa.

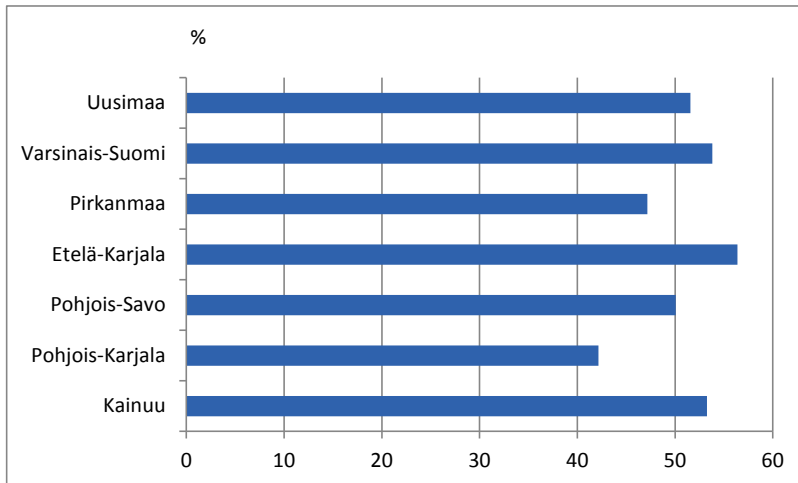
Taulukko 1. Lasten, nuorten ja perheiden sote –palvelujen indikaattorit¹ ja niiden tietolähteet.

Indikaattorit ulottuvuuksittain	
PYSYMINEN HYVINVOIVANA JA TERVEENÄ	
1.	Koettu terveydentila keskimääräinen tai huono
2.	Ylipaino nuorilla
3.	Ylipaino 4-vuotiailla
4.	Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus
5.	Raittiiden nuorten osuus
6.	Päivittäinen tupakkatuotteiden käyttö
7.	Ehkäisyn puuttuminen viimeisimmässä yhdynnässä
8.	Alaikäisten raskaudenkeskeytykset
9.	Ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin ajankohta
10.	Rakennepoikkeavuuksien seulonta 18+0–21+6 raskausviikoilla
11.	Äitiysneuvola asiakastytyväisyys kohtaaminen
12.	Äitiysneuvola asiakastytyväisyys, hyöty
13.	Laajojen terveystarkastusten peittävyys 4-vuotiaalla
14.	Lastenneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten peittävyys (kokonais)
15.	Pneumokokki-rokotuskattavuus lapsilla
16.	Lastenneuvola asiakastytyväisyys, kohtaaminen,
17.	Lastenneuvola asiakastytyväisyys, hyödyllisyys
18.	Kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten peittävyys (kokonais)
19.	Opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastusten peittävyys toisen asteen oppilaitoksissa
TERVEYS- TAI SOSIAALISEN ONGELMAN RATKAISEMINEN	
1.	Eriyisen tuen tarpeen mukainen käynti
2.	Määräajassa aloitettu lastensuojeluilmoituksen käsittely
3.	Toistuvasti sijoitetut lapset
4.	Erikoissairaanhoidon avohoidon käynnit
5.	Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaat
6.	Lasten psykiatrian avohoidon potilaat
7.	Nuorisopsykiatrian avohoidon potilaat
8.	Lastenspsykiatrian vuodeosastohoidon potilaat
9.	Nuorisopsykiatrian vuodeosastohoidon potilaat
10.	Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä olevat
11.	Kodin ulkopuolelle sijoitetut
12.	Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät avustamattomissa alatiesynnytyksissä
13.	5 minuutin Apgarin pisteet 0-3
14.	Perinataalikuolleisuus
15.	Antibioottien käyttö 0–6-vuotiailla
16.	Kasvatus- ja perheneuvola, ensimmäiseen asiakastapaamiseen pääsyn odotusaika
17.	Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet
18.	Lastentautien vuodeosastohoitajakson uusiutuminen
SELVIYTYMINEN SAIRAUDEN /ALENTUNEEN TOIMINTAKYVYN KANSSA	
Ei indikaattoreita listassa	

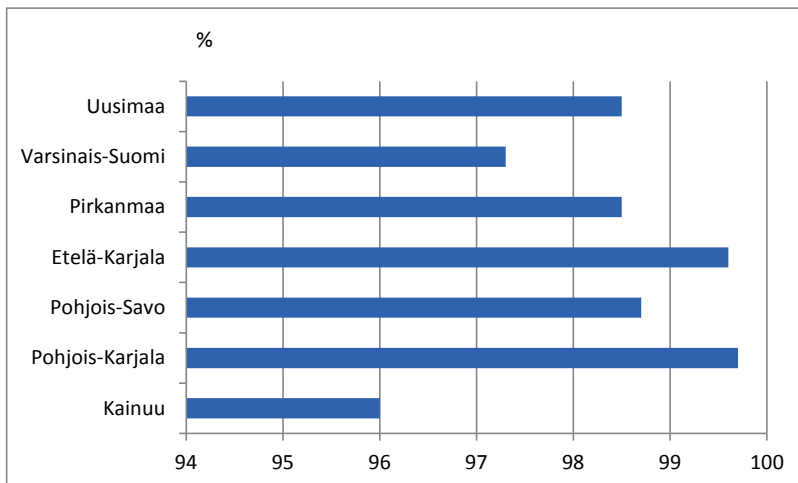
¹Taulukossa esitetyt indikaattorit ovat tällä hetkellä tuotannossa tai helposti tuotantoon otettavissa. Sisällöltään ne on rajattu koskemaan sote -palveluita. Tässä esitetään kokonaisuus, josta kaikki eivät sisälly listaan liitteessä 1.



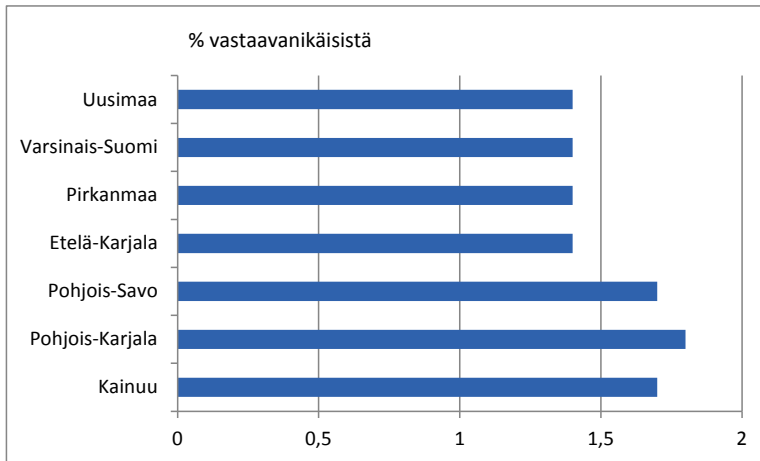
Kuvio 10. Päivittäin tupakoiivien nuorten osuus (%) koulutyyppittäin Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa v 2013 (THL Kouluterveyskysely)



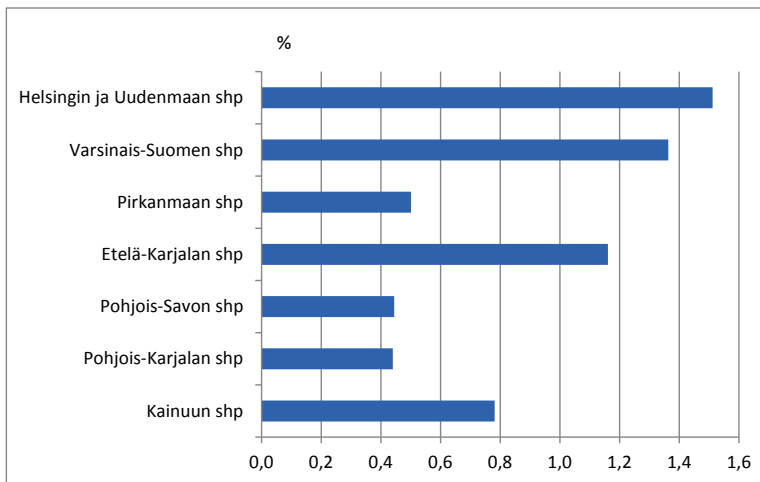
Kuvio 11. 4-vuotiaat, joille on tehty lastenneuvolan laaja terveystarkastus (sisältää sekä terveydenhoitajan että lääkärin tekemän tarkastuksen), osuus (%) vastaavanikäisistä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2015 (THL Avohilmo)



Kuvio 12. Lastensuojeluasiassa vireille tulleiden palvelutarpeiden arviointien käsittely aloitettu 7 arkipäivän kuluessa (%) Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa 1.10.2015 – 31.3.2016 (THL)



Kuvio 13. Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–20-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)



Kuvio 14. Välilihan 3.-4. asteen repeämät ilman instrumentteja avustetuissa alatiesynnytyksissä (%) Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä vuonna 2015 (THL)

2.4 Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketti

Johdanto

Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketin kohderyhmä ovat yli 18-vuotiaat asiakkaat, joilla voi olla haasteita työ- ja toimintakyvyssä mutta joiden kohdalla ei ensisijaisesti ole kyse esimerkiksi vakavista päihde- tai mielenterveysongelmista. Palvelupaketin laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden tulisi kertoa siitä, miten palvelujen toteuttamisessa on onnistuttu sekä minkälaisia vaikutuksia niillä on asiakkaan elämässä tai yhteiskunnassa laajemmin ollut.

Indikaattoreiden kartoitus, kansalliset indikaattorit

Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketin laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden kartoitus ja valinta perustui ennen kaikkea tämän palvelupaketin (Sitra 2016b) toimintojen tasolle. Laatu ja vaikuttavuutta voidaan arvioida sen mukaan, miten palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja parantavat asiakkaiden hyvinvointia sekä työ- ja toimintakykyä. Indikaattoreita haettaessa pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota lakisääteisten palvelujen toteutuksen ohella hyvinvoinnin sekä työ- ja toimintakyvyn näkökulmiin.

Indikaattoreita haettiin aluksi kartoittamalla aikuisten sosiaalipalveluihin sekä työ- ja toimintakykyyn liittyviä kansallisia indikaattoreita tilasto- ja indikaattoripankeista. Näitä olivat THL:n Sotkanet¹⁹, Kansaneläkelaitoksen Kelasto²⁰, työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilasto²¹ sekä Tilastokeskuksen tilastot²². Indikaattorien ryhmittelyä tarkasteltiin valmiista indikaattorilistoista ja mittareista, kuten Findikaattori²³, Hyvinvointikompassi²⁴, Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH (THL 2016c), työ- ja elinkeinoministeriön kotoutumisen indikaattorit (TEM 2013) sekä sosiaalialan ohjelmien seurantaindikaattorit²⁵. Lisäksi tarkasteltiin nuorisotakuun seurantaan kehitettyjä indikaattoreita (Tuusa ym. 2014). Niin sanotuista Kuusikko-raporteista ilmeni, minkälaista vertailutietoa Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa on pidetty hyödyllisenä (Ahlgren-Leinivuo 2014, 2015a ja 2015b).

Kansallisten indikaattorien etuna on se, että ne tuottavat tietoa valtakunnallisesti ja yleensä myös kunnittain. Niistä saa hyvää tietoa yhteiskunnan tilasta sekä väestön hyvinvoinnista ja hyvinvoinnin vajeista, joten niiden tuella voidaan esimerkiksi selvittää väestön palvelutarpeita. Niitä ei kuitenkaan ole rakennettu mittaamaan palvelujen laatua tai vaikuttavuutta, ja niiden kyky kertoa aikuissosiaalityön palvelujärjestelmästä on erittäin rajallinen.

Indikaattoreiden kartoitus, asiakaskohtaiset mittarit

Seuraavassa vaiheessa indikaattoreita kartoitettiin hakemalla mittareita, joita on kehitetty arvioimaan aikuissosiaalityön tai palvelujärjestelmän kykyä tuottaa tavoiteltu muutos asiakkaan elämässä. Asiakaskohtaisissa mittareissa on kyse asiakasseurantalomakkeista, asiakkaiden itsearviointiin perustuvista kysymyksistä tai asiakkaan ja työntekijän yhteistyönä kokoamista arviointitiedoista, esimerkkeinä VIVA-mittari, AVAIN-mittari ja työllisyyspalvelujen toimintakyky-mittari (Kivipelto ym. 2013, Saikkonen ym. 2015, Aaltio 2015).

¹⁹ THL, <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

²⁰ Kela, <http://www.kela.fi/kelasto>

²¹ TEM: Työnvälitystilasto, <http://tem.fi/tyollisyyskatsaus-ja-tyonvalitystilasto>

²² Tilastokeskus, <http://www.tilastokeskus.fi/til/index.html>

²³ Valtioneuvoston kanslia, <http://www.findikaattori.fi/fi>

²⁴ THL, <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/palvelu/profiili;jsessionid=B5D3D42D4EC2ED177D2C0F7103DDCF6C>

²⁵ THL, <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=600>

Asiakaskohtaisten mittareiden kohde on asiakasrajapinta ja se, miten palvelu vaikuttaa asiakkaan kohdalla. Kun asiakaskohtaista arviointitietoa saadaan tilastollisesti riittäviä määriä, on asiakaskohtaisen vaikuttavuustiedon avulla mahdollisuus saada tietoa myös palvelujärjestelmän vaikuttavuudesta. Mikäli asiakaskohtaisiin mittareihin sisällytetään asiakaskokemuksia mittaavia osioita, ne voivat lisäksi kertoa asiakkaiden kokemasta palvelujen laadusta. Sosiaalityön asiakaskohtaisten mittareiden käyttö ei kuitenkaan ole vakiintunut kunnissa, koska mittareiden kehittämistä ja käyttöönottoa ei ole valtakunnallisesti ohjattu. Jotta mittareiden hyödyntäminen voisi onnistua ja voitaisiin tuottaa makrotasoisia tietoja, tulisi kansallisesti sopia jonkin mittarin käyttöönotosta ja integroida mittari kuntien asiakastietojärjestelmiin.

Indikaattoreiden kartoitus lainsäädännön näkökulmasta

Aikuissosiaalityön palvelupaketin mukaisia toimintoja tarkasteltiin myös lainsäädännön näkökulmasta. Keskeisiä lakeja ovat sosiaalihuoltolaki (1301/2014), toimeentulotukilaki (1412/1997), asiakaslaki (812/2000) ja kotoutumislaki (1386/2010). Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) edellyttää, että sosiaalihuollon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan kannalta tarpeelliset ja riittävät tiedot talletetaan sosiaalihuollon asiakasrekisteriin.

Sosiaalihuoltolain mukaisia tehtäviä ovat muun muassa palvelutarpeen arviointi, asiakassuunnitelma ja sen arviointi sekä palvelujen järjestäminen. Lain mukaan sosiaalityön vaikuttavuutta on seurattava. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista. Lisäksi kunnallisten viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia sekä poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Toimeentulotukilaki säätelee toimeentulotukihakemusten käsittelystä ja henkilökohtaiseen keskusteluun pääsyä. Asiakaslaissa tuodaan esille asiakkaan oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun sekä oikeus tehdä muistutus tai kantelu. Kotoutumislaki puolestaan säätelee maahanmuuttajien kotoutumiseen liittyvistä palveluista, kuten ohjauksesta, neuvonnasta, alkukartoituksesta ja kotoutumissuunnitelmasta.

Lainsäädännöllisten velvoitteiden toteutuksen seurannassa tarvitaan systemaattista tiedonkeruuta, indikaattoreita, arviointia ja raportointia. Toistaiseksi tietojen kirjaamistavoissa on ollut huomattavia kuntakohtaisia eroja, mikä hankaloittaa vertailua (Borg 2013, Kärki ym. 2015). Lisäksi kuntien tietojärjestelmät on rakennettu ensisijaisesti toimeentulotuen käsittely- ja päätösprosessin näkökulmasta, ja aikuissosiaalityön palveluista niihin on tallennettu hyvin vähän tietoa (Ahlgren-Leinivuo 2015b). Laadun tai vaikuttavuuden näkökulmaa ei tietojärjestelmissä ole otettu huomioon.

Indikaattorien arviointi

Indikaattoreista koottiin aluksi laaja 164 indikaattorin lista eri toimintojen ja palvelujen perusteella. Tavoitteena oli hahmottaa, minkälaisia indikaattoreita on jo olemassa ja minkälaisia indikaattoreita esimerkiksi kuntien tietojärjestelmien pohjalta olisi mahdollista saada. OECD:n modifioidussa viitekehyksessä (Kelly ym. 2006) indikaattorit paikantuivat pääosin ryhmään ”sosiaalisen ongelman ratkaiseminen” ja myös ryhmään ”hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat palvelujärjestelmän ulkopuolella olevat tekijät”. Osin indikaattorit sijoittuvat lisäksi ryhmään ”pysyminen hyvinvoivana ja terveenä” sekä ryhmään ”selviytyminen sairauden/alentuneen toimintakyvyn kanssa”.

Lista toimitettiin aikuissosiaalityön palvelupakettia pilotoiviin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksoteen sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Siun soteen arvioitavaksi. Eksote tarkasteli, miten indikaattoreiden edellyttämä tieto olisi poimittavissa sen omasta tietojärjestelmästä. Esimerkiksi sosiaalityötä koskevia tietoja ei ole kaikin osin saatavilla, koska niitä ei kirjata järjestelmään kattavasti. Toimeentulotukeen liittyviä tietoja on toistaiseksi saatavilla Eksotesta. Osin tiedot ovat työ- ja elinkeinotoimiston asiakastietojärjestelmässä (Laki työvoima- ja yrityspalvelusta 916/2012). Tietojen saatavuus siis vaihtelee tällä hetkellä, ja tiedot ovat osin saatavilla ainoastaan yhteistyökumppaneilta.

Siun sote arvioi indikaattoreiden soveltuvuutta palvelupaketin näkökulmasta. Hyödyllisimpinä nähtiin indikaattorit, jotka kuvasivat pitkittyvää työttömyyttä, nuorten aikuisten tilannetta, toimeentulotukiasiakkuuksia ja sosiaalityötä. Siun sote toi myös esille sosiaalihuoltolain mukaisten indikaattorien sekä palvelutarpeita yksilötasolla kokoavan yhteisindikaattorin tarpeen. Saatu palaute vastasi varsin hyvin asiantuntija-arviota. Suurimmat erot näkemyksissä koskivat toimeentulotukiasiakkuutta mittaavia indikaattoreita, joiden kohdalla Siun soten arvio oli usein myönteisempi kuin asiantuntija-arvio.

Laajaa indikaattorilistaa alettiin palautteen saamisen jälkeen supistaa. Valinta perustui Siun soten ja Eksoten antamaan palautteeseen, palvelupaketin tietosisältökuvauksiin, näkökulmien kattavuuteen sekä asiantuntija-arviioon siitä, mitä tietoa aikuisten sosiaalipalveluista tulisi muun muassa lainsäädännön nojalla seurata. Joitakin valittuja indikaattoreita tarkennettiin palautteen saamisen jälkeen. Esimerkiksi ryhmätoimintaa mittaavaa indikaattoria täsmennettiin siten, että pelkän ryhmätoiminnan sijaan indikaattori mittaa sosiaalista toimintakykyä vahvistavaa nuorten ryhmätoimintaa. Hylätyt indikaattorit, kuten työttömien määrä ja toimeentulotukea saavien 25–64-vuotiaiden määrä, kertoivat pikemminkin yhteiskunnallisesta tilanteesta kuin aikuissosiaalityön vaikutusmahdollisuuksista. Osa hylätyistä indikaattoreista ei niinkään mitannut aikuisten sosiaalipalvelujen laatua tai vaikuttavuutta vaan asiakkaan elämäntilannetta, esimerkiksi hädän perusteita. Lisäksi hylättiin hyvin yksityiskohtaisia indikaattoreita, jotka mittasivat yksittäisiä asioita, kuten monialaisen yhteispalvelun (TYP) asiakkuuden päättymisen syitä tai toimeentulotukea hakevien kotitalouksien tulonlähteitä. (Liite 3.)

Siun soten antamat arviot valituista indikaattoreista olivat kiitettävät kolmea indikaattoria lukuun ottamatta. Asunnottomia koskevan indikaattorin arvosana oli 7. Indikaattori kuitenkin valittiin mukaan, koska asunnottomuus on erityisesti pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa vaikea ongelma, johon voidaan sosiaalityön keinoin ja palveluvalikoimaa kehittämällä vaikuttaa. Ryhmätoimintaa ja maahanmuuttajien neuvontapalveluja koskevien indikaattorien kohdalla Siun soten arvosana oli 8. Ne valittiin mukaan, koska indikaattorikonaisuuden haluttiin valottavan koko palvelupakettia. Ryhmätoiminta on sosiaalihuoltolaissa säädetyn sosiaalisen kuntoutuksen keskeisiä menetelmiä, ja kotoutumislaisissa on säädetty ohjauksesta ja neuvonnasta maahanmuuttajan kotoutumista edistävänä toimenpiteenä.

Indikaattorilistalla on lisäksi mukana aikuisväestön hyvinvoinnista ja terveydestä kertovia indikaattoreita, joita esitettiin listalle THL:n palvelupakettityöskentelyn perusteella. Hyte-indikaattoreiden tarkoituksena on vahvistaa palvelupaketissa ehkäisevän työtteen näkökulmaa. Nuorten tilannetta korostetaan, koska siihen palvelujärjestelmällä on eniten työkaluja vaikuttaa. Siksi osa indikaattoreista koskee ainoastaan 18–24-vuotiaita. Monet indikaattoreista soveltuvat asiakkaan iän tai elämäntilanteen perusteella käytettäväksi myös lasten, nuorten ja perheiden, vammaisten palveluiden, mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä hoito- ja hoivapalveluiden palvelupakettien tarkastelun yhteydessä.

Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketin 15 indikaattoria ovat toimintojen mukaan tarkasteltuna perusteluineen seuraavat:

• **Asiakas- ja palveluohjaus (2 indikaattoria)**

Asiakas- ja palveluohjauksen tavoitteena on tarjota palvelujärjestelmää koskevaa neuvontaa ja ohjausta sekä tukea asiakasta saamaan tarvitsemansa palvelut. Ensimmäinen indikaattori, asiakassuunnitelmien määrä, kertoo asiakkaan mahdollisuudesta saada tarvitsemiaan palveluja ja päästä syvällisen työskentelyn piiriin. Toinen indikaattori selvittää digitaalisten palvelujen toteuttamista. Digitaaliset palvelut voivat parantaa asiakkaan mahdollisuuksia saada neuvontaa ja ohjausta, ja ne voidaan toteuttaa myös etäpalveluna. Asiakassuunnitelmia koskevaa kansallista indikaattoria ei ole. Osin tarvittavat tiedot ovat saatavilla kunnilta, mutta tietoja ei ole kattavasti kirjattu tietojärjestelmiin. Digitaalisista palveluista on toteutettu kansallinen kysely vuosina 2011 ja 2014 (Kärki ym. 2012, Kärki ym. 2015). Seuraava kansallinen kysely toteutetaan vuonna 2017.

• **Aikuissosiaalityön ennaltaehkäisevä toiminta (2 indikaattoria)**

Ennaltaehkäisevällä toiminnalla pyritään tunnistamaan ongelmat ja puuttumaan niihin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Indikaattorit mittaavat 18–24-vuotiaiden nuorten tilannetta: koulutuksen ulkopuolelle jääneiden määrää ja työttömien määrää. Indikaattorit kertovat siitä, miten alue ja kunnat ovat onnistuneet tekemään yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi esimerkiksi oppilaitosten, nuorisotoimen, sosiaalityön, terveydenhuollon ja työllistymisen palvelujen yhteistyöllä. Indikaattorit ovat kansallisessa tuotannossa.

• **Sosiaalityö (5 indikaattoria)**

Sosiaalityöllä tuetaan asiakkaiden kuntoutumista, koulutukseen ja aktivointitoimpiteisiin hakeutumista sekä työllistymistä. Sosiaalityöntekijän asiakasmäärän indikaattori voi kertoa paitsi suunnitelmallisen sosiaalityön saatavuudesta myös työntekijän käytettävissä olevasta työajasta asiakasta kohden. Palvelun saatavuutta kuvaa myös indikaattori, joka kertoo, kuinka nopeasti asiakas voi saada ajan sosiaalityöntekijän luo. Kolmannella indikaattorilla selvitetään, toteutetaanko alueella etsivää sosiaalityötä. Etsivä sosiaalityö voi edistää väestön hyvinvointia ja ehkäistä ongelmien vaikeutumista. Neljäs indikaattori kertoo, toteutetaanko kunnassa rakenteellista sosiaalityötä. Rakenteellisella sosiaalityöllä tuetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tehtävää työtä. Viides indikaattori mittaa niiden asiakkaiden määrää, joille on tehty suunnitelma AVAIN-mittaria hyödyntäen ja joiden kohdalla sosiaalityön prosessin vaikuttavuutta on siten mahdollista luotettavasti mitata. Kansallisia indikaattoreita ei ole. Osin tarvittavat tiedot ovat saatavilla kunnilta, mutta tietoja ei ole kattavasti kirjattu tietojärjestelmiin.

• **Sosiaalinen asuminen (1 indikaattori)**

Osa väestöstä tarvitsee apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä. Indikaattori mittaa asunnottomien määrää ja kertoo alueen ja kuntien tekemän työn vaikuttavuudesta asunnottomuuden vähentämiseksi. Asunnottomuuteen voidaan vaikuttaa toteuttamalla asumisneuvontaa ja tarjoamalla soveltuvia asumispalveluja. Indikaattori on kansallisessa tuotannossa.

• **Toimeentulotuki (2 indikaattoria)**

Toimeentulotuen kaksi indikaattoria mittaa tulottomana toimeentulotukea hakevien kotitalouksien määrää sekä toimeentulotukiasiakkuuden pitkittymistä 18–24-vuotiaiden kohdalla. Indikaattorit kertovat alueen ja kuntien yhteistyöstä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tulottomuuteen ja toimeentulotukiasiakkuuden pitkittymiseen voidaan vaikuttaa muun muassa sosiaalityön, nuorisotoimen, talous-

ja velkaneuvonnan, terveydenhuollon ja työllistymisen palvelujen yhteistyöllä. Indikaattorit ovat kansallisessa tuotannossa.

• **Maahanmuuttopalvelut (1 indikaattori)**

Maahanmuuttopalveluilla edistetään maahanmuuttajien kotoutumista. Indikaattori selvittää, onko maahanmuuttajille tarjolla matalan kynnyksen neuvontapalveluja. Helposti saavutettavissa oleva neuvonta ja ohjaus tukee kotoutumista ja soveltuviin palveluihin ohjautumista sekä ehkäisee sosiaalisia ongelmia ja syrjäytymistä. Tieto on saatavilla kunnista.

• **Työkuntoutus/työelämäpalvelut (1 indikaattori)**

Työhön kuntoutumisen palvelut pyrkivät edistämään työttömien työllistymistä aktivoivan ja kuntouttavan toiminnan tuella. Indikaattori mittaa vaikeasti työllistyvien henkilöiden määrää. Indikaattori voi kertoa, miten alue ja kunnat ovat onnistuneet rakennetyöttömyyteen vaikuttamisessa. Indikaattori on kansallisessa tuotannossa.

• **Sosiaalinen kuntoutus (1 indikaattori)**

Sosiaalisella kuntoutuksella vahvistetaan sosiaalista toimintakykyä, torjutaan syrjäytymistä ja edistetään osallisuutta. Useat edellä esitetyistä aikuissosiaalityön indikaattoreista voivat tuottaa tietoa sosiaalisen kuntoutumisen onnistumisesta. Sosiaalinen kuntoutus voi esimerkiksi lyhentää toimeentulotuen asiakkuuden kestoa, tarjota väyliä työelämään ja parantaa hyvinvointia. Tähän valitulla sosiaalisen kuntoutuksen indikaattorilla selvitetään, onko kunnassa nuorille suunnattua sosiaalista toimintakykyä vahvistavaa ryhmätoimintaa. Tieto on saatavilla kunnista.

Indikaattorien soveltuvuus ja kehittämisen tarve

Indikaattoripankeissa ei ole aikuissosiaalityötä ja aikuisten sosiaalipalveluja tai niiden vaikuttavuutta ja laatua kuvaavia tietovarantoja, indikaattoreita tai mittareita. Kunnissa tuotetaan omaan tarpeeseen tietoa aikuissosiaalityön toiminnoista tietojärjestelmään kirjattujen, osin puutteellisten tietojen pohjalta. Palvelujen vaikuttavuutta voidaan ainoastaan arvailla suoritteiden ja asiakasmäärien perusteella. Palvelujen laatua puolestaan voidaan arvioida esimerkiksi asiakaskyselyjen ja asiakasraatien avulla. Lisäksi asiakaspalaute sekä asiakkaiden tekemät muistutukset ja kantelut antavat tietoa palvelujen toimivuudesta.

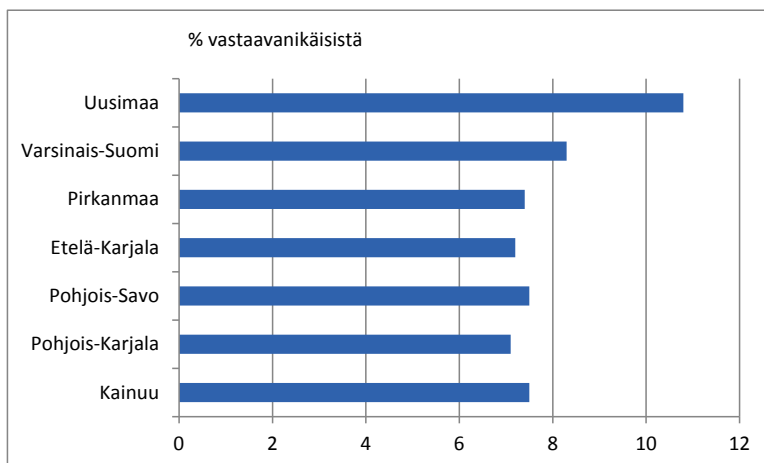
Toimintojen vertailua vaikeuttaa se, että kunnat käyttävät eri tietojärjestelmiä, eivätkä sosiaalihuollon organisaatioiden käyttämien tietojärjestelmien rakenteet ole keskenään yhtenäisiä. Jo kunnan sisällä voi käytössä olla eri järjestelmiä, mikä vaikeuttaa paitsi palveluintegraatiota myös laadun ja vaikuttavuuden seurantaa. (Kärki ym. 2015.) Ylipäänsä tietojärjestelmiin on kertynyt hyvin vähän aikuissosiaalityötä koskevaa, hyödynnettävissä olevaa tietoa, koska tietojen tallentamisesta ei ole ollut säädöksiä. Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) voi ajan myötä parantaa tilannetta. THL:n vetämän Kansa-hankkeen tavoitteena on tukea sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) tuomia muutoksia kehittämällä sosiaalihuollon valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja ja määrämuotoista kirjaamista (Rötsä ym. 2016). Vuonna 2015 alkanut valtakunnallinen Kansa-koulu-hanke (Socom 2016) tukee asiakasasiakirjalain toimeenpanoa pyrkimällä yhtenäistämään sosiaalialan asiakastietojen käsittelyä. Valtioneuvoston (2016c) selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittamassa Uuden SOTEn mittaristo-hankkeessa selvitetään eri toimijoiden (kansallinen ohjaus, järjestäjä, toimintayksiköt, asukkaat) tietotarpeet suorituskyvyn mittaamisen näkökulmasta ja laaditaan suorituskkyä kuvaava mittaristo eri sidosryhmien tarpeisiin. Hankkeessa myös suunnitellaan tietopohja ja käytännön teknologiatoteutus mittaristolle. Tavoitteena on, että tietoperusta olisi käytössä vuoden

2019 alusta. Lisäksi valtioneuvosto (2016b) rahoittaa hanketta, jossa selvitetään sote-palvelujen ja asiakastietojärjestelmien integraatioiden vaikutuksia.

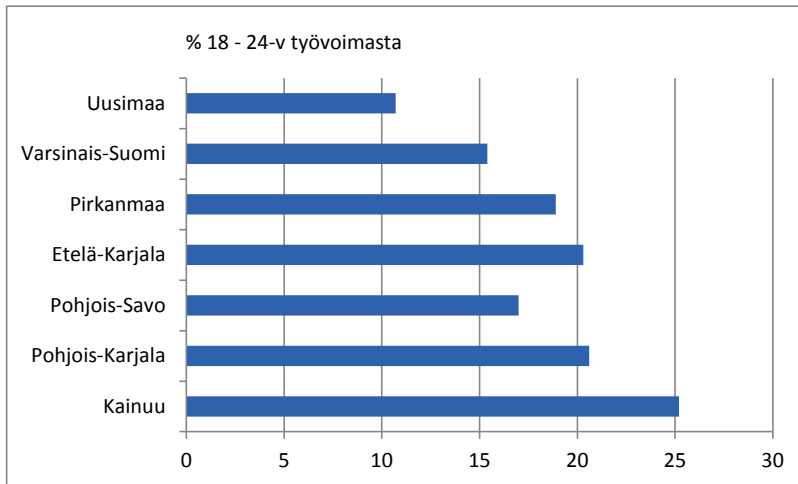
Perustoimeentulotuki siirtyy kunnilta Kelan hoidettavaksi 1.1.2017 alkaen. Tämä edellyttää aikuissosiaalityön järjestämistä siten, että vaikeassa asemassa olevat asiakkaat jatkossakin ohjautuvat sosiaalityön piiriin ja saavat tarvitsemansa palvelut. Aikuissosiaalityön palvelujen saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden seurannan ja valvonnan tueksi tarvitaan erilaisia mittareita. Rekisteritietoihin perustuvilla laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreilla tulisi voida seurata lakisääteisten palvelujen toteutumista asiakkaiden palvelutarpeita vastaavalla tavalla. Niiden tulisi myös kyetä tunnistaa erityyppisiä sosiaalityön toimintoja, kuten etsivä sosiaalityö, ryhmätoiminta, verkostotyö ja rakenteellinen sosiaalityö. Asiakaskohtaisilla mittareilla palvelujen vaikuttavuus ja myös laatu voidaan tehdä näkyväksi, kun arviointi yhdistetään konkreettiseen asiakasprosessiin. Asiakaskohtaisen tiedon tulisi olla koottavissa yhteen siten, että kertyvä tieto yksityisyyden suojaa kunnioittaen mahdollistaa toiminnan seurannan alueittain ja vertailun alueiden välillä. Tarvitaan lisäksi indikaattoreita, joilla voidaan seurata palvelujen integraation toteutumista ja vaikuttavuutta tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee useita palveluja yhtäaikaaisesti esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmien vuoksi. Kansallisesti toteutettava yhteinen asiakaskysely sekä kanteluiden ja muistutusten systemaattinen seuranta tuottaisivat laadun seurantaan vertailun mahdollistavaa ja palvelujärjestelmän ohjausta tukevaa tietoa.

Esitetyt indikaattorit kertovat aikuisväestön hyvinvoinnista ja myös palvelupaketin toiminnosta mutta eivät juuri aikuissosiaalityön palvelujen vaikuttavuudesta ja laadusta. Tärkeää on, että aikuissosiaalityölle kehitetään yhteiset vaikuttavuus- ja laatuindikaattorit ja varmistetaan samalla, että tarvittavat valmiudet niiden tuottamiseksi ovat olemassa. Alueilla tulee olla käytettävissään tietoa väestön hyvinvoinnista, palvelujen saatavuudesta ja toimivuudesta, jotta palvelut voidaan suunnitella, järjestää ja tuottaa väestön tarpeita vastaavalla tavalla. Tämä edellyttää yhteistä sopimista siitä, miten aikuissosiaalityön vaikuttavuutta ja laatua valtakunnallisesti halutaan seurata ja arvioida.

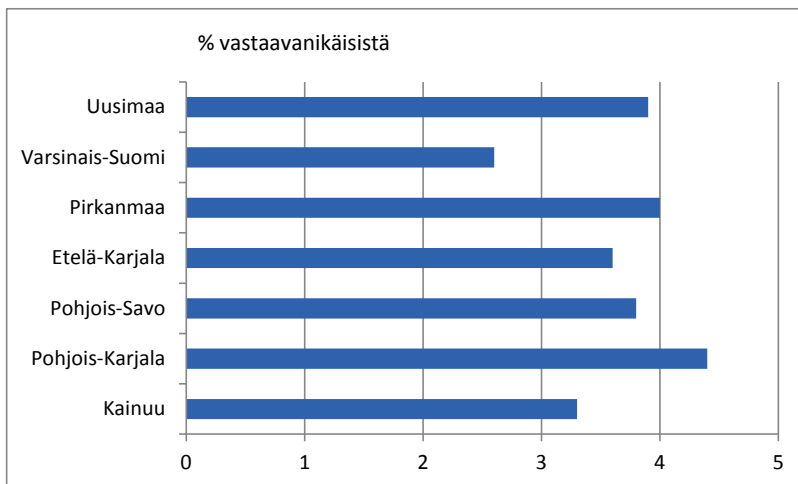
Kuvissa 15. -18. on jotain esimerkkejä aikuissosiaalityöhön liittyvistä tiedoista, joita on saatavissa nykyisestä kansallisesta tietotuotannosta.



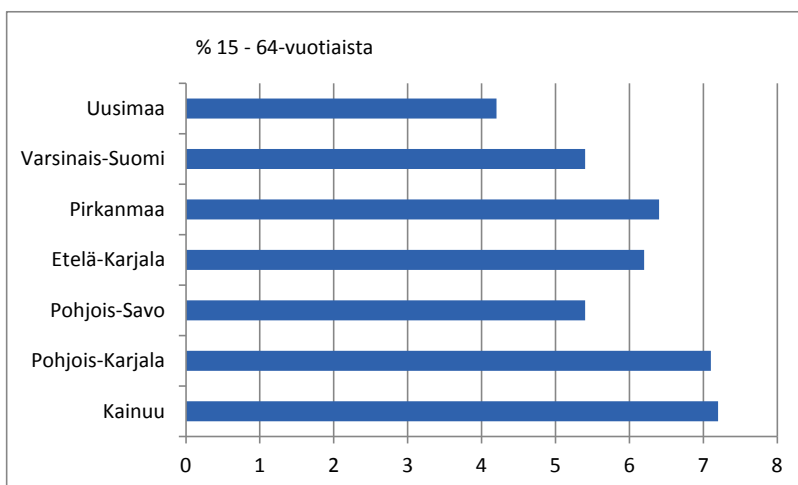
Kuvio 15. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä Palvelupakettipilotiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)



Kuvio 16. Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)



Kuvio 17. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18–24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)



Kuvio 18. Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)

2.5 Hoito- ja hoivapalvelujen palvelupaketti

Johdanto

Hoito- ja hoivapalvelujen palvelupaketti rajautuu suhteellisen selkeäksi kokonaisuudeksi sen asiakkaana olevan väestön iän perusteella. Monessa kunnassa hoivapalveluita vastaava kokonaisuus on jo muodostettu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon ja vanhuspalveluiden (tai vanhus- ja vammaispalveluiden) johtamisessa on suurimpia osaoptimointivaroja jo purettu. Johtamisen perusteena on paljolti palvelurakenne ja tuotannollinen tehokkuus, vähemmässä määrin palvelun asiakasprosessien sujuminen tai sen vaikutus asiakaskunnan tai väestön hyvinvointiin.

Hoito- ja hoivapalvelujen palvelupakettimääritelmä perustuu lähtökohdaltaan asiakassegmentointiin. Kokonaisuudessa tarkastellaan ainoastaan ikääntyneen väestön saamia palveluja. Muuta asiakassegmentointia kuin ikäryhmittelyä on käytetty varsin vähän palvelujen seurannassa tai johtamisessa. Hoito- ja hoivapalvelujen osalta keskeinen segmentti olisi se osa iäkästä väestöstä, jolla on vaikeuksia omien asioidensa hoitamisessa, pääasiassa muistisairauksien vuoksi.

Kun hoito- ja hoivapalvelujen palvelupaketin sisällöllinen määrittely perustuu asiakkaan ikään, ja osassa muita palvelupaketteja on toisenlaiset rajausperusteet, syntyy indikaattoreiden kartoittamisen näkökulmasta rajausvaikeuksia, Niitä syntyy muun muassa seuraavien palvelupakettien kanssa:

- Päivystys ja ensihoito: hoito- ja hoivapaketin asiakkaiden tarvitsema päivystys ja ensihoito eivät sisälly hoito- ja hoivapakettiin.
- Vaativa erikoissairaanhoito: hoito- ja hoivapaketin asiakkaiden erikoissairaanhoito on pääsääntöisesti hoitoa ja hoivaa, toissijaisesti yhdistettävissä erikoissairaanhoidon pakettiin.
- Kuntoutus: laitoskuntoutus osa hoito- ja hoivapakettia, avohoitokuntoutus ei
- Sosiaalityö: käsikirjan mukaan myös iäkkäiden sosiaalityö kuuluu ensi sijassa aikuissosiaalityön pakettiin, sitä löytyy myös hoito- ja hoivapakettista.
- Vastaanotto toiminta (terveysaseman toiminta): terveysasemalla tarjottu (tavanomainen) palvelu ei sisälly hoito- ja hoivapakettiin.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: hoito- ja hoivapaketin asiakkaiden mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät sisälly hoito- ja hoivapakettiin
- Hoito- ja hoivapalvelujen tarpeessa olevien, 65vuotta nuorempien palvelut: pääsääntöisesti muihin palvelupaketteihin

Palvelut ja niiden indikaattorit

Alustava indikaattoriluettelo muodostettiin tunnusluvuista, jotka ovat jo nykyisin laajassa käytössä hoito- ja hoivapakettiin sisältyvien toimintojen seurannassa. Luetteloa täydennettiin tunnusluvuilla, jotka on mahdollista muodostaa joko palvelun dokumentoinnin sivutuotteena tai olemassa olevista tietovarannoista ja jotka sisältyvät kotihoidon ja omaishoidon kehittämisen kärkihankkeen seurantasuunnitelmaan (STM 2016b).

Indikaattorien arviointiprosessi

Hoito- ja hoivapalvelujen palvelupaketin arviointiin osallistuivat Siun sote, Eksote ja Porvoo. Kunkin indikaattorin osalta tunnistettiin, onko tieto käyttökelpoista valtakunnallisena, alueellisena, paikallisena tai palveluntuottajakohtaisena tietona. Tässä yhtenä kriteerinä pidettiin tunnusluvun vakautta, jota pääasiassa määrittää käytetty suhteutus (nimittäjä).

Indikaattorien sisältö analysoitiin OECD:n viitekehyksen (Kelly ym 2006) mukaisesti sen selvittämiseksi, kattavatko käytettävissä olevat indikaattorit kaikki viitekehyksen osa-alueet.

Pilottipaikkakuntavierailujen yhteydessä käydyissä keskusteluissa etsittiin rajoja sille, millaiset indikaattorit antaisivat mahdollisuuden johtaa paitsi resurssien rakennetta (palvelurakennetta) ja tuotannollista tehokkuutta, myös palvelun kohdentumista asiakkaan tarpeisiin ja palvelun tuloksellisuutta. Keskusteluissa tunnistettiin tarve käyttää yhtenäisiä menetelmiä arvioida asiakkaan palvelutarpeita ja toimintakykyä sekä seurata asetettujen (asiakaskohtaisten) tavoitteiden saavuttamista. Keskusteluissa nousi esiin myös indikaattorien ajantasaisuuden tarve.

Arviointiprosessin tuloksia

Kunkin palvelun osalta käyttökelpoisia indikaattoreita on useita, sen mukaan, mitä palveluun liittyvää ilmiötä halutaan seurata, miten se rajataan ja mihin se suhteutetaan. Käytetyimpiä indikaattoreita ovat kunkin palvelun saajien lukumäärä, suhteutettuna vastaavaan väestöön. Harvemmin käytettyjä indikaattoreita ovat uusien palvelun saajien määrä, asiakkaiden siirtymät palvelusta toiseen, palvelun tuloksellisuutta kuvaavat indikaattorit (mm. asiakkaan toimintakyvyn muutokset, asiakaskokemukset), tai asiakkaan tiettyyn tarpeeseen kohdennettua palvelua kuvaavat, kyseisiin asiakkaisiin rajautuvat (ja suhteutetut) indikaattorit.

Arvioinnin perusteella on ilmeistä, että palvelupaketin johtamisessa tarvitaan ja käytetään monia niitä indikaattoreita, jotka nykyisinkin ovat laajassa käytössä. Myös on ilmeistä, että pelkillä palvelurakenteen ja tuotannollisen tehokkuuden indikaattoreilla ei ole mahdollista johtaa palvelupaketin sisältöä, laatua ja kohdentumista. Arvioidut indikaattorit painottuvat toimintokohtaisiin tunnuslukuihin ja kuvaavat siten palvelun tuotantorakennetta. Hoito- ja hoivapaketin kokonaislaadun tai –vaikuttavuuden indikaattoreita ei tunnistettu.

Useiden indikaattorien käyttökelpoisuutta rajoittavat indikaattoritiedon aikaviive ja indikaattorin häilyvyys, kun tarkastellaan vähänkään pienempää vertailuyksikköä (esim. palveluntuottaja, toimintayksikkö, kunta tai sairausryhmä).

OECD:n viitekehyksen mukaan tarkastellen hoito- ja hoivapaketin nykyisin käytettävissä oleva indikaattoristo painottuu terveys- ja sosiaaliongelman ratkaisemisen ja alentuneen toimintakyvyn kanssa selviytymiseen. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen indikaattorit kuvaavat pääosin palvelujärjestelmän ulkopuolelta määräytyvää hyvinvointia, ja elämän loppuvaiheen hallintaan ei juuri indikaattoreita ole. Laadun, saatavuuden ja kustannusten indikaattoreita on, mutta laadun osalta indikaattoristosta puuttuvat lähes kokonaan turvallisuutta ja asiakaskeskeisyyttä kuvaavat indikaattorit, saatavuuden osalta saavutettavuusindikaattoreita ei juuri ole, ja kustannusten indikaattorit ovat enimmäkseen epäsuoria.

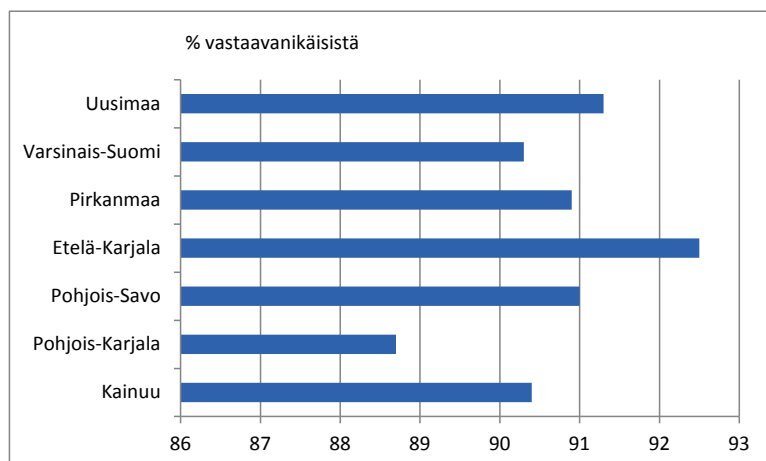
Osa ehdotetuista indikaattoreista oli pilottiorganisaatioiden mielestä vaikeasti arvioitavia, tai niihin liittyviä mahdollisuuksia ei nähty. Indikaattoreita, jotka kuvaavat tietyn asiakasryhmän (kuten muistisairaat) saamaa palvelua tai asiakkaan saaman palvelun muutoksia, pidettiin vaikeasti tulkittavina, vaikka juuri oikeaa kohdentamista haluttaisiin kehittää. On todennäköistä, että käytännön kokemukset palvelupaketin johtamisesta muuttavat indikaattorivalikoimaan liittyviä arvostuksia siitä, mitä ne olivat tässä pilottihankkeessa.

Asiakkaan toimintakykyyn, sen muutoksiin (kuntoutuminen, heikkeneminen) ja toimintakyvyn mukaan kohdentuvaan palveluun liittyvien indikaattorien käyttö edellyttää yhtenäistä tapaa arvioida ja dokumentoida toimintakyky palveluprosessin eri vaiheissa. RAI-järjestelmää (THL 2016j, interRAI 2016) käyttävät organisaatiot ovat tältä osin hyvässä asemassa, jos arviointikäytäntö on kattava.

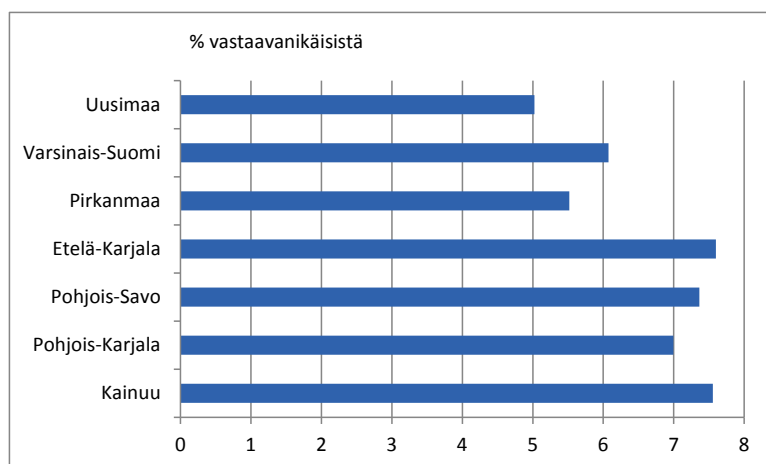
Muistisairaudet ovat tärkein iäkkäiden pitkäaikaista hoitoa ja hoivaa aiheuttava sairausryhmä. Kehitettäessä palveluja entistä tarkemmin avun tarvisijoiden tarpeiden mukaisiksi on

seurattava myös indikaattoreita, joissa seurantakohteen rajausta perustuu tunnistettuun tarpeeseen. Diagnoosi muistisairaudesta on tällainen, ja rekistereitä yhdistämällä on periaatteessa mahdollista muodostaa hoidon ja hoivan indikaattorit siten, että ne rajautuvat muistisairaisiin.

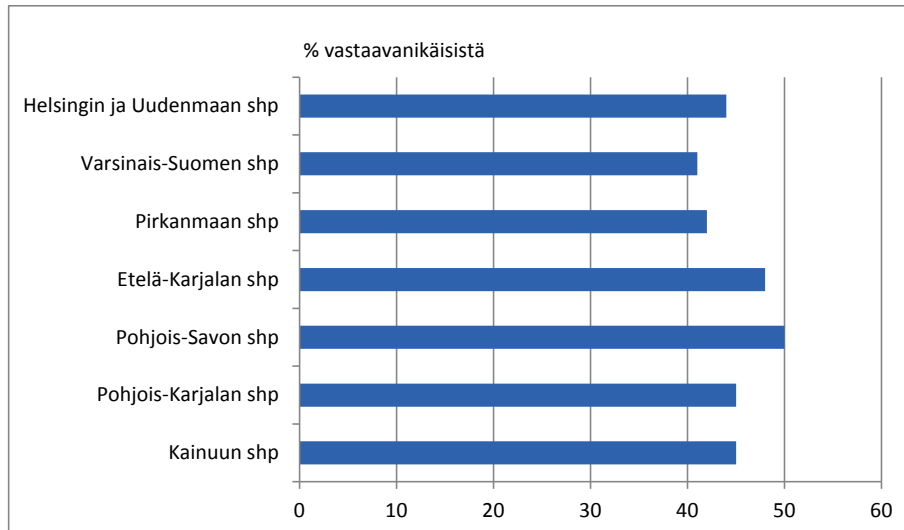
Lista valituista hoito- ja hoivapalvelujen indikaattoreista on liitteessä 1. Asiantuntija-arvio indikaattorin käyttökelpoisuudesta oli näiden indikaattoreiden osalta tasolla 8-10/10. Kuviossa 11 on esimerkki ikäihmisten palveluihin liittyvistä tiedoista, joita on saatavissa nykyisestä kansallisesta tietotuotannosta, esimerkkinä Palvelupakettien pilottihankkeessa mukana olleiden organisaatioiden alueet.



Kuvio 19. Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (Sotkanet)



Kuvio 20. Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä kuukaudessa vähintään 30, % vastaavanikäisestä väestöstä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2015 (Sotkanet)



Kuvio 21. 65 vuotta täyttäneiden kausi-influenssarokotuskattavuus kautena 2015–2016, % vastaavanikäisistä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä (THL)

2.6 Keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketti

Johdanto

Keskitettyyn erikoissairaanhoidon liittyvien indikaattoreiden keräämistä vaikeutti työn rajaaminen suhteessa muihin palvelupaketteihin. Erikoissairaanhoidon on osa lähes kaikkia palvelupaketteja. Lisäksi ei-kiireellinen hoito ja päivystystoiminta ovat erikoissairaanhoidossa kiinteä palvelukokonaisuus, samoin kuin erikoissairaanhoidon vuodeosasto- ja avohoitotoiminta. Myös psykiatria on osa erikoissairaanhoidon keskitämistä ja muut Sote-uudistuksessa (Valtioneuvosto 2016a) ehdotetut muutokset potilaan vapautteen valita ei-kiireellisten palvelujen tuottaja saattavat vaikuttaa muodostuvaan kokonaisuuteen, koska palvelutuotanto saattaa järjestäytyä uudella tavalla ja asiakkaat liikkua maakuntarajojen yli.

Keskitetyn erikoissairaanhoidon indikaattoreiden arvioinnin lähtökohdaksi muodostettiin erikoissairaanhoidon nykykäytännön mukaisesti kokonaisuutena. Paketista on rajattu sellaisia erikoissairaanhoidon indikaattoreita pois, jotka ovat jo muualla (esim. mielenterveys ja synnytykset). Valitut indikaattorit kohdistuvat pääsääntöisesti somaattiseen erikoissairaanhoidon.

Kartoitettaessa keskitetyn erikoissairaanhoidon indikaattoreita niitä koottiin THL:n Perfect -hankkeessa (THL 2016h) kehitetyistä erikoissairaanhoidon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreista. Nämä indikaattorit on muodostettu potilasryhmittäin. Potilasryhmät valittiin hankkeessa aikanaan siten, että niiden hoidossa erikoissairaanhoidon osuus on huomattava, niissä on paljon potilaita ja/tai niiden hoidon kustannukset ovat merkittäviä. Indikaattorit on kehitetty yhteistyössä THL:n asiantuntijoiden sekä hankkeen kunkin osa-alueen asiantuntijoiden kanssa. Indikaattoreiden kehitystyössä on hyödynnetty myös tieteellisen tutkimuksen tuottamaa tietoa.

Perfect -hankkeen kaikki laatu- ja vaikuttavuusindikaattorit kartoitettiin. Kartoituksen tuloksena mukaan otettiin sellaiset indikaattorit, joita on päivitetty viime vuosina. Tästä syystä jäivät pois muun muassa skitsofrenian hoidon indikaattorit, joita on saatavilla ainoastaan hankkeen alkuvuosilta vuosituhannen vaihteesta. Lisäksi jätettiin pois yksittäisiä indikaatto-

reita, jos potilasryhmässä oli enemmän kuin kolme tai neljä samankaltaista vaikuttavuuden indikaattoria.

Perfect –hankkeen tuotosten lisäksi kartoitettiin OECD:n laatuindikaattorit (OECD 2016). Niitä on kehitetty useiden vuosien ajan yhteistyössä eri maiden asiantuntijoiden kesken. Suomessa osa indikaattoreista on pystytty muodostamaan Hoitoilmoitusrekisterin (Hilmo) ja syntymärekisterin tiedoista kansalliselle ja/tai sairaanhoitopiirien tasolle (Gissler ym. 2012). Kartoitukseen koottiin mukaan indikaattoreista sellaiset, jotka on mahdollista muodostaa sairaanhoitopiirien tasolle ja joiden käyttökelpoisuus on Suomessa vähintäänkin kohtalainen (Gissler ym. 2012, THL 2014a).

Sairaaloiden toiminnan ja tuottavuuden tiedoista (ns. sairaaloiden benchmarking²⁶) poimittiin muutamia tuottavuuden indikaattoreita. Sairaaloiden toiminnan ja tuottavuuden tiedot ovat suomalaisten asiantuntijoiden kehittämiä ja niitä on käytetty pitkään sairaaloiden toiminnan seurannassa. Tietoja on käytetty myös tieteellisessä tutkimuksessa (Vitikainen ym. 2010).

Hoitoon pääsyä, kuten hoitoon odottavien määriä, koskevia tietoja koottiin THL:n Erikoissairaanhoidon hoitopaasyä koskevista tiedoista²⁷. Lopuksi katsottiin THL:n muita tietolähteitä kuten Hoitoilmoitusrekisterin (Hilmon) tilastoraportteja²⁸, Sotkanettiä²⁹, Terveystemme³⁰ - ja Hyvinvointikompassi³¹ - sivustoja. Kaikista edellä mainituista on saatavilla pääasiassa erikoissairaanhoidon suoritteita ja kustannuksia koskevia tietoja. Edellä kuvatun selvitystyön perusteella koottiin yhteensä 57 indikaattoria (indikaattorin vakioitu ja ei-vakioitu muoto katsottiin tässä yhdeksi indikaattoriksi) sekä 13 täydentävää indikaattoria.

Indikaattoreiden arviointi

Palvelupakettihankkeen pilottikuntien toimijat arvioivat suurimman osan indikaattoreista kiitettäväksi tai hyväksi. Kentän palautteessa oli lisäksi kommentteja mittareiden käyttökelpoisuudesta kuten niiden yhteydestä päivystykseen sekä sairastavuuteen tai laatuun. Esitetyt arviot vastasivat yleisesti ottaen hyvin THL:n asiantuntijoiden arvioita. Arviot poikkesivat toisistaan useimmissa tapauksissa vain 1-2 yksikön (numeron) verran. Kentän ja THL:n asiantuntijoiden arviot poikkesivat toisistaan huomattavasti erityisesti niiden indikaattoreiden kohdalla, joissa vaikuttavuutta mitataan keskipitkän tai pitkän aikavälin kuluessa kuten sydäninfarktin ja aivo-ohalvauksen yhden vuoden kuolleisuus. Viime mainitut saivat kentän toimijoilta selvästi huonommat arviot kuin THL:n asiantuntijoilta. Kentän asiantuntijat perustelivat arvioitaan sillä, että pitkän aikavälin kuluessa sekoittavien tekijöiden kuten sairastavuuden osuutta on vaikea eritellä hoidon laadusta.

THL:n asiantuntijat sen sijaan arvioivat tekonivelleikkausten infektioita kuvaavat indikaattorit huonommiksi kuin kentän toimijat. THL:n kehnompia arvioita perustuu useiden asiantuntijoiden näkemyksiin siitä, että infektioita ei kirjata ja/tai ilmoiteta riittävän tarkasti tai että ne tulevat esille myöhemmin potilaan siirryttyä avohoitoon, jolloin niistä ei saada tietoa erikoissairaanhoidossa.

²⁶ <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus/raportointi>

²⁷ <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitopaasy-erikoissairaanhoidossa>

²⁸ <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain>

²⁹ www.sotkanet.fi

³⁰ www.terveytemme.fi

³¹ www.hyvinvointikompassi.fi

Keskeisimmiksi jatkotyössä huomioitaviksi indikaattoreiksi valittiin sellaiset, joille kenttä oli antanut arvosanan 10 (paitsi yksi 9) ja myös THL:n asiantuntijat olivat antaneet korkean arvosanan (yleensä 9 tai 10). Suosituksesta jäi pois muutamia indikaattoreita, joille kenttä oli antanut arvosanan 9 tai 10. Tämä johtui siitä, että kentän ja THL:n asiantuntijoiden arviot poikkesivat näissä tapauksissa selvästi toisistaan tai ne koskivat potilasryhmää, josta oli jo valittu yksi tai kaksi muuta indikaattoria. Näin ollen THL:n listaan keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketin indikaattoreiksi valikoitui lopulta yhteensä 22 indikaattoria. Hyläytyjä indikaattoreita olivat sydän- ja aivoinfarktin yhden vuoden kuolleisuus, sydän- ja aivoinfarkttipotilaiden sairauden uusiutuminen vuoden aikana (uudelleen hoitoon hakeutuminen) sekä aivoinfarkttipotilaiden vuoden aikana kotona vietetyt päivät. Lisäksi poistettiin useita lonkkamurtumapotilaiden kotiutumista ja kuolleisuutta koskevia indikaattoreita sekä kotona vietettyjä päiviä ja laitostumista koskevia indikaattoreita. Lonkan ja polven tekonivelleikkauksia koskevista indikaattoreista poistettiin infektioita koskevat indikaattorit. Hoitoonpääsyä koskevista indikaattoreista poistettiin lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon yli 3 kk odottaneet alle 23-vuotiaat, jotka liittyivät toiseen Palvelupakettiin. Syöpää kuvaavista indikaattoreista valittiin viiden vuoden eloonjäämistä kuvaavat indikaattorit ja kuolleisuutta kuvaavat jätettiin pois. Lopulta poistettiin kaikki suoritteita ja kustannuksia kuvaavat indikaattorit.

Koska erikoissairaanhoidon indikaattoreita on muissa palvelupaketeissa kuten mielenterveyden ja lasten/synnytysten palvelupaketissa ja useimmat valituista indikaattoreista kuvaavat vain tiettyjen potilasryhmien hoitoa, katsottiin tarpeelliseksi lisätä indikaattorilistaan erikoissairaanhoidon laajemmin kuvaavia indikaattoreita. Yhdeksi indikaattoriksi valittiin kirurgisen ja muun lääketieteellisen hoidon komplikaatiot ICD-10 tautiluokituksen (THL 2011) T80-T88 koodein mitattuina (% hoitajaksoista). Lisäksi valittiin ilmoitettujen potilasvahinkojen (ts. korvaushakemusten) määrä 100 000 hoitajaksoa kohtia koko terveydenhuollossa.

Arvio indikaattoreiden käyttökelpoisuudesta ja muista ominaisuuksista

Koska erikoissairaanhoidon tavoitteena on ensisijaisesti terveysongelman ratkaiseminen, sijoittuvat keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketin indikaattorit OECD:n viitekehyksen (Kelly ym. 2006) tasolle ”Terveyden- tai sosiaalisen ongelman ratkaiseminen”. Käytännössä erikoissairaanhoidossakin tavoitellaan usein myös selviytymistä sairauden/alentuneen toimintakyvyn kanssa, joka on viitekehyksen seuraava taso.

Suurin osa paketin indikaattoreista sijoittuu viitekehyksen kohtiin laatu ja vaikuttavuus. Hoitoonpääsyä kuvaavat mittarit sijoittuvat kohtaan saatavuus/saavutettavuus. Mikäli pakettiin haluttaisiin jatkossa liittää myös suoritteita ja kustannuksia kuvaavia indikaattoreita, sijoittuisivat nämä kohtaan ”suorite ja kustannukset”.

Keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupakettiin valitut Perfect –indikaattorit ja sairaiden tuottavuutta kuvaavat indikaattorit on muodostettu koko maan, alueen (sairaanhoitopiirin) ja tuottajan (sairaalan) tasolle. OECD:n laatumittarit ja hoitoonpääsyä kuvaavat mittarit ovat saatavilla koko maan ja alueen (sairaanhoitopiirin) tasolla. Joidenkin alueiden (sairaanhoitopiirin) pienen koon vuoksi niiden indikaattoreissa voi olla satunnaisvaihtelua. Tällöin esimerkiksi yhden vuoden tietojen sisältävien indikaattoreiden tarkastelu ei ole mielekästä. Joistakin indikaattoreista voidaan kuitenkin muodostaa vertailun mahdollistavia indikaattoreita viiden vuoden ajanjaksoja hyödyntäen.

Valtaosa keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupakettiin valituista indikaattoreista on tuotannossa ja siten jo käytettävissä. Ne on päivitetty vuoteen 2013 tai 2014 saakka. Tekonivelkirurgian tiedot ovat tällä hetkellä saatavilla vain vuoteen 2011 saakka, mutta nekin on tarkoitus päivittää lähiaikoina. Yleisesti kaikki erikoissairaanhoidon indikaattorit päivittyvät sen mukaan, miten THL:n Hilmo-aineistot ja muut rekisteriaineistot päivittyvät. Mikäli THL:n

suunnittelema Hilmon tiedonkeruun (THL 2014b) ja raportoinnin nopeutuminen toteutuu ja muut tarvittavat rekisteriaineistot ovat saatavilla aiempaa ajantasaisemmin, on indikaattoreiden tuotanto mahdollista nykyistä huomattavasti ajantasaisemmin.

Valittuja indikaattoreita voivat käyttää palvelujen järjestäjät, tuottajat, sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijät, tutkijat, asiantuntijat, potilaat ja kansalaiset. Esimerkiksi palvelujen järjestäjät ja tuottajat voivat käyttää indikaattoreita vertailukehittämiseen (benchmarking). Vertailukehittäminen on mahdollista alueiden (sairaanhoitopiirien) ja tuottajien kesken sekä ajassa. Tulevaisuudessa sen voi arvioida olevan tärkeää maakunnille. Aikavertailussa yksittäinen alue tai tuottaja seuraa omaa toimintaansa ajan kuluessa kuten vuodesta toiseen. Lisäksi palvelujen järjestäjät voivat käyttää tietoja valitessaan vaikuttavuudeltaan ja/tai kustannus-laatu-suhteeltaan parhaimman tuottajan. Tiedot ovat myös potilaiden käytettävissä, mikäli he haluavat käyttää valinnanvapautta ja valita heille mieluisimman tuottajan.

Osa indikaattoreista mahdollistaa myös kansainvälisen vertailun. Esimerkiksi OECD-indikaattorit sekä osa Perfect-indikaattoreista on saatavilla useista muista maista.

Vaikka osa indikaattoreista muodostetaan pitkän aikavälin ajalta (esim. tekonivelten uusintaleikkaukset kahden vuoden aikana tai syövän eloonjääminen viiden vuoden aikana), niiden muodostaminen on mahdollista siten, että tarkasteltavaa ”aikaikkunaa” (esim. kaksi tai viisi vuotta) siirretään tietyin väliajoin kuten vaikkapa kuuden kuukauden välein eteenpäin. Tällöin ei siis tarvitse odottaa indikaattorin uusia arvoja kahta tai viittä vuotta. Tämä edellyttää kuitenkin riittävää tietokonekapasiteettia ja indikaattorin muodostuksen (lähes täydellistä) automatisointia.

Valtaosa valituista indikaattoreista on kehitetty asiantuntijoiden näkemysten ja tieteelliseen tutkimuksen perusteella. Vaikka ne kattavat vain osan erikoissairaanhoidosta, ne käsittelevät sellaiset potilasryhmät, jotka ovat erikoissairaanhoidossa kokonsa ja/tai kustannustensa vuoksi erittäin merkittäviä. Varsinkin Perfect –hankkeen tietoja on käytetty paljon tieteellisessä tutkimuksessa (esimerkiksi Häkkinen ym. 2011, Meretoja ym. 2011). Myös tämä tukee indikaattoreiden käyttökelpoisuutta.

Sekä ilmoitettujen että korvattujen potilasvahinkojen määrän tiedetään korreloivan eräiden tunnettujen laatuindikaattoreiden kanssa (Järvelin ja Häkkinen 2012). Koska vahinkoilmoitusten määrä on suurempi, valittiin tähän vain ilmoitusten eikä korvattujen vahinkojen määrä. Valtaosa, eräiden arvioiden mukaan noin kolme neljäsosaa, ilmoitetuista potilasvahingoista tapahtuu vuodeosastohoidossa (Järvelin 2012). Tästä syystä indikaattori on suhteutettu hoitajaksoihin. Mikäli ilmoitetut vahingot suhteutettaisiin myös avohoitoikänteihin, olisivat indikaattorin arvot hyvin pieniä. Indikaattori päätettiin sijoittaa erikoissairaanhoidon palvelupakettiin, koska suurin osa vahingoista tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Indikaattori muodostetaan silti koko terveydenhuollon osalta, koska on epävarmaa, miten kahden eri rekisterin (Potilasvakuutuskeskuksen rekisteri ja Hoitoilmoitusrekisteri) tietojen rajaaminen samalla tavoin vain erikoissairaanhoitoon onnistuisi.

Kirurgisen ja muun lääketieteellisen hoidon komplikaatioita kuvaavasta indikaattorista (ICD-10 tautiluokituksen (THL 2011) T80-T88 koodein mitattuina, % hoitajaksoista) on edellisiä niukemmin käyttökokemusta sekä tieteellistä tutkimusta. Lisäksi kyseinen indikaattori ei ole riskivakioitu. Sen käyttöä puoltaa kuitenkin sen käyttökelpoisuus monissa erikoissairaanhoidon eri toiminnoissa. Lisäksi sitä käytetään säännöllisesti myös joissakin sairaanhoitopiireissä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016).

Keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupakettiin valittujen indikaattoreiden heikkoutena on, että ne heijastelevat vain osaa erikoissairaanhoidon toiminnasta. Ne eivät sisällä esimerkiksi hyvin pieniä mutta kalliita potilasryhmiä. Tästä syystä valittujen indikaattoreiden perusteel-

la on vaikea muodostaa erikoissairaanhoidosta kokonaiskuva. Indikaattorit eivät myöskään ota huomioon potilaiden kokemuksia, Patient Reported Outcome Measure, PROM (Weldring ja Smith 2013) eivätkä sellaisia laadun ja vaikuttavuuden ulottuvuuksia, joista ei ole tietoa rekistereissä. Erityisesti OECD-indikaattoreiden muodostamista Suomessa vaikeuttaa sivudiagnoosien puutteellinen kirjaaminen ja ilmoittaminen Hilmoon. Osa OECD-indikaattoreista ei pystytä edes muodostamaan Suomelle tämän ongelman vuoksi.

Osa keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketin indikaattoreista on sijoitettavissa Palvelupakettikäsikirjassa esitettyihin erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuuksiin (esimerkiksi sydän- ja rintaelinsairauksien sekä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien palvelukokonaisuus) (Sitra 2016b). Osa palvelupaketin palvelukokonaisuuksista (esim. vatsasairauksien palvelukokonaisuus) on sellaisia, joille ei tässä listassa ole omia indikaattoreita. Kuitenkin myös niiden laatu ja vaikuttavuus ovat mukana indikaattoreissa, joita ei ole eritelty erikoisaloille tai muuten, esimerkiksi toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotromboosi tai keuhkoembolia.

Indikaattoreita ei ole mahdollista suoraan sijoittaa erikseen poliklinikka- tai vuodeosastotoimintoihin eikä päivystyksellisiin tai elektiiivisiin toimintoihin. Indikaattorit viittaavat kuitenkin usein epäsuorasti tiettyihin toimintoihin. Esimerkiksi lonkan ja polven tekonivelleikkausten indikaattorit on rajattu primaariin nivelrikkoon – se ei siis sisällä muun muassa murtuman vuoksi tehtyjä leikkauksia. Tällöin kyseiset indikaattorit sisältävät todennäköisesti enimmäkseen suunniteltuja ei-päivystyksellisiä leikkauksia. Päivystyksen palvelupaketissa (luku 2.10) on luonnollisesti rajattu toiminta vain päivystykseen.

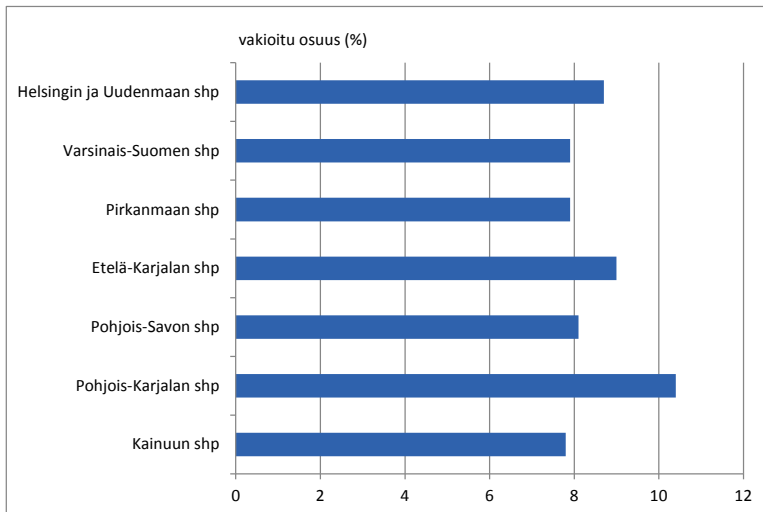
Mikäli indikaattoreihin liitetään suorite- ja kustannustietoja, voidaan niistä monet muodostaa käsikirjassa eritellyllä tavalla.

Yhteenveto

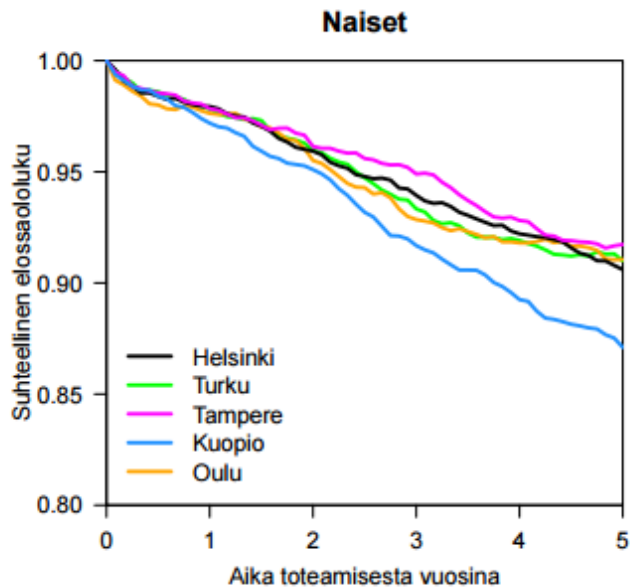
Valtaosa listaan valituista keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketin toimintaa kuvaavista indikaattoreista on asiantuntijoiden näkemyksiin ja tieteelliseen tutkimuksen perusteella kehitettyjä indikaattoreita. Vaikka ne kattavat vain osan erikoissairaanhoidosta, ne käsittävät sellaiset potilasryhmät, jotka ovat erikoissairaanhoidossa kokonsa ja/tai kustannustensa vuoksi erittäin merkittäviä. Asiantuntijoiden ja tieteellisen kirjallisuuden mukaan terveydenhuollon laatua ja vaikuttavuutta on mitattava potilasryhmäkohtaisesti tai osa-alueittain (OECD 2002, Smith ym. 2012). Yhtä ”universaalisia”, terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kokonaisuutena kattavaa indikaattoria ei ole mahdollista eikä mielekästä muodostaa.

Jotta uusia indikaattoreita voitaisiin kehittää ja nykyisiä parantaa edelleen, pitää rekistereissä olevien tietojen kattavuutta ja tarkkuutta parantaa. Erityisesti pitää kehittää sivudiagnoosien kirjaamista ja ilmoittamista kansallisiin rekistereihin. Sivudiagnooseja koskevat tiedot ovat välttämättömiä potilasryhmien rajauksissa ja riskivakioinneissa sekä joissakin tapauksissa myös itse hoidon lopputuloksen määrittelyssä. Kustannustietojen saaminen osana rekisteritietoa parantaisi edelleen tietojen hyödynnettävyyttä. Myös kansallisten laaturekisterien kehittäminen olisi tärkeää erityisesti erikoissairaanhoidon indikaattoreiden näkökulmasta (Häkkinen ja Peltola 2016).

Valitut indikaattorit ovat liitteessä 1. Alla on muutamia kuvallisia esimerkkejä Palvelupaketti-hankkeen pilottiorganisaatioiden aluetta kuvaavista indikaattoritiedoista.

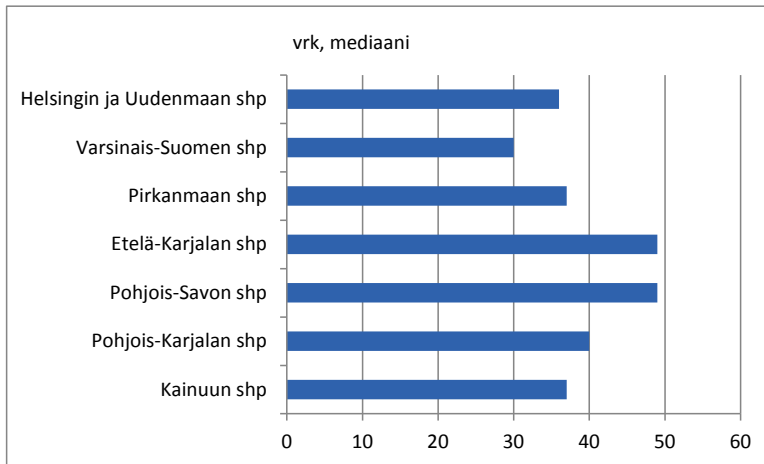


Kuvio 22. Aivoinfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus, vakioitu osuus Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä vuonna 2011–2013 (Sotkanet)



Kuvio 23. Ikävakioitu suhteellinen naisten elossaololuku viiden ensimmäisen vuoden jälkeen rintasyövän toteamisesta yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueilla. (Suomen Syöpärekisteri 2016)³²

³² http://www.cancer.fi/@Bin/119520942/Elossaololuvut_vastuualueittain_2012-2014.pdf



Kuvio 24. Erikoissairaanhoidon hoitoa odottavien odotusaika (vrk) 31.12.2015 Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä, mediaani (THL)

2.7 Vammaisten palveluiden palvelupaketti

Palvelut ja niiden indikaattorit

Vammaispalveluiden indikaattorilistan lähtökohta oli vammaisten palvelupaketin sisällöllinen kuvausta Palvelupakettikäsikirjassa (Sitra 2016b). Vammaisalan toimijoita eri maista kokoon-tui tammikuussa THL:ssä Pohjoismaisen ministerineuvoston järjestämässä tapaamisessa. Keskeisenä aiheena olivat vammaisuuteen liittyvät indikaattorit ja tilastot eri yhteyksissä ja tarpeis-sa. Kevättalven aikana 2016 THL:n vammaisasioiden valmistelija kävi tutustumassa Joensuussa Siun soten vammaistiedon rakenteisiin. Samoin käytiin useita keskusteluja Eksoten kanssa vammaisuuteen liittyvistä asioista. Maaliskuussa muodostettiin THL:n Sotkanetissä olevista vammaispalveluindikaattoreista³³ ja THL:ssä asiantuntijatyönä kehitetyistä prosessia ja laatua kuvaavista indikaattoreista lista, joka jaoteltiin vammaispalvelujen eri teemoihin. Kartoitusvai-heen tuloksena kootulla listalla oli 91 varsinaista ja 18 täydentävää indikaattoria (liite 3).

Indikaattoreiden arviointiprosessi

Vammaisten palvelupaketin indikaattorilistan arviointiin osallistuivat Siun sote ja Eksote. Molemmat antoivat arvionsa valituista indikaattoreista. Indikaattorilista esiteltiin laajemmin 26.4.2016 pidetyssä Sote ja vammaisuus - tilaisuudessa THL:ssä. Tilaisuudessa lista jaettiin kai-kille noin 60 osallistuneelle ja pyydettiin kommentteja. Kommentteja tuli jo tilaisuuden aikana ja osin tilaisuuden jälkeen. Näin saadun materiaalin ja muiden asiaan liittyvien aineistojen ja hankkeiden valossa THL:n asiantuntijat muodostivat oman arvionsa esitetyistä indikaattoreis-ta ja niiden käyttökelpoisuudesta. THL:n lista vammaispalveluiden indikaattoreista on koos-tettu tämän arvion pohjalta.

³³ www.sotkanet.fi

Arviointiprosessin tuloksia

1) Sotkanetin tuotannossa olevat indikaattorit:

Tuotannossa olevat Sotkanetin vammaisuusindikaattorit sijoittuvat OECD:n viitekehysten (Kelly 2006) näkökulmasta lähinnä alueille terveystai sosiaalisen ongelman ratkaiseminen tai selviytyminen sairauden/alentuneen toimintakyvyn kanssa. Näillä alueilla ne mittaavat etupäässä suoritteita ja kustannuksia ja jossakin määrin palvelujen saatavuutta.

THL ja pilotteihin osallistuneet kunnat ja kuntayhtymät pitivät osaa Sotkanetin indikaattoreista sinänsä hyödyllisinä. Niiden käyttöala on kuitenkin rajallinen, yleisesti ottaen niillä ei voi mitata vaikuttavuutta, turvallisuutta eikä asiakaskeksyyttä. Toisaalta asiakasturvallisuuden ja saatavuuteen vaikuttaa toki jo se, myönnetäänkö tietyn kunnan tai maakunnan alueella jotakin tiettyä palvelua kansallisesti vertaillen yhdenvertaisia määriä. Tietyn tyyppisten osallisuutta lisäävien palvelujen, kuten henkilökohtaisen avun tai tuetun asumisen, määrät antavat viitteitä siitä, suuntaako kunta (tai kuntayhtymä tai maakunta) palvelutuotantoon yksilöllisiin, henkilön yhteiskunnallista osallistumista edistäviin palveluihin.

Muutamit Sotkanetissä käytössä olevat termit osoittautuivat pilotointiprosessin aikana vaikeiksi. Esimerkiksi laitoshoidon käsitettä toivottiin avattavaksi ja kehitysvammahuollon asumisen termejä pidettiin osin vanhentuneina. Palautteesta nousi myös osin ristikkäisiä näkemyksiä siitä, onko esimerkiksi omaishoitoa tai kotihoitoa arvioitava osana vammaisten palveluja vai jossain muussa kokonaisuudessa.

2) THL:n kehittämät indikaattorit:

THL kehitti vammaispalveluiden palvelupaketin tarkastelua varten uusia indikaattoreita, jotka kuvaisivat myönteisten hallintopäätösten suhdetta vammaispalveluhakemuksiin, hallintovalituksen kautta muuttuneiden vammaispalvelupäätösten määrää suhteessa kaikkiin vammaispalvelupäätöksiin ja vammaispalvelujen toiminnasta tehtyjen, toimenpidepäätökseen johtaneiden kantelujen määrää. Lisäksi THL:n asiantuntijat ehdottivat mm., että henkilökohtaista apua koskevaa tilastointia pitäisi tarkentaa jakamalla se a) työhön ja opiskeluun, b) päivittäisiin toimiin ja c) sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen myönnettävään henkilökohtaiseen apuun.

Sekä Siun sote että Eksote suhtautuivat torjuvasti ajatukseen indikaattorista, joka kuvaisi myönteisten päätösten määrää suhteessa hakemuksiin. Sen ei katsottu mittaavan laatua eikä muutenkaan antavan relevanttia tietoa. THL:n ajatus, jonka mukaan näin olisi saatu tietoa koetusta tarpeesta suhteessa myönnettyihin palveluihin, ei siis saavuttanut vastakaikua pilotissa. Sen sijaan indikaattoreita, jotka kuvaisivat muutoksenhaussa muuttuneita päätöksiä ja toimenpiteisiin johtaneita kanteluita, pidettiin THL:n saamassa palautteessa hyödyllisinä. Suuri muutoksenhaun kautta muuttuneiden päätösten määrä indikoi puutteita tehtyjen päätösten laadussa ja toimenpiteisiin johtaneiden kanteluiden määrä puolestaan kuvaa sosiaalityön laatua ja asiakkaiden kokemaa kohtelua. Siun sote ehdotti toimenpiteisiin johtaneiden kantelujen määrää kuvaavan indikaattorin lisäksi muistutusten määrää koskevaa indikaattoria.

Tällä hetkellä ei ole saatavilla tietoja, joiden perusteella muuttuneita päätöksiä, kanteluita ja muistutuksia koskevia indikaattoreita olisi mahdollista seurata. THL:n asiantuntijat katsovat, että tältä osin tiedonkeruun kehittäminen olisi tärkeää. Erityisen olennaista se olisi siksi, että edes joillakin indikaattoreilla pystyttäisiin seuraamaan vammaissosiaalityön laatua. Palautteen, ja myös THL:n asiantuntijoiden käsityksen, mukaan pelkkiä lukuja oleellisempaa olisi kerätä tietoa myös valitusten, kantelujen ja muistutusten ja niihin annettujen päätösten tai vastausten perusteluista.

Palautteesta nousi esille tarve asiakkaan omaa näkemystä esille tuovalle mittaristolle, jota voitaisiin seurata (elämänlaatu, koettu palvelujen laatu ym.)

Asiakkaiden, palveluiden järjestäjien ja tuottajien edustajat tulee ottaa jatkossa mukaan vammaispalveluja kuvaavien indikaattorien kehittämiseen. Tämä on tärkeää tiedon oikeellisuuden kannalta ja paljastaa samalla asioita, joita ei voida indikaattoreiden avulla seurata ja arvioida. Näin on erityisesti laadun ja vaikuttavuuden kohdalta.

Yhteiskunnan muutokset

Sote- ja aluehallintojärjestelyt (Valtioneuvosto 2016a) tulevat luonnollisesti toteutuessaan vaikuttamaan suuresti tietotarpeisiin ja erityisesti siihen, millä tasolla tietoja tarvitaan. Tietotarpeiden sisältöön vaikuttavat sote-uudistuksen rakenteita enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon substanssia ja noudatettavaa menettelyä koskevat säännökset. Vammaispalvelujen osalta merkityksellisiä hankkeita ja uudistuksia ovat erityisesti kehitysvammalain (23.6.1977/519) kesäkuussa 2016 voimaan tulleet muutokset (20.5.2016/381), vireillä oleva vammaislainsäädännön (1987/380) uudistamistyö (STM 2016d) sekä suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta koskeva lainsäädäntö.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) sääntelee asiakastyön kirjaamista ja asiakasasiakirjojen hallintaa sosiaalihuollossa. Asiakasasiakirjalain pohjalta THL on antanut määräyksen sosiaalihuollon palvelutehtävien luokituksesta (THL:n määräys 1/2016). Määräyksen kohderyhmänä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajat, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien valmistajat ja Kansaneläkelaitos. Uuden sääntelyn tarkoituksena on mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten Kanta-palvelujen kehittäminen.

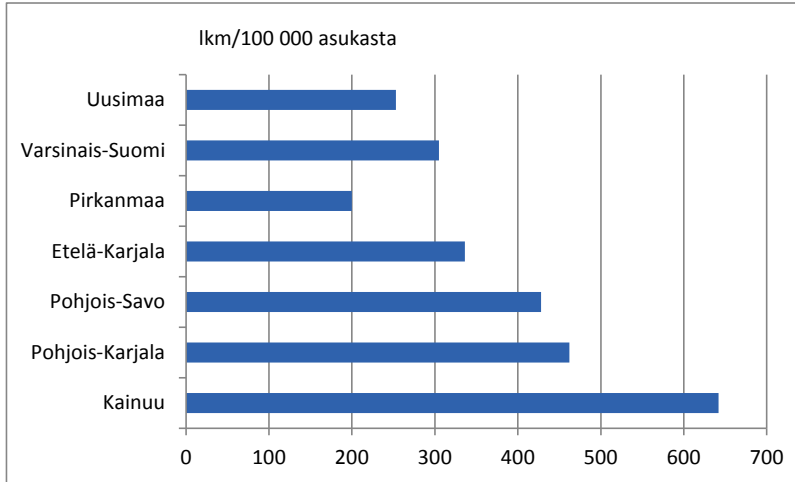
Sosiaalihuollon Kanta-palvelujen käyttöönoton kolmannesta vaiheesta alkaen sosiaalihuollon asiakirjat tullaan tallentamaan yhteisen standardin mukaisessa rakenteisessa muodossa. Sekä palvelutehtävät että sosiaalipalvelut on nyt hyväksytty julkaistavaksi koodistopalvelussa. Asiakasasiakirjojen tallentamisessa määräys palvelutehtävuokituksesta on siis palvelunantajia velvoittava siitä alkaen kun ne liittyvät sosiaalihuollon Kanta-palveluihin. Jatkossa kehitettävien indikaattorien vastaavuus sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain ja sen nojalla annettavan ohjeistuksen kanssa on varmistettava.

Ehkä merkityksellisin tiedontuottamiseen liittyvä uusi asia on YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksista tehty yleissopimus, joka astui Suomessa voimaan 10.6.2016 (373/2015). Paitisi että sopimus velvoittaa varsin yksityiskohtaisesti Suomea toteuttamaan vammaisten oikeuksia eri elämänoilla, se velvoittaa myös tuottamaan yksityiskohtaista tilasto- ja tutkimustietoa sopimuksen seurannasta.

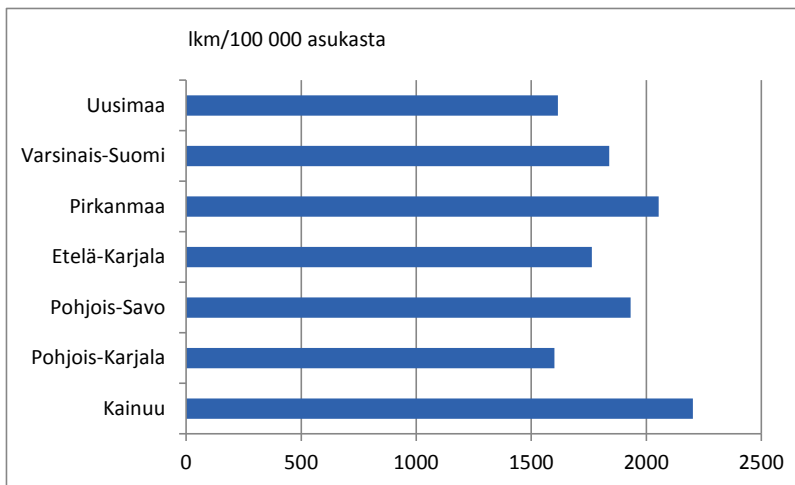
Vammaispalveluita kuvaavien indikaattoreiden lista

Vammaispalveluihin on syytä ottaa mukaan indikaattoreita, jotka kuvaavat sosiaalityön laatua ja asiakkaan oikeusturvaa. Lisäksi Sotkanetin indikaattorit ovat osaltaan hyödyllisiä. Ne kuvaavat suoritteita ja saatavuutta, mutta THL:ssä niitä on jo osin jalostettu kuvaamaan mm. osallisuuden toteutumista. Tästä on esimerkkinä henkilökohtaisen avun saajien tilastoinnin kehittäminen niin, että erikseen olisi nähtävillä työhön ja opiskeluun sekä toisaalta yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen myönnetty apu. Näillä saadaan kuva siitä, mitä palveluja asiakkaille on saatavilla, ja osin myös siitä, miten asiakkaiden oikeudet toteutuvat vammaissosiaalityössä.

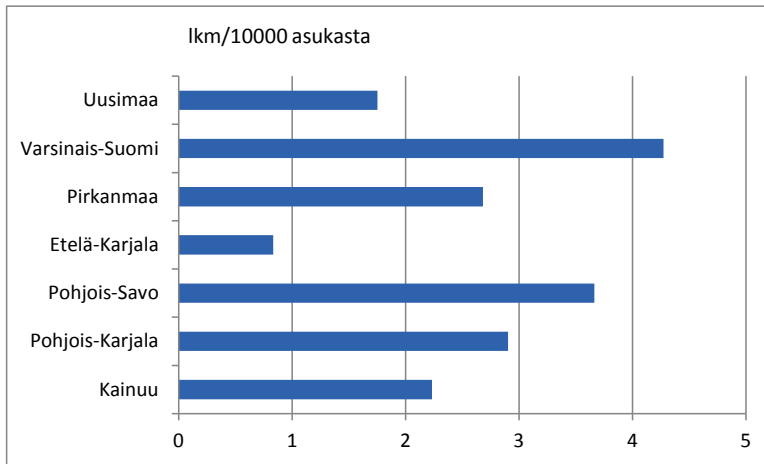
Asiantuntijatyön ja arviointiprosessin tuloksena syntynyt indikaattorilista on liitteessä 1. Alla on muutamia kuvallisia esimerkkejä Palvelupaketti-hankkeen pilottiorganisaatioiden aluetta kuvaavista indikaattoritiedoista.



Kuvio 25. Henkilökohtaisen avun asiakkaita vuoden aikana 100 000 asukasta kohden Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (THL Sotkanet)



Kuvio 26. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajia vuoden aikana 100 000 asukasta kohden Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2014 (THL Sotkanet)



Kuvio 27. Kehitysvammalaitosten asiakkaat 10 000 asukasta kohden 31.12.2014. Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa (THL Sotkanet)

2.8 Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketti

Indikaattorilistan valmisteluprosessi

Indikaattorityön taustana oli Sitran määrittelemä lääkinällisen kuntoutuksen palvelupaketin kuvaus (Sitra 2016b). Kahden pilottipaikkakunnan (Tampere ja Joensuun Siun sote) vierailulla kuultiin pilottiin osallistuvien lääkinällisen kuntoutuksen tietotuotannosta ja sen hyödyntämisestä. Pohjatyöksi tutustuttiin myös Kelan korvaaman kuntoutuksen seurantatietoihin³⁴ sekä Kelan hankkeeseen kuntoutuksen vaikutusten seurannasta, AKVA (Vadén 2015).

Lääkinälliseen kuntoutukseen liittyviä indikaattoreita ei juuri löydy suoraan Sotkanetin³⁵ kautta. Ainoastaan apuvälinepalveluihin liittyvät kaksi tietosisältöä ovat olleet sieltä saatavilla vuoteen 2014 asti. Näiden lisäksi kartoitettiin Avohilmosta (THL 2016a) ja Hilmosta (THL 2016b) kuntoutukseen liittyviä tietosisältöjä, joista muodostettiin indikaattoreita. Samoin käytiin läpi väestötutkimuksien, Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen ATH (THL 2016c) ja Kouluterveyskyselyn (THL 2016g) aineistoja ja sieltä nostettiin arvioitavaksi muutama indikaattori. Alustavalle indikaattorilistalle nostettiin kuntoutuspalveluja kuvaavien indikaattoreiden lisäksi joitain toimintakykyä kuvaavia indikaattoreita.

Indikaattorilistasta tuli pitkä osin sen takia, että indikaattoriaiheessa on eritelty lääkinällinen kuntoutus sen osa-alueisiin. Näitä ovat palvelupakettikuvauksessa (Sitra 2016b) fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapia sekä neuropsykologinen kuntoutus, apuvälinepalvelut ja kuntosalit. Terveydenhuoltolain mukaan terapiaihin luettaisiin myös jalkaterapia ja muu kuntoutus ja eritysterapiat. Sen sijaan kuntosaleja ei voitane pitää erillisenä terapiana vaan ne ovat keino toteuttaa jotain terapiaa, kuten fysioterapiaa.

³⁴ <http://www.kela.fi/kelasto>

³⁵ www.sotkanet.fi

Indikaattoreiden arviointiprosessi

Pilottipaikkakunnat (Tampere, Siun sote ja Eksote) arvioivat muodostetut laajat indikaattorilistat THL:ssa järjestetyssä työpajassa 8.4.2016. Työpajan tuloksena muun muassa väestötutkimuksissa käytetyt toimintakykyyn liittyvät indikaattorit poistettiin, koska niiden ei katsottu olevan suoraan yhteydessä kuntoutukseen. Supistetut indikaattorilistat (liite 3) lähetettiin vielä erikseen jokaiselle pilottipaikkakunnalle arvioitavaksi. Tampere ja Siun sote arvioivat kunkin indikaattorin käyttökelpoisuuden sekä numeroarviolla että kirjallisesti. Samoin he kirjasivat oliko kysytty luku saatavilla tai muodostettavissa kunkin organisaation järjestelmästä. Eksote ei käsitellyt indikaattoreita yksityiskohtaisesti vaan se antoi indikaattoreista yleisen lausunnon.

THL:n asiantuntijat arvioivat indikaattoreiden käyttökelpoisuuden sekä kuvasivat miten indikaattori oli saatavilla kansallisesti, mille kansalliselle tasolle indikaattori oli hyödyllinen sekä arvioivat mitä OECD:n viitekehyksen (Kelly 2006) kohtaa indikaattori koski.

Arviointiprosessin tulokset

Listatuista indikaattoreista vain muutama on kansallisessa tuotannossa. Noin puolet on laskettavissa Avohilmosta tai Hilmosta saatavien lukujen avulla ja loput eivät ole kansallisesti tuotettavissa. Pilottien mukaan heillä ei ollut saatavilla kaikkia niitä tietoja, joita oli kansallisesti laskettavissa. Tällaisia olivat mm. väestötutkimuksilla saatavat tiedot. Toisaalta piloteilla oli saatavilla joitain tietoja, joita ei koottu kansallisesti. Näitä olivat fysioterapian suoravastaanoton määrät ja ostettujen kuntoutuspalvelujen määrät.

Indikaattorit sijoittuvat pääasiassa OECD:n viitekehyksen ”terveys- tai sosiaalisen ongelman ratkaiseminen” alueelle palvelun saatavuuden saavutettavuuden ja suoritteiden kohdille. Palvelun laatuun liittyi vain pari indikaattoria, jotka nekin olivat peräisin väestötutkimuksista.

Pilotit arvioivat suurimman osan indikaattoreista kiitettävän käyttökelpoisiksi suunnittelussa ja arvioinnissa lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketin näkökulmasta. Arvioijat olivat yksimielisiä niiden indikaattoreiden hyödyllisyydestä, jotka kuvasivat asiakkaiden määrää, palvelujen käyntisyitä, palveluiden käyntimäärien erittelyjä, apuvälineiden hankintamenoja ja palveluihin pääsyä, jos niihin liittyvät kirjaukset tehdään oikein. Näihin indikaattoreihin pilottiorganisaatioiden oli mahdollista pääsääntöisesti myös saada tietoja omista tietojärjestelmistään.

Väestötutkimuksista nostetut indikaattorit pilotit arvioivat irrallisiksi tiedoiksi ja siten osin hyödyttömiksi. Indikaattori, joka kuvaa luovutettujen apuvälineiden määrää, arvioitiin osin heikoksi, jos apuvälineitä ei käsitellä apuvälineryhmittäin ja ikäryhmittäin. Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet – indikaattori päätettiin ottaa osaksi lääkinnällisen kuntoutuksen indikaattoreita, vaikka se liittyy myös vammaisuus-palvelupakettiin. Sitran palvelupakettien kuvauksissa ei ole linjattu mihin palvelupakettiin kyseinen toiminto kuuluu. Useissa indikaattoreissa mitta-arvon kuvauksessa on käytetty asiakkaiden määrää suhteessa 100 000 väestö. Luku koettiin kunta- ja sairaanhoitopiiritasolla liian suureksi. Sopivampi luku olisi 1000 asukasta kohden.

Listalla lääkinnällisen kuntoutuksen indikaattoreista

Listalle (liite 1) on valittu sellaiset indikaattorit, joista kerätään tietoa valtakunnallisesti, tieto on mahdollista saada kyseessä olevista organisaatioista ja jotka arvioijat katsoivat hyödyllisiksi. Saatavilla on vain heikosti tai ei ollenkaan toimivia indikaattoreita kuvaamaan lääkinnällisen kuntoutuksen vaikuttavuutta tai laatua. Osa listan indikaattoreista kuvaa vain kuntoutuspalvelujen suoritteita ja saavutettavuutta ja niiden avulla voidaan seurata toiminnan eroja ajallisesti ja alueellisesti.

Listalle valittuja indikaattoreita voivat palvelujen järjestäjät ja tuottajat käyttää esimerkiksi oman toiminnan vuosittaiseen aikavertailuun. Myös ikäluokkien välinen vertailu mahdollistuu. Indikaattoreita voidaan käyttää myös vertailukehittämiseen (benchmarking), jolloin tietoa alueiden tai tuottajien välisistä eroista hyödynnetään kehittämisessä.

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketissa tehdyt rajaukset eivät selkeästi erottele, mitkä toiminnot kuuluvat tähän palvelupakettiin ja mitkä johonkin muuhun. Toiminnan laskeminen kuntoutukseksi riippuu sekä henkilöstön koulutuksesta että paikasta, jossa toiminto tapahtuu. Hankaluutena on esimerkiksi erotella selkeästi kuntoutus ja hoitotyö toisistaan osastoilla ja kotona toteutettavissa palveluissa.

Todetut haasteet ja kehittämissuhteet

Käydyn prosessin aikana tuli esiin, että kentällä on epäyhtenäiset tavat tallentaa tietoa. Tietoa kerätään myös puutteellisesti (esim. ei käytetä Avohilmoissa ICPT 2 tai SPAT –koodeja (THL 2016e) eikä Hilmo (THL 2016b) ole kaikkialla erikoissairaanhoidossa käytössä kuntoutuksen osalta. Hilmon kautta ”toimenpiteelliset hoitajakset” nimikkeellä kerätyssä tiedossa on myös rakenteellisia ja toiminnallisia puutteita. Avopalveluiden tietoja ja esimerkiksi osastoilla käytettyjen terapioiden käyntimääriä ei kerätä. Tällä hetkellä jo saatavaa tietoa ei ole toistaiseksi erikseen raportoitu tai muutoin hyödynnetty. Hilmon kautta kerättävä tieto tulisikin siirtää Avohilmo-rakenteen kautta kerättäväksi.

Sote-valmistelun (Valtioneuvosto 2016a) yhteydessä on noussut esiin sen tärkeys, että tiedon kirjaamisessa ja raportoinnissa on yhtenäiset, yleisesti tiedossa olevat käytännöt. Kuntoutuspalveluihin liittyvän tiedon keruun osalta työ tiedon saattamiseksi yhdenmukaiseksi ja kattavaksi on poikkeuksellisen suuri ja haasteellinen.

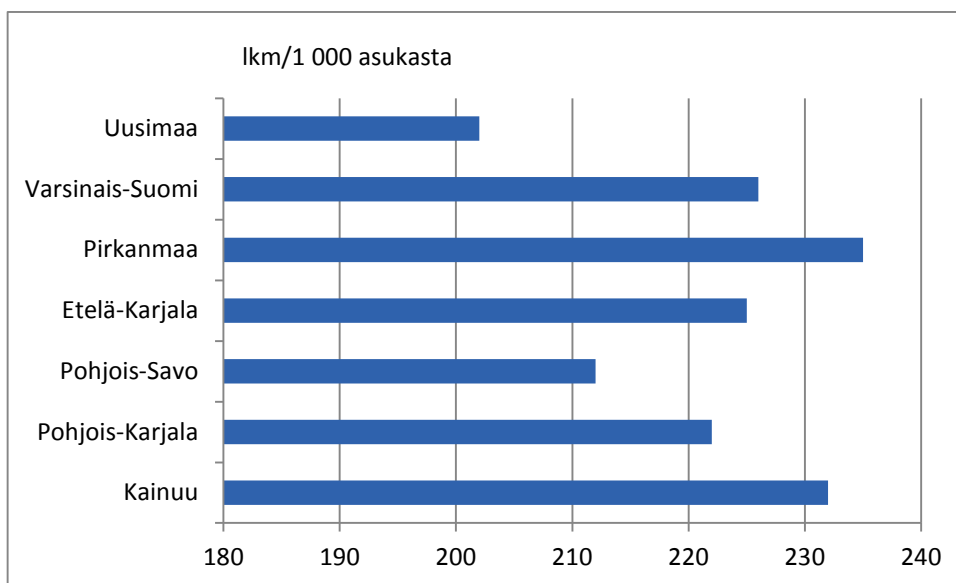
Kuntoutuksesta ei kerätä kaikkea tarvittavaa tietoa; esimerkiksi laatu-, vaikuttavuus- ja kustannustiedot puuttuvat lähes kokonaan. Terapioiden käynti- ja asiakasmäärät suhteutettuna asukaslukuun voisivat olla hyödyllisiä indikaattoreita, jos määriä käsiteltäisiin asiakasryhmittäin (esim. AVH-potilaat, lonkkaleikkaukset). Myös käyttöön luovutetuista apuvälineistä tarvittaisiin tietoa yleisesti käytössä olevan kansainvälisen apuvälineluokituksen ISO 9999 mukaisesti. Tällä hetkellä kuntoutuksesta kerättyä tietoa ei ole juuri hyödynnetty kansallisesti palvelutuotannon seurannassa, arvioinnissa ja kehittämisessä apuvälinepalveluja lukuun ottamatta.

Kuntoutuksen vaikuttavuustietoa ei synny, ellei kentällä ole käytössä yhdessä sovitut, luotettavat mittarit, joiden avulla voitaisiin arvioida asiakkaan toimintakyvyn rajoitteita ja seurata minkälainen vaikutus kuntoutuksella on henkilön toimintakykyyn. Uudet PROMIS-mittarit (Patient Reported Outcomes Measurement Information System (Northwestern University 2016) voivat tulevaisuudessa auttaa toimintakyvyn yhtenäisen arvioinnin toteutumiseen myös kuntoutuksessa. PROMIS-osiopankit mittaavat toimintakykyä, oireita ja elämänlaatua. Niitä voidaan käyttää tutkimuksessa sekä käytännössä pitkään oireilevien henkilöiden toimintakyvyn eri osa-alueiden vertailussa. (Antman ym. 2011). THL koordinoi parhaillaan PROMIS-mittareiden kääntämistä suomeksi.

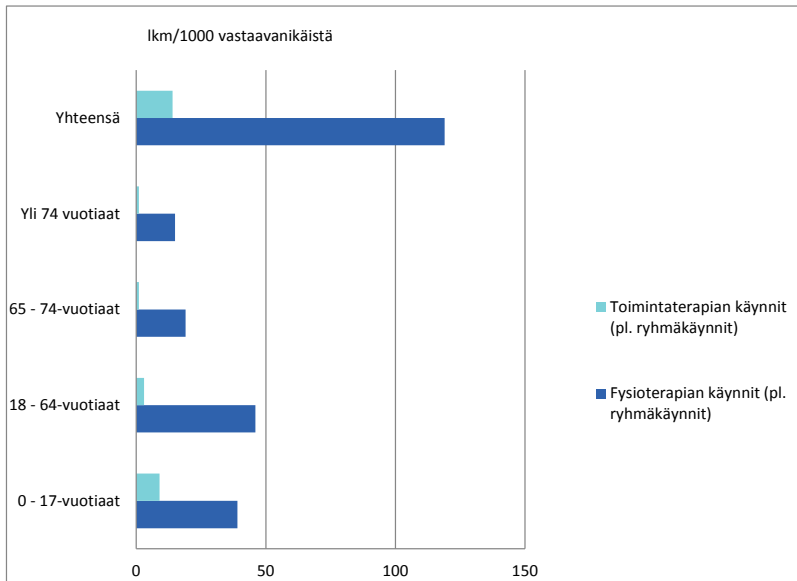
Toimintakyvyn muutoksen seuranta ei yksin riitä kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Tärkeää on laatia kuntoutujan tai tarvittaessa hänen läheisensä kanssa kuntoutujalle yksilölliset tavoitteet, joista ilmenee mihin kuntoutuksella halutaan vaikuttaa. Tavoitteena ei ole aina toimintakyvyn jonkin osa-alueen parantuminen, vaan tavoitteena voi olla myös toimintakyvyn ylläpitäminen tai toimintakyvyn heikentymisen hidastaminen. Seuraamalla tavoitteiden saavuttamista, voidaan arvioida onko kuntoutus vaikuttanut suunnitellun mukaisesti. Esimerkiksi Kela käyttää kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin GAS-menetelmää (Kela 2016b). GAS on väline, jonka avulla määritetään kuntoutujan tavoitteet ja tavoitteiden toteutumista voidaan tarkastella yksilö- tai ryhmätasolla tilastollisia menetelmiä hyväksi käyttäen. Kelan AKVA-hankkeessa (Vadén 2015), jonka ensimmäisessä vaiheessa on arvioitu ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia, on käytetty GAS-mittarin lisäksi elämänlaatumittaria sekä kysymyksiä työkyvystä ja depressiosta. Hankkeen tarkoituksena on löytää toimivat mittarit kaikkien Kelan kustantaman kuntoutuksen hyötyjen arviointiin.

Mikäli valinnanvapaus tuodaan sote-uudistuksessa kuntoutuspalveluihin, on eri tahoilla tuotettujen palvelujen vertailu uudella tavalla tärkeää. Sote-uudistuksen (Valtioneuvosto 2016a) yhteydessä suunnitellaan tehtäväksi hallitusohjelman mukainen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus, jota sosiaali- ja terveysministeriö on juuri käynnistämässä. Uudistus tulee mullistamaan koko kuntoutuksen järjestämiskentän. Tähän käyttötarkoitukseen olemassa olevat tai nykytiedosta rakennettavat indikaattorit eivät ole riittäviä.

Lista lääkinällisen kuntoutuksen indikaattoreista on liitteessä 1. Alla on kuvina muutama esimerkki lääkinällisen kuntoutuksen indikaattoreista.



Kuvio 28. Perusterveydenhuollon fysioterapian käynnit 1000 asukasta kohden Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2015 (Sotkanet)



Kuvio 29. Fysioterapian ja toimintaterapian avokäynnit (pl. ryhmäkäynnit) 1000 asukasta kohden Tampereella vuonna 2015 (Kristiina Lumme, Tampereen kaupunki, Palvelupakettipilotti 2016.)

2.9 Vastaanottopalveluiden palvelupaketti

Vastaanottopalveluiden palvelupaketti on kuvattu Palvelupakettikäsikirjassa (Sitra 2016b). Se sisältää pääasiassa perusterveydenhuollon ehkäiseviä palveluja ja sairaanhoitopalveluja. Näitä palveluita tuottavat useat terveydenhuollon ammattilaiset kuten lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat.

Tähän palvelupakettiin liittyviä indikaattoreita etsittiin eri tietolähteistä, joista keskeisiä olivat Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitukset (Avohilmo³⁶), kuntien omat tiedot omista järjestelmistä, Sotkanet³⁷, Tilastokeskus³⁸, THL:n keräämät muut tilastot³⁹ ja seuluntojen osalta Syöpärekisteri⁴⁰ (esim. Mammografia-tiedot). Lähteistä löytyi tietoa mm. vastaanottotoiminnan tapahtumista, käyntisyistä, hoitopääsystä, sähköisistä palveluista, asiakastytyväisyydestä sekä ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Tästä toiminnasta (esim. rokotukset, terveystarkastukset ja terveysneuvonta) on saatavilla toimintalukuja ja kustannuksia, mutta työn tulokset näkyvät usein vasta vuosikymmenten viiveellä. Yksityisiltä palveluntuottajilta ei ollut palvelujen sisällöstä kertovia tietoja saatavissa.

Nykytilakartoituksessa koottujen mittareiden arvioinnissa katsottiin suhdetta OECD:n viitekehukseen (Kelly ym. 2006). Arvioinnissa tarkasteltiin myös mittareiden hyödyllisyyttä eri tasoille (Suomi, alue, kunta, toimipiste) sekä käyttötarkoitusta sote-järjestelmän seurannassa ja arvioinnissa.

³⁶<http://www.thl.fi/avohilmo>

³⁷www.sotkanet.fi

³⁸<http://www.tilastokeskus.fi/>

³⁹<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut>

⁴⁰<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/joukkotarkastusrekisteri/tilastot/>

Tiedot kartoituksessa kootun indikaattorilistan mittareista ovat pääosin saatavissa potilas-tietojärjestelmistä joko kunta-, alue- tai kansallisella tasolla. Keskeinen tiedon lähde oli Avohilmo-tiedonkeruu, joka on osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmää, Hilmoa (THL 2016a, THL 2016b). Avohilmo kerää tiedot palvelumuodoittain. Niitä ovat avosairaanhoito, muut neuvolapalvelut, muu terveydenhoito, seulonnat ja muut joukkotarkastukset

Piloteista vastaanottopalvelujen indikaattoreita arvioivat Siun Sote ja Eksote. He arvioivat myös miten ehdotetut mittarit soveltuvat heidän oman toimintansa vaikuttavuuden mittaamiseen ja kustannusten seurantaan.

Indikaattoreiden valintaprosessi

Indikaattorilistan kokoaminen aloitettiin valitsemalla saatavilla olevista kansallisista tilastoista ja rekistereistä palvelupakettisisältömäärittelyn mukaisesti tiedot, jotka on mahdollista ottaa käyttöön nopeasti ja ovat tuotettavissa eri palveluntuottajilta. Valittujen 50 indikaattorin perustiedot olivat osittain valtakunnallisesti yhtenäisiä ja testattuja, mikä mahdollistaa vertailun vastaavien alueiden kanssa. Valinnassa otettiin huomioon myös indikaattorit, jotka vaikuttivat kansalaisten hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen.

Valitut indikaattorit jaoteltiin OECD-viitekehityksen mukaisesti sen mukaan kohdentuivatko ne vaikuttavuuteen, laatuun, saatavuuteen tai kustannuksiin. Varsinaisia yhtenäisiä kustannustietoja perusterveydenhuollon osalta ei ollut saatavissa muualta kuin Tilastokeskuksen kuntakustannustiedoista. Kustannuseurannasta käytössä on eri kunnissa erilaisia mittareita kuten PDRG (FCG 2016) ja APR (Elonheimo 2009), mutta ei yhtenevästi kaikkialla.

Ehdotetut indikaattorit annettiin arvioitaviksi Palvelupakettihankkeen ja THL:n asiantuntijoille sekä pilottialueille (Siun sote ja Eksote). Pilottiorganisaatioista Siun sote arvioi pisteyttämällä indikaattorit 1-10. Siun sote arvioi pisteillä kahdeksan tapaturmien seurantaindikaattorit ja täyttämättömien lääkäritehtävien osuuden, jonka vertailtavuus on myös heidän mukansa haasteellista. He arvioivat pistearvolla kuusi indikaattorin ”15 vuotta täyttäneiden hoitajakset sairaalan vuodeosaosastolla korkean verenpaineen vuoksi”, koska korkean verenpaineen vuoksi sairaalaan joutuneita on pieni määrä. Myös 15 vuotta täyttäneiden hoitajakset sairaalan vuodeosaosastolla astman vuoksi sai heiltä pistearvon kuusi, koska astman vuoksi sairaalaan joudutaan harvoin. He arvioivat muut ehdotetut indikaattorit pisteillä 9-10. Lisäksi he kommentoivat sitä, että perusterveydenhuollon hoitopääsy vaatii yhdenmukaista kirjaustapaa. Heidän mielestään digitalisaatio kuvaa toimintatapojen muutosta. Heidän arvionsa mukaan indikaattorissa ”asiakkaat ja heidän käyntinsä lääkäriellä sekä hoitajilla” on huomioitava myös alueen yksityinen tuotanto. Indikaattorissa ”ravitsemusalan asiantuntijan asiakkaat/käynnit” on heidän mielestään huomioitava myös muiden erityisterapeuttien tiedot. He arvioivat influenssaseurannan olevan tärkeää tietoa tartuntataudeista vastaaville. Lihavuuden seurannasta on heillä saatavissa tietoa niistä asiakkaista, jotka ovat palvelujen piirissä. Neuvontaan, ohjaukseen ja depression seulontaan liittyvät tiedot vaativat heidän mielestään kirjaustapojen yhtenäistämistä. Indikaattorissa antibioottien käyttö pitää heidän mielestään arvioida myös samalla yksityinen taho. Eksote ilmoitti, että työttömien terveystarkastustietoa ei saada kattavasti omasta järjestelmästä.

Myös asiantuntijat arvioivat indikaattorit pisteyttämällä. Asiantuntija-arvion mukaan perusterveydenhuollon indikaattorit, hoitopääsy, digitalisaatio, asiakkaat ja käynnit lääkäriellä sekä sairaan- ja terveydenhoitajalle, ovat prosessilaadun indikaattoreita. Prosessilaadun indikaattoriksi itsehallintoalueiden vertailuun ehdotettiin 1-vuotiaiden lasten rokotuskattavuutta. Asiantuntija ehdotti indikaattoria ”eri potilasryhmien seuranta eri mittareilla” vaikuttavuus-

kriteeriksi. Indikaattorilistalta (Liite 3) hylättiin indikaattorit, jotka saivat pistearvion alle 8 ja joista ei saada kattavasti laadukasta tietoa. Pilottiorganisaatiot ja asiantuntijat arvioivat alemmilla pistearvioilla tapaturmatietoihin, terveysneuvontaan ja lihavuuden seurantaan liittyvät indikaattorit. Esimerkiksi lihavuuden seurantaan pitäisi valita, mitä mittareita käytetään. Myös ravitsemusterapiaan liittyvät indikaattorit hylättiin, koska ne eivät kuuluneet vastaanottopalvelujen pakettiin. Päivystysindikaattorin luotettavuutta kyseenalaistettiin, koska eri puolella Suomea on erilaiset toimintatavat hoitaa päivystystä. Kuitenkin valittuihin indikaattoreihin jätettiin kiireellisen hoidon odotusajat, koska tätä tietoa pidettiin tärkeänä. Asiantuntijoiden mukaan perusterveydenhuollon hoitopäätöksissä on huomioitava erilaiset toimintatavat ja niiden muutosten seuranta esimerkiksi terveystieteiden. Muuten pilottiorganisaatioiden ja asiantuntijoiden arviot eivät eronneet pisteytyksessä eivätkä sanallisissa arvioissa.

Arvioinnin perusteilla listalle valittiin 17 indikaattoria (Liite 1). Samalla tarkennettiin valitut indikaattorit OECD-viitekehyksen mukaisesti (Laatu, Saatavuus, Kustannus). Listaan siirrettiin vielä neljä OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoria (OECD 2016), jotka kuvaavat perusterveydenhuollon ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisten hoitoketjujen toimintaa erikoissairaanhoidon tietojen kautta. Diabetes, sydämen vajaatoiminta, astma ja keuhkohtaumatauti ovat kaikki sellaisia kroonisia sairauksia, jotka hoidetaan pääasiassa perusterveydenhuollossa jos hoitotasapaino saadaan pidettyä hyvänä. Indikaattoriluvut muodostetaan näiden sairauksien vuoksi vuodeosastolla hoidettujen määristä. Näitä indikaattoreita on Suomessa testattu sairaanhoitopiiritasolla (Gissler ym. 2012) ja sen jälkeen viety tilastotuotantoon (THL 2014). Alla kuvataan lyhyesti muut Vastaanottopalveluiden palvelupaketin seurantaan liittyvät listalle valitut indikaattorit.

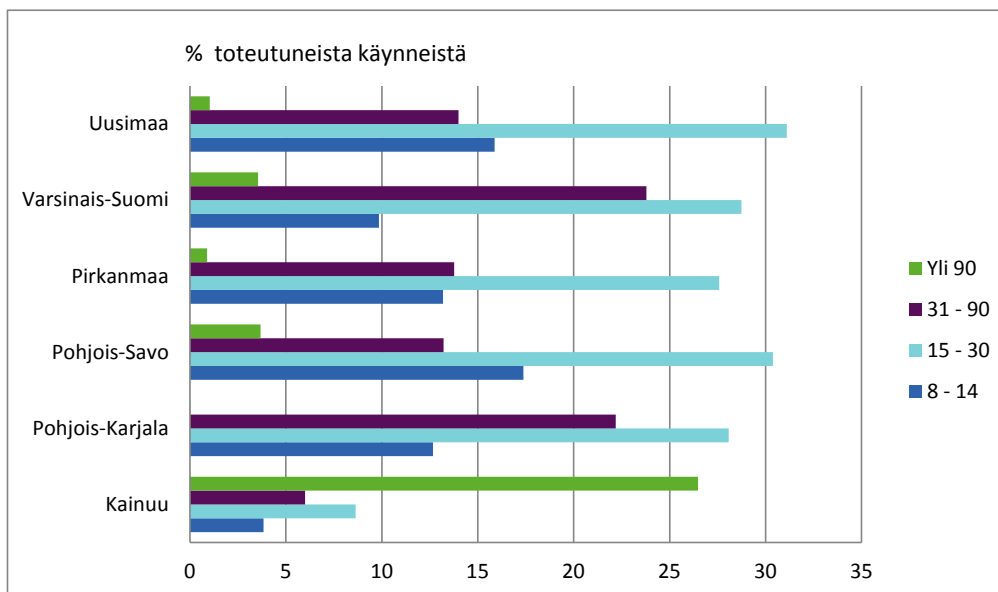
Terveysasematoimintaa kuvaavat indikaattorit

a) Hoitopääsy kiireettömään sairaanhoitoon perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotolla: mittaria voidaan käyttää kansallisella, maakunta- ja paikallisella tasolla ja se sopii tarkasteluun sekä järjestäjä- että tuottajanäkökulmasta. Tietoja on saatavissa. Ne on kerätty Terveystietolain (1326/2010)⁴¹ mukaisesti perusterveydenhuollosta vuodesta 2007 lähtien. Terveyskeskukset ilmoittavat myös omilla verkkosivuillaan ajantasaisen jonotustilanteen lääkärin kiireettömään sairaanhoitoon. Hoitopääsytiedot päivittyvät THL:n verkkosivuille kuukausittain⁴². Hoitopääsyn seuranta liittyy myös valtakunnalliseen Valviran valvontaohjelmaan⁴³. Indikaattori antaa tietoja palvelujen saatavuudesta ja siinä on vertailumahdollisuus muiden vastaavien palveluntuottajien välillä. Alla on esimerkkikuvio yli 7 vrk kiireetöntä sairaanhoidon lääkärin käyntiä odottaneista asiakkaista pilottimaakunnista.

⁴¹ Terveystietolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

⁴² Perusterveydenhuollon hoitopääsy. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitopaaasy-perusterveydenhuollossa>

⁴³ Valviran valvontaohjelma. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta>



Kuvio 30. Toteutuneiden perusterveydenhuollon käyntien odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista lääkärin vastaanotolle Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa toukokuussa 2016 (THL Avohilmo)

- b) Hoitoonpääsy kiireelliseen hoitoon (odotusaika), päiväaikaan tapahtuva kiireellinen vastaanotto toiminta terveysasemilla: Indikaattori kuvaa kuinka kauan asiakas odotti päivystysaikaa ja 1-7 päivän puolikiireellistä aikaa.
- c) Lääkärin, sairaan/terveydenhoitajan asiakkaat avosairaanhoidossa ja terveysneuvonnassa

Asiakas- ja palveluohjausta kuvaavat indikaattorit

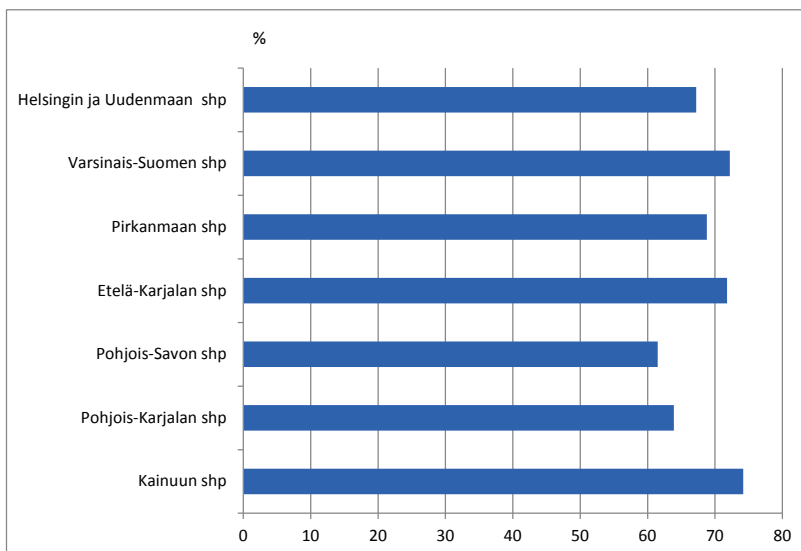
- a) Puhelinkontaktit ja sähköiset asiointit eri asiakasryhmillä (Digitaalisten palvelujen osuus): Kuvaa minkälaisia muita yhteydenottokanavia vastaanoton lisäksi asiakkailla on mahdollisuus käyttää ja kuinka paljon käytetään sähköisiä- ja puhelinpalveluita lisänä tai korvaamassa vastaanotolla tapahtuvia käyntejä.
- b) Terveyskeskuskäyntien käyntisyys (Yleisimmät käyntisyys terveyskeskuskäynneillä ja asiakasryhmillä eri ikäryhmissä): Kuvaa minkä syiden vuoksi asiakkaat käyvät lääkärin ja hoitajien avosairaanhoidon vastaanotoilla ja mitä sairauksia sairastetaan eniten eri maakunnissa.
- c) Asiakkaille määrätty lääkkeet, antibioottien käyttö

Ennaltaehkäisevä toiminta

Ehkäisevää toimintaa kuvaavat indikaattorit on valittu kuvaamaan seuraavia palveluja:

1. Rokotuskattavuus, influenssarokotuksen saaneet riski-ikäryhmät (lapset, 65-vuotiaat tai vanhemmat)
2. Työttömien terveystarkastukset (kehittämisehdotus, ei vielä listalla)
3. Ikäihmisten terveystarkastukset, Omaishoitajien terveystarkastukset, (kehittämisehdotus, ei vielä listalla)
4. Papaseulonnat, kohdunkaulaosan syöpä
5. Mammografiaseulonnat, rintasyöpä

Lasten rokotuskattavuuden indikaattorit on tässä raportissa listattu lasten, nuorten ja perheiden palvelupakettiin ja 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuspeittävyys on ikäihmisten palvelupaketin listassa, samoin ikäihmisten terveystarkastus. Työttömien ja omaishoitajien terveystarkastusten toteutuminen olisi tärkeää ehkäisevää toimintaa. Tällä hetkellä käytössä oleva SPAT-luokitus ei kuitenkaan anna riittävää mahdollisuutta erottaa näitä ryhmiä muista, joille tehdään terveystarkastus. Työttömien terveystarkastusten seuranta pitäisi laskea suhteessa alueen työttömien määrään. Nämä indikaattorit jäävät kehittämisehdotuksiksi, jotka SPAT-luokitusta kehittämällä voi olla mahdollista myöhemmin ottaa käyttöön.



Kuvio 31. Kohdunkaulan syövän ikäryhmäseulontaan (30 - 60 v) osallistuneiden naisten osuus tarkastukseen kutsutuista (%) Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä vuonna 2014 (Syöpärekisteri)

Asiakaskeskeisyys

Asiakastyytyväisyyttä mittaavat kyselyt. Asiakaskyselyt eivät toistaiseksi ole kattavasti kansallisessa käytössä, mutta perusterveydenhuollon palvelujen asiakaskokemusten mittaamista varten on kehitetty mittareita, joita on jo paikallisessa käytössä ja niitä valmistellaan kansalliseen käyttöön. (Kuntaliitto 2015, THL 2016f)

Kustannustieto ja muut resurssit

Vastaanottopalvelujen pakettiin määriteltyjen palvelujen kustannustieto pidettiin toimijoilta saadussa palautteessa tärkeänä ja sen seuraamiseen tarvitaan indikaattoreita, mutta kustannusindikaattoreita ei sisällytetä tähän laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta tehtyyn tarkasteluun. Kartoituksessa kootuista indikaattoreista jätettiin listasta pois perusterveydenhuollon avohoidon käyttökustannukset ja käyttötuotot (poislukien suun terveydenhuolto), julkisen sektorin käyttämää rahoitusta perusterveydenhuollon avohoitoon ja täyttämättömien lääkäritehtävien osuus kaikista terveyskeskusten lääkäritehtävistä (lääkärivaje).

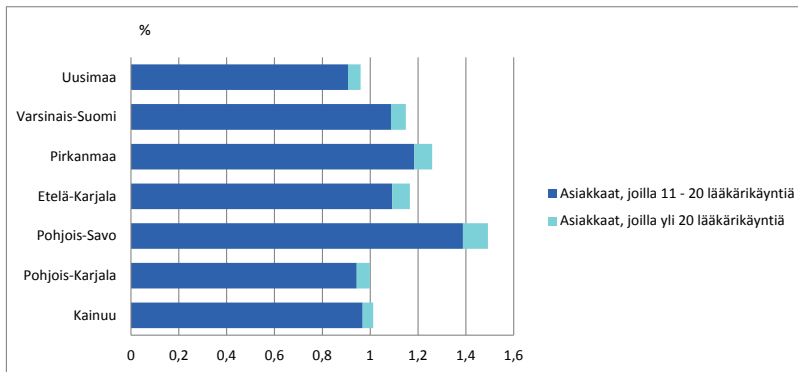
Ehdotettavat uudet indikaattorit

Valittujen indikaattoreiden lisäksi tunnistettiin muutamia perusteltuja indikaattoreita, joita kuitenkin pitää vielä kehittää ennen kuin ne ovat valmiita tuotantoon. Näitä ovat: eri potilasryhmien (sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti, diabetes, astma, keuhkohtaumatauti) seuranta eri mittareilla (RR, BMI, tupakka, Audit, BDI, MMSE, LDL, HbA1c) määrättyllä ajanjaksoilla.

Laaja-alaisen palvelutarpeenarvion palvelupaketti

THL:n tekemässä indikaattorikartoituksessa oli mukana Laaja-alaisen palvelutarpeenarvion palvelupaketti, joka ei ole alkuvaiheen valmistelun jälkeen mukana Sitran Palvelupakettikirjassa (Sitra 2016b). Näkökulma on muihin palvelupaketteihin nähden erilainen ja laaja-alainen palvelutarve voi syntyä minkälaisesta palvelukokonaisuudesta tahansa. Vertailukelpoisten indikaattoreiden luominen tälle tarkastelunäkökulmalle on vaikeaa ja vielä vaikeampaa on kerätä nykyisestä hajanaisesta tietopohjasta tätä näkökulmaa kuvaavaa tietoa.

Laaja-alaisen palvelun tarvetta kuvaavia indikaattoreita, jotka voidaan helposti muodostaa olemassa olevasta datasta, löydettiin vain kaksi. Toinen on ”potilaat joilla on käynti terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 (tai yli 20) kertaa vuodessa. Tämä on muodostettavissa Avohilmo-aineistosta. Siun soten antamissa kommentteissa tämä indikaattori todettiin toimivaksi. Tämä indikaattori lisätään vastaanottopalvelujen listaan (liite 1.). Koska tästä indikaattorista ei ole aiempaa tuotantokokemusta, ensisijainen olisi käynnit yli 20 kertaa, jonka voidaan jo ajatella palvelujärjestelmän toiminnan laadun näkökulmasta kuvaavan tilannetta, jossa asiakkaan hoitokokonaisuus ei ole palvelujen tuottajan hallinnassa. Indikaattoria on kokeiltu pilottiorganisaatioiden tiedoilla kuviossa 32. Erikoissairaanhoidon osalta on olemassa olevasta rekisteriaineistosta mahdollista mitata kuinka monta kertaa sama potilas on vuoden aikana saanut lähetteen erikoissairaanhoidon. Mittariksi listaan on laitettu ”Yli 5 lähetettä/asiakas/vuosi erikoissairaanhoidon saavien osuus”. Tästäkään mittarista ei ole olemassa laaja-alaisen palvelutarpeen näkökulmasta tehtyä validointia. Indikaattori onkin tuotettavissa myös muulla lähemäärällä/vuosi jos joku toinen lukumäärä lähetettä/vuosi osoittautuu paremmin ongelmaa kuvaavaksi. Tätä indikaattoria on kokeiltu kuviossa 33, jossa on tarkastelun helpottamiseksi mukana myös yleistieto lähetteen määräästä.



Kuvio 32. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 sekä yli 20 kertaa vuonna 2015 käyneiden asiakkaiden osuus (%) kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä asiakkaista Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa (THL Avohilmo)



Kuvio 33. Erikoissairaanhoidon yli viisi sekä yli kymmenen lähetettä saaneiden asiakkaiden osuus (%) kaikista lähetteen erikoissairaanhoidon saaneista asiakkaista sekä kaikkien lähetteen määrä asiakasta kohden Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä vuonna 2014 (THL-Hilmo)

2.10 Päivystyksen palvelupaketti

Johdanto

Päivystystä koskevien indikaattoreiden nykytilan kartoitus tehtiin osana keskitetyn erikoissairaanhoidon ja vastaanottopalveluiden indikaattorikartoitusta. Tarkastelussa päivystyksen sisällöllinen määrittely on Palvelupakettikäsikirjan mukainen (Sitra 2016b) ja rajautuu päivystysalueella tapahtuvaan toimintaan. Tuotannossa olevia tietoja on olemassa vain vähän. Joitakin lukuja on kerätty THL:n terveydenhuollon Avohilmo- ja Hilmo-rekistereihin (THL2016a, THL2016b). Indikaattoreita löytyi kuusi.

Arviointiprosessi ja sen tulokset

Päivystystä koskevassa kartoituksessa löydetty indikaattorit (liite 3) olivat mukana keskitetyn erikoissairaanhoidon ja vastaanottopalveluiden indikaattorilistoissa, jotka menivät arviotaviksi. Siun sote ja Eksote antoivat tietoja indikaattoreiden saatavuudesta järjestelmissään. Siun sote arvioi lisäksi indikaattorit numeerisesti ja kommentein. THL:n asiantuntijat antoivat oman arviointipalautteensa. Lisäksi huomioitiin Sitra-THL ohjausryhmän kautta saatu palaute.

Tunnistetut indikaattorit sijoittuvat OECD:n viitekehyksen (Kelly 2006) tasoille terveystai sosiaalisen ongelman ratkaiseminen ja selviytyminen alentuneen toimintakyvyn kanssa. Ne kuvasivat lähinnä palvelujen saatavuutta ja suoritteita. Kahdessa indikaattorissa oli jonkun verran laatu- ja vaikuttavuusulottuvuutta.

Kartoituksen indikaattoreista neljä oli sellaisia joiden tietoja tuotetaan osana kansallista tietotuotantoa (Perusterveydenhuollon kiireellinen hoito, lonkkamurtumapotilaan odotusaika, päivystyksenä erikoissairaanhoidon tulleet, vakioitu ja painotettu päivystyskäyntien lukumäärä asukasta kohti). Loput indikaattorit ovat tuotettavissa olemassa olevista rekisteritiedoista. Neljän indikaattorin tuottamiseen tarvittavat tiedot löytyivät pilottiorganisaatioista. Arviointipalautteen mukaan kaikki indikaattorit nähtiin pilottiorganisaatioissa kiitettävästi toimiviksi. Asiantuntija-arvioissa pääosa indikaattoreista sai tyydyttävän tai kiitettävän arvonsana, mutta yhden indikaattorin kohdalla (päivystyksenä vuodeosastohoitoon tulleiden potilaiden määrä), oli selviä näkemyseroja ja mittari katsottiin myös välttäväksi. Perusterveydenhuollon kiireellinen hoito sisältää hoidon, jota annetaan nopeasti tavanomaisen vastaanotto toiminnan yhteydessä, eikä siinä oleva tieto rajoitu erillisiin päivystyspisteisiin. Indikaattori on arvioitu käyttökelpoiseksi. Se onkin mukana vastaanottopalveluiden listassa eikä päivystyksen listassa.

Päivystyksen indikaattoreiden arviointi

Palvelupakettikäsikirjassa (Sitra 2016b) on päivystystoimintaan otettu mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perinteisen päivystystoiminnan lisäksi mm. sosiaalipäivystys ja päihde- ja hammaslääkäripäivystykset, psykogeriatrinen päivystys ja selviytymisasemat, joihin liittyviä indikaattoreita ei kartoituksessa tunnistettu, eikä niitä siten ollut arvioinnissa mukana. Näitä toimintoja on periaatteessa mahdollista tarkastella myös toiminnan sisältöön liittyvien palvelupakettien yhteydessä. Nykyisissä tietojärjestelmissä tiedon tallentuminen liittyy paljon paikalliseen tapaan järjestää palvelut, mistä syystä näiden toimintojen tarkastelu vertailukelpoisesti päivystysnäkökulmasta laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi voi olla hankalaa. Kehittämistyötä on kuitenkin mahdollista jatkaa sitten kun päivystystoiminnan käsitteen sisällä olevat keskitetyt päivystyksen ja muun toiminnan sisällöt on kansallisesti palvelujärjestelmä uudistuksen (Valtioneuvosto 2016a) tarpeet huomioiden ratkaistu.

Päivystyksen toiminnan laadun ja vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa, koska päivystystilanne on vain yksi hetki asiakkaan tai potilaan palvelutarpeen hoitamisessa. Päivystystä tarkasteltaessa pitäisi löytää tarkasteluun ne nimenomaiset asiat, joihin päivystystoimintaa itseään kehittämällä on mahdollista vaikuttaa.

Löydetyistä indikaattoreista useimmat kuvaavat päivystyksen suoritteita. Päivystykseen saapuvan potilaan hoidon tarve on aina arvioitava eikä päivystys käytännössä voi itse vaikuttaa saapuvaan asiakasvirtaan. Alueelliset erot päivystyspalvelujen käyttämisessä kuvaavat kyllä hyvin alueen palvelujärjestelmän kokonaistoimivuutta. Ikä- ja sukupuolivakioitujen, painotettujen päivystyskäyntien lukumäärä asukasta kohti voidaan katsoa hyväksi palvelujärjestelmän toimivuuden indikaattoriksi, mutta päivystystoiminnan laatua tai vaikuttavuutta se ei kuvaa. Tämänhetkessä palvelujärjestelmässä indikaattorin käytössä on käytännön ongelmia, jotka johtuvat alueellisista päivystysjärjestelyjen eroista eri puolilla maata.

Indikaattoreista kaksi kohdentui päivystyksen omaan prosessiin. Lonkkamurtumapotilaan odotusaika ennen leikkausta kuvaa toimintaa päivystyksen sisällä. Se on validoitu laatu-mittariksi OECD:n kansainväliseen vertailuun (OECD 2015), jossa odotusaikaraja on 2 päivää ja tiedot tuotetaan 65-vuotiaista ja iäkkäämmistä, koska tässä potilasryhmässä potilasturvallisuusriski on suurin odotusajan pidentyessä. Terveystemme-tietokannassa⁴⁴ tuotetaan samaa tietoa alueellisin vertailuin hiukan erilaisella ikäjaolla. Indikaattori on validoitu Perfect-hank-

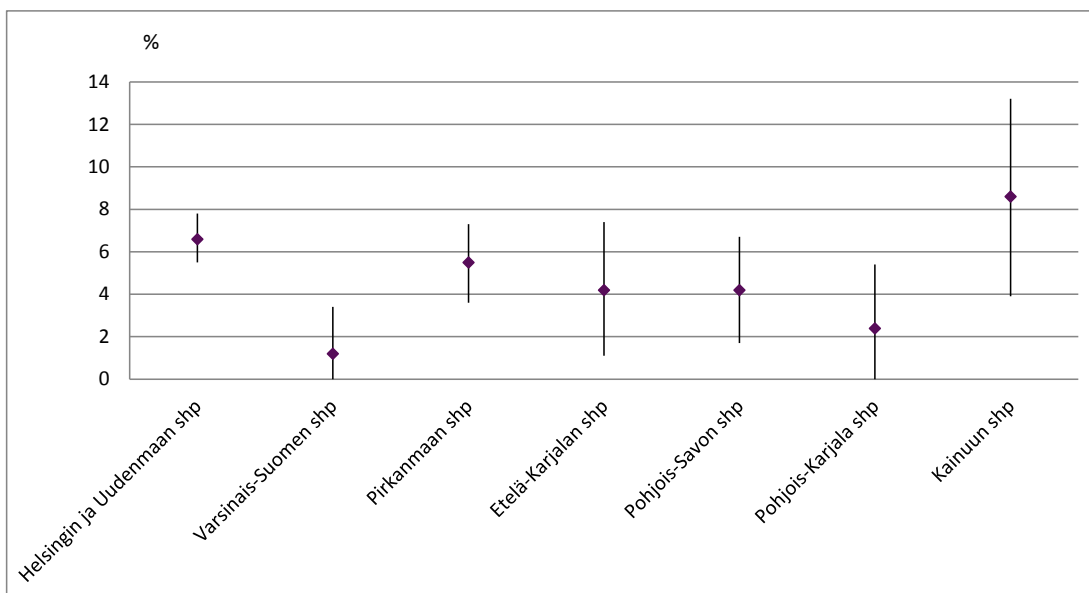
⁴⁴ http://www.terveytemme.fi/perfect/atlas/lonkka_html/atlas.html?select=25&indicator=i4

keessa (Sund ym. 2008). Perfect-hankkeen aineistosta on kuvioon 34. tuotettu esimerkki siitä, miltä indikaattoritieto näyttää Palvelupakettipilottien alueilla.

Arvioitavien indikaattoreiden listalla oli kaksi suoritteisiin liittyvää mittaria, päivystyksessä hoidettujen potilaiden määrä ja päivystyksenä alkaneet hoitajaksot. Näiden kahden mittarin lukuja yhdistelemällä on mahdollista tuottaa tietoa siitä, kuinka moni päivystykseen tullut potilas hoidetaan päivystyksessä tilaan, jossa jatkohoito voi tapahtua kotona ja kuinka iso osuus jatkaa vuodeosastopotilaina. Tämän luvun taustalla voi olettaa olevan paljon indikaattorin käyttökelpoisuuteen liittyviä avoimia kysymyksiä, mutta tämän tiedon alueellinen ja ajallinen vertailu synnyttäneen kuitenkin laatuun ja vaikuttavuuteen liittyvää keskustelua ja herätteitä toiminnan kehittämiseksi. Palvelujärjestelmäuudistuksen yhteydessä käsite ”päivystykseen tullut potilas” saanee nykyistä selkeämmän määrittelyn ja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yhteispäivystysten potilaiden jaottelu ei enää tuota hankaluuksia mittaamiseen. Vaikka tämä indikaattori ei tällä hetkellä ole tuotannossa, on lukuarvo mahdollista muodostaa jo nyt kerättävästä rekisteridatasta.

Edellä esitetyt kaksi indikaattoria otettiin mukaan indikaattorilistaan (liite 1.) Sosiaali- ja päivystyksen, päihdehuollon ja suun perusterveydenhuollon tasoinen päivystystoiminta jäävät puuttumaan ja ovat jatkokehittämisen kohteita.

STM:n ja Kuntaliiton yhteisessä hankkeessa on tehty suositukset ensihoidon ja päivystyksen suunnitteluun ja arviointiin (STM ja Kuntaliitto 2014). Julkaisussa kuvataan ehdotuksia erilaisiksi päivystystoiminnan rakenne- ja prosessimittareiksi hyvään päivystystoimintaan liittyvien toimintakäytäntöjen olemassaoloa ja osaamista tarkastelemalla. Indikaattoreina tarkastellaan mm. odotusaikaa ja paluuta 48 tunnin sisällä päivystykseen. Lisäksi tarkastellaan useaa yksityiskohtaista päivystyksen prosessia. Lista on kattava ja suunniteltu erityisesti itsearvioinnin työkaluksi. Siinä olevien indikaattoreiden kansallinen tietotuotanto voisi tapahtua vain mittavan kehittämistyön kautta. Listan indikaattoreista kuitenkin paluu 48 tunnin sisällä päivystykseen on tuotettavissa kohtuullisella kehittämistyöllä ja nostettiin siksi kolmantena indikaattorina liitteen 1 listalle.



Kuvio 34. Lonkkamurtumapotilaat, jotka odottaneet leikkausta yli 2 päivää, vakioitu (%) ja luottamusväli, Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden sairaanhoitopiireissä, vuosina 2011–2013 (THL Perfect)

2.11 Ensihoidon palvelupaketti

Johdanto

Terveydenhuoltolain 1326/2010 39§ ja 40§ mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta säädetään edelleen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus 340/2011).

Ensihoidon tietoja ei nykyisin tilastoida koko maan osalta kattavasti eikä tietoja alueiden vertailuun ole säännöllisessä tuotannossa. Tietoja on mahdollista saada ainoastaan paikallisista järjestelmistä ja hätäkeskuksen aineistosta. Joitakin koko maan kattavia selvityksiä ensihoidon toteutumisesta on tehty (Valvira 2014, Kuntaliitto 2014, STM:n 2016c). Valviran ja Kuntaliiton selvityksissä tiedot on kerätty lähettämällä kyselylomakkeet sairaanhoitopiireille. Valvira (2014) selvitti erityisesti, miten ensihoito on järjestetty ja toteutettu. Näkökulmana olivat erityisesti sellaiset ensihoidon osa-alueet, joilla katsottiin olevan keskeinen vaikutus ensihoidon saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen, laatuun ja potilasturvallisuuteen sekä omavalvontaan. Kuntaliiton (2014) selvityksen tarkoituksena oli hahmottaa sairaanhoitopiirien ja koko maan tilannetta keskeisin ensihoidon tiedoin (ensihoidon voimavarat, ensihoitotehtävien määrä, palvelun saatavuus ja toimivuus, kustannukset).

STM:n valtakunnallisessa ensihoitopalvelun selvityksessä (STM 2016c) arvioitiin eri tietolähteistä saatavaa tietoa ensihoitopalvelun tehtävistä ja resursseista. Päättökäytännönä oli Hätäkeskuslaitoksen toimittama tieto ensihoitopalvelun tehtävistä viiden vuoden ajalta. Selvityksessä tehtiin myös kysely sairaanhoitopiireille. Raportissa todetaan, että tällä hetkellä ei pystytä kansallisesti tuottamaan ensihoitopalvelun toiminnan keskeisiä tunnuslukuja, eikä järjestelmässä tapahtuneiden muutosten vaikuttavuutta voida luotettavasti arvioida. Kansallisen tietovarannon luominen nähdään välttämättömänä. Ensihoitopalvelun kansallinen tietovaranto mahdollistaisi tiedolla johtamisen sekä sote-uudistuksen vaikutusten arvioinnin. Selvityksen johtopäätöksissä todetaan, että turvallisuusviranomaisten tulevat uudet kansalliset tietojärjestelmät – hätäkeskustietojärjestelmä ERICA, kenttäjärjestelmä KEJO ja sen osana kansallinen sähköinen ensihoitokertomus – tulevat tarjoamaan nykyistä merkittävästi paremmat mahdollisuudet ensihoidon tietojen hallintaan ja hyödynnettävyyteen.

Hätäkeskuslaitoksen (Hätäkeskus 2016) mukaan Erica-hätäkeskustietojärjestelmä tulee käyttöön kaikkiin hätäkeskuksiin vuosina 2016 – 2017. Poliisihallituksen mukaan (Poliisihallitus 2015) turvallisuusviranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä KEJO on puolestaan määrätty käyttöön vuonna 2017.

Ensihoitotehtävien perustiedot saadaan ensihoidon nykyisiin kenttäjärjestelmiin, kunnes KEJO otetaan käyttöön. Sen jälkeen kansallisen ensihoitokertomuksen tiedot tullaan tallentamaan kansalliseen Kelan ylläpitämään Potilastiedon arkistoon (Kanta). Kansallisen sähköisen ensihoitokertomuksen tietosisällön määrittelyt ovat THL:n koodistopalvelimella⁴⁵. Kansallisen sähköisen ensihoitokertomuksen määrittely perustuu kansainväliseen Nemsis-standardiin (NEMISIS Technical Assistance Centre 2016). Toiminnalliset ja vaatimusmäärittelyt on tehty yhteistyössä sairaanhoitopiirien edustajien, Kelan Kanta-palveluiden ja KEJO-hankkeen kans-

⁴⁵ <http://91.202.112.142/codeserver/>

sa (Ilkka 2016). Tavoitteena on, että tulevaisuudessa ensihoidon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden tiedot saadaan joiltain osin kansallisesta ensihoitokertomuksesta.

Viisi pohjoismaata on tekemässä ministeriötason yhteistyössä yhteistä ensihoidon avainmittaristoa toimintojen ja aikakriittisten hätätilapotilaiden tulosten vertailemiseksi. Valittaessa indikaattoreita palvelun järjestäjän näkökulmasta tulee mahdollisuuksien mukaan huomioida myös kansainvälinen vertailtavuus.

Indikaattoreiden valintaprosessi

Ensihoidon palvelupaketin laatu- ja vaikuttavuusmittareiksi mahdollisesti soveltuvia tietoja tunnistettiin aikaisemmista ensihoidon selvityksistä ja suosituksista (Valvira 2014, Kuntaliitto 2014, STM:n ja Kuntaliitto 2014). Tiedot, joita eri selvityksissä on valittu kerättäviksi, olivat jo laajan asiantuntijatyön tulos. Kriteereinä palvelupaketin indikaattoriehdokkaiden valinnassa käytettiin soveltuvien osin palvelupaketinkäsikirjan ensihoidon kuvausta (Sitra 2016b), OECD:n laadun ja vaikuttavuuden viitekehystä (Kelly ym. 2006) sekä tiedon merkityksen ja käyttökelpoisuuden tunnistamista aikaisemmissa julkaisuissa. Numeroarvona esitettävissä oleva indikaattorin mitta-arvo arvioitiin indikaattoristoon paremmin soveltuvaksi kuin sanallinen ilmaisu, mutta kuitenkin niin, että erityisesti prosessi-indikaattoreiksi ehdolle otettiin mukaan dikotomisista indikaattoreista, joiden arvoina kyllä ja ei. Alustavassa indikaattorilistauksessa oli 83 indikaattoria. Lista lähetettiin kahdelle pilottialueelle (Eksote ja Siun sote) arviointiin. Sekä Eksote että Siun sote arvioivat indikaattoreiden tiedon löytymistä organisaation omista järjestelmistä. Siun sotelta saatiin lisäksi sekä kirjallisia että numeroarviointeja indikaattoreiden käyttökelpoisuudesta suunnittelussa ja arvioinnissa. Eksote puolestaan antoi indikaattoreiden valinnan tueksi luonnoksen Eksoten ensihoidon laadun ja potilasturvallisuuden omavalvontasuunnitelmasta.

Eksoten ja Siun soten lisäksi indikaattoreita arvioi asiantuntijalääkäri, joka toimii sekä THL:n asiantuntijana että STM:n erityisasiantuntijana. Hän hyödynsi arvioinnissa yhteistyötä ensihoidon ja päivystyksen kansallisen laaturyhmän kanssa. Ryhmä on listannut ensihoidon avainmittarit, joita on 9 kpl (THL2016m). Ensihoidon palvelupaketti-indikaattorityötä varten avainmittareihin on otettu vain osa STM:n ja Kuntaliiton (2014) julkaisussa mainituista mittareista. Ryhmä suosittelee ensimmäisenä kohdistamaan kansalliset kehittämistoimet avainmittareihin. Osa mittareista koostuu useammasta osamittarista. Esimerkiksi ensihoidon laatuikäytäntöjen kypsyysmittari koostuu seitsemästä laatuikäytännöstä, joita arvioidaan kyllä/ei – vastausvaihtoehdoin. Mittarin arvo saadaan jakamalla kyllä-vastausten määrä seitsemällä. Lista avainmittareista saatiin käyttöön ohjaamaan palvelupakettihankkeessa suositeltavien indikaattoreiden valintaa. Ensihoitopalvelun palvelupaketin indikaattoreiksi ehdolla olevien indikaattoreiden valinnassa tarkasteltiin avainmittareita yksittäisten osamittareiden tasolla.

Ensihoidon indikaattoreiden valinta OECD:n viitekehyksessä

Palvelun tarve: Suuri osa arvioitavana olleista indikaattoreista kuvasi ensihoitopalvelun toimintaympäristöä (aluetta) ja ensihoitopalvelun tarvetta alueella toteutuneiden ensihoidon tehtävien, suoritteiden avulla eikä niinkään palvelun laatua ja vaikuttavuutta. Tämän tyyppisiä indikaattoreita ei otettu mukaan suositeltaviin indikaattoreihin.

Alla muutamia esimerkkejä indikaattoreista, niiden saamista arvioinneista ja tietojen saatavuudesta:

Eri riskialueiden osuus alueen pinta-alasta, % alueen koko pinta-alasta (5 indikaattoria), ensihoidon tehtävät riskialueluokittain, % ensihoidon tehtävistä (5 indikaattoria), ensihoidon tehtävät kiireellisyysluokittain (/väestö 100 tai 1000; osuus kaikista ensihoitotehtävistä (%)) (4 indikaattoria). Asiantuntijalääkäri antoi kaikille näille arvosanaksi 8, Siun soten arvioin-

nit vaihtelivat 9:stä 5:een. Parhaimmat arvioinnit Siun sotelta sai ensihoidon tehtäviä kiireellisyyssluokittain kuvaavat indikaattorit. Indikaattoreiden tiedot ovat kansallisessa tuotannossa, Eksoten on mahdollista saada tiedot hätäkeskusaineistosta ja Siun soten omista järjestelmistä. Eksotelta saatiin ehdotuksia sekä suorite- että tehtäväkiireellisyyssluokkaindikaattoreiksi: ”Ensihoidon tehtävät koko alueella, lkm/vuosi” ja ”Ensihoidon tehtävät yksiköittäin, lkm/vuosi”, ”Tehtävien kiireellisyyssjakauma / vuosi” ja ”Tehtävien kiireellisyyssjakauma yksiköittäin / vuosi”.

Laatu ja vaikuttavuus: Arvioitavana oli kaksi indikaattoria, joista toinen ”Ensihoidon potilaiden sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus (kaikki poislukien tavattaessa kuolleiksi todetut ja odotetut kuolemat), % potilaista” sai asiantuntijalääkäriltä kouluarvosanan 10 ja Siun sotelta 8. Indikaattori ei kuitenkaan kuulu STM:n ensihoidon laaturyhmän avainmittareihin. Tiedon saatavuus: ei ole vielä kansallisessa tuotannossa, mutta saatavissa Siun soten järjestelmistä.

Toinen arvioitavana ollut ”Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa X-koodauksesta, % kaikista X-5-koodatuista” sai sekä asiantuntijalääkäriltä että Siun sotelta arvosanan 8. Lisäksi indikaattori sisältyy STM:n ensihoidon avainindikaattoreihin. Tiedon saatavuus: ei vielä kansallisessa tuotannossa. Tieto on saatavissa Eksoten järjestelmistä.

STM:n ensihoidon avainmittaristoon kuuluu lisäksi vaikuttavuutta arvioivana mittarina ”Maallikon havaitsemien kammiovärinäpotilaiden selviytyvyys CPC luokissa 1 ja 2 (% ja selviytyneiden lukumäärä CPC1 ja 2 / kaikki maallikon havaitsemat kammiovärinät).

Turvallisuus: Turvallisuuden indikaattoreita oli arvioitavana 15, joista seitsemän arvioi keskeisten avainprosessien tunnistamista ja määrittelyä asteikolla kyllä/ei. Avainprosessien (aivohalvaus, sydänpysähdys, hengitysvaikeus, rintakipu, kouristelu, hypoglykemia, korkeaenerginen trauma) tunnistamisen ja määrittelyn indikaattorit saivat asiantuntijalääkäriltä kiitettäviä arvosanoja (10 ja 9) ja Siun sotelta arvosanoja 9 ja 8. Keskeisten avainprosessien tunnistamisen ja määrittelyn indikaattorit kuuluvat lisäksi STM:n avainmittariin, joka yhdistää kaikkien avainprosessien määrittelyt samaan avainmittariin. Arvioitavana olevasta avainprosesseihin liittyvästä indikaattorilistasta puuttui STM:n avainmittarin sisältämä myrkytyksen avainprosessi. Siun sote antoi keskeisten avainprosessien indikaattoreihin myös sanallista arviointia ja totesi eri avainprosessien määrittelyjen olevan keskeisiä laadun mittareita. STM:n avainmittaristossa on keskeisten avainprosessien tunnistamis ja määrittely -mittarin lisäksi indikaattori ”Keskeisten avainprosessien tuloksia seurataan ja prosesseja kehitetään systemaattisesti (kyllä/ei). Tietojen saatavuus: avainprosessien tunnistamiseen ja määrittelyyn liittyvien indikaattoreiden tietoja ei ole saatavissa kansallisesta tuotannosta, mutta sekä Eksoten että Siun soten järjestelmistä saa tiedot.

Kolmesta muusta arvioitavana olleesta turvallisuuden indikaattorista kaksi kuuluu myös STM:n ensihoidon avainmittareihin: ”Systemaattinen haittatapahtumien käsittely henkilöstön kanssa (kyllä/ei)”, ”Valitusten ja muistutusten määrä/1000 hälytystä/v” ja ”Organisaation sisäisten potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitusten (esim. Haipro) määrä/v”. Valitukseen ja muistutukseen liittyvä indikaattori oli STM:n avainmittarina muodossa ”Potilaiden ja omaisten tekemät ensihoitoa koskevat valitukset ja muistutukset määrä/v/1000 hälytystä”. Vaaratilanneilmoitus-indikaattori puolestaan muodossa ”Haipro ilmoitusten: a) läheltä piti -ilmoitusten määrä/v/1000 tehtävää ja osuus kaikista ilmoituksista ja b) tapahtui potilaalle määrä/v/1000 tehtävää ja osuus kaikista ilmoituksista”. Nämä kolme indikaattoria sai asiantuntijalääkäriltä arvosanan 8, kun taas Siun sote piti systemaattista haittatapahtumien käsittely- ja vaaratilanneilmoitus -indikaattoreita hieman valitusten ja muistutusten määrä -indikaattoria soveltuvampana suunnitteluun ja arviointiin. Tietoja ei ole kansallisessa tuotannossa, mutta ne ovat saatavissa Eksoten ja Siun soten järjestelmistä.

Vaikuttavuusindikaattorina arvioitavana ollut ensihoidon potilaiden sairaaloiden ulkopuolinen kuolleisuus -indikaattori nähtiin myös potilasturvallisuusindikaattoriksi. Indikaattori arvioitiin turvallisuuden näkökulmasta samoin kuin vaikuttavuuden näkökulmasta. ”Systemaattinen raportointitapa potilaan jatkohoitoon luovutuksessa (kyllä/ei)” -indikaattori sai kiitettävän arvosanan sekä asiantuntijalääkäriltä että Siun sotelta. Indikaattori ei sisälly STM:n ensihoidon avainmittareihin. Tieto ei ole kansallisessa tuotannossa, mutta tiedon saa Eksoten ja Siun soten järjestelmistä.

Indikaattorit ”Potilasturvallisuus suunnitelman olemassaolo (kyllä/ei)”, ”Potilasturvallisuusvastaavan olemassaolo (kyllä/ei)” ja ”Valvontaviranomaisille (AVI, Valvira, EK:n oikeusasiamies) tehtyjen kantelujen määrä/1000 hälytystä/vuosi” indikaattorit saivat kaikilta arvioijilta arvosanan 8 lukuun ottamatta indikaattoria potilasturvallisuus suunnitelman olemassaolosta, jonka Siun sote arvioi soveltuvan kiitettävästi (9) suunnitteluun ja arviointiin. Tiedot eivät ole kansallisessa tuotannossa, mutta tiedon saa Eksoten ja Siun soten järjestelmistä.

Asiakaskeskeisyys: Asiakaskeskeisyyden indikaattoreina pilottialueet ja asiantuntija arvioivat kolmea indikaattoria: ”Ensihoidon potilastytyväisyys (asiakaspalautte) mittaaminen säännöllisesti (kyllä/ei)”, ”Valitusten ja muistutusten määrä/1000 hälytystä/v” ja ”Valvontaviranomaisille (AVI, Valvira, EK:n oikeusasiamies) tehtyjen kantelujen määrä / 1000 hälytystä/vuosi”. Näistä kaksi viimeistä oli arvioitavana myös turvallisuus-ulottuvuuden indikaattoreina (vrt. STM ja Kuntaliitto 2014). Valituksia, muistutuksia ja kanteluja on kuvattu eri lähteissä myös asiakaskeskeisyyden indikaattoreina (mm. Pekurinen ym. 2008). Arvioinnit turvallisuus- ja asiakaskeskeisyysnäkökulmista olivat yhtenevät. Ensihoidon potilastytyväisyyttä sekä valitusten ja muistutusten määrää kuvaavat indikaattorit kuuluvat myös STM:n avainmittareihin. Potilastytyväisyyden mittaamisen säännöllisyyden STM:n avainmittari täsmentää vähintään joka toiseksi vuodeksi. Tiedot eivät ole kansallisessa tuotannossa, mutta saatavissa Eksoten ja Siun soten järjestelmistä.

Potilastytyväisyyden mittaamisen säännöllisyys -indikaattorin lisäksi STM:n avainmittareihin kuuluu kaksi muuta potilastytyväisyysindikaattoria. Toinen niistä kertoo potilastytyväisyyden tason: ”Potilastytyväisyys (kokonaistyytyväisyys) arvosanan 4 ja 5 antaneiden osuus (1 – 5) kyselyyn vastanneista (%)” ja toinen kivun lievittämisen riittävyyden ”Kivun hoito: potilastytyväisyysmittauksessa kivun hoidolle annettu numeroarvosana (asteikolla 5 – 0: 1=erittäin huono, 5=erittäin hyvä, 0=ei koske minua)”.

Saatavuus, saavutettavuus ja suorite: Arvioitavana oli indikaattorilista, 20 indikaattoria, jotka kuvasivat väestön tavoittamista tietyssä ajassa (8, 15 tai 30 minuuttia⁴⁶) eri kiireellisyysluokan (A – C) tehtävissä eri riskialueluokissa (1 – 5) eritasoisilla yksiköillä (ensivastetasoinen yksikkö, hoitotasoinen yksikkö, ambulanssi). Indikaattoreiden mitta-arvona oli % toteutuneista ko. kiireellisyysluokan tehtävistä ko. riskialueluokassa ko. tasoisella yksiköllä. STM:n ensihoidon laadun avainmittareissa palvelun saatavuusindikaattoreina ovat ”Potilaiden tavoittamisajat (min, s; ka ja mediaani) hätäkeskuksen eri tehtäväkiireellisyysluokissa”. Asiantuntijalääkäri antoi kaikista 20 arvioitavana olleista tavoittamisaikaindikaattoreista arvion 8. Siun soten arvioinnit puolestaan vaihtelivat kiitettävästä (14 indikaattoria) välttävään (4 indikaattoria). Tietojen saatavuus: Asiantuntijalääkärin mukaan tiedot ovat saatavissa kansallisesta tuotannosta, Eksote kertoi saavansa tiedot hätäkeskusaineistosta ja Siun sote omista järjestelmistään. Indikaattoreita, jotka kuvaavat suoritteina toteutuneita ensihoidon tehtäviä, on käsitelty aiemmin tämän luvun kohdassa Palvelun tarve.

⁴⁶ Palvelutasopäätöksessä määritellään riskialueluokakohtaisesti, kuinka suuri osuus väestöstä pyritään tavoittamaan tietyn tasoisella yksiköllä eri kiireellisyysluokan tehtävissä eri ajoissa (8, 15, 30 minuuttia). Asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.

Kustannukset: Ensihoitopalvelun kustannukset, ensihoidon yksiköt ja henkilöstö ovat toiminnan suunnittelussa huomioon otettavia tärkeitä tietoja, mutta tässä palvelupaketti-indikaattorityössä laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta ne jätetään pääosin tarkastelun ulkopuolelle. Kustannuksista ei ole saatavissa luotettavaa kansallista ja vertailtavaa tietoa (Kuntaliitto 2014). Arvioitavana oli kolme ensihoidon kustannuksia kuvaavaa indikaattoria, jotka löytyvät liitteestä 3 Kustannustietoja ei ole kansallisessa tuotannossa, mutta sekä Eksote että Siun sote saavat tiedot omista järjestelmistään.

Ensihoidon yksiköt: Arvioitavana oli seitsemän ensihoidon yksiköiden vahvuutta (lukumäärä joko väestöön tai maa-km² suhteutettuna) kuvaavaa indikaattoria. Eritasoisina yksiköinä indikaattoreissa mainitaan hoitotason ambulanssit, perustason ambulanssit, ambulanssit yhteensä ja ensivasteyksiköt. Indikaattorit saivat asiantuntijalääkäriltä arvosanoja 9:stä 8:aan, poikkeuksena indikaattori ”Ensivasteyksikköjä/1000 maa-km²”, joka sai arvosanan 6. Siun sote arvioi indikaattorit 8 ja 7 arvoiksi. ”Ympärivuorokautisessa välittömässä lähtövalmiudessa olevien ambulanssiyksiköiden osuus kaikista ambulansseista (%)” -indikaattori sai asiantuntijalääkäriltä arvosanan 9 ja Siun sotelta arvosanan 8. Tiedot eivät ole kansallisessa tuotannossa, mutta ne ovat saatavissa Eksoten ja Siun soten järjestelmistä.

Henkilöstö ja osaaminen: Arvioitavana oli neljä indikaattoria, jotka kuvasivat henkilöstön vahvuutta (liite 3). Tiedot eivät ole kansallisessa tuotannossa, mutta ne ovat saatavissa Eksoten ja Siun soten järjestelmistä. Henkilöstön määrää kuvaavia indikaattoreita ei sisällytetä tähän laadun ja vaikuttavuuden tarkasteluun.

STM:n ensihoidon laadun avainmittareissa on kaksi henkilöstön osaamisen indikaattoria: ”Koulutuksen vuosisuunnitelma, jossa huomioitu porrastetun järjestelmän eri tasot (kyllä/ei)” ja ”Osaamisen arviointimenetelmät käytössä (kyllä/ei)”. Lisäksi avainmittari ”Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo (kyllä/ei)” on yhteydessä henkilöstön osaamiseen. Kaikki kolme edellä mainittua mittaria kuuluu avainmittariston laatukäytäntöjen kypsyysastemittariin. Siun soten lisäindikaattoriehdotuksissa oli useampi henkilöstöön liittyvä indikaattori, joista kolme liittyy suoraan henkilöstön osaamiseen ja neljä olivat työhyvinvointi-indikaattoreita. Myös Eksoten luonnoksessa ensihoidon laadun ja potilasturvallisuuden omavalvontasuunnitelmaksi (Eksote 2016) luetellaan samantyyppisiä seurantakohteita liittyen henkilöstöön. Lisäksi ajotaito ja liikenneturvallisuus olivat esillä luonnoksessa muodossa ”Liikenneonnettomuudet (lukumäärä/v)” ja ”ajoneuvosta johtuneet vaara- ja läheltä piti -tilanteet”.

Dokumentointi, tietojärjestelmät: Eksoten ensihoidon laadun ja potilasturvallisuuden omavalvontasuunnitelman luonnoksessa kirjaamisen toteutumisen seurantaan ehdotetaan indikaattoria ”Efficään kirjaamiskerrat / tehtävämäärät jolloin kirjaaminen tulisi suorittaa (X-5, X-8, E2)”. Arvioitavana ollut indikaattori ”Sähköisen ensihoidon tietojärjestelmä (kyllä/ei)” sai asiantuntijalääkäriltä arvosanan 10 ja Siun sotelta 7.

Yhteenvedoa tarkastelusta

Palvelupakettikäsi kirjassa määritelty ensihoidon palvelupaketti (Sitra 2016b) sisältää neljä toimintaa: 1. Muut terveys- ja sosiaalitoimintatukevat palvelut, 2. Ensihoitopalvelun operatiivinen toiminta, 3. Muut kuin hätäkeskuksen välittämät tehtävät, erityisesti siirtokuljetukset ambulanssilla, ja 4. Kriisitilannevalmius. THL:n palvelupakettihankkeen ensihoidon laatu- ja vaikuttavuusindikaattorityössä tarkastelu on rajautunut ensihoidon operatiiviseen toimintaan. Tämä vastaa pitkälti aikaisempien ensihoitoon kohdistuneiden selvitysten (Valvira 2014, Kuntaliitto 2014) sekä STM:n ensihoidon laaturyhmän avainmittarien näkökulmaa ensihoidon toimintoihin.

Indikaattoreiden listalle (liite 1) valikoitui arviointien perusteella 21 indikaattoria. OECD:n viitekehysten ulottuvuuksista vaikuttavuutta näistä mittaa kaksi, turvallisuutta 11, asiakaskeksyyttä kaksi, saatavuutta neljä. Lisäksi henkilöstön osaamiseen liittyviä indikaattoreita suosituslistalle nousi kolme kappaletta. Arviointiprosessin perusteella saatuun asiantuntijapalautteeseen perustuen STM:n ensihoidon avainmittareista otettiin useita mukaan suositeltaviin indikaattoreihin huolimatta siitä, ettei osa niistä kuulunut niihin 83 indikaattoriin, joita pilot-tialueet ja asiantuntijalääkäri arvioivat. Toistaiseksi indikaattoreita tai tietoa, joista indikaattorit muodostettaisiin, ei ole kansallisessa tuotannossa. Osa tiedoista on saatavissa hätäkeskusten aineistoista ja osa organisaatioiden omista järjestelmistä. Rakenteilla olevat kansalliset tietojärjestelmät, hätäkeskustietojärjestelmä ERICA, turvallisuusviranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä KEJO ja KEJOn osana kansallinen sähköinen ensihoitokertomus, tulevat antamaan nykyistä paremmat mahdollisuudet indikaattoritiedon tuottamiseen kansallisella ja alueellisella tasolla. Lisäksi jatkossa tulee huomioida aiempaa paremmin kansainvälinen vertailtavuus.

2.12 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupaketti

Miten indikaattorilista tehtiin?

Palvelupakettihankkeen alkaessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) aihepiiristä ei ollut olemassa valmista indikaattorikokoelmaa. Lähtökohtana käytettiin STM:n taustaselvitystä (STM 2015a), jossa on ehdotettu valmistelussa oleville uusille sote-alueille (Valtioneuvosto 2016a) kuuluvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, voimavarat ja tehtävät. Tämän lisäksi tarkasteltiin kunnan ja sote-alueen vastuulle ehdotettuja toimia, ja mitä indikaattoreita niiden seuraamiseen tarvittaisiin. Myös Terveyden edistämisen laatusuosituksen (STM 2006) teemat huomioitiin indikaattorilistan hahmottelussa. Seuraavaksi kartoitettiin mitä aihealueen indikaattoreita on jo tuotannossa (mm. Sotkanet⁴⁷), mitä voitaisiin saada nykyisistä aineistoista kohtuullisin kustannuksin ja mitä tietoja puuttuu kokonaan. Tärkeää oli, että indikaattorilista kattaa eri ikäryhmät lapsista ikäihmisiin. Indikaattoreiden tuli myös olla saatavissa maakuntatasolla, jota valmistellaan tulevien sote-palveluiden järjestäjätahoksi.

Palvelupakettikäsikirjassa (Sitra 2016b) on kuvattu a) sisällöt ja määrittelyt sille mikä toiminta luokitellaan mihinkin palveluun ja toimintoon, ja 2) esimerkkejä paketteihin liittyvistä indikaattoreista ja mittareista. THL:n työssä nähtiin tärkeäksi sisällyttää lopulliselle listalle hyvinvointia ja terveyttä kuvaavia indikaattoreita kaikista palvelupakettikäsikirjassa mainituista toiminnoista. Paketin toiminnot jaotellaan väestön palvelutarpeen arvioon tarvittavaan työhön, palveluiden vaikutusten arviointityöhön, eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävään työhön, kuntien tukemiseen ja kannustamiseen, sekä kuntien kanssa tehtävään yhteistyöhön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Tärkeimpien indikaattoreiden tunnistamista helpottamaan käytettiin mm. seuraavia kysymyksiä: Mitkä asiat tukevat asukkaiden hyvinvointia ja mitkä asiat estävät heidän hoitoon pääsynsä? Myös tarkistuslistaa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi käytettiin (THL 2013).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö valmistelee maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustinkerrointa maakuntien rahoituslakiin sisällytettäväksi. Ideana on että sote-alueet

⁴⁷ www.sotkanet.fi

saivat kannustinrahaa hyvin tehdystä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työstä valtionosuuden päälle ko. kertoimen mukaisesti (Valtioneuvosto 2016a). Myös nämä yhdeksän indikaattoria otettiin valmistelussa huomioon.

Ensimmäiseen versioon hyväksyttiin 87 indikaattoria. Lopulliselle listalle valittiin pääasiassa prosessi-indikaattoreita joiden tarkoitus on kuvata miten aktiivisesti kuntien ja sote-alueiden johto ottaa toiminnassaan huomioon hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmaa. Kaikki valitut indikaattorit ovat luonteeltaan sellaisia että ne kuvaavat palvelujärjestelmän ulkopuolelta tulevia asioita, eli kuuluvat OECD:n viitekehyksessä kohtaan ”hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat palvelujärjestelmän ulkopuolella olevat tekijät” (ks. kuva 1). Ne hyte-indikaattorit, jotka kuvaavat sitä osuutta terveydestä ja hyvinvoinnista, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuottamaa, on sijoitettu kukin aiheensa mukaiseen palvelupakettiin.

Työskentely hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tunnistamiseksi kaikissa sisältöpaketeissa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen teema on kaikkia palvelupaketteja poikkileikkaava, ja siksi sitä oli tarpeen tarkastella kaikissa sisältöpaketeissa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pääidea osana palvelujärjestelmää, eli säästyneet potilaat/asiakkaat, on kaikkien yhteinen etu. Mitä parempia arvoja sote-alue saa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paketin indikaattoreista, sitä vähemmän voidaan ajatella olevan niitä, jotka tarvitsevat varsinaisia sote-palveluita. THL:n sisältöpakettien asiantuntijoille järjestetyssä työpajassa 6.4.2016 oli tavoitteena voimistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä ehkäisevän työn näkökulmaa kaikissa sisältöpaketeissa. Työpajassa osallistujat tunnistivat olemassa olevista palvelupaketeista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattoreita, ja ehdottivat teemaan liittyviä täydentäviä indikaattoreita. Sisältöryhmien listoilla oli jo valmiiksi kiitettävästi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä tulosindikaattoreita elintavoista (esim. tupakoinnin yleisyys), terveydentilasta (esim. tervehampaisten lasten osuus) ja palvelujen käytöstä (esim. katkaisuhoidtojen määrä). Työpajan työskentelyn tuloksena asiantuntijat kuitenkin yhdessä oivalsivat myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvien prosessi-indikaattoreiden tarpeen sisältöpaketeissa. Prosessi-indikaattoreilla tarkoitetaan toimia joiden avulla voidaan tunnistaa, ehkäistä ja edistää palvelupakettien asiakkaaksi päättymistä (esim. ”päihteiden käytön mini-interventiön toteutuminen terveydenhuollon asiakkaille kalenterivuonna Käypä hoito -suosituksen mukaisesti”).

Valintaperusteet

Lopulliselle listalle päätyivät ne indikaattorit jotka saivat sekä pilotilta että asiantuntijoilta arvon 10 tai 9. Mukaan otettiin lisäksi kuusi indikaattoria joille pilottialue oli antanut tätä alemman arvon mutta asiantuntijat 10 (ks. kohta ”kenttäpalaute” ja liite 1).

Arviointiprosessin tulokset

Ensimmäisessä versiossa oli 87 indikaattoria, joista lopulliselle listalle päätyi 16 kappaletta. Valitut indikaattorit kuvaavat sitä miten aktiivisesti maakunta tai sote-alueen johto ottaa toiminnassaan huomioon hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmaa (prosessi-indikaattoreita). Indikaattorilista on luotu maakuntien näkökulmasta, sillä palvelupakettihankkeen on tarkoitus tuottaa työkaluja nimenomaan maakunnille.

Toistaiseksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen (TEA) indikaattoreita on saatavilla vain nykyisten kuntien toiminnasta. Myös valitut, maakuntien omaa TEA-toimintaa kuvaaviksi suunnitellut indikaattorit, tulevat olemaan helposti tuotettavissa, suurin osa esimerkiksi TEA-tiedonkeruun avulla⁴⁸. Tällä hetkellä TEA-tiedonkeruusta saadaan tietoa pääasiassa kuntien hyvinvointijohtamisen tarpeisiin, mutta kysymyksiä on helppo muokata niin että ne istuisivat jatkossa myös uusien maakuntien (sote-palveluiden järjestäjät) tarpeisiin. Nämä tiedot tulisi kerätä maakunnallisen sote-palvelujärjestelmän toiminnasta vastaavalta johdolta.

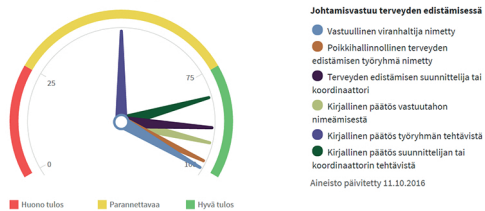
Kuviossa 35 on Palvelupaketti-hankkeen pilottien alueiden tietoja hyödyntäen tehty esimerkki nykyisen TEA-tiedonkeruun pohjalta. Maakunnallinen tulos terveyden edistämisen johtamisvastuusta on tässä saatu laskemalla yhteen kuntien vastausten keskiarvo, ja se kertoo maakunnan alueella toimivien kuntien keskimääräisen tilanteen. Koska hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on uudessa palvelujärjestelmässä kuntien lisäksi myös maakunnan vastuulla, olisi tärkeää kerätä samankaltainen tieto maakuntien omasta terveyden edistämisen aktiivisuudesta esittämällä vastaavat kysymykset myös sille taholle joka uusissa maakunnissa vastaa maakuntien hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen työstä. Jatkossa tiedot tulee edelleen kysyä myös kunnilta kuten tähänkin saakka on kysytty. Tästä syystä voidaan ajatella kansallisesti ja maakunnissa olevan tarve käsitellä ja vertailla keskenään eri maakuntien omaa TEA-aktiivisuutta, mutta myös tarkastella alueensa kuntien TEA-aktiivisuutta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tukipakettiin valitut indikaattorit tukevat pääasiassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (promootio), eli mahdollisuuksien luomista. Muihin sisältöpaketteihin ehdotetut hyte-indikaattorit tukevat sairauksien syntymisen ehkäisyä ja niiden seurauksien pienentämistä (primaaripreventio, mm. rokotukset, terveysneuvonta, seulonnat). Myös sekundaaripreventioon (sairauksien hoitaminen) ja tertiaaripreventioon (vähennetään jo puhjennun sairauden negatiivisia vaikutuksia) kuuluvia indikaattoreita on muiden sisältöpakettien listoilla.

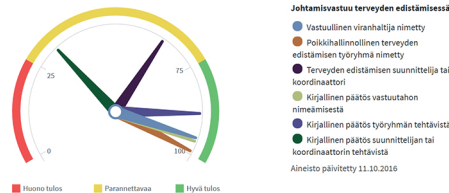
⁴⁸ www.TEAviisari.fi

2 Palvelupaketti-kohtainen tarkastelu

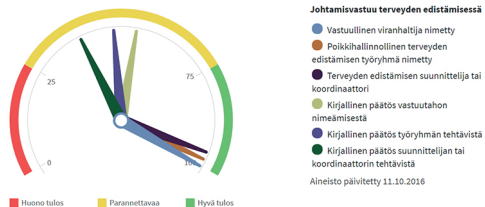
Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Uudenmaan maakunta 2015



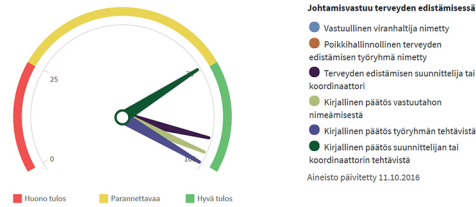
Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Varsinais-Suomen maakunta 2015



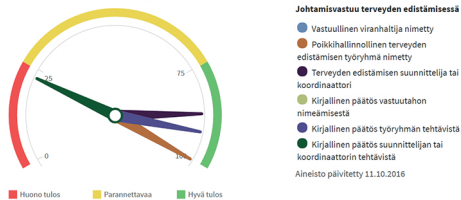
Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Pirkanmaan maakunta 2015



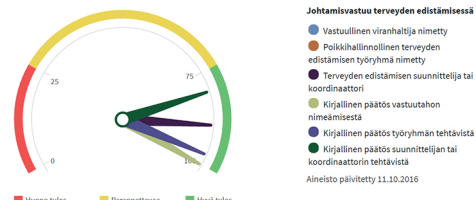
Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Etelä-Karjalan maakunta 2015



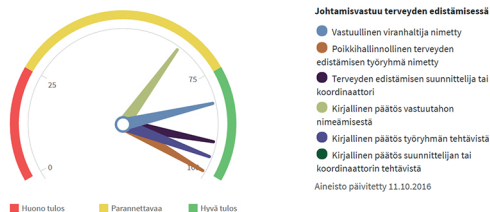
Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Pohjois-Karjalan maakunta 2015



Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Pohjois-Savon maakunta 2015



Johtamisvastuu terveyden edistämisessä : Kainuun maakunta 2015



Kuvio 35. Johtamisvastuu terveyden edistämisessä Palvelupaketti-pilottiin osallistuneiden organisaatioiden maakunnissa vuonna 2015 (THL TEAvisari)

Miten palvelupaketissa olevan toiminnan laatua ja vaikuttavuutta voidaan kuvata indikaattoreilla?

Kaikki valitut 16 indikaattoria ovat laatuindikaattoreita, jotka kuvaavat sitä miten aktiivisesti sote-alueet edistävät asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vaikuttavuusindikaattoreita ei ole tällä listalla, vaan ne ovat mukana muiden THL:n sisältöpakettien indikaattorilistoilla (esimerkiksi omien hampaiden osuus suunterveydenhuollon paketissa, tai kotona asuvien osuus yli 75-vuotiaista hoito- ja hoivapakettissa).

Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden vaikuttavuuden mittaaminen

Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden vaikuttavuuden mittaaminen on moniulotteista. Esimerkiksi ruokavalion muuttamisessa on kysymys terveysneuvonnan lisäksi maatalouspolitiikasta, elintarviketeollisuudesta, kaupasta, terveyskäyttäytymisestä ja terveysuskomuksista. Mikään yksittäinen toimenpide ei yleensä ole riittävä. Toimenpiteiden kokonaisuus ratkaisee. Keskeisten kansantautien ehkäisyssä tehokkaiksi arvioituista toimenpiteistä on olemassa WHO:n suositukset (WHO 2016). Suositukset perustuvat maailmanlaajuisiin kokemuksiin ja tutkimustietoon. Väestön terveyden monipuolisella seurannalla voimme arvioida olemmeko menossa oikeaan suuntaan. Eniten tietoa vaikutuksista ja vaikuttavuudesta on saatavilla yksittäisistä interventioista. Laajempien rakenteellisten toimien vaikuttavuutta on edelleen hyvin vaikea arvioida ja niistä on tietoa rajoitetusti.

Toinen huomioitava asia ennaltaehkäisyn vaikuttavuutta mitattaessa on se, että emme usein pysty todentamaan ja luettelemaan kuinka monta epätoivottua tilannetta olemme pystyneet estämään, koska ne eivät ole koskaan tapahtuneet. Arvioinnissa auttavat kuitenkin aikasarjat jolloin voimme verrata tilanteen muuttumista, mutta vai harvoin voimme liittää muutokset yksittäiseen toimenpiteeseen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vaikutukset voivat tapahtua miltei välittömästi tietyn terveyttä edistävän toiminnan jälkeen tai ne voivat tulla näkyviin vasta vuosien tai vuosikymmenten kuluessa. Vaikuttavuuden arvioiminen vaatii mittamista ja seuranta ajassa. Vaikuttavuuden mittaaminen on vaikutusten arviointia vaikeampaa, koska usein on vaikea osoittaa onko tietty palvelu muuttuneen tilanteen takana. Esimerkiksi panostus kulttuuritoimissa tehtävään lapsityöhön voi näkyä kustannusten alenemisena lastensuojelun palveluissa. Viimeaikoina ymmärrys siitä, että kyse ei ole ainoastaan esimerkiksi terveydenhuoltomenojen säästöistä, vaan myös esimerkiksi opiskelu- ja työkyvystä, on lisääntynyt. Aletaan nähdä, että ennaltaehkäisyssä on kyse koko yhteiskunnan toimintaedellytyksiä – myös taloudellisen kasvun.

Kenttäpalaute

Siun sote kommentoi indikaattorilistan ainoana pilottialueena. Siun soten asiantuntijat arvottivat indikaattoreiden käyttökelpoisuuden ja tarpeellisuuden asteikolla 0-10. Arvosanat vaihtelivat 4-10 välillä, suurimmalle osalle oli annettu arvo 9. Arviointi oli linjassa asiantuntija-arvioiden kanssa (pisteet samat tai ainoastaan yhden pisteen ero), mutta joitakin poikkeuksia oli. Eroa oli kolme tai useampia pisteitä seuraavissa:

- Sote-ammattilaisilta kerättävän kokemustiedon (ns. hiljainen tieto) kerääminen ja hyödyntäminen alueella väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. THL 10, Siun sote 7. Maakuntatasolla tunnustetaan hyte-haasteita jotka eivät näy kuntatasolla. THL 10, Siun Sote 7.
- Maakunnan hyvinvointikertomuksessa kirjattu tavoitteita eri väestöryhmien ja alueiden välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi, ja niitä on käsitelty aluevaltuustossa. THL 10, Siun sote 5.

- Digitaalisen asioinnin esteettömyyden tarkistuslistan käyttäminen maakunnan kunnissa ja sote-alueella. THL 9, Siun sote 6. Asiantuntijat kokevat tämän tärkeäksi sillä omatoimisuuden lisääntyminen vähentäisi henkilökohtaisen palvelun tarvetta ja resursseja voitaisiin ohjata aiempaa järkevämmiin.

Siun soten pilottitiimi ehdotti että kaikille piloteille tulisi ensin luoda väestöprofiili, koska väestön rakenne vaikuttaa palvelujen tarpeeseen ratkaisevasti. He ehdottivat että tähän tarkoitukseen käytettäisiin Hyvinvointikompassi-verkkopalvelun väestöprofiilia⁴⁹.

Lopuksi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupaketti sisältää muista paketeista poiketen enemmän hallinnon toimenpiteitä, jotka eivät suoraan kohdistu asiakkaisiin. Paketin toiminnot jaotellaan väestön palvelutarpeen arvioon tarvittavaan työhön, palveluiden vaikutusten arviointityöhön, eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävään työhön, kuntien tukemiseen ja kannustamiseen sekä kuntien kanssa tehtävään yhteistyöhön hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä.

Palvelupaketin toteuttamisessa on tärkeää, että maakunnan eri toimijat toimivat koordinoitusti ja yhdensuuntaisesti. Hyvinvoinnin ja terveyden toteutumiseksi ja tasa-arvoiseksi jakautumiseksi tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toiminnan (palvelupaketit) ohella yhteistyötä palvelujärjestelmä uudistuksessa suunnitellun uuden maakunnan (Valtioneuvosto 2016a), muiden toimijoiden (esim. pelastustoimi, TE-keskukset, AVI, ELY ja maakuntaliitot), sekä kunnan eri toimialojen (koulutus, sivistys, liikunta-, kulttuuri- ja muut vapaa-ajan palvelut, nuorisotoimi, paikallinen elinkeinopolitiikka, maankäyttö, rakentaminen ja kaupunkisuunnittelu) välillä. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaa toteuttavat järjestöt, seurakunnat ja yritykset, jotka on tärkeää ottaa mukaan yhteistyöhön. Tavoitteena on, että asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen otetaan huomioon kaikkialla. Kokonaisuudessa on oleellista yhteinen näkemys tavoitteista, niihin sitoutuminen ja yhteistyö. Hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla tulisi olla yhteiset strategiset ja toiminnalliset tavoitteet sekä hallinnonalakohtaiset seurattavat indikaattorit.

Nyt luotua indikaattorilistaa voitaisiin uudessa sote-rakenteessa käyttää esimerkiksi alueellisen hyvinvointikertomuksen osana tai ehkäisevän/edistävän työn tunnistamiseen liittyvässä työssä.

On tärkeää muistaa että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpiteet eivät riitä, vaan myös hyte-toimintaa ohjaavien rakenteiden ja yhteistyötapojen on oltava kunnossa sekä kunnissa että maakunnassa. Hyte-indikaattorilistalla olevat asiat tulisi kirjata maakuntien vuosittaisiin strategia-asiakirjoihin ja taloussuunnitelmiin, sillä ilman ylimmän johdon kiinnostusta hyvinvointia ja terveyttä ei voida edistää menestyksekkäästi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä osana sote-palveluita on kuvattu tarkemmin luvussa 3. THL:n lista Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattoreista on liitteessä 1.

⁴⁹ <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/vaesto-profiili;jsessionid=3E510DB867DBBEBCAE1021ED16B40DC7>

3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana sote-palveluita - tavoitteena parempaa elämänlaatua ja kustannussäästöjä

Yleiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen periaatteet

Suomessa nähdään pitkäjänteisen terveyden edistämisen työn positiivisia tuloksia. THL:n sairastavuusindeksin mukaan suomalaiset ovat hieman terveempiä kuin aiempina vuosina (THL 2015). Vuosikymmenten kuluessa aikaansaatu kehitys voi kuitenkin muuttua, jos hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) voimavaroja vähennetään tai yleinen arvomaailma ei tue asiaa. Ihmisten mahdollisuuksiin tehdä terveyttä ja hyvinvointia tukevia tai heikentäviä valintoja ja saada palveluja vaikutetaan yhteiskuntapoliittisin päätöksin. Päätökset ovat usein arvovalintoja taloudellisten reunaehtojen määrittämässä olosuhteissa. Nykyisen sosiaali- ja terveystalouden keskeinen tavoite on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sosiaalisten ja terveyteen liittyvien ongelmien ehkäisy ja näihin liittyvän eriarvoisuuden vähentäminen. Tavoitteisiin sitoutumisen seuraaminen on tärkeää, jotta voidaan todentaa miten hyvin niihin on sitouduttu.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on suunnitelmallista toimintaa, jonka tavoitteena on a) väestön sairauksien ja tapaturmien ehkäiseminen, b) terveyden, työ- ja toimintakyvyn ja hyvinvoinnin lisääminen, sekä c) väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Hyte-työllä vaikutetaan myös terveyden taustatekijöihin kuten asumisoloihin, vapaa-ajan viettömahdollisuuksiin, työolosuhteisiin tai toimeentulon turvaamiseen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen vaatii kykyä nähdä pitkälle ja asettaa konkreettisia tavoitteita. Esimerkiksi lasten ja perheiden hyvinvointiin tehdyt panostukset kantavat kiistatta hedelmää pitkälle tulevaisuuteen. Edistävä työ ja ongelmien ehkäisy on kannattavampaa kuin niiden korjaaminen jälkikäteen. Pääajatuksena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työssä on ”säästyneet potilaat / asiakkaat”. Hyten avulla siis tavoitellaan tilannetta, jossa yhä harvempi alueen asukas päätyisi sote-palveluiden potilaaksi tai asiakkaaksi.

Kuntien taloudessa terveyden edistämistyön vaikutukset tulevat usein näkyviin epäsuorasti säästyneinä kustannuksina vasta vuosien tai jopa vuosikymmenien kuluttua (mm. kansansairauksien väheneminen, työllisyyden ja tuottavuuden kasvu) (Kiiskinen ym. 2008). Vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustieto on tärkeä osa terveyden edistämisen suunnittelua aina kun tietoa on saatavilla. Kustannuksia arvioitaessa on kuitenkin tärkeää muistaa myös inhimilliset näkökulmat ja että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ensisijainen tehtävä on edistää terveitä elinvuosia, ei säästää kustannuksia. Hyten avulla pystytään parantamaan asukkaiden elämänlaatua joten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on aina myös eettinen valinta.

Terveydenvalintojen tukeminen on kaikkien asia

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja asemasta kunnissa on säädetty useissa laeissa jo vuosikymmenten ajan. Keskeisimpiä näistä ovat Suomen perustuslaki 19 § (731/1999), Kansanterveyslaki 14 § (66/1972), Kuntalaki 1 § (365/1995), Terveydenhuoltolaki 11–12 § (1326/2010), ja Sosiaalihuoltolaki 7 § (1301/2014). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tukee väestön mahdollisuuksia terveyden ylläpitoon ja sen parantamiseen. Mahdollisuuksia luo-

daan pitämällä huolta siitä, että olosuhteet asumisesta pyöriteihin ja sosiaaliturvaan tukevat terveellisten valintojen tekemistä.

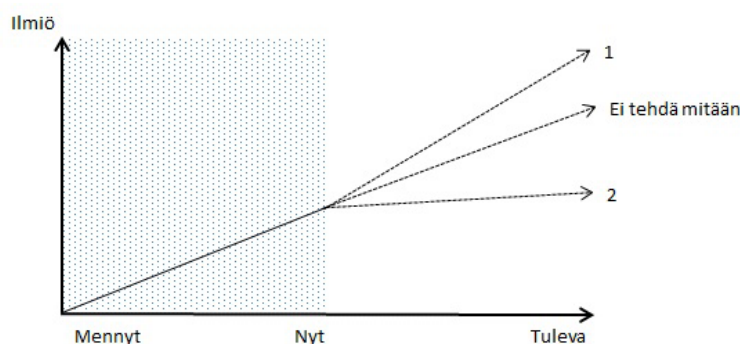
Hyvinvoinnin ja terveyden toteutumiseksi ja tasa-arvoiseksi jakautumiseksi tarvitaan monipuolista ja hedelmällistä yhteistyötä seuraavien toimijoiden välillä: a) sote-palvelujärjestelmän eri toiminnot, b) maakunnan muut toimijat kuin sote (esim. pelastustoimi, TE-keskukset, AVI, ELY ja maakuntaliitot), c) kunnan eri toimialat (koulutus, sivistys, liikunta-, kulttuuri- ja muut vapaa-ajan palvelut, nuorisotoimi, paikallinen elinkeinopolitiikka, maankäyttö, rakentaminen ja kaupunkisuunnittelu), ja d) järjestöt, seurakunnat, yritykset ja monet muut hyte-työtä toteuttavat osapuolet (Valtioneuvosto 2016a.) Tavoitteena on siis, että asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen otetaan huomioon kaikkialla. Väestötasolla esimerkiksi elintarviketeollisuus ja lainsäädäntö voivat tukea terveellisiä valintoja. Elintarvikkeiden suolapitoisuuden vähentäminen on tehokas ja kustannusvaikuttava keino alentaa verenpainetta koko väestössä ja tupakan hinnan korottaminen veroratkaisulla on erittäin kustannusvaikuttava keino vähentää tupakointia. Alkoholin hinnan ja saatavuuden säätely vähentää myös kohtuukäyttäjien alkoholin käyttöä (THL 2009, Seppä K-L 2008). Kokonaisuudessa on siis oleellista yhteinen näkemys tavoitteista, niihin sitoutuminen ja yhteistyö. Hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla tulisi olla yhteiset strategiset ja toiminnalliset tavoitteet sekä hallinnonalakohtaiset seurattavat indikaattorit.

Konkreettinen esimerkki yhteistyöstä on se, että koulun terveydenhoitajan (sosiaali- ja terveystoimi) lisäksi myös opettaja (opetustoimi) edistää jokapäiväisessä työssään oppilaidensa hyvinvointia ja terveyttä. Juuri tämä on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn ydinajatus: säästyneet asiakkaat. Kaikkien asiasta tulee yhteinen asia kun eri toimijat muodostavat olemassa olevan tiedon pohjalta yhteisen näkemyksen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeista ja kohdentamisesta. Tällainen ajattelu- ja toimintamalli sopii hyvin Terveys kaikissa politiikoissa –toimintakulttuuriin, jossa Suomi on muiden Pohjoismaiden tavoin edelläkävijä (Melkas 2013).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kustannukset

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitys kustannusten hallinnassa on ilmeinen, vaikkakin haasteellinen osoittaa. Edistävillä ja ehkäisevillä toimilla voidaan lykätä raskaiden korjaavien palveluiden tarvetta ja vapauttaa resursseja muihin toimiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimet ovat harvoin yksittäisiä tarkkarajaisia toimenpiteitä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on kyse usean asian vaikutuksesta yhtä aikaa.

Usein toimenpiteet ovat aluksi investointeja tulevaisuuteen ja niiden hyödyn näkemistä vaikeuttaa seurausten ilmeneminen usealla eri tavalla sekä pitkällä aikavälillä. Kuvio 36 osoittaa, että jos ehkäisevää työtä ei ole ollenkaan ja negatiivinen ilmiö kasvaa, korjaavat kustannukset tulevat olemaan kaikista suurimmat (kohta 1). Jos mitään ei tehdä, jatkuu nykyisen kaltainen kehitys myös tulevaisuudessa (”Ei tehdä mitään”). Jos puolestaan terveyttä edistäviä päätöksiä ja toimia tehdään, pitkällä tähtäyksellä negatiivinen ilmiö vähenee (kohta 2). Käytännössä kohdan 2 tilanne toteutuu esimerkiksi Raisiossa, jossa korjaavien palveluiden kustannuskertymän kasvu on eri toimin saatu pysähtymään (Hulkkonen 2015). Jos koko väestön terveys ja hyvinvointi kohoaisi samalle tasolle kuin se on korkeasti koulutetuilla jo nyt, vähenisivät useat terveysongelmat merkittävästi. Tällainen kehitys säästäisi terveydenhuollon menoja yli miljardi euroa nykyhetken hintatasolla (STM 2009). Terveyden edistämisen ja sairastavuuden vähentämisen oikein kohdistetuilla toimenpiteillä on siis huomattavat kustannusvaikutukset.



Kuvio 36. Oletus terveyden edistämisen vaikutuksesta ilmiöön ja kustannuksiin (Kauppinen 2011)

Käytännön terveyden edistämistä tehdään hyväiksi koettujen käytäntöjen avulla. THL:n verkkosivuille (THL 2016k) on koottu useita esimerkkejä erilaisten toimien kustannuksista. Esimerkit eivät välttämättä ole yleistettävissä, eivätkä ole sellaisenaan siirrettävissä kunnista toisiin tai toimintaympäristöstä toiseen. Myös niiden vaikuttavuutta tulee vielä arvioida. Esimerkkien tarkoitus on kuitenkin kannustaa tarkastelemaan toimintaa uusin silmin ja miettimään, mihin vähät rahat kannattaa sijoittaa.

- Perhetyöllä ehkäistiin 4–6-kertaisten vaihtoehtokustannusten syntyminen
 - Työttömien terveystarkastus säästää kalliiden palveluiden aloittamista
 - Työntekijöiden liikkumisella yli 4 päivää vähemmän poissaoloja
 - Työpaikkaliikunta tuo investoinnin jopa 5,5-kertaisena takaisin
 - Perhetyöntekijöiden lisääminen vähentää häiriöpalvelumenoja
 - Vanhusten mielenterveyden tukeminen lykkää raskaiden palveluiden tarvetta
 - Ikäihmisten ryhmäkuntoutus näkyy palvelutarpeen vähenemisenä
 - Mini-interventio tuo säästöjä
 - Keveyeen liikenteeseen panostaminen kahdeksankertaisesti takaisin
- (THL 2016k)

Poikkihallinnollinen yhteistyö on hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi erittäin tärkeää. Seinäjoella toteutettava Lihavuus laskuun -ohjelma on loistava esimerkki tällaisesta yhteistyöstä (Seinäjoen kaupunki 2013). Ohjelmaa toteutetaan Seinäjoella osana perustyötä ja siihen ovat sitoutuneet kaupungin johto, sosiaali- ja terveystyö sekä liikuntapalvelut ja Seinäjoen kaupungin tekniikkakeskus. Tavoitteena on, että entistä harvemmasta lapsesta ja nuoresta kasvaa lihava aikuinen ja lihavuuteen liittyvät sairaudet myöhemmällä iällä saataisiin ehkäistyä. Seinäjoen kaupunki on toteuttanut Lihavuus laskuun -ohjelmaa vuodesta 2013. Esimerkiksi Seinäjoen neuvolat ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto noudattavat yhtenäisiä käytäntöjä koko perheen terveellisten elämäntapojen edistämiseksi, ja liikuntapaikkojen rakentaminen ja liikuntapalvelujen saatavuuden parantaminen ovat edistäneet kuntalaisten vapaa-ajan liikuntaa. Määrätietoinen työ on saanut aikaan merkittäviä tuloksia lasten lihavuuden ehkäisyssä. Kun vuonna 2011 1.-luokkalaisista 14 prosenttia oli ylipainoisia, viime vuonna määrä oli laskenut 8,7 prosenttiin.

Mistä tietoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seuraamiseksi?

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurantamahdollisuudet ovat kehittyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana suurin harppauksin. Esimerkiksi Terveys 2015 –kansanterveysohjelmaa (STM 2008) aloitettaessa vuonna 2001 ei ollut mahdollisuutta seurata niin hienosyisesti hyvinvoinnin ja terveyden muutoksia tai eriarvoisuuden kehitystä kuin nykyisin (esim. koulutusryhmittäin tai alueellisesti). Terveys 2015-kansanterveysraportin loppuarvioinnissa (Rotko ja Kauppinen 2015) pystyttiin hyödyntämään nykyisten tietolähteiden mahdollistamia uusia tapoja kuvata hyvinvointia, sen vajeita, terveyden taustatekijöitä ja eriarvoisuutta graafeina.

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos on tuottanut runsaasti helppokäyttöistä, vertailtavaa ja avointa tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palveluista kuntien ja maakuntien käyttöön (lista alla). Tietoa muilta hallinnonaloilta on saatavissa Pation verkkosivuilta⁵⁰.

- Hyvinvointikompassi-verkkopalvelu⁵¹ on asiantuntijoiden valitsema tiivis tilastotietopaketti väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja sosiaali- ja terveysterveystietopalveluista (114 kpl). Palvelu on tarkoitettu alueellisen hyvinvoinnin seurantaan kuntien, maakuntien ja sairaanhoitopiirien johtamisen ja suunnittelun tueksi.
- Sotkanet⁵² on Suomen laajin tilasto- ja indikaattoripankki väestön terveydestä ja hyvinvoinnista (2500 kpl). Se on saatavana myös avoimena datana.
- TEAviisari⁵³ on kunnan terveyden edistämisaktiivisuutta kuvaava verkkopalvelu. Terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvataan mm. sitoutumisen, johtamisen, terveysseurannan ja tarveanalyysin, voimavarojen, yhteisten käytäntöjen ja osallisuuden kautta seitsemällä eri toimialalla.
- Terveystemme-verkkopalvelu⁵⁴ tarjoaa tilastotietoa väestön terveys- ja hyvinvointieroista alueittain ja väestö- ja koulutusryhmittäin. Tuloksia voi vertailla karttoina, kuvioina ja taulukkoina.

Mikä muuttuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työssä 2019?

Alla oleva tarkastelu on tehty suhteessa ehdotukseen maakuntarakenteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamiseksi sellaisena, kuin se on uudistusta koskevassa elokuussa 2016 lausunnoille lähetetyssä materiaalissa (Valtioneuvosto 2016a). Uudistuksessa sote-palveluiden suunnittelu ja järjestäminen ovat siirtymässä maakuntien vastuulle mutta terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen jäämässä edelleen kuntien vastuulle. Tämä johtuu siitä, että hyvinvointi ja terveys ovat tiiviisti yhteydessä niihin tehtäviin, jotka ovat jäämässä kuntien hoidettaviksi (osaamisen ja sivistyksen edistäminen, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, liikunta-, kulttuuri- ja muut vapaa-ajan palvelut, nuorisotoimi, paikallinen elinkeinopolitiikka, maankäyttö, rakentaminen ja kaupunkisuunnittelu) (STM 2015b). Kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kuntien ja uusien sote-alueiden yhteinen tehtävä. Sote-alueiden on tarkoitus omalta osaltaan toteuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja antaa asiantuntijatukea kunnille. Sote-palveluiden ja kuntiin jäävien palveluiden yhteensovittamiseksi tarvitaan selkeät hallinnonalarajat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet.

⁵⁰ www.patio.fi

⁵¹ www.hyvinvointikompassi.fi

⁵² www.sotkanet.fi

⁵³ www.teaviisari.fi

⁵⁴ www.terveytemme.fi

Jotta kunnilla on myös uudessa hallintorakenteessa motivaatiota panostaa hyvinvoinnin ja terveydenedistämistyöhön (mm. järjestää liikuntaneuvontaa terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuville), yhdeksi ratkaisuksi on esitetty kannustavaa rahallista elementtiä kuntien valtionosuuteen (Saaristo ja Ståhl 2015). Ajatuksena on, että kuntia kannustetaan ylläpitämään ja jatkamaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötään myös sote-uudistuksen toteuduttua. Hyte-kertoimen avulla siis palkittaisiin niitä kuntia, jotka ovat kyenneet parantamaan tai ylläpitämään asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä. Käytännössä prosessi-indikaattorien (peruskoulut, liikunta ja kuntajohto) ja tulosindikaattorien (esim. koulutuksen ulkopuolelle jääneet, päivittäin tupakoivien nuorten osuus, nuorisotyöttömyys) avulla lasketaan kunnalle kerroin, jonka perusteella määräytyy tietty osa valtionosuudesta. Vaikka kyseessä on laskennallinen valtionosuus, on kuntien tekemän hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön tunnistamisella ja tunnustamisella merkitystä. Keskustelua on käyty vastaavan hyte-kertoimen kehittämisestä myös maakunnille (Valtioneuvosto 2016a)

Mitä uudistus tarkoittaa maakunnissa?

Lausuttavaksi annetun lakiluonnoksen mukaan maakuntien tehtäviin kuuluu tehdä tiivistä yhteistyötä kuntien ja muiden alueellisten toimijoiden kanssa sekä antaa niille riittävästi asiantuntijatukea mm. hyvinvointikertomusten laatimisessa ja ennakoarvioinneissa. Myös alueellisten koulutusten järjestäminen, kehittämis- ja tutkimushankkeiden koordinaatio sekä valtakunnallisten ohjelmien toimeenpano kuuluvat jatkossa maakuntien hyte-tehtäviin. Koko maakunnallinen sote-palveluiden järjestämistoiminta hyötyy, jos kunnat onnistuvat laajasti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

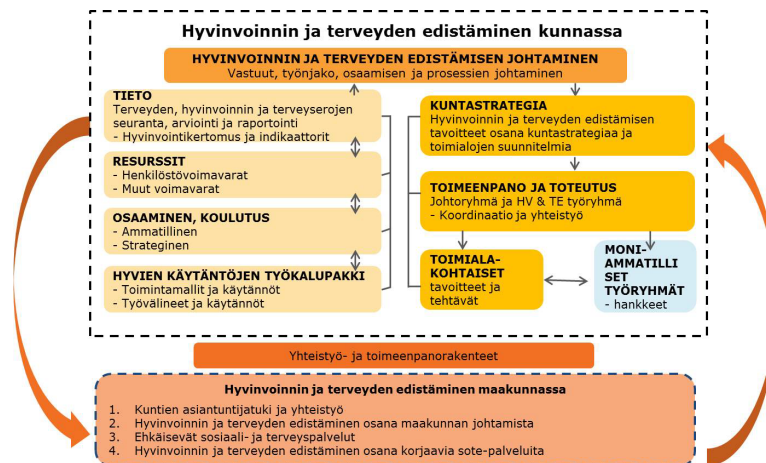
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on oleellinen osa tulevaisuuden maakunnan johtamista. Tämä sisältää esimerkiksi päätösten vaikutusten ennakoarvioinnin eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen liittyvissä päätöksissä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden asettamisen sekä toimenpiteiden ja vastuutahojen määrittelyn. Myös alueellisen hyvinvointikertomuksen valmistelu yhteistyössä alueen kuntien kanssa kuuluu maakunnan tehtäviin. Edellä mainittujen tehtävien lisäksi maakunnan tehtäviksi ollaan tätä raporttia kirjoitettaessa siirtämässä ehkäisevät sosiaali- ja terveyspalvelut (neuvolapalvelut, koulu- ja mahdollisesti myös opiskeluterveydenhuolto) sekä erilaiset neuvontapalvelut. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen korjaavissa sote-palveluissa (mm. ”savuton leikkaus”, lasten tukeminen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa) on keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä.

Jotta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä menestytään, aiheen on oltava maakunnan strategiassa, toisin sanoen ylimmän johdon agendalla. Ilman strategista voimaa aihe uhkaa jäädä tuloksettomaksi ”sivupuuhastruksi”. Pysyviä ajattelu- ja toimintatapoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tarvitaan sekä kuntien ja maakunnan välillä että maakunnan hallinnon kaikilla tasoilla. Myös ohjauksen kohdentaminen palvelujen tuotantoon on todettu tehokkaaksi (Hätönen 2016). Mahdollisia ohjauskeinoja ovat esimerkiksi valtion ja maakuntien yhteistyöneuvottelut sekä järjestämistä koskevat säädökset, palveluntuottajille määritellyt kriteerit ehkäisevien sote-palvelujen toteuttamiselle, maakuntien ja tuottajien julkinen vertailutieto (mm. palveluiden kustannukset, toiminta, tuotokset, laatu), maakuntien ja palveluntuottajien väliset sopimukset sekä palveluntuottajille maksettuihin korvauksiin liitettävät kannusteet.

Mitä uudistus tarkoittaa kunnissa?

Valmisteilla oleva palvelujärjestelmäuudistus on tuomassa vuodesta 2019 alkaen uusia haasteita myös kuntien hyvinvointijohtamiseen ja terveyden edistämiseen. Kunnan lakisääteisenä tehtävänä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työssä on maakuntahallinto-uudistuksen

jälkeenkin kunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seuraaminen väestöryhmittäin ja niistä raportointi valtuustolle vuosittain (kuvio 37.). Lisäksi kerran valtuustokaudessa tulee valmistella laajempi hyvinvointikertomus valtuustolle. Kunnan tulee myös laatia paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet, sekä seurata niiden toteutumista kunnan palveluissa. Terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakoarviointi ja huomioon ottaminen on niin ikään kunnan vastuulla. Kunnan on myös nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuu-tahot.



Kuvio 37. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja toimeenpano kunnissa (Hätönen 2016).

Lopuksi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn perusteleva on haastavaa, koska resursseja tarvitaan, mutta työn tuloksena ei tule lisää euroja – tuloksena on perinteisesti ollut talouden näkökulmasta ”vain” menojen kasvun hillintä, taittaminen tai väheneminen. Ymmärrys siitä, että kyse ei ole ainoastaan esimerkiksi terveydenhuoltomenojen säästöistä, vaan myös esimerkiksi opiskelu- ja työkyvystä, on viime aikoina kasvanut. Nämä ovat koko yhteiskunnan toimintaedellytyksiä – myös taloudellisen kasvun.

Liitteessä 1 on kuvattu THL:n kokoama lista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattoreista. Pakettiin valittiin pääasiassa indikaattoreita, joiden tarkoitus on arvioida, miten hyvin soite-alueiden johto ottaa toiminnassaan huomioon hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmaa. Indikaattorilista on luotu maakuntien näkökulmasta, sillä palvelupakettihankkeen on tarkoitus tuottaa työkaluja nimenomaan maakunnille. Koska uudessa palvelujärjestelmässä vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on sekä maakunnilla että kunnilla, vastaavat tiedot tulee jatkossakin kerätä myös kunnilta kuten tähänkin saakka. Lisäksi muiden palvelupakettien listoilla on hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä aihealueittaisia indikaattoreita. Esimerkkejä tällaisista indikaattoreista ovat tervehampaisten 12-vuotiaiden osuus, määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen, matalan kynnyksen neuvontapalvelut maahanmuuttajille, rrokotuskattavuus sekä mammografiaseulonnat.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattoripaketin perimmäinen tarkoitus on siinä, että indikaattorilistalla olevat asiat tulisivat kirjatuiksi kuntien ja maakuntien vuosittaisiin strategia-asiakirjoihin ja taloussuunnitelmiin. Hyvinvointia ja terveyttä ei voida edistää menestyksekkäästi ilman toimivia rakenteita ja ylimmän johdon kiinnostusta.

4 Yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arvioinnista palvelupakettien näkökulmasta

Palvelupakettikäsikirjassa (Sitra 2016b) kuvattuihin palveluihin liittyviä indikaattoreita, erilaisia julkaistuja tilastolukuja ja niiden tietolähteitä löytyi paljon. Tietopohja on laaja mutta hajanainen. Siitä löytyy selviä tietoaukkojakin. Niitä on havaittu myös muissa tietopohjan tarkasteluissa (mm. Häkkinen ja Peltola 2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tietopohjasta on vaikea saada kokonaiskuvaa edes perustoimintatiedon tasolla. Tässä työssä tarkasteltiin kuvattuja palveluja laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta palvelupaketeittain, mikä on vaikeampaa kuin suoritteiden tarkastelu. Vaikuttavuusindikaattoreita löytyi kaikkien pakettien osalta vähän, osassa paketteja ei ainuttakaan. Laatua kuvaavia indikaattoreita löytyi myös hyvin vähän. Terveydenhuollon toiminnan kuvaamisessa niitä on jonkun verran käytössä, mutta sosiaalipalvelujen osalta ne ovat vielä kehittämättä.

Arviointityö tehtiin systemaattisella menetelmällä hyödyntäen viitekehyksenä modifioitua (kuvio 1) versiota OECD:n terveydenhuollon laadun mittaamisen viitekehyksestä (OECD 2006). Palvelupakettihankkeen kesto oli lyhyt ja resurssit rajalliset. Tarkastelu jäi siten vielä monin tavoin pinnalliseksi. Asiantuntijoiden tekemä arviointityö vaihteli paketeittain. Osassa paketteja indikaattorilistaa ehdittiin käsitellä THL-tiimin ja nimettyjen asiantuntijoiden lisäksi laajemmin erilaisissa alan asiantuntijatyöryhmissä ja –kokouksissa. Pakettikohtaiset kuvaukset arviointityöstä löytyvät luvusta 2. Palvelujärjestelmän indikaattoreita tarkasteltaessa on palvelujärjestelmän sisällä toimivien tahojen palaute äärimmäisen tärkeää. Tässä työssä hyödynnettiin Sitran palvelupakettipilottihankkeessa mukana olleita pilottitahoja. Saatu palaute vaihteli palvelupaketeittain koska osa toimijoista oli mukana vain jonkun paketin osalta. Pakettikohtaiset tarkemmat kuvaukset toimijoiden kuulemisesta ovat luvussa 2.

Puutteistaan huolimatta arviointityö on ollut mittava katsaus palvelujärjestelmän toiminnan seuraamisen mahdollisuuksiin laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta. Työn aikana erilaiset toiminnan seuraamisen kannalta tärkeät asiat alkoivat hahmottua. Työ on välivaihe ja sen tulokset annetaan muodossa, jossa niiden toivotaan olevan mahdollisimman hyödyllisiä valmisteilla olevan palvelurakennemuutoksen tietojohtamistyökalujen kehittämistyössä.

Kartoitustyön tuloksista

Hankkeen alussa koottiin olemassa olevista julkaistuista tilasto- ja rekisteritiedoista ja tietokannoista sekä aiemmin eri tahojen tekemän kansallisen ja kansainvälisen indikaattorityön tuloksista palvelupakettikohtaiset indikaattorilistat. Työn tässä vaiheessa mukaan ottamisen kriteeri oli väljä. Haettiin palvelupakettikuvauksissa olevaan palvelujärjestelmän toimintaan liittyviä mittareita. Listoille tuli yhteensä 1232 indikaattoriehdokasta ja 78 täydentävää indikaattoria (liite 3), jotka otettiin mukaan luvussa 1 kuvatulle arviointikierrokselle. Työn tuloksena syntyi indikaattorilista (liite 1), jonka indikaattoreiden arvioitiin kuvaavan palvelujärjestelmän toimintaa ja olevan huomioon otettavia palvelujärjestelmän laadun ja vaikuttavuuden tarkastelua kehitettäessä. Tällä listalla on 211 indikaattoria, mikä on 17 % arviointikierroksella mukana olleista ehdokkaista. Pilottiorganisaatioiden ja THL:n asiantuntijoiden näkemykset

olivat pääosassa arvioituja indikaattoreita yhdenmukaisia. Useissa palvelupaketeissa oli kuitenkin muutamia indikaattoreita, joissa kentän toimijoiden ja kansallisten asiantuntijoiden näkemykset erosivat selvästi toisistaan. Osa näistä oli sellaisia, joita kentällä oli totuttu käyttämään toiminnan seurannassa, mutta joilla ei ollut akateemisesti selvitettyä teoreettista mittaamiskykyä. Toisaalta osa taas oli sellaisia, joilla oli teoreettinen perusta tai validointi, mutta joita kentän toimijat eivät kokeneet sellaisiksi, että he hyötyisivät kyseisestä tiedosta oman toimintansa kehittämisessä. Vahvoja ristiriitoja herättävien indikaattoreiden nostamista listalle vältettiin.

Liitteen 1. indikaattoreista 26 % liittyy pysymiseen hyvinvoivana ja terveenä, eli liittyy terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöhön. Tällaisia ovat esimerkiksi terveysneuvonta, rokotukset, huumeneulojen vaihtopisteet, ehkäisevä sosiaalityö ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen prosessit. Indikaattoreista 52 % liittyy terveys- tai sosiaalisen ongelman ratkaisemiseen, eli terveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin, joiden tavoite on saada asiakkaan ongelma hoidettua niin, että hän ei samaan ongelmaan enää tarvitse palvelujärjestelmän tukea. Esimerkkejä ovat infektion tai tapaturman hoitaminen ja satunnainen toimeentulotuki. Indikaattoreista 22 % liittyy selviytymiseen sairauden tai alentuneen toimintakyvyn kanssa, eli tyypillisimmin esimerkiksi kroonisen sairauden hoitoon tai ikäihmisten ja vammaisten palveluihin. Elämän viimeisen vaiheen hallintaan, esimerkiksi saattohoidon laadun tarkasteluun, ei löytynyt yhtään indikaattoria.

Suurin osa terveydestä ja hyvinvoinnista syntyy palvelujärjestelmän vaikutuspiirin ulkopuolella. Palvelujärjestelmän toiminnan seurannassa tarvitaan terveys- ja hyvinvointitietoa myös palvelutarpeen arvioinnin näkökulmasta, vaikka tätä tietoa ei olisikaan kovin helppoa käyttää indikaattorina vaikuttavuusnäkökulmasta. Osa listalla olevista indikaattoreista kuvaa kuitenkin enemmän palvelujen tarvetta kuin vaikuttavuutta.

Vaikuttavuuden seurannassa tieto väestön terveydestä ja hyvinvoinnista on tärkein tulostieto (outcome), mutta aikaväli on usein pitkä palvelujärjestelmän toiminnasta mittaushetkeen. Muut yhteiskunnassa ja elinympäristössä vaikuttavat tekijät tekevät mittaamisen vaikeaksi. Syöpähoitojen ja suhteellisten elossaolokujien välille on helppo hahmottaa palvelujärjestelmäyhteys, mutta esimerkiksi tupakoinnin vähenemisessä ovat yhteiskunnan toimet palvelujärjestelmän ulkopuolella ratkaisevia. OECD:n viitekehyksessä vaikuttavuus on yksi palvelujärjestelmän laadun ulottuvuuksista. Vaikuttavuuden arviointiin liittyy aina myös tietoisuus siitä, mitä on asetettu tavoitteeksi, mihin halutaan vaikuttaa. Käynnissä olevan palvelurakennemuutoksen valmistelu ei ole vielä vaiheessa, jossa tiedettäisiin millaisia tavoitteita palvelupaketikohtaiselle tasolle tullaan uudessa järjestelmässä asettamaan. Tästä syystä indikaattoreiden arviointi suhteessa vaikuttavuuden mittaamiseen jäi vielä osin yleisen terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelun ylätasolle. Vaikuttavuutta on myös hyvä hoitotulos. Eri asiantuntijoilla on erilaisia näkemyksiä siitä, voidaanko jollakin indikaattorilla oikeasti tarkastella vaikuttavuutta. Tässä työssä tunnistettiin 49 kpl indikaattoreita, joiden kyky mitata vaikuttavuutta on selvitetty tai ne muun arvion pohjalta ovat sellaisia, joiden validointi vaikuttavuusmittareina olisi hyvä tehdä.

Toinen OECD:n laadun ulottuvuus on turvallisuus, tässä yhteydessä potilas- ja asiakasturvallisuus. Tätä näkökulmaa on mukana listan 14 indikaattorissa. Tässäkin asiantuntijanäkemykset mittaamiskyvystä vaihtelevat ja listalla mukana olevat on valittu vasta jatkotarkastelun pohjaksi. On tärkeä huomata että sosiaalipalveluihin liittyviä asiakasturvallisuuden indikaattoreita ei löytynyt mukaan vaan kaikki liittyvät terveydenhuoltoon. Yksi näkökulma palvelujen laatuun on sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien laatu. Tämä näkökulma ei OECD:n viitekehyksessä ole oma tarkastelun kohteensa. Listan 1. indikaattoreista 51 kpl liittyy prosessien

laatuun. Ne on kuviossa 38 merkitty asiakas- ja potilasturvallisuuden yhteyteen, mutta otsikoitu erikseen.

Asiakaskeskeisyys on tärkeä osa laatua. Asiakaskokemusten mittaaminen on mukana kolmen palvelupaketin indikaattorilistauksessa. Asiakaskokemuksen seuranta olisi tärkeää kaikkien palvelupakettien osalta, mutta vain neljän paketin puitteissa löydettiin asiakaskokemuksen mittaamista joko tuotannossa tai määrittelynä tasolla, jossa se olisi kohtuullisessa ajassa otettavissa käyttöön. Näitä indikaattoreita on listassa 11 kpl.

Palvelujen saatavuus on tavoite sinänsä mutta myös täydentävä osa palvelujärjestelmän laatua. Saatavuuden tarkastelusta saavutettavuuden näkökulmista löytyi listoille hoitoon tai palveluun pääsystä 18 indikaattoria. Tarkastelu saavutettavuudesta etäisyyden tai esteettömyyden näkökulmasta ei ole vielä tasolla, josta löytyisi mittaamista tai kehittämiskelpoista määrittelytyötä. Tässä on siis selvä indikaattoriaukko. Tosin ensihoidon vasteajoissa on etäisyyden näkökulma mukana. Palvelujen saatavuuden minimivaatimuksena voidaan nähdä se, että palvelua on olemassa, sitä on saatavilla. On tyydyttävä ”saatavuuden tarkasteluun suoritteiden kautta”. Suoritteita voidaan myös tarkastella näkymänä palvelutarpeeseen. Toinen näkymä palvelutarpeeseen on terveys- tai sosiaaliongelmien yleisyys. Indikaattoreita, jotka ensisijaisesti kuvaavat suoritteita tai palvelujen tarvetta muulla tavoin, on listassa 68 kpl. Suoritteet on indikaattoreissa aina suhteutettu väestöön, jotta saataisiin paremmin esiin saatavuuden ja palvelutarpeen näkökulmaa.

Kustannukset tai muut resurssit eivät olleet osa tätä indikaattorityötä. Arvioitavaksi mennessä listassa (liite 3) näitä indikaattoreita oli jonkun verran mukana. Laadun näkökulmasta resurssit liittyvät saatavuuteen, toisaalta palvelujärjestelmän kykyyn tuottaa palveluja, mieluiten kustannustehokkaasti, mutta kustannukset liittyvät asiakasmaksunäkökulmasta myös palvelujen taloudelliseen saavutettavuuteen. Kustannus- ja resurssinäkökulman indikaattoreita ei otettu mukaan listalle liitteessä 1. Vaikka kustannuksiin ja resursseihin liittyvien indikaattoreiden käyttöä pidettiin kentällä tärkeänä, niitä ei otettu mukaan, sillä taloudellisen näkökulman tarkastelua on tehty paljon toisaalla. Kuviossa 38 tarkastellaan mihin OECD-viitekehyksen eri kohtiin on eri palvelupakettien tarkastelussa löytynyt listalle 1 vietyjä indikaattoreita. Kuvassa on suorite-sarakkeeseen lisätty palvelujen tarve näkökulma ja turvallisuus-sarakkeessa on varsinainen turvallisuus ja prosessien laatu esitetty erikseen. Kuvan avulla on mahdollista hahmottaa alueita, joissa on suurimmat indikaattoripuutteet. Liitteen 1 indikaattoreista monia ei ole menetelmällisesti validoitu ja kunkin indikaattorin kyky mitata yllä esiteltyjä ulottuvuuksia on vain viitteellinen asiantuntija-arvio, jolla pyritään tuomaan esiin yleiskuvaa siitä, millaisia työkaluja palvelujärjestelmän tarkasteluun oli tämän hankkeen puitteissa löydettävissä.

Terveyden ja hyvinvoinnin tarpeet	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suoriutumisen ulottuvuudet				
	LAATU			SAATAVUUS	
	vaikuttavuus	potilas- ja asiakasturvallisuus (ml prosessin laatu)	asiakas-keskeisyys	saavutettavuus	suorite ja palvelujen tarve (= tarvitaan suorite)
Pysyminen hyvinvoivana ja terveenä (t&h edistäminen, preventio)	Suun terveydenhuolto (2) Mielenterveyspalvelut (2) Päihdepalvelut (5) Lapset, nuoret, perheet (9) Aikuissosiaalityö (2) Hoito ja hoiva (1)	Turvallisuus (0) Prosessin laatu: Mielenterveyspalvelut (1) Lapset, nuoret, perheet (7) Vastaanottopalvelut (2) Hyte-toiminta (14)	Lapset, nuoret, perheet (4)	Hyte-toiminta (1)	Hyte-toiminta (1)
Terveys- tai sosiaalisen ongelman ratkaiseminen (hoito, sosiaalipalvelut jne)	Suun terveydenhuolto (2) Mielenterveyspalvelut (1) Päihdepalvelut (3) Lapset, nuoret perheet (1) Aikuissosiaalityö (4) Keskitetty esh (5) Hoito ja hoiva (1)	Turvallisuus Lapset, nuoret, perheet (2) Hoito ja hoiva (1) Keskitetty esh (4) Vastaanottopalvelut (1) Päivystys (2) Ensihoito (3) Prosessin laatu: Mielenterveyspalvelut(1) Päihdepalvelut (1) Lapset, nuoret, perheet (2) Aikuissosiaalityö (5) Keskitetty esh (1) Vastaanottopalvelut (4) Päivystys (1) Ensihoito (10)	Suun terveydenhuolto (3) Vastaanottopalvelut (3) Ensihoito (1)	Suun terveydenhuolto (1) Lapset, nuoret, perheet (2) Aikuissosiaalityö (1) Keskitetty esh (2) Lääkinnällinen kuntoutus (4) Vastaanottopalvelut (2) Ensihoito (4)	Suun terveydenhuolto (1) Mielenterveyspalvelut (5) Päihdepalvelut (6) Lapset, nuoret perheet (10) Keskitetty esh Lääkinnällinen kuntoutus (4) Vastaanottopalvelut (9) Päivystys (2)
Selviytyminen sairauden/alentuneen toimintakyvyn kanssa	Mielenterveyspalvelut (4) Päihdepalvelut (2) Hoito ja hoiva (2) Keskitetty esh (3)	Turvallisuus Mielenterveyspalvelut (1) Prosessin laatu: Mielenterveyspalvelut (1) Vammaispalvelut (3)	-----	Lääkinnällinen kuntoutus (1)	Päihdepalvelut (1) Mielenterveyspalvelut (2) Hoito ja hoiva (12) Vammaispalvelut (13) Lääkinnällinen kuntoutus (2)
Elämän viimeisten vaiheiden hallinta (coping with end of life)	-----	-----	-----	-----	-----

Kuvio 38. Listalle (Liite 1) valittujen indikaattoreiden sijoittuminen OECD:n viitekehukseen palvelupaketeittain (listassa vähintään yksi kyseistä sisältöä kuvaava indikaattori)

Palvelupakettien toimivuuden mittaaminen terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteena on väestön sairauksien ja tapaturmien ehkäiseminen, terveyden, työ- ja toimintakyvyn ja hyvinvoinnin lisääminen, sekä väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Työ sisältää paljon toimintaa, joka tehdään sote-palvelujärjestelmärakenteiden ulkopuolella vaikuttamalla erilaisiin taustatekijöihin kuten asumisoloihin, vapaa-ajan viettomahdollisuuksiin, työolosuhteisiin tai toimeentulon turvaamiseen. Koulu- ja opiskeluympäristö on merkittävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaympäristö, jota ehdottaa palvelujärjestelmä uudistuksessa jäämään kuntien vastuulle. On selvä, että tulevaisuudessa molemmat, kunnat ja maakunnat, tarvitsevat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoimintansa suunnittelussa ja seurannassa tietoa myös sote-ympäristön ulkopuolelta.

Palvelupaketeista osa kohdistuu korjaaviin palveluihin, jotka käynnistyvät vasta ongelman jo ollessa olemassa. Niiden osalta terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ei voi enää lähteä ongelman syntymisen estämisestä vaan on sekundaaripreventiota, haitan minimointia. Tässä selvityksessä terveyden ja hyvinvointiin liittyvää toimintaa tarkasteltiin primaaripreventiona vain siltä osin kuin sitä oli kuvattu osaksi palvelupaketteja. Seitsemän palvelupaketin (mielenterveys ja päihde erikseen) osalta löytyi sellaisia terveyden- hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä indikaattoreita, joita käyttökelpoisuus ja kypsyysarvion perustella otettiin mukaan valmistellulle listalle (liite 1.). Useissa palvelupakettikuvauksissa on palvelujärjestelmän sisällä tapahtuva terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvä työ (palvelut) jouduttu kuvaamaan melko ylei-

sellä tasolla koska toiminnan sisältö, neuvolatoimintaa lukuun ottamatta, ei ole samalla tavalla yhteismitallista kuin korjaavan toiminnan suoritteiden kuvaukset. Tämän vuoksi toiminnasta muodostuu vähemmän tietoa, joka on sellaisessa muodossa, jossa se kirjataan järjestelmiin ja olisi poimittavissa indikaattoreiden muodostamiseen. Tietojen raportoimisen kehittäminen niin että tieto olisi yhteismitallista, tulee entistä tärkeämmäksi, kun maakuntien ja kuntien on kyettävä keskenään välittämään tietoa ja arvioimaan toimintaa sen pohjalta.

Terveyden edistämisen vaikuttavuuden tarkasteluun löytyi kuudesta palvelupaketista indikaattoreita, jotka täyttivät liitteen 1.listalle pääsyn kriteerit. Näitä olivat suu, mielenterveys ja päihteet (tarkasteltu erikseen), lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketti, aikuissosiaalityö ja hoito ja hoiva. Asiat olivat osin sellaisia, joissa terveydenedistämistyön ja ilmiön suhde ei ole suora, tai vaikutusta voidaan katsoa vasta pitkän aikavälin jälkeen mahdollisesta palvelusta. Tällaisia ilmiöitä olivat mm. tervesuiset, psyykkinen kuormittuneisuus, itsemurhakuolleisuus, päihdekuolleisuus, päihtyneisyys, infektiot, tupakointi, ylipaino ja teiniraskaudet. Näitä mittaavat indikaattorit ovat hyödyllisiä valtakunnallisessa ja järjestäjätasoisessa strategiatyössä. Uudessa palvelurakenteessa ne irrottautuvat entistä etäämmälle yksittäisten palvelujen tuottajien toiminnan laadun arvioimisesta, koska pitkällä aikavälillä asiakas entistä todennäköisemmin liikkuu palvelurakenteessa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvien prosessien laadun seurantaan löytyi mittareita sellaisista toiminnoista, jotka ovat vakiintunutta preventiotoimintaa, esimerkiksi rokotukset ja terveystarkastukset, tai muita selkeästi hahmotettavia prosesseja. Näitä indikaattoreita on listalle nostettu neljässä paketissa (mielenterveys, lapset, nuoret ja perheet, vastaanottopalvelut ja terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen). Niitä on erityisen paljon lasten- nuorten ja perheiden paketissa, jossa on mahdollista indikaattorein seurata neuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. Varsinaiset hyte-indikaattorit, joita kuvataan luvussa 2.12. keskittyvät lähes pelkästään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnan prosessien laatuun.

Palvelujen järjestäjä ja palvelujen tuottaja

Valmisteilla olevassa palvelurakennemuutoksessa palvelujen järjestäjän tehtävä annetaan maakunnalle. Koska palvelujen järjestäminen ja tuottaminen suunnitellaan eriytettäväksi myös maakunnan sisällä, on Suomeen syntymässä ensimmäisen kerran ”puhdas” palvelujen järjestäjä. Sekä indikaattorilistoja arvioivilla asiantuntijoilla, että mukana olleilla kentän pilottiorganisaatioilla, oli hankaluuksia asettua indikaattoritarpeiden arvioinnissa ”puhtaan” järjestäjän näkökulmaan. Palvelupakettikohtaisissa arvioinneissa palvelujen järjestäjän ja tuottajan suhdetta on yritetty huomioida, mutta yleisesti voidaan todeta, palvelujentuottaja-näkökulman vaikuttavan valinnoissa. Indikaattoreita tarvitaan tulevaisuudessakin kaikilla tasoilla kansainvälisestä vertailusta ja kansallisten suunnitelmien tekemisestä ja tavoitteiden toteutumisen seurannasta maakuntien oman toiminnan tasolle. Myös tuottajat tulevat tarvitsemaan indikaattoreita oman toimintansa seurantaan ja keskinäiseen vertaisarviointiin. Vaikka se optimaalista olisikin, eivät samat indikaattorit aina sovellu kaikille tasoille. Tämä oli arvioinneissa osaltaan asiantuntijoiden ja kentän toimijoiden erilaisten näkemysten taustalla.

Listalle poimittujen indikaattoreiden samanarvoisuus ja eriarvoisuus

Listalle 1 poimitut indikaattorit eivät ole kaikki samanarvoisia. Osasta on enemmän tutkimus- ja kokemustietoa ja osa on vasta kehittämisen alkuvaiheessa. Tärkeämpi eriarvoisuus liittyy kuitenkin kykyyn mitata palvelujärjestelmän toimintaa. Koska monesta palvelupaketeista kuvattua toiminnasta ei ole olemassa hyviä laatu- ja vaikuttavuusmittareita, listalle otettiin tietoisesti mukaan sellaisia indikaattoreita, jotka edes jollain tavalla kuvaavat kyseistä palvelu-

järjestelmän toimintaa. Tämä oli tietoinen valinta. Uusien laatu- ja vaikuttavuusmittareiden kehittäminen on useita vuosia kestävä prosessi, jonka jälkeen vasta alkaa pitkä prosessi viedä ne tuotantoon ja käyttöön. Karkeasti voidaan nyrkkisääntönä todeta, että jos tällä hetkellä ei ole indikaattoria jollekin asialle lainkaan, on indikaattori, mikäli sellainen onnistutaan tekemään, käytössä palvelujärjestelmän toiminnan seuraamisessa aikaisintaan 6-7 vuotta määrittelytyön aloittamisesta, mitä on edeltänyt asian hallinnollista ja budjettivalmistelua ehkä 1-2 vuotta. Koska sote-uudistuksen suunnittelussa ja seurannassa on indikaattoritarpeita jo nopeasti, on listoille otettu mukaan keskusteltavaksi myös joukko olemassa olevia tai nopeasti loppuun kehitettäviä indikaattoreita, jotka ovat ”parempia kuin ei mitään”. Valinnassa on huomioitu realistinen käytännön toimivuus ja datan saatavuus.

Palvelujärjestelmän toiminnan, vaikuttavuuden ja laadun mittaaminen

THL:n tehtävänä oli selvittää mahdollisuuksia mitata Palvelupakettikäsikirjassa kuvattujen palvelujen laatua ja vaikuttavuutta palvelupakettikohtaisin indikaattorein. Tarkastelun tiivistetty tulos on se, että kaikkien palvelupakettien osalta on toimintaa kuvaavia indikaattoreita olemassa, joko tuotannossa tai kehitettynä, mutta vain osalle kuvattuja palvelupaketteja löytyy laadun ja vaikuttavuuden seurannan indikaattoreita. Nekään eivät usein kohdistu toiminnan keskeisimpiin sisältöihin. Tietoaukko on suuri. Sosiaalipalvelujen laadun ja vaikuttavuuden, mukaan lukien turvallisuuden, indikaattoreita ei juurikaan ole olemassa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palvelujen asiakasturvallisuutta ja saatavuutta ei mitata. Asiakaskokemusten systemaattisessa mittaamisessa Suomi on monista muista maista jäljessä. Tunnistettujen indikaattoreiden laadun mittaaminen kohdistuu eniten prosessin laadun mittaamiseen eikä toiminnan vaikuttavuuteen tai asiakasseuraamuksiin kuten potilas- ja asiakasturvallisuustapahtumiin tai muihin muutoksiin asiakkaan todellisessa tilanteessa. Prosessien mittaaminen on pelkkä suoritemittari, ellei ole luotettavasti tiedossa, että kyseisellä prosessilla on vaikuttavuutta tai se lisää turvallisuutta. Esimerkiksi rokotusten tiedetään vähentävän infektioita. Useiden muiden prosessi-indikaattoreilla seurattavien interventioiden vaikutuksista tiedetään paljon vähemmän.

Palvelujärjestelmän tarkastelu on tehty tässä työssä palvelupakettikohtaiseksi pirstottuna. Indikaattorien etsintää ja valintaa vaikeutti se, että palvelujärjestelmässä asiakkaan polut eivät aina kulje kuvattujen pakettien sisällä ja vielä enemmän se, että yhden palvelupaketin sisällä tehty työ näkyy toiminnan muutoksena ja vaikuttavuutena toisen paketin sisälle määrittelyissä asioissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suoritteet ja kustannukset on onnistuttu kuvaamaan palvelupakettikohtaisin määrittelyin (Sitra 2016a). Vastaava tarkastelu ei kuitenkaan laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta ole mahdollista samalla tavoin. Asiakkaan kohtaloon palvelujärjestelmässä vaikuttavat pitkän ajanjakson aikaiset palvelutapahtumat, jotka sijoittuvat palvelupaketteihin eri asioissa eri tavoin. Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden tarkastelussa joudutaan huomioimaan yksittäisiä aihekokonaisuuksia tavalla, joka liittyy itse ilmiöön (Porter 2010). Esimerkkejä on paljon. Rintasyövän suhteellisten elossaololukujen taustalla on hyvän erikoissairaanhoidon lisäksi seulontojen ja perusterveydenhuollon rooli. Ikä-ihmisten vuodeosastohoidon määrään vaikuttaa keuhkokuumeiden yleisyys ja siihen taas vaikuttavat sekä influenssarokotepeittävyys, että jopa pikkulapsille neuvolassa annettujen pneumokokkirokotteiden peittävyys.

Kustannustehokkuuden tarkastelu on mahdollista ja myös tarpeen, mutta siihen tarvitaan omat työkalunsa. Laadun ja vaikuttavuuden mittaamisen työkalut eivät kata tätä näkökulmaa palvelujärjestelmän tarkasteluun ja se jääkin nyt tehdyn tarkastelun ulkopuolelle.

Lopuksi

Nyt tuotettu lista kuvaa olemassa olevia indikaattoreita, joista voi tuottaa aluetason kuvauksia jo nyt sekä sellaisia indikaattoreita, joiden osalta kehittämistyötä voisi harkita. Indikaattorin saaminen tuotantokuntoon ja itse tuottaminen käyttöön edellyttävät aina resursseja ja siksi jokaisen indikaattorin kohdalla pitää kyseisen indikaattorin mahdollisen tuottajan resursseista päättävän tehdä asiassa ratkaisu kyseisen indikaattorin jatkokehittämisen ja mahdollisen tuottamisen tärkeydestä.

Palvelupakettihankkeen tuotoksena tehty indikaattorien arviointi on tehty palvelupaketeittain eikä se sisällä indikaattoreita, jotka katsovat palvelujärjestelmän toimintaa kokonaisuutena tai muista näkökulmista esim. asiakkaan hoitopolkujen laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta (”palveluketjut”). Palvelupaketeiksi ositetussa indikaattorityössä ei huomioitu, eikä etsitty, yleisiä palvelujärjestelmän toimintaa kokonaisuutena kuvaavia, esimerkiksi menetettyjen elinvuosien kaltaisia (Note ja McKee 2004) indikaattoreita. Indikaattoreiden lista olisi ollut erilainen, jos tarkastelunäkökulma olisi ollut toinen.

5 Lähteet

- Aaltio, Elina (2015) Työ- ja toimintakyvyn muutos työllisyyden kuntakokeiluhankkeissa. Työllisyyspalvelujen vaikuttavuus -projektin loppuraportti. Kuntaliitto. Helsinki.
- Ahlgren-Leinivuo, Hanna (2014) Kuuden suurimman kaupungin työllistämispalvelut vuonna 2013 Kuusikko-työryhmän julkaisusarja. Helsinki
- Ahlgren-Leinivuo, Hanna (2015a) Kuuden suurimman kaupungin toimeentulotuki vuonna 2014. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/2015. Helsinki.
- Ahlgren-Leinivuo, Hanna (2015b) Kuuden suurimman kaupungin aikuissosiaalityö vuonna 2015. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 8/2015. Helsinki.
- Aira T, Hämylä R, Kannas L, Aula MK ja Harju-Kivinen R. 2014. Lasten hyvinvoinnin tila kansallisten indikaattoreiden kuvaamana. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2014:4. http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2015/03/lasten_hyvinvoinnin_tila.pdf
- Antman D, Cook KE, Johnson KL, Cella D. The PROMIS Initiative: Involvement of Rehabilitation Stakeholders in Development and Examples of Applications in Rehabilitation Research. Arch Phys Rehab Med 2011, 92(10): S12–S19. doi:10.1016/j.apmr.2011.04.025
- Aula MK, Juurikkala V, Kalmari H, Kaukonen P, Lavikainen M ja Pelkonen M. 2016. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Raportteja ja muistioita 16/2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74904>
- de Bie Sandra, Kaguelidou Florentia, Verhamme Katia, de Ridder Maria, Picelli Gino, Straus Sabine, Giaquinto Carlo, Stricker Bruno H, Bielicki Julia, Sharland Mike, Sturkenboom Miriam, on behalf of the ARPEC study. Using Prescription Patterns in Primary Care to Derive New Quality Indicators for Childhood Community Antibiotic Prescribing. Pediatric Infectious Disease Journal, Post Acceptance: September 12, 2016, doi: 10.1097/INF.0000000000001324, Antimicrobial Reports: PDF Only, http://journals.lww.com/pidj/Abstract/publishahead/Using_Prescription_Patterns_in_Primary_Care_to_97274.aspx (viimeksi luettu 28.9. 2016)
- Van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK et al.(2015) The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands, Health Res Policy Syst. 2014; 12: 1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3896735/pdf/1478-4505-12-1.pdf>. (viimeksi luettu 24.8. 2016)
- Borg, Pekka (2013) Kuuden suurimman kaupungin sosiaalipalvelujen vertailutoiminnan arviointi. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 1/2013. Helsinki.
- Canadian Institute for Health Information. (2016) OECD Interactive Tool: International Comparisons. Comparing the provinces with OECD countries International comparisons: a focus on quality of care. <https://www.cihi.ca/en/health-system-performance/performance-reporting/international/oecd-interactive-tool-home> (viimeksi luettu 24.8. 2016)
- Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora E.C, Januel J. M, Arispe I, Kim S.M, Klazinga N.S. on Behalf of The OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(2), 137–146. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/2/137> First published online: 10 March 2015
- Eksote (2016). Ensihoidon laadun ja potilasturvallisuuden omavalvontasuunnitelma, luonnos 08.06. 2016, julkaisematon.
- Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2016): SO WHAT? Strategies across Europe to assess quality of care, European Commission, Health and Food Safety, Luxembourg:Publications Office of the European Union, 2016. Saatavlla sähköisenä http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf(viimeksi luettu 1.10. 2016)

- Elonheimo Outi (2016). Miten tuotteistus tehdään? APR potilasryhmitys. Esitys Kouvolan APR seminaarissa 10.2. 2009. Saatavana <http://documentslide.com/documents/miten-tuotteistus-tehdaeen-apr-potilasryhmitys.html> (viimeksi luettu 31.8. 2016)
- European Union. the Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2016), SO WHAT? Strategies across Europe to assess quality of care. European Union, 2016, http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf (luettu 20.7. 20176)
- FCG Finnish Consulting Group Oy (2016) . pDRG-potilasluokittelu- ja tuotteistusjärjestelmä. FCG verkkosivut. <http://www.fcg.fi/pdrg> (Viimeksi luettu 31.8. 2016)
- Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL Raportti 2012: 54.
- Ham C, Raleigh V, Foot C, Robertson R, Alderwick H. Measuring the performance of local health systems: a review for the Health Department. King's Fund, October 2015. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/commissioned/measuring-performance-local-health-systems>
- Häkkinen Unto, Hartikainen J, Juntunen M, Malmivaara Antti, Peltola Mikko, Tierala I. Analysing current trends in care of acute myocardial infarction using PERFECT data. Annals of Medicine 2011; 43:S1.
- Häkkinen Unto, Peltola Mikko, teoksessa Keskimäki Ilmo, Moisio Antti, Markku Pekurinen (toim). Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016 <http://vnk.fi/documents/10616/2009122/Julksen+talouden+ohjaus+ja+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ja+koulutuksen+rakenneuudistus/ba90e7e0-f7d4-4536-913e-f062d0084c8f?version=1.0>
- Hätäkeskuslaitos (2016) Uusi tietojärjestelmä ERICA-hätäkeskustietojärjestelmä otetaan käyttöön vuonna 2016-2017, Tiedoet. Hätäkeskuslaitoksen verkkosivut. http://www.112.fi/hatakeskusuudistus/uusi_tietojarjestelma (viimeksi tarkistettu 1.8. 2016)
- Hätönen H. 2016. Valtion ja kuntien hyvinvointityö. STM. 1.6.2016. http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapah-tumat/aineisto/2016/hyvinvointiseminaari-1-6-2016/Esitykset/2_Ministeri%C3%B6n%20tervehdys-Valtion%20ja%20kuntien%20hyvinvointity%C3%B6_Heli%20H%C3%A4t%C3%B6nen_1%206%202016.pdf
- Ilkka Lasse Kansallinen sähköinen ensihoitokertomus - Tietosisältö sekä toiminnallinen ja vaatimusmäärittely. Ohjaus: 2016_008, THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-623-0>
- interRAI (2016) , interRAI verkkosivut. <http://www.interrai.org/> Viimeksi luettu 30.8. 2016.
- Järvelin J. Studies on Filed and Compensated Claims for Patient Injuries. National Institute for Health and Welfare, Research 92/2012.
- Järvelin J, Häkkinen U. Can patient injury claims be utilised as a quality indicator? Health policy 2012; 104(2): 155-162.
- Kansaneläkelaitos, Kela (2016a). Vuositilastot. Kelan verkkosivut http://www.kela.fi/tilastojulkaisut_vuositalastot (luettu 30.7. 2016)
- Kansaneläkelaitos, Kela (2016b). GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatumiseen ja arviointiin. Kela verkkosivut, <http://www.kela.fi/gas-menetelma>, viimeksi luettu 16.8. 2016
- Kaplan, Robert S; Norton, D. P. (1992). ”The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance”. Harvard Business Review (January–February): 71–79.
- Kauppinen T. 2011. Kuntien tulevaisuus haltuun: Ennakoarvioinnin soveltamiseen vaikuttavat tekijät lautakuntapäätöksissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL): 67/2011.
- Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta LJ, Gould R, Koskinen A, Solovieva S. Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. BMJ Open. 2014 Dec 24;4(12):e006685.
- Kelly Edward, Hurst Jeremy. Health Care Quality Indicators Project, Conceptual Framework Paper. OECD DELSA/HEA/WD/HWP(2006)3, <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
- Keskimäki Ilmo, Moisio Antti, Markku Pekurinen (toim). Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016 <http://vnk.fi/documents/10616/2009122/Julksen+talouden+ohjaus+ja+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ja+koulutuksen+rakenneuudistus/ba90e7e0-f7d4-4536-913e-f062d0084c8f?version=1.0>

- Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2008:1. Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113053/Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet_vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus.fi.pdf?sequence=1
- Kinnula Petra. Malmi Teemu, Vauramo Erkki. Miten sote-uudistus toteutetaan? Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu n.ro 91. Kunnallissalan kehittämissäätiö. 2015, Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala
- Kivipelto Minna, Blomgren Sanna, Karjalainen Pekka, Saikkonen, Paula (toim.) (2013) Vaikuttavaa aikuissosi-aalitehtävää – arviointimalleista mittareihin Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Raportti 8/2013. THL. Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104473/URN_ISBN_978-952-245-864-3.pdf?sequence=1
- Koivuranta-Vaara Päivi (toim) (2011). Terveystieteiden tutkimuskeskus. Kuntaliiton verkkosivut. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597 (viimeksi luettu 26.8. 2016)
- Koivuranta-Vaara Päivi ja Punnonen Heikki (2014). Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta. Kuntaliiton verkkosivut. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/soster/ensihoidoselvitys/Sivut/default.aspx> (viimeksi tarkistettu 1.8. 2016)
- Konu Anne, Rissanen Pekka, Ihantola Mervi, Sund Reijo. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009: 46, 285-297.
- Kuntaliitto (2015). Suurten kaupunkien terveysasemavertailu 2015. http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/04/terveysasemaselvitys/20150417_Suurten%20kaupunkien%20terveysasemavertailu%202015_Kuntaliiton%20tiedoteliite.pdf (luettu 31.7. 2016)
- Kärki Jarmo, Ryhänen Mila (2015) Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2014. Raportti 20/2015. THL.
- Kärki, Jarmo; Laaksonen, Maarit; Hyppönen, Hannele (2012) Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2011. Raportti 2/2012. THL, Tampere.
- Lapsiasiavaltuutetun toimisto 2014. Eriarvoistuva lapsuus. Lasten hyvinvointi kansallisten indikaattoreiden valossa. Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2014. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2014:3. <http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2014/12/Vuosikirja-2014.pdf>
- Lumijärvi I, Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia N.O 187, Vaasan yliopisto 1994.
- Melkas T. 2013. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveyspolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka. 2/2013. Vol. 78. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201304183190>
- Meretoja A, Kaste M, Roine R, Juntunen M, Linna, M, Hillbom M, Marttila R, Erilä T, Rissanen A, Sivenius J, Häkinen U. Trends in treatment and outcome of stroke patients in Finland from 1999 to 2007. PERFECT Stroke, a nationwide register study. *Annals of Medicine* 2011;43:S1.
- NEMSIS Technical Assistance Centre (2016) National EMS Information System NEMSIS. NEMSIS verkkosivut <http://www.nemsis.org/> (viimeksi luettu 2.9. 2016)
- Nolte E, McKee M (2004). Does health care save lives? Avoidable mortality revisited, London: The Nuffield Trust, 2004. ISBN 1902089944. Saatavana verkkosivustona: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/15535/> (viimeksi luettu 2.10. 2016)
- Northwestern University (2016). HealthMeasures, Transforming How Health is Measured, verkkosivut, <http://www.healthmeasures.net/>, viimeksi luettu 16.8. 2016
- OECD (2002). Measuring Up - Improving Health System Performance in OECD Countries. OECD Publishing, Paris, 2002.
- OECD (2013) Health at a Glance 2015, OECD Indicators. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- OECD (2015) Health at a Glance 2015, OECD Indicators. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.V44SJE1f270

- OECD (2016). Health Care Quality Indicators. OECD:n verkkosivut. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm> (viimeksi luettu 31.8. 2016)
- Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011. Lasten hyvinvoinnin kansalliset indikaattorit. Tavoitteena tietoon perustuva lapsipolitiikan johtaminen. Opetus ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2011:3. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKMtr3.pdf?lang=fi>
- Poliisihallitus (2015) Viranomaisten yhteisen kenttäjärjestelmän rakentaminen etenee - Uusi järjestelmä parantaa poliisin toimintavalmiutta. Tiedote 20.10.2015, Poliisihallituksen verkkosivut . https://www.poliisi.fi/poliisihallitus/tiedotteet/1/0/viranomaisten_yhteisen_kenttajarjestelman_rakentaminen_etenee_-_uusi_jarjestelma_parantaa_poliisin_toimintavalmiutta_40452 (viimeksi luettu 1.8. 2016)
- Porter Michael E. What Is Value in Health Care? N Engl J Med, December 23, 2010 Vol. 363 No. 26, 2477-2481 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/Nejmp1011024#t=article> , (viimeksi luettu 5.9. 2016)
- Pekurinen Markku, Räikkönen Outi, Leinonen Tuija (2008). Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. STAKESin Raportteja 38/2008, <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf> (viimeksi luettu 28.9. 2016)
- Rotko T, Kauppinen T. 2016. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 8/2016. 49 sivua. Helsinki 2016.
- Rötsä Maarit, Berglind Heidi, Huovila Mikko, Hyppönen Konstantin, Peksiev Tiina & Mykkänen Juha (2016) Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpano-hanke (Kansa-hanke). Hankesuunnitelma 2016–2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjauksen 10/2016. Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130563/URN_ISBN_978-952-302-660-5.pdf?sequence=1
- Saaristo V, Ståhl T. 2015. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustimet kuntien valtionosuuteen ja sote-alueiden rahoitukseen. 13.11.2015. <http://www.slideshare.net/THLfi/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-kannustimet-kuntien-valtionosuuteen-ja-sotealueiden-rahoitukseen>
- Saikkonen Paula, Blomgren Sanna, Karjalainen Pekka, Kivipelto Minna (2015) Poistaako sosiaalityö huono-osaisuutta? Tutkimusjulkaisu 89. Kunnallissalan kehittämissäitiö. Helsinki.
- Seinäjoen kaupunki (2016) . Lihavuus laskuun –ohjelma 2013–2020. www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/terveyspalvelut/edistaterveyttasi/terveydenedistaminen/lihavuuslaskuun-ohjelma.html
- Seppä K-L (toim) (2008) Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10.
- Sipilä P, Parikka S, Härkänen T, Juntunen T, Koskela T, Martelin T, Koskinen S. Kuntien väliset erot sairastavuudessa : THL:n sairastavuusindeksin tuloksia. Suomen lääkärilehti 2014;45:2985 - 2992.
- Sitra (2016a). Sote-tiedosta tekoihin, Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Kesäkuu 2016. Sitran selvityksiä 113. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksiä-sarja/Selvityksia113.pdf>
- Sitra (2016b) Palvelupakettikäsikirja. Sähköinen pdf-julkaisu. Saatavilla Sitran verkkosivulla <http://www.sitra.fi/julkaisu/2016/palvelupakettikäsikirja>, viimeksi luettu 16.8. 2016
- Smith PC, Mossialos E, Leatherman S, Papanicolas I et al. Performance measurement for health system improvement. Publisher: Cambridge Univ Press 2010.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting (2014) Hälsa- och sjukvård, jämförelser mellan landsting. Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar. Öppna jämförelser 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-5>
- Socom (2016) Kansa-koulu. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain toimeenpano. <http://www.socom.fi/kansa-koulu/> (Luettu 8.8.2016)
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto,Valvira (2014). Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta. Selvityksiä 2:2014, Valvira http://www.sehl.fi/files/1053/Valtakunnallinen_selvitys_ensihoidosta.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014). Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001), STM. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001:8
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2006). Terveystieteen edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19. Yliopistopaino, Helsinki 2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2009). Skenaarioita sosiaalimenoista. Terveystieteen edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2775-9>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2015a) STM:n taustaselvitys aluehallintouudistuksen selvityshenkilölle. 18.12.2015. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/1955742/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6/76d644e8-be4f-4cc2-ae5c-0bf405d8ca04>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2015b). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöhanke. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:36 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126795/URN_ISBN_978-952-00-3600-3.pdf?sequence=1
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2016a) Rehula: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupaketit valtakunnallisiksi. Tiedote 97/2016. Sosiaali- ja terveysministeriö 17.6.2016. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/rehula-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palvelupaketit-valtakunnallisiksi (luettu 20.7.2016)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2016b). Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa – hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Raportteja ja muistioita 2016:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3823-6>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2016c). Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta: Väliraportti. Raportteja ja muistioita 2016:40. STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3822-9> (viimeksi luettu 1.8.2016)
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2016d). Vammaislainsäädännön kokonaisuudistuksen valmistelu jatkuu. Tiedote 34, 16.3. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vammaislainsaadannon-kokonaisuudistuksen-valmistelu-jatkuu (viimeksi luettu 31.8.2016)
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2016e). Komitea pohtii kuntoutuksen uudistamista. Tiedote 128/2016. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/komitea-pohtii-kuntoutuksen-uudistamista (viimeksi luettu 12.9.2016)
- Sund Reijo, Juntunen Merja, Lühtje Peter, Huusko Tiina, Mäkelä Matti, Linna Miika, Liski Antti, Häkkinen Unto. PERFECT-lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Stakes työpapereita 18/2008, Stakes <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75717/T18-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Suomen Standardoimisliitto SFS ry (2012). SFS-EN ISO 9999. Vammaisten apuvälineet. Luokitus ja termit.
- Suomen Syöpärekisteri (2016). Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut alueittain. http://www.cancer.fi/@Bin/119520942/Elossaololuvut_vastuualueittain_2012-2014.pdf (viimeksi luettu 31.8.2016)
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, THL (2009) Matti: Paljonko alkoholi maksaa? Kuinka paljon ehkäisevä päihdetyö säästää? Alkoholiohjelma. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, THL (2011). Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet / Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (THL) 5/2011, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, THL (2013). Tarkistuslista hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Tiedä ja toimi –kortti. THL 2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201401141104>
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, THL (2014a). OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa 2011 - 2012. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 20/2014, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014082633360>
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, THL (2015). Suomalaiset terveempiä lännessä kuin idässä. THL:n tiedote. 26.11.2015. <https://www.thl.fi/fi/-/suomalaiset-terveempia-lannessa-kuin-idassa>
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (2016a). Avohilmo - Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017 - Määritellyt ja ohjeistus. Ohjaus: 9/2016, THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-652-0>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016b). HILMO Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus Määrittelyt ja ohjeistus. 11/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-690-2>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL(2016c) Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH. Verkkosivut. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath> (luettu 15.6.2016)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2016d). Lonkkamurtuma hoitotiedot ja kustannukset. Terveys Atlas. http://www.terveytemme.fi/perfect/atlas/lonkka_html/atlas.html?select=25&indicator=i4
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016e). Avohilmo - Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017 - Määrittelyt ja ohjeistus. Ohjaus 9/2016, THL http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130436/URN-ISBN_978-952-302-652-0.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016f). Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin. THL:n verkkosivut. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/asiakas-ja-potilas/asiakaspalaute/kansalliset-kyselyt> (Luettu 30.7. 2016)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016g). Kouluterveyskysely. THL:n verkkosivut. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely> (Luettu 30.7. 2016)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016h). PERFECT, PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes. Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset. THL:n verkkosivut. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect> (viimeksi luettu 1.8. 2016)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arviointiryhmä (2016i). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi 30.6.2016. Raportti 12/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-687-2>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016j). Tietoa RAI-järjestelmästä. THL verkkosivut. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta> (viimeksi luettelu 30.8. 2016)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016k), Terveyden edistämisen kustannusesimerkit. THL:n verkkosivut. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus/rahat/esimerkit> (viimeksi luettu 2.9. 2016)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2016m). Ensihoidon kansallinen tietovaranto ja tiedolla johtaminen. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Tilastokeskus (2016a) Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta. Tilastokeskuksen verkkosivut <http://www.stat.fi/til/ktt/>. (luettu 30.7.2016).
- Tilastokeskus (2016b) Kuntien ja kuntayhtymien taloustilastojen uudistus. Tilastokeskuksen verkkosivut. <http://stat.fi/keruu/kuntien-taloustilastojen-uudistus.html>, (luettu 30.7. 2016)
- Tuusa Matti, Pitkänen, Sari, Shemeikka, Riikka, Korkeamäki Johanna, Harju Henna, Saares Aurora, Pulliainen Marjo, Kettunen Aija, Piirainen Keijo (2014) Yhdessä tekeminen tuottaa tuloksia. Nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 15. Helsinki, <http://tem.fi/documents/1410877/2859687/Yhdessä%20tekeminen+tuottaa+tuloksia+14052014.pdf>
- Työ- ja elinkeinoministeriö TEM (2013) Kotoutumisen kokonaiskatsaus. Ramboll Management Consulting. TEM raportteja 38/2013.
- Veli-Matti Vadén(2015). Kuntoutuksen vaikutusten seuranta (AKVA). Power Point esitys 21.1. 2015, Kela. Saatavana [http://www.kela.fi/documents/10180/1997422/Kuntoutuksen+vaikutusten+seuranta+\(AKVA\).pdf/85cd3d50-25e9-44c6-810b-126c45498bc1](http://www.kela.fi/documents/10180/1997422/Kuntoutuksen+vaikutusten+seuranta+(AKVA).pdf/85cd3d50-25e9-44c6-810b-126c45498bc1) (Viimeksi luettu 12.9. 2016)
- Valtioneuvosto (2016a). Sote- ja maakuntauudistuksen lausuntokierros 31.8.-9.11.2016. Hallituksen esityksen korjatut lakiluonnokset 1.9.2016. Valioneuvoston alueuudistuksen verkkosivut. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3118184/HE+Lakiehdotukset+31.8.2016.pdf/875ad9a5-0c76-45a9-8c24-50c5aae90133> (viimeksi luettu 7.9. 2016)

- Valtioneuvosto (2016b) Sote-palveluiden ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset -hanke-esittelyn verkkosivu. http://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset_publisher/sote-palveluiden-ja-asiakastietojarjestelmien-integraation-vaikutukset (luettu 15.6.2016)
- Valtioneuvosto (2016c) Uuden SOTEn mittaristo -hanke-esittelyn verkkosivu. http://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset_publisher/uuden-soten-mittaristo (luettu 15.6.2016)
- Valtioneuvosto (2016d). verkkosivut. Hankkeet ja säädösvalmistelu Vaikuttavuus ja kustannustieto -ryhmä. [http://alueuudistus.fi/soteuudistus/valmisteluryhmat#Vaikuttavuus ja kustannustieto -ryhmä](http://alueuudistus.fi/soteuudistus/valmisteluryhmat#Vaikuttavuus_ja_kustannustieto_ryhma). Viimeksi luettu 24.8. 2016.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2016). Potilashoidon vuosikertomukset 2015. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin verkkosivut. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Sivut/potilashoidon-vuosikertomus.aspx> (viimeksi luettu 26.8. 2016)
- Vitikainen K, Linna M, Street A. Substituting inpatient for outpatient care: what is the impact on hospital costs and efficiency? *European Journal of Health Economics* 2010;11(4):395-404.
- Weldring Theresa, Smith, Sheree M.S. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Service Insights*; 2013; 6: 61–68. doi: [10.4137/HSL.S11093](https://doi.org/10.4137/HSL.S11093) (viimeksi luettu 11.9. 2016)
- World Health Organization, WHO (2016). WHO guidelines approved by the Guidelines Review Committee. WHO:n verkkosivut (Viimeksi luettu 2.9. 2016)

Lainsäädäntö

- Kansanterveyslaki. 28.1.1972/66, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380
- Laki toimeentulotuesta 1412/1997
- Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007
- Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010
- Laki työvoima- ja yrityspalvelusta 916/2012
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015
- Laki vammaisten henkilöiden oikeuksista tehdyn yleissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta (373/2015)
- Kuntalaki 410/2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011
- THL:n määräys 1/2016 sosiaalihuollon palvelutehtävien luokituksesta.

Tilasto- ja tietokantaverkkosivustot, joita on käytetty indikaattoreiden nykytilakartoituksessa

- <http://www.kela.fi/kelasto>
- www.TEAviisari.fi
- <http://www.thl.fi/avohilmo>
- www.sotkanet.fi
- <http://www.tilastokeskus.fi/>
- <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain>
- www.patio.fi
- www.hyvinvointikompassi.fi
- www.terveytemme.fi

Liite 1: Indikaattorit, joita THL on koonnut huomioon otettaviksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän laadun ja vaikuttavuuden mittaamista kehitettäessä

Johdanto liitteen lukemiseen

Liitteen 1 sarakkeisiin indikaattoreista on koottu seuraavat tiedot:

a) indikaattorin nimi: indikaattorin sisältöä kuvaava ”yleis”nimi, joka ei sisällä indikaattorin tarkemman määrittelyn yksityiskohtia

b) Mitä mittaa: asiantuntijoiden näkemys siitä, mitä palvelujärjestelmän ominaisuuksia indikaattorin avulla voidaan tarkastella. Tässä on huomioitu OECD:n luoma viitekehys, mutta tuotu mukaan joita on täydennetty muilla näkökulmilla tarvittaessa hyvän kokonaiskuvan luomiseksi.

c) Mitta-arvo: Tässä indikaattori kuvataan niin yksityiskohtaisesti määriteltynä kuin mahdollista. Tavoitteena on, että lukija ymmärtää sen miten ja mistä indikaattorin numeroarvo tehdään.

d) Onko tuotannossa: Tässä kuvataan tuotetaanko indikaattoria tällä hetkellä siten, että se löytyy jostain julkisista tietokannoista. Jos se ei ole tuotannossa kuvataan onko se tuotettavissa hyödyntäen tietovarantoja joita nykyisin kerätään. Mikäli indikaattoria ei nykyisten tietovarantojen avulla ole mahdollista muodostaa todetaan, ei tuotettavissa. Tässä tapauksessa indikaattorin muodostamisessa tarvittava datan kirjaaminen ja tiedonkeruu pitäisi luoda ennen indikaattorin saamista käyttöön. Sarakkeessa kerrotaan myös millä tasolla (valtakunta, alue, kunta) indikaattori on saatavilla tai muodostettavissa. Se voi olla esim. saatavilla valtakunnallisesti, mutta tuotettavissa myös alueellisesti vaikka alue (sairaanhoitopiiri, maakunta jne) tietoja ei missään nykyisin julkaista

e) Tietolähde: mikäli indikaattori on tuotannossa, löytyy linkki indikaattoridataan siinä julkaisumuodossa kuin se on saatavilla. Mikäli indikaattori ei ole tuotannossa, on sarakkeessa tieto niistä lähteistä joista se voidaan muodostaa tai jos se ei ole muodostettavissa, on tässä linkkejä taustamäärittelyihin, jossa indikaattorista on tietoja saatavilla.

Seuraavat julkiset tietovarannot on kirjattu ”Tietolähteet ja tausta”-sarakkeeseen lyhenteinä ilman linkkiä ja linkki löytyy alle olevasta listasta:

Lyhenteet

ATH: [Alueellinen terveys, hyvinvointi ja palvelu -tutkimus](#)

Avohilmo: [Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri](#)

Kouluterveyskysely: [Kouluterveyskysely](#)

RAI: [Ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen](#)

Sosiaalihilmo: [Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri](#)

Sosiaalipalvelujen toimintatilasto: [Sosiaalipalvelujen toimintatilasto](#)

Terveyshilmo: [Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri](#)

Indikaattorin nimi	Mitä mittaa	Mitta-arvo ja (tekninen) muodostaminen	Onko kansallisessa tuotannossa tai tuotettavissa eri aluetasoilla (V, A, K) V = Valtakunnan taso A = Aluetaso (sairaanhoito piiri, maakunta) K = Kuntataso Tuotannossa = luvut julkisesti saatavissa Tuotettavissa = tiedot tuotettavissa nykyisin kerättävistä aineistoista	Tietolähde ja tausta
1. Suun terveydenhuollon palvelupaketti				
Tervehampaiset 12-vuotiaat	vaikuttavuus, ennaltaehkäisy-kyvykyys, palvelujärjestelmänäkökulma	Tervehampaisten 12-vuotiaiden osuus (%) vastaavanikäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä Tervehampainen: DMF+dmf=0 (ei karioituneita, puuttuvia eikä paikattuja hampaita)	Tuotettavissa: V, A, K	Avohilmo (THL)
Tervehampaiset 25–64-vuotiaat (ml. kiinnityskudokset)	vaikuttavuus, ennaltaehkäisy-kyvykyys, palvelujärjestelmänäkökulma	Tervehampaisten 25–64-vuotiaiden osuus % vastaavanikäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä Tervehampainen (ml. kiinnityskudokset): DMF=0 ja CPI=000000	Tuotettavissa: V, A, K	Avohilmo (THL)
Suun terveydenhuollon hammaslääkärikäynnit terveyskeskuksessa	saatavuus palvelun suoritteiden kautta	Hammaslääkärikäynnit terveyskeskuksessa tuhatta vastaavanikäistä kohti Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17-, 18–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2397 , 2403 , 4125 , 4129) Avohilmo (THL)
DMF-indeksi	hoitotoimenpiteiden vaikuttavuus	Suun terveydenhuollon asiakkaiden DMF- indeksien keskiarvo Tarkasteltavissa ikäryhmittäin DMF (Decayed Missing Filled) -indeksi ilmaisee hampaistossa esiintyvien reikiintyneiden, poistettujen ja paikattujen hampaiden yhteenlasketun määrän.	Tuotettavissa: V, A, K	Avohilmo (THL) Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017 Määrittelyt ja ohjeistus (THL) SUHAT-hanke (Stakes 2008)

CPI-indeksi	hoitotoimenpiteiden vaikuttavuus	Suun terveydenhuollon asiakkaiden CPI-indeksien keskiarvo. Tarkasteltavissa ikäryhmittäin CPI -indeksi (Community Periodontal Index) kuvaa ientaskujen tilaa, kun ientaskut mitataan tietyistä mittauspisteistä hampaiston ollessa jaettu kuuteen osaan ja jokaisen osan korkein arvo kirjataan. Mittaus tehdään ientaskumittarilla. Jokaisen sekstantin huonoin tulos kirjataan seuraavasti: 0 = terve ien, 1 = ientulehdusta, 2 = hammaskiveä, 3 = syventynyt ientasku, 4 = 6mm tai sitä syvämpi ientasku ja X jos sekstantissa ei ole riittävästi hampaita mittauksen suorittamiseen.	Tuotannossa: V, A, K	Avohilmo (THL) Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017 Määrittelyt ja ohjeistus (THL) Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkin töjen toiminnalliset määritykset 2016 (THL)
Hoitoonpääsy yhteydenotosta 3 viikon kuluessa hammaslääkäriin	saatavuus, hoitoon pääsy	Suun terveydenhuollon hammaslääkäriin kiireettömien käyntien toteutuminen kolmen viikon sisällä yhteydenotosta % toteutuneista vastaavista käynneistä	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K Käyntien odotusajat suun terveydenhuollossa -kuutiosta saatavista lukumäärätiedoista mahdollista laskea indikaattorin arvo	Käyntien odotusajat suun terveydenhuollossa - kuutio (hammaslääkäri) THL: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa Avohilmo (THL)
Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyys: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	asiakaskeskeisyys, asiakaskokemus	Keskiarvo suun terveydenhuollon asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Sain tarvitsemani palvelun / hoidon kun sitä tarvitsin." Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: V, A, K	Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyys: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa THL: Hammashoidon laatu asiakkaan näkökulmasta
Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	asiakaskeskeisyys, asiakaskokemus	Keskiarvo suun terveydenhuollon asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti" Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: V, A, K	Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu THL: Hammashoidon laatu asiakkaan näkökulmasta
Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys	asiakaskeskeisyys, asiakaskokemus	Keskiarvo suun terveydenhuollon asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Koin saamani palvelun hyödylliseksi" Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: V, A, K	Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys THL: Hammashoidon laatu asiakkaan näkökulmasta

2. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupaketti				
2.1. Mielenterveyspalvelut				
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus	vaikuttavuus, prevention ja hoidon onnistuminen; palvelujen tarve	Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%) 20–54- ja 55–74-vuotiaista jaoteltuna koulutustason mukaan Psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitetaan MHI-5 -kysymyspatterilla. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Muutetaan asteikolle 0–100. Psyykkistä kuormittuneisuutta tarkastellaan arvoina 0–100, jolloin 52 tai sen alle pistettä saavilla on jo kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua.	Tuotannossa: V, A, (osasta K)	Terveytemme.fi (Psyykinen kuormittuneisuus), Sotkanet (ind 4354–4360) THL: ATH-tutkimus
Terveyskeskuksessa nimetty ehkäisevän mielenterveystyön vastuuhenkilö	prosessin laatu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä	Niiden terveyskeskusten osuus, joissa on nimetty ehkäisevän mielenterveystyön vastuuhenkilö, (%) terveyskeskuksista	Tuotannossa: V, A, K	TEAvisari: (Ehkäisevän mielenterveystyön vastuuhenkilö). THL: Terveydenedistämisen tiivisyys perusterveydenhuollossa -tiedonkeruu
Itsemurhakuolleisuus	vaikuttavuus; prevention ja hoidon onnistuminen; palvelujen tarve	Itsemurhan tehneiden määrä / 100 0000 asukasta	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3106) Tilastokeskus: Kuolemansyyt
Mielenterveysdiagnoosin saaneiden potilaiden Itsemurhat 30 päivän ja 1 vuoden sisällä vuodeosastohoidon jälkeen	hoidon laatu, turvallisuus	Niiden mielenterveyspotilaiden (ICD-10 koodit F10-F69 ja F90-99) osuus kaikista näillä diagnooseilla kotiutetuista, jotka tekivät itsemurhan 30 päivän ja 1-vuoden sisällä vuodeosastohoitojakson jälkeen	Tuotannossa: V	OECD-indikaattori Health at a Glance OECD indicators
Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty 18 vuotta täyttäneet	suorite, palvelun tarve	Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen 18 vuotta täyttäneiden henkilöiden lukumäärä/1000 vastaavanikäistä/vuosi	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3083) THL: Terveyshilmo
Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty alle 18 vuotta täyttäneet	suorite, palvelun tarve	Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen 0 -17-vuotiaiden henkilöiden lukumäärä/1000 vastaavanikäistä/vuosi. Sotkanetistä saatavissa suhteutukseen 0 – 17-vuotiaiden väestötieto (ind. 1065). Lukumäärätiedon saa Osuus <->Lukumäärä -painikkeella	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3058) THL: Terveyshilmo
Psykiatrian erikoisalan avohoitokäynnit	saatavuus suoritteiden kautta, palvelujen tarve	Psykiatrian erikoisalojen avohoitokäynnit lkm/ 1000 asukasta Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, psykiatria/ 1000 18 vuotta täyttänyttä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2482) THL: Terveyshilmo
Perusterveydenhuollon mielenterveyssyistä johtuneet käynnit	saatavuus suoritteiden kautta, palvelujen tarve	Kaikki perusterveydenhuollon mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöille (ICD10) kirjatut käynnit, lkm/1000 asukasta.	Tuotannossa: V Tuotettavissa: A, K	Avohilmo, pikaraportit (THL). THL: Perusterveydenhuolto

Psykiatrian asiakkaat, jotka olleet ympärivuorokautisessa palveluasumisessa	saatavuus suoritteiden kautta, palvelujen tarve	Psykiatriset asiakkaat ympärivuorokautisissa asumispalveluissa, lkm tuhatta asukasta kohden Sotkanetistä saatavissa väestösuhteutukseen väestötieto: Väestö 31.12. (ind 127)	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2924) THL: Sosiaalihilmo
Psykiatrian asiakkaat, jotka olleet ei-yräpärivuorokautisessa palveluasumisessa	saatavuus suoritteiden kautta, palvelujen tarve	Psykiatriset asiakkaat ei-yräpärivuorokautisissa asumispalveluissa, lkm tuhatta asukasta kohden Sotkanetistä saatavissa väestösuhteutukseen väestötieto: Väestö 31.12. (ind 127)	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2932) THL: Sosiaalihilmo
Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö, hoitopäivät	saatavuus suoritteiden kautta, palvelujen tarve	Psykiatristen sairaalahoito hoitopäivät/1000 asukasta	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 1263) THL: Terveyshilmo
THL:n Mielenterveysindeksi	vaikuttavuus, palvelujen tarve, vakava psykiatrinen sairastavuus alueella	Indeksi muodostetaan kolmesta asiasta: 1) Itsemurhat ja sairaalahoitoon johtaneet itsemurhayritykset ikäryhmässä 16–79 suhteutettuna samanikäiseen väestöön 2) psykoosin (vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt, vaikeahoitoinen psykoosi) hoitoon myönnettyjen lääkekorvausoikeuksien määrän suhteutettuna väkilukuun.3) mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden (F00-F99) vuoksi työ- ja/tai kansaneläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneiden 16–64-vuotiaiden määrän suhteutettuna samanikäiseen väestöön. Kullakin asialla on 1/3 painoarvo. Maan keskiarvo on 100 ja indeksi on luku suhteessa maan keskiarvoon.	Tuotannossa: V, A, K	Terveysme.fi: (Mielenterveysindeksi), Sotkanet (ind 253 , 254) THL:n sairastavuusindeksi
Pitkittyneet psykiatriset sairaalahoitojaksot	vaikuttavuus, hoidon laatu ja turvallisuus	Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti psykiatrisessa sairaalahoitossa olleiden potilaiden määrä 1000 asukasta kohti. Psykiatrian sairaalahoito sisältää erikoisalojen 70 - 75 hoitoilmoitukset.	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3082) THL: Terveyshilmo
Mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet	Hoidon vaikuttavuus	Mielenterveysperusteisesti työkyvyttömyyseläkkeellä olevat 16–64-v / 1000 vastaavanikäisistä, myös erikseen aikuiset 25–64 v, nuoret 16–24 v	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3218 , 3328 , 2422) ETK: Eläketilastot
Mielenterveysperusteisten osasairauspäivärahojen käyttö	Hoitoprosessin laatu	Indikaattori ilmaisee mielenterveysperusteisten alkaneiden osasairauspäiväraha kausien lukumäärän alueella	Tuotannossa: V, A, K	Kela: Kelasto . Kela: Tilasto sairauspäivärahasta .
Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen	hoidon laatu, psykiatristen hoidon ja hoitoketjun laatu	Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin, % kotiutetuista - kaikki sairaalat. Kuvastaa ns. pyöröovisyndroomaa: liian varhain lopetetun sairaalahoitoon seurauksena potilas ei pärjää avohoidossa ja joutuu uudestaan sairaalahoitoon.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: (K)	OECD-indikaattori THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa

Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus	vaikuttavuus, väestöryhmien väliset erot, eriarvoisuus	Niiden 15–74-vuotiaiden henkilöiden kuolleisuus, joilla on elinaikanaan diagnosoitu skitsofrenia suhteessa vastaavan ikäisen väestön kokonaiskuolleisuuteen	Tuotannossa: V Tuotettavissa: A	OECD-indikaattori Health at a Glance OECD indicators
Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ylikuolleisuus	vaikuttavuus, väestöryhmien väliset erot, eriarvoisuus	Niiden 15–74-vuotiaiden henkilöiden kuolleisuus, joilla on elinaikanaan diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö suhteessa vastaavan ikäisen väestön kokonaiskuolleisuuteen	Tuotannossa: V Tuotettavissa: (A)	OECD-indikaattori Health at a Glance OECD indicators
2.2. Pähdepalvelut				
Perusterveydenhuollon avohoidon yli 15-vuotiaiden tupakoivien asiakkaiden osuus, joille on tehty nikotiiniriippuvuudesta	prosessiin laatu, hoidon tarve	Ilmaisee perusterveydenhuollon yli 15-vuotiaiden tupakoivien avohoidon asiakkaiden osuuden (%), joille on tehty nikotiiniriippuvuudesta ainakin kerran vuoden aikana. Perustuu Fagerströmin testin pohjalta 2 kysymyksen nikotiiniriippuvuutta kuvaavaan testiin (HSI, Heaviness of Smoking Index): aika heräämisestä aamun ensimmäisen savukkeen polttamiseen sekä päivittäin poltettujen savukkeiden määrää). Pisteet (0–6): vähäinen riippuvuus 0–1, kohtalainen riippuvuus 2–3, vahva tai hyvin vahva riippuvuus 4–6. Testi sopii käytettäväksi aikuisille ja päivittäin tupakoiville nuorille.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Nikotiiniriippuvuudesta saatavissa koodistopalvelimelta Käypä hoito -suositus Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus .
Rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kk aikana kokeneiden osuus yli 20-vuotiaista	vaikuttavuus ennaltaehkäiseväsä toiminnassa, hoidon tarve,	Ilmaisee rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kk aikana kokeneiden osuuden (%) yli 20-vuotiaista ATH -tutkimuksen rahapelikysymyksen vastanneista. Perustuu ATH-tutkimuksen kysymykseen: "Onko Teistä 12 viime kuukauden aikana tuntunut, että rahapelaaminen saattaa olla Teille ongelma?". Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei koskaan, 2) joskus, 3) usein, 4) lähes aina ja 5) en pelaa rahapelejä. Tarkastelussa ovat vastausvaihtoehtoihin 2) joskus, 3) usein tai 4) lähes aina vastanneiden yhdistetty % -osuus.	Tuotannossa: V, A, osittain K (suuret kunnat)	Terveystemme.fi (Rahapelaaminen ongelmana) THL: ATH-tutkimus

<p>Alkoholia liikaa käyttävien osuus 20–64-vuotiaista</p>	<p>vaikuttavuus ennaltaehkäisevässä toiminnassa, hoidon tarve</p>	<p>Indikaattori ilmaisee alkoholia todennäköisesti liikaa käyttävien osuuden prosentteina 20–64-vuotiaista ATH-tutkimuksen AUDIT-C kyselyyn vastanneista.</p> <p>Perustuu ATH-tutkimuksessa käytettyyn kolmen kysymyksen AUDIT-C -kysymyssarjaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? 1) en koskaan, 2) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin, 3) 2-4 kertaa kuukaudessa, 4) 2-3 kertaa viikossa ja 5) 4 kertaa viikossa tai useammin. • Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? 1) 1-2 annosta, 2) 3-4 annosta, 3) 5-6 annosta, 4) 7-9 annosta ja 5) 10 tai enemmän. • Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? 1) en koskaan, 2) harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3) kerran kuukaudessa, 4) kerran viikossa ja 5) päivittäin tai lähes päivittäin. <p>Kukin kysymys pisteytettiin 0-4 ja pisteet laskettiin yhteen, jolloin kokonaispistemääräksi voi saada 0-12.</p> <p>Tarkastelussa liikkakäytön pisterajoina on miehillä vähintään 6 pistettä ja naisilla vähintään 5 pistettä saaneiden osuus. Indikaattori ilmaisee liikkakäytön pisterajat ylittäneiden osuuden (%) kyselyyn vastanneista ko. ikäryhmässä.</p>	<p>Tuotannossa: V, A, osittain K (isot kunnat)</p>	<p>Sotkanet (ind 4412) THL: ATH-tutkimus</p>
<p>Niiden päihdeongelman vuoksi hoidossa olevien asiakkaiden osuus, jotka ovat käyttäneet vähintään kolmea eri päihdettä kuluneen kuukauden aikana.</p>	<p>vaikuttavuus päihdepalveluissa, hoidon tarve</p>	<p>Määrittelee vähintään kolmea eri päihdettä ongelmallisesti käyttäneiden osuuden (%) kuluneen kuukauden aikana päihdeongelman vuoksi hoidossa olevilla. Vertailutiedoksi voidaan ottaa vuoden aikana tehty ensimmäinen arviointi.</p> <p>Luokittelu soveltuu käytettäväksi päihdeongelmaisten hoidossa ja perustuu Pompidou-tiedonkeruuseen. Ongelmallisesti päihteitä käyttävien kuluneen kuukauden aikana käyttämät päihteet eriteltyinä päihdeluokittain: kirjataan ne päihteet (max 5), jotka ovat aiheuttaneet asiakkaalle ongelmia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mikä päihde on aiheuttanut eniten ongelmia kuluvan kuukauden aikana? • Mitkä muut päihteet ovat aiheuttaneet ongelmia kuluvan kuukauden aikana? • Onko asiakkaalla jokin muu pitkäaikainen ongelmapäihde, joka on aiemmin aiheuttanut merkittäviä ongelmia, vaikuttanut hoitoon hakeutumiseen ja joka edelleen huomioidaan hoidossa? <p>Päihdeluokittelu perustuu EMCDDA:n tekemään, kansainvälisesti käytettävään luokitteluun.</p>	<p>Tuotannossa: V</p>	<p>Vuosittain THL:n tekemä erillistiedonkeruu päihdehuollon huumeasiakkaista, ks. Huumehoidon Pompidou-tiedonkeruu. Pompidou - Päihdeluokitus saatavissa koodistopalvelimelta</p>

Päihdeongelman vuoksi hoidossa olevien päihdeettömien kuukausien määrä edeltäneen vuoden aikana	vaikuttavuus päihdepalveluissa, hoidon tarve	Ilmaisee päihdeettömien kuukausien määrän edeltäneen 12 kuukauden aikana. Luokittelu soveltuu käytettäväksi päihdeongelmaisten hoidossa ja perustuu Pompidou-tiedonkeruuseen. Päihdeettömät kuukaudet edeltäneen 12 kk aikana. Aika lasketaan kuukausissa viimeisen vuoden ajalta. Päihdeettömäksi ajaksi hyväksytään vähintään kuukauden (= 4 viikkoa) kestänyt päihteen jakso. Päihdeettömyydeksi tulkitaan täydellinen pidättäytyminen alkoholista ja laittomista huumausaineista.	Tuotannossa: V	Vuosittain THL:n tekemä erillistiedonkeruu päihdehuollon huumeasiakkaista, ks. Huumehoidon Pompidou-tiedonkeruu . Pompidou - Päihdeluokitus saatavissa koodistopalvelimelta
Päihderiippuvuuden vaikeusaste päihdeongelman vuoksi hoidossa olevilla	vaikuttavuus päihdepalveluissa, hoidon tarve	Päihdeongelman vuoksi hoitoon hakeutuneiden päihderiippuvuuden vaikeusaste (keskiarvo) kalenterivuoden aikana vuoden viimeisimmän SDS-mittarilla tehdyn tuloksen pohjalta. SDS (Severity of Dependence Scale) on viiden kysymyksen mittari päihderiippuvuuden vaikeusasteen arviointiin, jossa kukin kysymys voi saada arvon 0-4. Maksimipistemäärä on 15 pistettä. Mitä suurempi arvo, sitä vaikeampi riippuvuus. Alkuperäinen mittari on kehitetty opioidiriippuvuuden vaikeusasteen arviointiin, mutta sitä voidaan käyttää myös muihin päihteisiin liittyvän riippuvuuden vaikeusasteen arviointiin. Luokittelu soveltuu käytettäväksi päihdeongelmaisten hoidossa.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Ei ole yleisesti hoitoyksiköiden tietojärjestelmissä, mutta on kliinisessä käytössä. Käytössä jo Eksoten ja A-klinikkasäätiön tietojärjestelmissä. Päihderiippuvuuden vakavuuden arviointiasteikko (SDS) saatavissa Käypä hoito -suosituksesta Alkoholiongelmaisen hoito.
Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Ilmaisee kuntien kustantamia päihdehuollon avopalveluita vuoden aikana A-klinikoilla tai nuorisos asemilla käyttävien asiakkaiden lukumäärän 1000 asukasta kohden. Väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa. Asiakkaiden lukumäärään vuoden aikana lasketaan kukin henkilö vain kerran riippumatta kuinka monta kertaa hän on ollut asiakkaana	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 1271) Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)
Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Ilmaisee vuoden aikana päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä laitoshoidossa olleiden asiakkaiden lukumäärän 1000 asukasta kohden. Tiedot kattavat kunnan päihdepalvelujen oman tuotannon ja palvelujen ostot ns. kunnan kustantamat palvelut.	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 1270) THL: Terveyshilmo
Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Ilmaisee vuoden aikana alkoholi, huumausaine, lääkeaine tai korvikkeet - päädiagnooseilla sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidossa olleiden potilaiden lukumäärän 1000 asukasta kohden.	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 1278) THL: Terveyshilmo

Päihdehuollon asumispalvelujen asiakkaat	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Ilmaisee kuntien päihdehuollon asumispalveluita vuoden aikana päihdehuollon asumispalveluyksiköissä tai ensisuoissa käyttävien asiakkaiden lukumäärän 1000 asukasta kohden, väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa. Asiakkaiden lukumäärään vuoden aikana lasketaan kukin henkilö vain kerran riippumatta kuinka monta kertaa hän on ollut asiakkaana	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 1272). Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)
Huumeiden käyttäjien sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä asiointi	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Huumeiden käyttäjien sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä vähintään kerran vuodessa asioineet henkilöt. Asiakkaiden lukumäärä suhteutettuna alueen asukaslukuun.	Tuotannossa: V	THL kerää huumeiden käyttäjien sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä asiointeja koskevaa tietoa vuosittain valtakunnallisesti erillistiedonkeruuna. Tiedot julkaistaan valtakunnallisella tasolla summattietona, mutta tarpeen seurata myös maakunnallisella ja kuntatasolla. Päihdetilastollinen vuosikirja
Perusterveydenhuollon avohoidon päihdetyön käynnit.	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Perusterveydenhuollon avohoidon päihdetyön käynnit 1000 asukasta kohti. (Avohilmon palvelumuoto päihdetyö) Päihdetyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä perusterveydenhuollon avohoidon toimintana järjestettävää ehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa, nimenomaisesti päihdeongelmien hoitoon kohdistuvaa perusterveydenhuollon avohoidon toimintaa. Sotkanetistä saatavissa indikaattorin suhteuttajaksi väestö 31.12.(ind 127)	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K	Avohilmo: Pikaraportit (Päihdetyön käynnit) (THL) Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon käynnit palvelutuottajittain: Päihdetyön käynnit
Opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoito perusterveydenhuollon avohoidossa	suoritteitten kautta tarkasteltu saatavuus	Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit, joilla annettu vieroitus- ja korvaushoitoa, 1000 asukasta kohden. Toimenpide SPAT1275. Vieroitus- ja korvaushoito opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoidosta annetun asetuksen (33/2008) mukaan. Sotkanetistä saatavissa indikaattorin suhteuttajaksi väestö 31.12.(ind 127)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	Avohilmo (THL). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008
Alkoholikuolleisuus 35–64-vuotiailla	palvelujen ja ennaltaehkäisyn vaikuttavuus	Alkoholikuolleisuus 35–64-vuotiailla 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti Lukuun sisältyy niiden kuolleiden lukumäärä, joiden peruskuolemansyy liittyy alkoholiin (alkoholitaudit ja tapaturmaiset alkoholimyrkytykset).	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3104) Tilastokeskus: Kuolemansyyt

Alkoholi- ja huumekuolleisuus 15–34-vuotiailla	palvelujen ja ennaltaehkäisyn vaikuttavuus	Alkoholi- ja huumekuolleisuus 15–34-vuotiailla 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti Lukuun sisältyy niiden kuolleiden lukumäärä, joiden peruskuolemansyy liittyy alkoholiin (alkoholitaudit ja tapaturmaiset alkoholimyrkytykset). Huumekuolleisuus Euroopan huume seurantakeskuksen EMCDDA:n standard definition määritelmän mukaisesti: kuolemia, jotka johtuvat suoraan yhden tai usean huumeen käytöstä ja jotka tapahtuvat yleensä pian aineen tai aineiden käytön jälkeen. Näistä kuolemista käytetään nimityksiä "yliannostus", "myrkytys tai huumeen aiheuttama kuolema". Aluetasolla voidaan raportoida erä-alueittain.	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3101) Tilastokeskus: Kuolemansyyt Ks. tarkemmin EMCDDA:n määritelmät
Päihtyneiden osuudet tapaturmissa kuolleista alueella	palvelujen ja ennaltaehkäisyn vaikuttavuus	Päihtyneenä tapaturmissa kuolleiden osuus (%) tapaturmaisesti kuolleista Tapaturmaiset kuolemat kirjautuvat alueelle silloin, kun tapaturmassa kuolleen kotikunta sijaitsee alueella. Aluejaon perusteena ei siis ole se, missä kunnassa tapaturma sattui. Koko maan tieto vuosikohtainen Aluetieto useamman vuoden keskiarvo (viimeisimmässä raportissa keskiarvo vuosien 2005–2013 ajalta)	Tuotannossa: V, A	Koko maan tiedot: Tilastokeskus: Kuolemansyyt Aluetiedot sairaanhoitopiireittäin ja pelastusalueittain lähteenä THL: Tapaturmat alueittain .
Todettuja C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä)	palvelujen ja ennaltaehkäisyn vaikuttavuus	Todetut C-hepatiitti-infektiot (kaikki tartuntatavat yhteensä) 100 000 asukasta kohti.	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3172) THL: Tartuntatautirekisteri
Todettuja HIV-infektioita (tartuntatapa ruiskuhuumeet)	palvelujen ja ennaltaehkäisyn vaikuttavuus	Todettuja HIV-infektioita (tartuntatapa ruiskuhuumeet) 100 000 asukasta kohti	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3170). THL: Tartuntatautirekisteri .
3. Lasten, nuorten ja perheiden palvelupaketti				
Terveystilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien nuorten yleisyys nuorilla	palvelun tarve	Terveystilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien nuorten osuus 8.- ja 9. luokkalaisista sekä lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 286 , 3931 , 3916) THL: Kouluterveyskysely
Ylipainon yleisyys nuorilla	vaikuttavuus ja palvelun tarve	Ylipainoisten (BMI:n mukaan) osuus 8. ja 9.-luokkalaisista, nuoren itse ilmoittamana	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3906 , 3940 , 3925) THL: Kouluterveyskysely
Ylipainon yleisyys lapsilla	vaikuttavuus ja palvelun tarve	Ylipainoisten (BMI:n mukaan) 4-vuotiaiden osuus (%) vastaavanikäisistä, neuvolassa punnittuna	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Kohtalaisen tai vaikean ahdistuneisuuden yleisyys nuorilla	vaikuttavuus ja palvelun tarve	Kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokeneiden (GAD-7) osuus 8. ja 9.-luokkalaisista sekä lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista, nuoren itse ilmoittamana	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 328 , 346 , 337) THL: Kouluterveyskysely

Raittiiden nuorten osuus	vaikuttavuus ja palvelun tarve	Raittiiden nuorten osuus 8. ja 9.-luokkalaisista sekä lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista	Tuotannossa: V, A, K	THL: Kouluterveyskysely
Päivittäin tupakoivien nuorten osuus	vaikuttavuus ja palvelun tarve	Päivittäin tupakoivien nuorten osuus 8. ja 9.-luokkalaisista sekä lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 288 , 3936 , 3921) THL: Kouluterveyskysely
Ehkäisyn puuttuminen viimeisessä yhdynnässä	vaikuttavuus terveydenedistämistyölle	Viimeisessä yhdynnässä ehkäisyä käyttämättömien nuorten osuus 8. ja 9.-luokkalaisista sekä lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista.	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3143 , 3148 , 3153) THL: Kouluterveyskysely
Alaikäisten raskaudenkeskeytykset	vaikuttavuus terveydenedistämistyölle	13–17-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vuosittain / 1000 vastaavanikäistä	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 1310) THL: Raskaudenkeskeyttämisrekisteri
Ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin ajankohta	prosessin laatu, saatavuus	Ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin ajankohdan keskiarvo raskausviikkoina	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	Tieto ei tuotannossa, mutta saatavissa syntyneiden lasten rekisteristä THL: Syntymärekisteri
Rakennepoikkeavuuksien seulonta 18+0–21+6 raskausviikoilla	prosessin laatu, saatavuus	Rakennepoikkeavuuksien seulontaan 18+0–21+6 raskausviikoilla osallistuneet, % raskauksista, jotka päättyneet joko synnytykseen tai raskaudenkeskeytykseen seulonta-ajankohdan jälkeen	Tuotannossa: Ei	Tuotanto käynnistyy vuoden 2017 alussa tiedonkeruulla. Seulonta-asetus THL: Syntymärekisteri THL: Epämuodostumarekisteri
Äitiysneuvola-asiakastytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	asiakaslähtöisyys	Keskiarvo äitiysneuvolan asiakkaiden antamista arvioista väittämään: ”Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti” Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: A, K	Terveyskeskuskysely: Kohtelu / asiakaspalvelu Neuvoloiden asiakastytyväisyys THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin
Äitiysneuvola-asiakastytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys	asiakaslähtöisyys	Keskiarvo terveysaseman asiakkaiden antamista arvioista väittämään: ”Koin saamani palvelun hyödylliseksi” Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: A, K	Terveyskeskuskysely: Palvelun hyödyllisyys Neuvoloiden asiakastytyväisyys THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin

Lastenneuvolan laajojen terveystarkastusten peittävyys 4-vuotiailla	prosessin laatu ja saatavuus	Tarkastettujen lasten osuus (%) koko ikäluokasta 4-vuotiaat, joille on tehty lastenneuvolan laaja terveystarkastus, osuus (%) vastaavanikäisistä Sisältää sekä terveydenhoitajan että lääkärin tekemän terveystarkastuksen. SPAT 1383 (vuodesta 2015) ja 1316 Laskenta: 5 vuotta tarkasteluvuonna täyttäneet, joille hoitajan ja lääkärin tekemä laaja tarkastus 4-vuotiaana (eli käyntejä sekä 2014 että 2015). Vertailuväestö on tarkasteluvuotta edeltävän vuoden lopun 4-vuotiaat. Neljän vuoden ikäisen lapsen laaja terveystarkastus lastenneuvolassa Huom. Tähän terveystarkastukseen kuuluu myös lapsen vanhempien haastattelu ja koko perheen hyvinvoinnin selvittäminen niiltä osin kuin se on tarpeellista lapsen terveyden- ja sairaanhoidon tai tuen tarpeen arvioimiseksi sekä niiden järjestämiseksi ja toteuttamiseksi. Ks. asetus 338/2011.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Lastenneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten peittävyys	prosessin laatu ja saatavuus	Neuvolan kaikissa tarkastuksissa tarkastettujen lasten osuus (%) koko ikäluokasta	Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Pneumokokki-rokotuskattavuus lapsilla	vaikuttavuus, laatu	Pneumokokki-rokotuksen saaneiden lasten osuus (%) tietyinä vuotena syntyneistä Tietynä vuotena syntyneiden PCV-rokotteen ensimmäisen annoksen ja täydellisen sarjan saaneiden osuus (%) ikäluokasta Lapsi on mukana kattavuuslaskelmassa, mikäli hän on asunut koko seuranta-ajan (35 kk syntymästä) sellaisten terveyskeskusten alueella, joista on saatu kattavasti tietoja rokotusrekisteriin.	Tuotannossa: V, A, (palveluntuotta ja)	Pneumokokkirokotuskattavuus (ensimmäisen annoksen saaneet) THL: Rokotusrekisteri THL: Avohilmo
Lastenneuvola-asiakastytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	asiakaslähtöisyys	Keskiarvo äitiysneuvolan asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti" Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: A, K	Terveyskeskuskysely: Kohtelu / asiakaspalvelu Neuvoloiden asiakastytyväisyys THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin
Lastenneuvola-asiakastytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys	asiakaslähtöisyys	Keskiarvo terveysaseman asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Koin saamani palvelun hyödylliseksi" Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: A, K	Terveyskeskuskysely: Palvelun hyödyllisyys Neuvoloiden asiakastytyväisyys THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin

Kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten peittävyys	prosessin laatu ja saatavuus	Peruskoulussa kaikissa laajoissa terveystarkastuksissa tarkastettujen lasten osuus (%) koko ikäluokasta SPAT 1384, 1385,1386	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastusten peittävyys toisen asteen oppilaitoksissa	prosessin laatu ja saatavuus	Opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastuksessa tarkastettujen toisen asteen oppilaitosten ensimmäisen vuoden opiskelijoiden osuus (%) kaikista vastaavista opiskelijoista SPAT 1363 & ammattiluokka: lääkäri Ensimmäisenä opiskeluvuonna tehty terveystarkastus lukion, ammatillisen oppilaitoksen ym. asetuksen (338/2011) 9§ 5 kohdan mukaiselle opiskelijalle	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Erytisen tuen tarpeen mukainen käynti	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus	Perusterveydenhuollon avohoidon erityisen tuen tarpeen mukaisten käyntien lukumäärä lapsilla ja nuorilla (0–2-, 3–6-, 7–16-, 17–24-vuotiaat)/ 1000 vastaavanikäistä Erytisen tuen tarpeen selvittämiseksi tai tuen järjestämiseksi tehdyt toimenpiteet käynnin aikana (SPAT1389)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Määräajassa aloitettu lastensuojeluilmoitusten käsittely	palvelun saatavuus	Lastensuojeluasiassa vireille tulleiden palvelutarpeiden arviointien käsittely aloitettu 7 arkipäivän kuluessa (%) ja valmistunut 3 kk:n kuluessa (%)	Tuotannossa: V, A, K	Aloitettu 7 arkipäivän kuluessa (%) Valmistunut 3 kk:n kuluessa (%) THL: Lastensuojelun käsittelyajat
Toistuvasti kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset	prosessiin laatu	Toistuvasti kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0 - 17-vuotiaiden lasten osuus 10 000 vastaavanikäistä lasta kohden. Toistuvasti sijoitetulla lapsella tarkoitetaan niitä lapsia joilla on kahtena peräkkäisenä vuonna alkavat sijoitusjaksot, ja näiden sijoitusjaksojen välillä on vähintään yksi päivä jolloin lapsi ei ole sijoitettuna. Jaoteltuna ikäryhmiin 0–12-v ja 13–17-v	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	Sotkanet: (kaksi indikaattoria rakenteilla) THL: Lastensuojelurekisteri
Somaattisen erikoissairaanhoidon 0 - 17-vuotiaat vuodeosastohoidon potilaat	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Somaattisen erikoissairaanhoidon 0–17-vuotiaat vuodeosastohoidon potilaat / 1000 vastaavanikäistä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2548) THL: Terveyshilmo
Erikoissairaanhoidon lastentautien avohoitokäynnit	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Lastentautien erikoisalnan avohoitokäynnit vuoden aikana tuhatta 0–14-vuotiasta kohti	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2469) THL: Terveyshilmo
Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoitokäynneillä hoidetut potilaat	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Lastenpsykiatrian erikoisalnan avohoitokäynneillä vuoden aikana hoidetut potilaat tuhatta 0–12-vuotiasta kohti	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (2483) THL: Terveyshilmo

Erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäynneillä hoidetut potilaat 13–17-vuotiailla	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Nuorisopsykiatrian erikoisalan avohoitokäynneillä-vuoden aikana hoidetut potilaat vuoden aikana tuhatta 13–17-vuotiasta kohti	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2484) THL: Terveyshilmo
Psykiatrian laitoshoidossa hoidetut 0–12-vuotiaat potilaat	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen 0–6-vuotiaiden potilaiden ja 7-12-vuotiaiden lukumäärät vuodessa tuhatta vastaavanikäisten ryhmää kohti	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2571 ja 2572) THL: Psykiatrisen erikoissairaanhoido-tilasto THL: Terveyshilmo
Psykiatrian laitoshoidossa hoidetut 13–17-vuotiaat	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen 13–17-vuotiaiden potilaiden lukumäärä vuodessa tuhatta vastaavanikäistä kohti	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2573) THL: Psykiatrisen erikoissairaanhoido-tilasto THL: Terveyshilmo
Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä olevat 0–20-vuotiaat	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä olevat 0–20-vuotiaat (%) ikäryhmästä vuoden aikana	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3697) THL: Lastensuojelutilasto
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat	suoritteen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Vuoden aikana kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0 - 20-vuotiaiden lasten ja nuorten osuus prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Sisältää kodin ulkopuolelle avohuollon tukitoimena sijoitetut, kiireellisesti sijoitetut, huostaan otetut, tahdonvastaisesti huostaan otetut, jälkihuollossa olevat sekä yksityisesti sijoitetut.	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3563). THL: Lastensuojelurekisteri
Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät avustamattomissa alatiesynnytyksessä	prosessin laatu, potilasturvallisuus	Synnytyksen aikaiset 3. ja 4. asteen repeämät avustamattomissa alatiesynnytyksissä (%) Luku on osuus (%) ilman instrumentin käyttöä avustetuista alatiesynnytyksistä, joissa potilas on saanut kolmannen tai neljännen asteen emätinrepeämän ompelun.	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa THL: Syntymärekisteri
5 minuutin Apgarin pisteet 0-3	laatu, potilasturvallisuus, vaikuttavuus	Niiden vastasyntyneiden osuus (%), jotka saaneet 5 minuutin kuluttua syntymästä Apgarin pisteeksi jonkin arvoista 0,1, 2 tai 3, kaikista vastasyntyneistä Apgarin pisteet: Vastasyntyneelle annetaan 0–2 pistettä seuraavista viidestä ominaisuudesta: pulssin nopeus, hengitys, ärtyvyys, jäntevyys ja ihon väri. Virkeä, jäntevä, hyvin hengittävä ja huutava, ruusunpunainen lapsi saa 10 pistettä. Pisteet annetaan yhden ja viiden minuutin kuluttua syntymästä.	Tuotannossa: Tuotettavissa:	THL: Vastasyntyneet -tilasto THL: Syntymärekisteri

Perinataalikuolleisuus	vaikuttavuus	Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana (syntymästä 0–6 vrk tai lapsen ikä < 7 vrk) kuolleiden lasten määrä 1000 kaikkia syntyneitä lapsia (elävänä ja kuolleena syntyneet) kohti.	Tuotannossa: V,A Tuotettavissa: Vertailuun soveltuva tieto: 3 vuoden yhteenlaskettu tieto ERVA-alueittain	THL: Vastasyntyneet - tilasto THL: Syntymärekisteri
Antibioottien käyttö 0–6-vuotiailla	potilasturvallisuus	0–6-vuotiaat, joille on määrätty 2 tai useampia antibioottikuureja vuoden aikana, % vastaavankäisistä (J01, Systemiset bakteerilääkkeet)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa V, A	Suomen lääketilasto 2014 deBie ym. 2016
Kasvatus- ja perheneuvola, ensimmäiseen asiakastapaamiseen pääsyn odotusaika	palvelun saatavuus	Kasvatus- ja perheneuvolan ensimmäiseen asiakastapaamiseen pääsyn odotusaika, keskiarvo Kunta vastaa kysymykseen: Kuinka kauan asiakas joutui keskimäärin odottamaan ensikäyntiä? Valtakunnan ja alueen arvot lasketaan kuntien keskiarvojen keskiarvoina.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Kasvatus- ja perheneuvolatilasto
Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet	suorituksen kautta tarkasteltu saatavuus, palvelun tarve	Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 423) THL: Toimeentulotukirekisteri
Lastentautien vuodeosastohoitajakson uusiutuminen	vaikuttavuus, laatu	Lastentautien vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa vuodeosastohoitajakson päättymisestä, % kotiutuneista	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V. A	Pediatric All-Condition Readmission Measure (AHRQ) THL: Terveyshilmo
4. Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketti				
Sosiaalihuoltolain mukaisten asiakassuunnitelmien määrä suhteessa tehtyihin palvelutarpeen arviointeihin	prosessin laatu, palvelujen saatavuus	% palvelutarpeen arvioinneista Kuinka isolle osuudelle palvelutarpeen arvioinnin saaneista asiakkaista tehdään sosiaalihuoltolain mukainen asiakassuunnitelma kunnassa?	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei kansallisesti	Kunnat, mutta tietoja ei ole kattavasti kirjattu tietojärjestelmiin Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
Digitaaliset palvelut sosiaalityössä	prosessin laatu, palvelujen saatavuus	Organisaatio järjestää: Kyllä/ei Toteutetaanko kunnassa verkkoneuvontaa ja/tai sähköisiä vertaistukiryhmiä (keskustelut)?	Tuotannossa: V Tuotettavissa: A, K	Kärki ym. 2015 Kärki ym. 2012
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat	vaikuttavuus, alueellinen yhteistyö nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24-vuotiaiden osuus % vastaavankäisistä väestöstä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet, ind. 3219 . Tilastokeskus: Tutkintorekisteri
Nuorisotyöttömyys (15–24-vuotiaat)	vaikuttavuus, alueellinen yhteistyö nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Nuorisotyöttömien osuus % 18–24-vuotiaasta työvoimasta Nuorisotyötön on 15–24-vuotias työtön.	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet, ind. 189 . TEM: Työnvälitystilasto

Sosiaalityön tapaamisen toteutuminen yhteydenoton jälkeen	palvelun saatavuus	Asiakkaan yhteydenoton ja tapaamisen välinen aika arkipäivinä, keskiarvo Kuinka monta arkipäivää asiakkaan yhteydenotosta kestää saada tapaaminen?	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Kuntien tietojärjestelmissä, mutta tietoja ei ole kattavasti kirjattu Laki toimeentulotuesta 1412/1997 Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
Etsivän sosiaalityön toteuttaminen	prosessin laatu, palvelujen saatavuus	Kyllä/ei Kunnassa on käytössä etsivän sosiaalityön toimintamalli.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Kuntien oma ilmoitus Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
Rakenteellisen sosiaalityön toteuttaminen	prosessin laatu, palvelujen saatavuus	Kyllä/ei Kunnassa on käytössä rakenteellisen sosiaalityön toimintamalli.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Kuntien oma ilmoitus Ahlgren-Leinivuo Hanna (2015b) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
AVAIN-mittarin käytön yleisyys asiakassuunnitelman teossa	prosessin laatu, sosiaalityön prosessin suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus	Niiden asiakkaiden määrä, joille on tehty asiakassuunnitelma AVAIN-mittarilla, osuus % kaikista sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien asiakkaista	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Kuntien omat tietojärjestelmät Kivipelto ym. 2013
Asunnottomat yksinäiset	vaikuttavuus, alueellinen yhteistyö asunnottomuuden vähentämiseksi, palvelujen saatavuus	Asunnottomien yksinäisten osuus tuhatta asukasta kohti	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet, ind. 2618 . ARA: Asunnottomuus
Tulottomien kotitalouksien osuus kaikista toimeentulotukea saavista kotitalouksista	vaikuttavuus, alueen ja kuntien yhteistyö väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Tulottomien kotitalouksien osuus % kaikista toimeentulotukea saavista kotitalouksista	Tuotannossa: V, A, K	THL: Toimeentulotuki THL: Toimeentulotukirekisteri
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18–24-vuotiaat	vaikuttavuus, alueen ja kuntien yhteistyö väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Vuoden aikana vähintään 10 kuukautena toimeentulotukea saaneiden 18–24-vuotiaiden osuus % vastaavanikäisestä väestöstä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet, ind. 1275 . THL: Toimeentulotukitilasto THL: Toimeentulotukirekisteri
Matalan kynnyksen neuvontapalvelut maahanmuuttajille	prosessin laatu, palvelujen saatavuus	Kyllä/ei Maahanmuuttajille on tarjolla matalan kynnyksen neuvontapalveluja kotoutumisen edistämiseksi.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Kuntien oma ilmoitus Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010
Vaikeasti työllistyvien (rakennetyöttömyys) osuus 15–64-vuotiaista	vaikuttavuus, alueen ja kuntien yhteistyö väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Vaikeasti työllistyvien osuus % 15–64-vuotiaista	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet, ind. 3071 . TEM: Työnvälitystilasto
Sosiaalista toimintakykyä vahvistava nuorten ryhmätoiminta	prosessin laatu, palvelujen saatavuus, syrjäytymiskehityksen vaikuttaminen	Kyllä/ei Nuorille on tarjolla sosiaalista toimintakykyä vahvistavaa ryhmätoimintaa.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Kuntien oma ilmoitus Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

5. Hoito- ja hoivapalvelupaketti				
Kotona asuvat	vaikuttavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttäneiden ei ympärivuorokautisessa hoivaympäristössä asuvien osuus (%) vastaavanikäisestä väestöstä Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: V, A, K (75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet) Tuotettavissa: V, A, K (65 – 74-v)	Sotkanet (75+v ind 1570 , 85+ v: 1251) THL: Sosiaali- ja Terveyshilmo
Omaishoidon tuen saajat	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tukea saavien osuus (%) vastaavanikäisestä väestöstä Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2102 , 3262 , 3506). Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)
Säännöllisen kotihoidon saajat	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttäneiden säännöllistä kotihoitoa saavien osuus (%) vastaavanikäisestä väestöstä Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet Ikäryhmän 65–74-vuotiaiden tiedon suhteutukseen väestötieto 65–74-v saatavissa Sotkanetistä (ind 998 + ind 999)	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind. 2681 (lkm), 3216 , 3557). THL: Kotihoidon laskenta
Intensiivisen kotihoidon saajat	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttäneiden intensiivistä kotihoitoa vähintään 30 käyntiä kuukaudessa saavien osuus (%) vastaavanikäisestä väestöstä Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: V, A, K Tuotettavissa: V, A, K (65 – 74-v ja 85 vuotta täyttäneet)	Sotkanet (ikäryhmästä 75 vuotta täyttäneet: ind. 2670 , 2671 , 2672). THL: Kotihoidon laskenta
Ikääntyneiden lonkkamurtumat	tapaturmien ehkäisyn vaikuttavuus, palvelun tarve	Lonkkamurtumat 65 v täyttäneillä % vastaavanikäisestä väestöstä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 699). THL: Terveyshilmo
Akuuttisairaalaajaksot, kotihoidon asiakkaista	vaikuttavuus, saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttäneiden päivystyksestä alkaneet sairaalaajaksot kotihoidon asiakkailla / vastaavanikäinen kotihoidon asiakaskunta (%) Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Sosiaali- ja terveyshilmo, Avohilmo
Uudet ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttänyt väestö, joka asuu ympärivuorokautisessa hoivaympäristössä, mutta ei asunut aiemmin/vastaavanikäinen väestö (%) Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Sosiaali- ja terveyshilmo

Uudet ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat kotihoidon asiakkaista	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttänyt väestö, joka asuu ympärivuorokautisessa hoivaympäristössä, mutta sai aiemmin kotihoidon palveluita /vastaavanikäinen kotihoidon asiakaskunta (%) Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Sosiaali- ja terveyshilmo, Avohilmo
Kotihoidon asiakkuuden kesto	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, kotihoidon vaikuttavuus	65 vuotta täyttäneiden kotihoidon asiakkaiden kuolemaan, pitkäaikaishoitoon tai hoidon tarpeen päättymiseen päättäneiden kotihoitojaksojen kesto keskiarvo Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Sosiaali- ja terveyshilmo, Avohilmo Tilastokeskus: Kuolemansyyt
Ympärivuorokautisen hoidon asiakkuuden kesto	suoritteiden kautta tarkasteltu saatavuus, palvelurakenne	65 vuotta täyttäneiden ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden kuolemaan päättäneiden hoitojaksojen kesto, keskiarvo Jaoteltuna ikäryhmiin 65–74 v, 75 v täyttäneet, 85 v täyttäneet	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K	THL: Sosiaali- ja terveyshilmo Tilastokeskus: Kuolemansyyt
Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, ADL	palvelun tarve, kotihoidon kohdentuminen	Niiden kotihoitoasiakkaiden osuus (%), joilla RAI-ADL-H mittari >2 kotihoitojakson alussa, uusista kotihoidon asiakkaista	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	THL: RAI
Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, Kognitio	palvelun tarve, kotihoidon kohdentuminen	Niiden kotihoitoasiakkaiden osuus (%), joilla RAI-CPS mittari >2 kotihoitojakson alussa, uusista kotihoidon asiakkaista	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	THL: RAI
Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, Hauraus	palvelun tarve, kotihoidon kohdentuminen	Niiden kotihoitoasiakkaiden osuus (%), joilla RAI-CHESS mittari >1 kotihoitojakson alussa, uusista kotihoidon asiakkaista	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	THL: RAI
Yksin asuminen	palvelujen tarve, riskiryhmän tunnistaminen,	Yksinasuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä asuntoväestöstä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 237) Tilastokeskus: Asuntokunnat ja asuinolot
Ikä-ihmisten pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien käyttö	potilasturvallisuus, laatu	Pitkävaikutteisen bentsodiatsepiinin reseptin saaneet 65 vuotta täyttäneet 1000 vastaavanikäistä kohden	Tuotannossa: V Tuotettavissa: A	OECD-indikaattori Health at a Glance OECD indicators Kela
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 65 vuotta täyttäneet	suoritteiden kautta saatavuus, palvelujen tarve. ikääntyvän väestön hyvinvointi	Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3558) THL: Toimeentulotuki-rekisteri
Rokotuskattavuus, influenssarokotuksen saaneet, 65 vuotta täyttäneet	vaikuttavuus, laatu, sairauden ehkäisy	Kausi-influenssa rokotuksen saaneiden 65 vuotta täyttäneiden osuus (%) vastaavanikäisistä	Tuotannossa: V, K Tuotettavissa: A	THL: Rokotusrekisteri THL: Avohilmo
6. Keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketti				
Uusien sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus	laatu, vaikuttavuus	Uusien sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus % ryhmän potilaista Lasketaan sekä vakioitu että vakioimaton arvo	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3899, 3942), Terveystemme (Sydäninfarkti, kuolleisuus), Hyvinvointikompassi (näkyvä) THL: Perfect-hanke

Uusien aivoinfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus	laatu, vaikuttavuus	Uusien aivoinfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus % ryhmän potilaista Lasketaan sekä vakioitu että vakioimaton arvo	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3900, 3944), Terveystemme (28 päivän kuolleisuus), Hyvinvointikompassi (Aivoinfarkti, kuolleisuus) THL: Perfect-hanke .
Niiden lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka kotiutuneet 90 päivän kuluessa	laatu, vaikuttavuus	Niiden lonkkamurtumapotilaiden, jotka kotiutuneet 90 päivän kuluessa, osuus (%) lonkkamurtumapotilaista Lasketaan sekä vakioitu että vakioimaton arvo	Tuotannossa V, A	Sotkanet (ind 3901), Terveystemme (Lonkkamurtuma, vaikuttavuus) THL: Perfect-hanke
Niiden lonkan tekoniivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joille on tehty uusintaleikkaus 2 vuoden kuluessa	laatu, vaikuttavuus	Niiden lonkan tekoniivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joille on tehty uusintaleikkaus 2 vuoden kuluessa % ryhmän potilaista Lasketaan sekä vakioitu että vakioimaton arvo	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3946 vakioitu), Hyvinvointikompassi (Lonkan tekoniivelleikkauksen uusinta) THL: Perfect-hanke
Niiden polven tekoniivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joille on tehty uusintaleikkaus 2 vuoden kuluessa	laatu, vaikuttavuus	Niiden polven tekoniivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joille on tehty uusintaleikkaus 2 vuoden kuluessa % ryhmän potilaista Lasketaan sekä vakioitu että vakioimaton arvo	Tuotannossa: V, A	THL: Perfect-hanke
Sairaaloiden tuottavuuden kehitys (somaattinen erikoissairaanhoido)	prosessin laatu, tuottavuus	Indeksi: Sairaaloiden tuottavuuden kehitys (somaattinen erikoissairaanhoido), lähtövuosi = 100 Tuottavuus on toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten välinen suhde. Panoksina on käytetty sairaalan tai sen erikoisalain hoitotoiminnasta aiheutuvia kokonaiskustannuksia. Sairaalan tai erikoisalain kokonaistuotos käsittää hoitotapaisten painotetun summan	Tuotannossa: V, A	Sairaaloiden tuottavuus THL: Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus - tilasto
Erikoissairaanhoidoita yli 6 kk odottaneet 31.12.	palvelun saatavuus, hoitopääsy	Erikoissairaanhoidoita 31.12. yli 6 kk odottaneet 10 000 asukasta kohti Rajattu jäsenkuntien erikoissairaanhoidoita odottaneisiin	Tuotannossa: V, A	Sotkanet (ind 3130). Erikoissairaanhoidon jonotilanne – peruskuutio (yli 180 vrk odottaneet) THL: Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa
Erikoissairaanhoidoita odottavien odotusaika 31.12.	palvelun saatavuus, hoitopääsy	Erikoissairaanhoidoita 31.12. odottavien odotusaikan mediaani	Tuotannossa: A Tuotettavissa: V	Erikoissairaanhoidon jonotilanne – peruskuutio (Odotusaikan mediaani) THL: Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa

Toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotromboosi tai keuhkoembolia	laatu, potilasturvallisuus	Toimenpiteen jälkeiset keuhkoemboliat tai laskimotromboosit 100 000 vuodeosastohoitojaksoa kohden Keuhkoembolia tai laskimotromboosi-indikaattori kuvaa vuodeosaston hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi suhteutettuna kaikkien päätyneiden hoitojaksojen määrään 15 vuotta täyttäneillä potilailla. Luku ilmaistaan 100 000 vuodeosaston hoitojaksoa kohden. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamisessa voi olla eroja. Tiedoissa ovat mukana vain ne potilaat, joilla haittatapahtuma on havaittu saman hoitojakson aikana kuin tehty toimenpide.	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa
Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis)	laatu, potilasturvallisuus	Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 vuodeosastohoitojaksoa kohden Verenmyrkytysindikaattori kuvaa vuodeosaston hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on toimenpiteen jälkeinen sepsis, suhteutettuna kaikkien päätyneiden hoitojaksojen määrään 100 000 kohti 15 vuotta täyttäneillä potilailla. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Tiedoissa ovat mukana vain ne potilaat, joilla haittatapahtuma on havaittu saman hoitojakson aikana kuin tehty toimenpide.	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa
Kirurgisen ja muun lääketieteellisen hoidon komplikaatiot	laatu, potilasturvallisuus	Kirurgisen ja muun lääketieteellisen sairaalahoidon komplikaatiot ICD-10 tautiluokituksen T80-T88 koodein mitattuina, % hoitojaksoista	Tuotettavissa: V, A	THL: Terveyshilmo
Ilmoitetut potilasvahingot	laatu, potilasturvallisuus	Ilmoitettujen potilasvahinkojen lukumäärä 100 000 hoitojaksoa kohti (koko terveydenhuollossa) Hoitojaksot saatavissa Sotkanetistä (ind 1253 1000 asukasta kohti, mutta muutettavissa lukumäärätiedoksi Osuus <-> Lukumäärä	Tuotettavissa V, A	Potilasvakuutuskeskus THL: Terveyshilmo PVK: Potilasvahinkotilastot
Rintasyövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	vaikuttavuus, prevention ja hoidon onnistuminen	Rintasyövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku, (0–1) Luku ilmaisee, kuinka suuri osa syöpäpotilaista elää viisi vuotta syövän toteamisesta verrattuna siihen, kuinka suuri osa alueen samanikäisestä väestöstä elää kyseisen ajan. Suhteellinen elossaololuku on tulkittavissa elossaolotodennäköisyyden arvioksi tilanteessa, jossa potilaiden sairastama syöpä on ainoa mahdollinen kuolemansyy.	Tuotannossa: V, A (erva)	OECD-indikaattori Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa Syöpärekisteri: eloonjäämisluvut

Kohdunkaulan syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	vaikuttavuus, prevention ja hoidon onnistuminen	Kohdunkaulan syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku (0–1) Luku ilmaisee, kuinka suuri osa syöpäpotilaista elää viisi vuotta syövän toteamisesta verrattuna siihen, kuinka suuri osa alueen samanikäisestä väestöstä elää kyseisen ajan. Suhteellinen elossaololuku on tulkittavissa elossaolotodennäköisyyden arvioksi tilanteessa, jossa potilaiden sairastama syöpä on ainoa mahdollinen kuolemansyy.	Tuotannossa: V, A (erva)	OECD-indikaattori Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa Syöpärekisteri: eloonjäämisluvut
Paksusuolen syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	vaikuttavuus, prevention ja hoidon onnistuminen	Paksusuolen syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku (0–1) Luku ilmaisee, kuinka suuri osa syöpäpotilaista elää viisi vuotta syövän toteamisesta verrattuna siihen, kuinka suuri osa alueen samanikäisestä väestöstä elää kyseisen ajan. Suhteellinen elossaololuku on tulkittavissa elossaolotodennäköisyyden arvioksi	Tuotannossa: V, A (erva)	OECD-indikaattori Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa Syöpärekisteri: eloonjäämisluvut
7. Vammaisten palveluiden palvelupaketti				
Palvelusuunnitelman tekeminen	sosiaalityön prosessin laatu	Suunnitelmien määrä vammaisasiakkaiden määrään suhteutettuna	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 (vammaispalvelulaki) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 (sosiaalihuollon asiakaslaki)
Muutoksenhaussa muuttuneiden päätösten määrä	sosiaalityön laatu, asiakasturvallisuus	Hallintovalituksen kautta muuttuneiden tai palautettujen päätösten määrä suhteessa tehtyihin valituksiin vammaispalveluasioissa	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 Hallintolaki 434/003
Toimenpiteisiin johtaneet hallintokantelut vammaissosiaalityössä	sosiaalityön laatu, asiakasturvallisuus	Hallintokanteluihin annetut toimenpidepäätökset suhteessa tehtyihin hallintokanteluihin vammaissosiaalityössä	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Hallintolaki 434/2003
Henkilökohtainen apu työhön ja opiskeluun liittyen	saatavuus suoritteiden kautta, osallisuus	Henkilökohtaista apua työhön ja opiskeluun saaneiden asiakkaiden määrä suhteessa kaikkiin henkilökohtaista apua saaneisiin	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Vammaispalvelulaki 380/1987
Henkilökohtainen apu harrastuksiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen liittyen (n. 30 h / kuukaudessa)	saatavuus suoritteiden kautta, osallisuus	Henkilökohtaista apua harrastuksiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen saaneiden määrä suhteessa kaikkiin henkilökohtaista apua saaneisiin	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Vammaispalvelulaki 380/1987

Vammaispalvelulain (VpL) mukainen palveluasuminen	saatavuus suoritteiden kautta	<p>Kuinka monta asiakasta 100 000 asukasta kohden on vuoden aikana saanut vammaispalvelulain mukaista vaikeavammaisten palveluasumista, myös ikäryhmittäin (0 – 17-v, 18 – 64-v, 65 v täyttäneet).</p> <p>Ikäryhmäkohtainen tieto Sotkanetistä suhteuttamattomana lukumäärätietona.</p> <p>Sotkanetistä saatavissa väestötietoja väestösuhteutukseen (ind 1065, 1068, 127). Suhteutettujen väestöindikaattoreiden lukumäärätiedon saa Osuus <->Lukumäärä -painikkeella</p> <p>Vpl:n mukaisten palveluasumispäätösten määrä.</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 3603 ja suhteuttamattomat indikaattorit 1247, 3431, 3432, 3433).</p> <p>Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)</p> <p>Vammaispalvelulaki 380/1987</p>
Tuettu asuminen	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	<p>Kehitysvammaisten tuetun asumisen asiakkaiden lukumäärä vuoden lopussa.</p> <p>Kehitysvammaisten tuettu asuminen tarkoittaa asumista normaaleissa vuokra- ja omistusasunnoissa varsin itsenäisesti, kuitenkin niin, että asukkaiden tukena on tukihenkilö muutaman tunnin viikossa, myös ikäryhmittäin.</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 2861, ikäryhmittäin 2854–2860).</p> <p>THL: Sosiaalihilmo</p> <p>Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014</p>
Ohjattu asuminen	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	<p>Kehitysvammaisten ohjatun asumisen asiakkaiden lukumäärä vuoden lopussa.</p> <p>Ohjattu asuminen tarkoittaa kehitysvammaisille tarkoitettuja ryhmäkoteja, joissa henkilökunta on paikalla vain osan vuorokautta.</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 2853, ikäryhmittäin 2846–2852).</p> <p>THL: Sosiaalihilmo</p> <p>Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014</p>
Autettu asuminen	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	<p>Kehitysvammaisten autetun asumisen asiakkaiden lukumäärä vuoden lopussa.</p> <p>Autettu asuminen tarkoittaa kehitysvammaisille tarkoitettuja ryhmäkoteja, joissa on ympärivuorokautinen henkilökunta.</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 2828, ikäryhmittäin 2821–2827).</p> <p>THL: Sosiaalihilmo</p> <p>Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014</p>

Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	<p>Kuinka monta asiakasta 100 000 asukasta kohden on vuoden aikana saanut vammaispalvelulain perusteella korvausta asunnon muutostöistä tai asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä, myös ikäryhmittäin.</p> <p>Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet korvataan tällä hetkellä vammaispalvelulain nojalla. Ne voisivat olla myös lääkinnällisen kuntoutuksen alla (apuvälinepalvelut), mutta se edellyttäisi lainmuutosta.</p> <p>Sotkanetistä saatavissa väestötietoja väestösuhteutukseen (ind 1065, 1068, 127). Suhteutettujen väestöindikaattoreiden lukumäärätiedon saa Osuus <->Lukumäärä-painikkeella</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 3604, ikäryhmittäin suhteuttamattomat tiedot 3437 – 3439).</p> <p>Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)</p> <p>Vammaispalvelulaki 380/1987</p>
Vammaistalouksien saama kotihoito	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	Vammaiskotitalouksien saamien kodinhoitoapukäyntien lukumäärä vuoden aikana. Vammaiskotitaloudella tarkoitetaan kotitaloutta, jossa avun tarpeen syy liittyy henkilön vammaisuuteen.	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 3440).</p> <p>Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus).</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014</p>
Henkilökohtainen apu jokapäiväisiin toimintoihin	palvelun kattavuus saatavuus suoritteiden kautta	<p>Vuoden aikana vammaispalvelulain mukaisia henkilökohtaisen avustajatoiminnan palveluja koskevan myöntöpäätöksen saaneiden osuus 100 000 asukasta kohti, myös ikäryhmittäin</p> <p>Sotkanetistä saatavissa väestötietoja väestösuhteutukseen (ind 1065, 1068, 127). Suhteutettujen väestöindikaattoreiden lukumäärätiedon saa Osuus <->Lukumäärä-painikkeella</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 385, ikäryhmittäin suhteuttamattoman tietona 3434, 3435, 3436).</p> <p>Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)</p> <p>Vammaispalvelulaki 380/1987</p>
Omaishoidon tuella hoidetut	saatavuus suoritteiden kautta	<p>Vuoden aikana omaishoidon tuella hoidetut ikäryhmittäin (0 - 17-vuotiaat, 18 - 64-vuotiaat, 65 - 74-vuotiaat, 75 - 79-vuotiaat, 75 - 84-vuotiaat, 80-84-vuotiaat, 65 vuotta täyttäneet, 75 vuotta täyttäneet ja 85 vuotta täyttäneet). Asiakas on sijoitettu ikäryhmään vuoden lopun tilanteen mukaan.</p> <p>Ikäryhmistä 65, 75, 80 ja 85 vuotta täyttäneistä saatavissa myös vastaavanikäiseen väestöön suhteutettu tieto (%).</p>	Tuotannossa: V, A, K	<p>Sotkanet (ind 2100, 2101, 2102, 2305, 2103, 2306, suhteutetut 676, 3262, 3506)</p> <p>Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus)</p> <p>Laki omaishoidon tuesta 937/2005</p>

Vammaisten perhehoidon asiakkaat	saatavuus suoritteiden kautta	Perhehoidossa vuoden lopussa olleiden vammaisten lukumäärä	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3467) Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 Perhehoitolaki 263/2015
VpL:n mukainen kuljetuspalvelu	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	VpL:n mukaista kuljetuspalvelua saajien lukumäärä suhteutettuna 100 000 asukkaaseen. Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17-, 18–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet. Sotkanetistä saatavissa väestötietoja ikäryhmittäiseen väestösuhteutukseen (ind 1065 , 1068 , 127). Suhteutettujen väestöindikaattoreiden lukumäärätiedon saa Osuus <->Lukumäärä -painikkeella	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 381) . Ikäryhmittäin lukumäärätieto ind 3425 , 3426 , 3427 . Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus) Vammaispalvelulaki 380/1987
Kehitysvammaisten laitoshoido	saatavuus suoritteiden kautta	Kehitysvammalaitosten asiakkaiden lukumäärä vuoden lopussa. 10 000 asukasta kohden Kehitysvammaisten laitoshoidoa annetaan pääasiassa keskuslaitoksissa. Mukaan lasketaan myös muut laitosperiaatteella toimivat, kehitysvammaisille tarkoitettut yksiköt. Ryhmäkodit ja muut asumispalvelut eivät sisälly tähän, vaikka niissä olisi henkilökunta paikalla ympäri vuorokauden.	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 2797) THL: Sosiaalihilmo Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977 Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
8. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketti				
Terveyskeskuksen fysioterapian käynnit	saatavuus suoritteiden kautta	Perusterveydenhuollon avohoidon fysioterapian käynnit /1000 väestö. Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17, 18–64, 65–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K ja ikäryhmittäin	Sotkanet (ind 4139) Avohilmo (THL) Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Fysioterapian käynnit
Terveyskeskuksen toimintaterapian käynnit	saatavuus suoritteiden kautta	Perusterveydenhuollon avohoidon toimintaterapian käynnit /1000 väestö. Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17, 18–64, 65–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet Sotkanetistä saatavissa väestötietoja suhteutukseen.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K ja ikäryhmittäin	Avohilmo (THL) Pikaraportista palvelutuottajittain Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Toimintaterapian käynnit

Terveyskeskuksen puheterapian käynnit	saatavuus suoritteiden kautta	Perusterveydenhuollon avohoidon puheterapian käynnit /1000 väestö. Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17, 18–64, 65–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet Sotkanetistä saatavissa väestötietoja suhteutukseen.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K ja ikäryhmittäin	Avohilmo (THL) Pikaraportista palvelutuottajittain Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Puheterapian käynnit
Terveyskeskuksen ravitsemusterapian käynnit	saatavuus suoritteiden kautta	Perusterveydenhuollon avohoidon ravitsemusterapian käynnit /1000 väestö Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17, 18–64, 65–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet Sotkanetistä saatavissa väestötietoja suhteutukseen.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K ja ikäryhmittäin	Avohilmo (THL) Pikaraportista palvelutuottajittain Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Ravitsemusterapian käynnit
Terveyskeskuksen apuvälinepalvelun käynnit	saatavuus suoritteiden kautta	Perusterveydenhuollon avohoidon apuvälinepalveluiden käynnit /1000 väestö Jaoteltuna ikäryhmiin 0–17-, 18–64-, 65–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet Sotkanetistä saatavissa väestötietoja suhteutukseen.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K ja ikäryhmittäin	Avohilmo (THL) Pikaraportista palvelutuottajittain Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Apuvälinepalvelun käynnit
Kuntoutuspalveluihin pääsy, fysioterapia	palvelun saatavuus	Perusterveydenhuollon fysioterapiakäynnit, joissa yli kolmen kuukauden odotusaika käynnin toteutumiseen yhteydenotosta fysioterapiaan, osuus (%) fysioterapiakäynneistä	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa - kuutiosta saatavista lukumäärätiedoista mahdollista laskea indikaattorin arvo	Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa -kuutio (fysioterapia) THL: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa Avohilmo (THL) STM: Hoitoonpääsy (hoitotakuu) Terveys- ja osastojohtajien lausunto 1326/2010, 51 §
Kuntoutuspalveluihin pääsy, toimintaterapia	palvelun saatavuus	Perusterveydenhuollon toimintaterapiakäynnit, joissa yli kolmen kuukauden odotusaika käynnin toteutumiseen yhteydenotosta toimintaterapiaan, osuus (%) toimintaterapiakäynneistä	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa - kuutiosta saatavista lukumäärätiedoista mahdollista laskea indikaattorin arvo	Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa -kuutio (toimintaterapia) THL: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa Avohilmo (THL) STM: Hoitoonpääsy (hoitotakuu) Terveys- ja osastojohtajien lausunto 1326/2010, 51 §

Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet	saatavuus suoritteiden kautta, palvelun tarve	Kuinka monta asiakasta 100 000 asukasta kohden on vuoden aikana saanut vammaispalvelulain perusteella korvausta asunnon muutostöistä tai asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä, myös ikäryhmittäin. Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet korvataan tällä hetkellä vammaispalvelulain nojalla. Ne voisivat olla myös lääkinnällisen kuntoutuksen alla (apuvälinepalvelut), mutta se edellyttäisi lainmuutosta. Sotkanetistä saatavissa väestötietoja väestösuhteutukseen (ind 1065 , 1068 , 127). Suhteutettujen väestöindikaattoreiden lukumäärätiedon saa Osuus <- >Lukumäär -painikkeella	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3604 , ikäryhmittäin suhteuttamattomat tiedot 3437 – 3439). Vuodesta 2016 Sosiaalipalvelujen toimintatilasto (THL), vuoteen 2015 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalipalvelujen toimintatilasto (Tilastokeskus) Vammaispalvelulaki 380/1987
9. Vastaanottopalveluiden palvelupaketti				
Hoitoonpääsy kiireettömään sairaanhoitoon perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotolla	palvelujen saatavuus, hoitoonpääsy	Viikon kuluessa yhteydenotosta toteutuneiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömien käyntien osuus (%) kaikista avosairaanhoidon vastaavista käynneistä määrättyllä (maaliskuussa) ajanjaksolla. Yli kolme kuukautta yhteydenotosta odottaneiden käyntien osuus (%) kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömien vastaavista käynneistä määrättyllä (maaliskuussa) ajanjaksolla.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K Perusterveydenhuollon hoitoonpääsy - kuutiosta saatavista lukumäärätiedoista mahdollista laskea indikaattorin arvo	Perusterveydenhuollon hoitoonpääsy - kuutio: Käynti toteutunut viikon kuluessa Yli kolme kuukautta käynnin toteutumiseen Hoitoonpääsy perusterveydenhuollosa Avohilmo (THL) STM: Hoitoonpääsy (hoitotakuu) Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010, 51 §
Hoitoonpääsy kiireelliseen hoitoon (odotusaika)	palvelujen saatavuus, hoitoonpääsy	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireellisten käyntien odotusaika, mediaani määrättyllä ajanjaksolla. Kiireellisyysluku: Päivystys (potilaan hoito alkaa vuorokauden kuluessa), 1-7 päivää (potilaan hoito alkaa 1-7 vuorokauden sisällä)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei	Palveluntuottajien omat järjestelmät STM: Hoitoonpääsy (hoitotakuu) Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010, 50 §
Lääkärin asiakkaat avosairaanhoidossa ja terveysneuvonnassa	suoritteiden kautta saatavuus, palvelujen kohdentuminen	Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin käyntien peittävyys väestöstä (asiakas/asukas) Avohoito jaoteltuna Avohilmon palvelumuodoittain ikäryhmissä 0-17, 18-24, 25-64, 65-74, yli 75-vuotiaat. Perusterveydenhuollon avohoidolla tarkoitetaan Avohilmon palvelumuotoja: avosairaanhoito, muut neuvolapalvelut, seulonnat ja muut joukkotarkastukset, muu terveydenhoito, ehkäisyneuvola, muu palvelutoiminta	Tuotannossa: V, A, K (avohoidon peittävyys - palvelumuodot yhteensä) Tuotettavissa: V, A, K (myös erikseen eri palvelumuodoille ja eri ikäryhmille)	Avohilmo (THL) Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palveluntuottajittain: Lääkärin asiakkaat Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäyntien peittävyys: Sotkanet (ind 1556 , 2389-2396) (ikäryhmät poikkeavat indikaattoreiksi ehdotetuista ikäryhmistä)

Sairaanhoidon/terveydenhoitaja-asiakkaat avosairaanhoidossa ja terveysneuvonnassa	suoritteiden kautta saatavuus, palvelujen kohdentuminen	Perusterveydenhuollon avohoidon sairaanhoidon/terveydenhoitajakäyntien peittävyys väestöstä (asiakas/asukas) Avohoito jaoteltuna Avohilmon palvelumuodoittain ikäryhmissä 0-17, 18-24, 25-64, 65-74, yli 75-vuotiaat. Perusterveydenhuollon avohoidolla tarkoitetaan Avohilmon palvelumuotoja: avosairaanhoidon, muut neuvolapalvelut, seulonnat ja muut joukkotarkastukset, muu terveydenhoito, ehkäisyneuvola, muu palvelutoiminta	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K (erikseen eri palvelumuodoille ja halutuille ikäryhmille)	Avohilmo (THL) Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Sairaanhoidon terveydenhoitajien asiakkaat
Sähköiset asiointit (Digitaalisten palvelujen osuus)	suoritteiden kautta palvelujen saatavuus, uusien menetelmien käyttö	Sähköisten asiointikäyntien lukumäärä ja osuus (%) kaikista perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä Sähköinen asiointi on Avohilmon yhteystapa ikäryhmissä 0-17, 18-24, 25-64, 65-74, yli 75-vuotiaat.	Tuotannossa: V, A Tuotettavissa: K	Avohilmo (THL) Palveluntuottajien omat järjestelmät Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit palvelutuottajittain: Sähköinen asiointi suhteuttajaksi: Kaikki käynnit
Terveyskeskuskäyntien käyntisyys (Yleisimmät käyntisyys terveyskeskuskäynneillä ja asiakasryhmillä eri ikäryhmissä)	palvelujen tarve	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton käyntien 10 yleisintä käyntisyysä lääkäriä ja sairaanhoidon/terveydenhoitajilla ICD-10 ja ICPC-2 -luokituksilla, lukumäärä ja osuus (%) käynneistä.	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: V, A, K (Raportointikuvio käyttöön syksyn 2016 aikana, minkä jälkeen tuotannossa V, A, K)	Avohilmo (THL) Palveluntuottajien omat järjestelmät
Asiakkaille määrätty lääkkeet, antibiootit	laatu, potilasturvallisuus kustannus	DDD (defined daily dose, kansainvälisesti sovitun lääkekohtainen teoreettinen vuorokausiannos) /1000 asukasta	Tuotannossa: V Tuotettavissa: A	OECD-indikaattori Health at a Glance OECD indicators Avohilmo (THL) Palveluntuottajien omat järjestelmät, Kela, Lääketietokeskus
Ikäihmisten terveystarkastukset	suoritteiden kautta palvelujen saatavuus, prosessin laatu, saatavuus, terveydenedistämisen	Ikäihmisten toteutuneet terveystarkastukset, SPAT 1395 (opiskelu- ja työelämän ulkopuolella oleva terveystarkastus), perusterveydenhuollon avohoidon vastaanotoilla: peittävyys vastaavasta väestöstä (asiakas/asukas) Ikäryhmissä 65-74 ja yli 75-vuotiaat Väestötiedot suhteutukseen saatavissa Sotkanetistä (ind 170, 171: lukumäärätiedon saa Osuus <->Lukumäärä-painikkeella)	Tuotettavissa: V, A, K	Avohilmo (THL)
Papa-seulonnat, kohdunkaulaosan syöpä	prosessin laatu, terveydenedistämisen	Kohdunkaulasyövän seulontaan (papa) osallistuneiden osuus kutsutuista (%)	Tuotannossa: V, A	Syöpärekisteri, joukkotarkastustilastot

Mammografia-seulonnat, rintasyöpä	prosessin laatu, terveydenedistäminen	Rintasyövän seulontaan (mammografia) osallistuneiden osuus kutsutuista (%)	Tuotannossa: V, A	Syöpärekisteri, joukkotarkastustilastot
Asiakastyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	asiakaskeskeisyys, asiakaskokemus	Keskiarvo terveysaseman asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Sain tarvitsemani palvelun / hoidon kun sitä tarvitsin." Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei Osassa suurista kunnista käytössä, tarkoitus levittää tulevaisuudessa koko maahan	Terveysaseman hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta -lomake THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin
Asiakastyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	asiakaskeskeisyys, asiakaskokemus	Keskiarvo terveysaseman asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti" Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei Osassa suurista kunnista käytössä, tarkoitus levittää tulevaisuudessa koko maahan	Terveysaseman hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta -lomake THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin
Asiakastyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin: Palvelun hyödyllisyys	asiakaskeskeisyys, asiakaskokemus	Keskiarvo terveysaseman asiakkaiden antamista arvioista väittämään: "Koin saamani palvelun hyödylliseksi" Asteikko 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä)	Tuotannossa: Ei Tuotettavissa: Ei Osassa suurista kunnista käytössä, tarkoitus levittää tulevaisuudessa koko maahan	Terveysaseman hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta -lomake THL: Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista	perustason terveydenhuollon toiminnan laatu (prosessien laatu) ja palvelujen vaikuttavuus	15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla diabeteksen merkintöjä diabeteksen komplikaatioista 100 000 asukasta kohti	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi	perustason terveydenhuollon toiminnan laatu (prosessien laatu) ja palvelujen vaikuttavuus	15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi 100 000 asukasta kohti	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla astman vuoksi	perustason terveydenhuollon toiminnan laatu (prosessien laatu) ja palvelujen vaikuttavuus	15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla astman vuoksi 100 000 asukasta kohti	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa

15 vuotta täyttäneiden hoitajaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi	perustason terveydenhuollon toiminnan laatu (prosessin laatu) ja palvelujen vaikuttavuus	15 vuotta täyttäneiden hoitajaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi 100 000 asukasta kohti	Tuotannossa: V, A	OECD-indikaattori THL: OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa
Laaja-alaisen palvelutarpeen palvelupaketti				
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet asiakkaat	laaja-alainen palvelun tarve	Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneiden asiakkaiden osuus (%) kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä asiakkaista	Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Terveyskeskuksessa yli 20 kertaa vuodessa käyneet asiakkaat	laaja-alainen palvelun tarve, prosessin laatu	Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 20 kertaa vuodessa käyneiden asiakkaiden osuus (%) kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	Tuotettavissa: V, A, K	THL: Avohilmo
Yli 5 lähetettä vuodessa erikoissairaanhoidon saaneet asiakkaat	laaja-alainen palvelun tarve	Niiden asiakkaiden, joilla vuodessa yli viisi lähetettä erikoissairaanhoidon, osuus (%) kaikista lähetteen erikoissairaanhoidon saaneista asiakkaista. Mukana laskennassa myös päivystyslähetteet	Tuotettavissa: V, A, K	THL: Terveyshilmo
Yli 10 lähetettä vuodessa erikoissairaanhoidon saaneet asiakkaat	laaja-alainen palvelun tarve, prosessin laatu	Niiden asiakkaiden, joilla vuodessa yli viisi lähetettä erikoissairaanhoidon, osuus (%) kaikista lähetteen erikoissairaanhoidon saaneista asiakkaista. Mukana laskennassa myös päivystyslähetteet	Tuotettavissa: V, A, K	THL: Terveyshilmo
10. Päivystyksen palvelupaketti				
Lonkkamurtumapotilaan odotusaika ennen leikkausta	laatu, potilasturvallisuus	Lonkkamurtumapotilaat, jotka odottaneet leikkausta yli 2 päivää, vakioitu, % lonkkamurtumapotilaista	Tuotannossa: V, A	Terveystemme (Lonkkamurtuma, hoitotiedot) THL: Perfect-hanke
Päivystyksenä alkaneiden erikoissairaanhoidon hoitajaksoiden osuus kaikista erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitajakoista	suoritteiden kautta saatavuus, päivystystoiminnan sisältö	Päivystyksenä alkaneiden erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitajaksoiden osuus (%) kaikista erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitajakoista	Tuotannossa: V, A, K	Sotkanet (ind 3056) THL: Terveyshilmo
Erikoissairaanhoidon päivystyksessä hoidetut potilaat, joita ei siirretty vuodeosastolle	suoritteiden kautta saatavuus, päivystystoiminnan sisältö	Päivystyksessä hoidetuista potilaista niiden osuus, jotka hoidettiin ilman siirtoa vuodeosastolle, osuus (%) päivystyksessä hoidetuista potilaista (pois lukien päivystyksessä kuolleet)	Tuotettavissa: V, A	THL: Terveyshilmo
Ikä- ja sukupuolivakioitujen, painotettujen päivystyskäyntien lukumäärä asukasta kohti	suoritteiden kautta saatavuus	Indeksi Vakioitunut painotettu päivystyskäynti/as, indeksi koko maa=100 Ikä- ja sukupuolivakioitujen, FullDRG-kustannuspainoilla painotettujen päivystyskäyntien lukumäärä asukasta kohti. Käyntien määrä muuttuu painotettuna suuremmaksi, jos käynnit ovat keskimääräistä vaikeahoitoisempia.	Tuotannossa: V, A	THL: Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus
Päivystykseen 48 tunnin sisällä palannut potilas	päivystystoiminnan prosessin laatu, vaikuttavuus	Päivystyksessä hoidetut ja sieltä kotiutetut potilaat, jotka palaavat 48t sisällä päivystykseen, % kaikista päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista potilaista	Tuotettavissa: V, A	THL: Terveyshilmo

11. Ensihoidon palvelupaketti				
Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa X-koodauksesta	potilasturvallisuus, prosessin laatu, vaikuttavuus	Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa X-koodauksesta, % kaikista X-5-koodatuista X5: Ei tarvetta, terveydentila määriteltä	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Ensihoidon potilaiden sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus	prosessin laatu	Ensihoidon potilaiden sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus (kaikki pois lukien tavattaessa kuolleiksi todetut ja odotetut kuolemat) (%) ensihoidon potilaista	Tuotettavissa: Ei	Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Keskeisten avainprosessien tunnistaminen, määrittely ja kuvattu	prosessin laatu	Kaikki keskeiset avainprosessit tunnistettu, määriteltä ja kuvattu: Kyllä/ei Keskeiset avainprosessit: Aivohalvaus, sydänpysähdys, hengitysvaikeus, rintakipu, kouristelu, hypoglykemia, korkeaenerginen trauma, myrkytys	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Organisaation sisäiset potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitukset (esim. Haipro)	potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri	Organisaation sisäiset potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitukset (esim. Haipro) lkm/v	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Systemaattinen häiritsevien tapahtumien käsittely henkilöstön kanssa	potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri	Systemaattinen häiritsevien tapahtumien käsittely henkilöstön kanssa: kyllä/ei	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Valitukset ja muistutukset	prosessin laatu, potilasturvallisuus, asiakaskeskeisyys	Valitusten ja muistutusten lkm/1000 hälytystä/vuosi Potilaiden ja omaisten tekemät ensihoitoa koskevat valitukset ja muistutukset.	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Ensihoidon potilastytyvyyden mittaaminen	asiakaskeskeisyys	Ensihoidon potilastytyvyyden (asiakaspalautte) mittaaminen asteikolla (1 – 5) säännöllisesti (vähintään joka toinen vuosi): kyllä/ei (keskiarvo ja kokonaistyytyväisyydestä arvosanan 4 tai 5 antaneiden osuus)	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Potilaiden tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävissä	palvelun saatavuus, palveluun pääsy	Potilaiden tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävissä (min, s; keskiarvo ja mediaani)	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Potilaiden tavoittamisaika B-kiireellisyysluokan tehtävissä	palvelun saatavuus, palveluun pääsy	Potilaiden tavoittamisaika B-kiireellisyysluokan tehtävissä (min, s; keskiarvo ja mediaani)	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Potilaiden tavoittamisaika C-kiireellisyysluokan tehtävissä	palvelun saatavuus, palveluun pääsy	Potilaiden tavoittamisaika C-kiireellisyysluokan tehtävissä (min, s; keskiarvo ja mediaani)	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Potilaiden tavoittamisaika D-kiireellisyysluokan tehtävissä	palvelun saatavuus, palveluun pääsy	Potilaiden tavoittamisaika D-kiireellisyysluokan tehtävissä (min, s; keskiarvo ja mediaani)	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo	prosessin laatu, osaaminen	Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo: kyllä/ei	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Koulutuksen vuosisuunnitelma, jossa huomioitu porrastetun järjestelmän eri tasot	prosessin laatu, uudistumiskyky	Koulutuksen vuosisuunnitelma, jossa huomioitu porrastetun järjestelmän eri tasot: kyllä/ei	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)
Osaamisen arviointimenetelmät käytössä	prosessin laatu, osaaminen	Osaamisen arviointimenetelmät käytössä: kyllä/ei	Tuotettavissa: Ei	THL (2016m), Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2014)

12. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupaketti				
Maakuntatasolla tunnistetaan hyte-haasteita jotka eivät näy kuntatasolla	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, maakunnan hyvinvointikertomuksista nousee huolia jotka eivät näy kuntien omista hyvinvointikertomuksissa koska esimerkiksi eriarvoisuuden tai itsemurhien tarkastelu edellyttää riittävää väestöpohjaa	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki , Sote-järjestämislakiluonnos
Sote-ammattilaisilta kerättävän kokemustiedon (ns. hiljainen tieto) kerääminen ja hyödyntäminen alueella väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, hiljaisen tiedon indikaattoreita kerätään sote-alueella (esim. huolen vyöhykkeistö)	Tuotettavissa: Ei	Sote-järjestämislakiluonnos
Asiakkaan oleellisten hyvinvointi- ja terveystietojen saatavuus kaikkien sote-alueen palveluntuottajien ja kuntien välillä	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, asiakkaan oleellisia hyvinvointi- ja terveystietoja vaihdetaan kaikkien sote-alueen palveluntuottajien ja kuntien välillä	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki , Sote-järjestämislakiluonnos
Digitaalisen asioinnin esteettömyyden tarkistuslistan käyttäminen maakunnan sote-palveluissa	palvelun saatavuus, esteettömyys	Kyllä/ei, esteettömyyden tarkistuslista käytössä maakunnan sote-palveluissa	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki Sote-järjestämislakiluonnos
Alueen hyte-ryhmään kuuluvat henkilöt	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, alueen hyte-ryhmään kuuluu henkilöitä vähintään kolmelta seuraavalta toimijataholta: maakunnan kunnat, maakunnan johto, sote-palvelut, maakunnan muut toimijat (esim. pelastustoimi, TE-keskukset, AVI, ELY) tai järjestöt, seurakunnat, yritykset	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki Sote-järjestämislakiluonnos
Maakuntavaltuuston hyväksymä lain mukainen laaja hyvinvointikertomus tehty maakunnassa	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, aluevaltuuston hyväksymä lain mukainen laaja hyvinvointikertomus tehty maakunnassa	Tuotettavissa: Ei	Sote-järjestämislakiluonnos
Maakunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa määritelty mittarit, joilla seurataan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista saman vuoden aikana	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, maakunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa määritelty mittarit, joilla seurataan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista saman vuoden aikana	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki Sote-järjestämislakiluonnos
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuu nimetty maakunnassa	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, maakunnassa erikseen nimetty asiantuntija, suunnittelija tai vastaava, joka on johtamisvastuussa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki , Sote-järjestämislakiluonnos 8§
Terveydenedistämisasiivisuus (TEA) maakunnan strategisessa johtamisessa	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kokonaispistemäärä Terveydenedistämisasiivisuudessa (TEA) maakunnan strategisessa johtamisessa	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki , 36§ Sote-järjestämislakiluonnos
Päätösten ennakkoarviointi hyten vaikutuksista käytössä maakunnassa	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakkoarviointimenetelmä suunnitelmallisesti käytössä maakunnassa (esim. suunnitelmien/ohjelmien/ lautakuntapäätösten valmistelussa)	Tuotettavissa: Ei	Terveydenhuoltolaki Sote-järjestämislakiluonnos 8§
Maakunnan hyvinvointikertomuksessa indikaattori "Menetetty elinvuodet (PYLL) ikävälillä"	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja	Kyllä/ei, maakunnallisessa hyvinvointikertomuksessa indikaattori, joka kuvaa ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden kuolemien takia	Tuotettavissa: V, A	Tilastokeskus: Kuolemansyyt ja Tutkintorekisteri

0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta, koulutusryhmittäin"	hyvinvoinnin edistämiseksi	menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti, koulutusryhmittäin		
Maakunnan hyvinvointikertomuksessa kirjattu tavoitteita eri väestöryhmien ja alueiden välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi, ja niitä on käsitelty aluevaltuustossa	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, tavoitteet kirjattu maakunnan hyvinvointikertomukseen esim. koulutus- tai tuloryhmittäin, alueittain, maahanmuuttaja- tai perhetaustan mukaan, työttömyyden tai vammaisuuden mukaan (pelkkä ikäryhmittäinen tarkastelu ei riitä), ja niitä on käsitelty aluevaltuustossa	Tuotettavissa: Ei	Sote-järjestämislakiluonnos 8§
Maakunnan vuosittaisessa taloussuunnitelmassa kirjattu tavoitteita eri väestöryhmien ja alueiden välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi	prosessin laatu, alueen aktiivisuus eriarvoisuuden vähentämiseksi	Kyllä/ei, tavoitteet kirjattu maakunnan taloussuunnitelmaan esim. koulutus- tai tuloryhmittäin, alueittain, maahanmuuttaja- tai perhetaustan mukaan, työttömyyden tai vammaisuuden mukaan (pelkkä ikäryhmittäinen tarkastelu ei riitä)	Tuotettavissa: Ei	Terveystaloussuunnitelma Sote-järjestämislakiluonnos
Sote-alueen ja kunnan välisten yhteistyörakenteiden toimivuus	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, a) sote-alueen ja kuntien välinen yhteistyöryhmä nimetty, b) sote-alueen ja kuntien yhteistyö kunkin kuntakoordinaattoreiden yhteistyöstä sovittu, c) kuntien tukemiseen olemassa käytäntöjä, esimerkiksi kuntakierrokset, d) yhteiset palveluketjut väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi käytössä (esim. terveystieteiden keskus), e) rajapintapalveluista sovittu (esim. lasten, nuorten ja perheiden, ikääntyvien, työllisyyden ja maahanmuuttajien palvelut)	Tuotettavissa: Ei	Terveystaloussuunnitelma Sote-järjestämislakiluonnos
Terveydenedistämiseksi (TEA) maakunnan kuntien strategisessa johtamisessa	prosessin laatu, alueen aktiivisuus väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kokonaispistemäärä Terveydenedistämiseksi (TEA) maakunnan kuntien strategisessa johtamisessa (maakunnan kuntien keskiarvo)	Tuotannossa: V, A, K	TEA-asiainjohtaja (TEA) kuntien strategisessa johtamisessa (Sotkanet (ind 4072)) THL: Tiedonkeruu kunnan johdolle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi
Sote-alueen kunnille antama asiantuntijatuki kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtäviin liittyen	suoritteiden kautta palvelun saatavuus, alueen aktiivisuus kuntien väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi	Kyllä/ei, kunnat saavat sote-alueelta asiantuntijatukea hyvinvointikertomusten laatimisessa, ennakoarvioinneissa, alueellisia koulutuksia, kehittämis- ja tutkimushankkeiden koordinaatioapua	Tuotettavissa: Ei	Terveystaloussuunnitelma , pykälä 36§ Sote-järjestämislakiluonnos 8§

Liite 2: Palvelupakettikohtaisten indikaattoreiden arviointiin osallistuneet osastot ja asiantuntijat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa

THL:n osastoista mukana olivat

Tietopalvelut -osasto
Hyvinvointi-osasto
Terveysosasto
Järjestelmät -osasto

THL:n asiantuntijoista mukana työssä olivat palvelupaketeittain;

Lasten ja nuorten ja perheiden palvelupaketti: Juha Fränti, Arja Hastrup, Marja-Leena Perälä, Nina Halme, Marke Hietanen-Peltola

Työ- ja toimintakykyä tukevan aikuissosiaalityön palvelupaketti: Eeva Liukko, Minna Kivipelto, Stina Sjöblom

Hoito- ja hoivapalvelut: Matti Mäkelä

Suun terveydenhuollon palvelupaketti: Outi Räikkönen, Päivi Hämäläinen, asiantuntijoina Marja-Leena Partanen ja Seppo Turunen

Mielenterveys- ja päihdepalvelupaketti: Jukka Kärkkäinen, Jaana Suvisaari, Mirja Ihanus, Airi Partanen, Kristiina Kuussaari

Vammaisten palvelupaketti: Päivi Nurmi-Koikkalainen, Sanna Ahola

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketti: Outi Töytäri, Heidi Anttila ja Heli Valkeinen

Keskitetyn erikoissairaanhoidon palvelupaketti: Jutta Järvelin, Pirjo Häkkinen

Laaja-alaisen palvelutarpeenarvion palvelupaketti: Kaisa Mölläri, Minerva Krohn, Pirjo Häkkinen

Vastaanottopalvelujen palvelupaketti: Pirjo Häkkinen, Kaisa Mölläri, Minerva Krohn, Satu Vuorio

Päivystys: Jutta Järvelin, Pirjo Häkkinen

Ensihoito: Outi Räikkönen, asiantuntijana Lasse Ilkka

Hyvinvoinnin edistämisen tukipaketti: Katri Kilpeläinen, Tuulia Rotko, Tapani Kauppinen, Timo Ståhl, Timo Koskela, Nella Savolainen, Kirsi Wiss, Pia Hakamäki

Muut tehtävät:

Tilasto-rekisteriyhteistyön koordinaattori: Outi Räikkönen

IT konsultointi: Aleksi Yrttiaho

Projektin koordinaatitiimi: Päivi Hämäläinen, Viveca Bergman, Outi Räikkönen

Sosiaali- ja terveystalouden asiantuntemus: Timo T Seppälä

Ohjausryhmäjäseneet THL:stä: Johanna Lammi-Taskula, Timo T Seppälä, Päivi Hämäläinen

Liite 3. Pilottiorganisaatioilla ja asiantuntijoilla arvioitavana ollut indikaattorilista

Listalla sisältyy kaikki arvioitavana olleet indikaattorit. **Lihavoinnilla** on merkitty ne indikaattorit, joita arviointityön tuloksena on valittu liitteeseen 1. Arviointityön aikana löytyi joitakin huomionarvoisia indikaattoreita, jotka valittiin listalle, vaikka ne eivät olleet mukana pilotointiprosessissa. Nämä indikaattorit on merkitty tähdellä (*-**merkki**).

Pilotointiprosessiin lähetetyssä indikaattorilistassa oli mukana myös jonkun verran täydentäviä indikaattoreita, joihin organisaatiota pyydettiin halutessaan ottamaan myös kantaa. Nämäkin indikaattorit ovat mukana liitteessä 3.

Suun terveydenhuollon palvelupaketti

Hammaslääkäripalveluja yksityissektorilla käyttäneet Kela-korvauksia saaneet henkilöt

Yksityisen hammahuollon korvauksia saaneet henkilöt

Terveyskeskuskäyntien määrä hammaslääkäriässä, ikäluokkien erot

Terveyskeskuskäyntien määrä suuhygienistillä, ikäluokkien erot

Perusterveydenhuollon hammahuollon käyttökustannukset

Perusterveydenhuollon hammahuollon käyttötuotot

Perusterveydenhuollon hammahuollon nettokustannustiedot/asukas

Tervehampaisten osuus 12-vuotiaista

Tervehampaisten osuus (kiinnityskudokset) (25-64 v.)

Julkinen sektori, hammaslääkärimäärä

Julkinen sektori, suuhygienistien lukumäärä

Julkinen sektori, hammashoitajien lukumäärä

Terveyskeskusten hammaslääkärivaje (täyttämättömät terveyskeskushammaslääkäri virat/toimet)

Yksityinen sektori, hammaslääkärimäärä

Onko teillä ollut viim. 30 vrk:n aikana hammassärkyä?

Hampaiden määrä 65+ -vuotiailla

Asiakastytyväisyys suun terveydenhuoltoon

Suun terveydenhuollon asiakastytyväisyyden (asiakaspalaute) mittaaminen säännöllisesti

Suun terveydenhuollon potilasvahingot

Hampaiden harjaus harvemmin kuin kahdesti päivässä

Suun terveyteen liittyvät elintavat (karkit, limsa, energijuomat, alkoholi, tupakka, nuuska)

Vaikeudet ruoan pureskelussa

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon käynnit (kiireellisyys = päivystys), % käynneistä

DMF-indeksi: reikiintyneiden ja paikattujen hampaiden lukumäärää sekä kariksen takia poistettujen hampaiden lukumäärää

CPI-indeksi: hampaan kiinnityskudosten hoidon tarve

Terveyskeskuskäynneillä tehtyt suun terveydenhuollon toimenpiteet

Erikoissairaanhoidossa tehdyt suun toimenpiteet

Suun terveydenhuollon terveystieteiden käyntimäärät käyntisyys

Kuntien tekemät suun terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot

Potilas case-mix –indeksi (asiakkaiden hoidon vaikeusasteen ero keskimääräinen vaikeusaste)

Keskimääräinen painotetun toimenpiteen kustannus

DEA 1 tuotannollinen tehokkuus: tuotoksina hoidossa käyneet kuudessa eri ikäryhmässä, panoksina käyttökustannukset DEA2 tekninen tehokkuus: toimenpiteiden tuottamisen tehokkuus **Hoitoonpääsy yhteydenotosta 3 viikon kuluessa hammaslääkäriin***

Täydentäviä indikaattoreita:

Onko käynyt viim. 12 kk aikana julkisella tai yksityisesti hammaslääkäriin, suuhygienistillä tai hammasteknikolla (20-54v, 55-74, 75?)

Hammaslääkäripalkkioista korvauksia saaneiden henkilöiden lukumäärät

Korvattujen hammaslääkäriin suorittamien toimenpiteiden lukumäärät

Hammaslääkärien perimät palkkiot

Laskennalliset korvaukset, euroa

Peritty palkkio toimenpidettä kohti, euroa

Laskennallinen korvaus toimenpidettä kohti, euroa. EB1HA, lkm/100 saajaa EB1AA, lkm/100 saajaa (hammasröntgen)

EB1SA, lkm/100 saajaa (hammasröntgen, Bite-Wing-kuva hampaiston sivualueelta)

Kelan korvaamat yksityisen hammashuollon käynnit / 1 000 asukasta info ind. 3217

Yksityisen hammashuollon korvauksia saaneet henkilöt, lkm info ind. 2414

Yksityisen hammashuollon käynnit 0 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä info ind. 1075

Yksityisen hammashuollon käynnit 18 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä info ind. 1076

Kelan korvaamat yksityisen hammashoidon hammaslääkärikäynnit info ind. 3846

Kelan 0 - 17-vuotiaille korvaamat yksityisen hammashoidon hammaslääkärikäynnit info ind. 3847

Kelan 18 vuotta täyttäneille korvaamat yksityisen hammashoidon hammaslääkärikäynnit info ind. 3848

Kelan korvaamat yksityisen hammashoidon suuhygienistikäynnit info ind. 3849

Kelan 0 - 17-vuotiaille korvaamat yksityisen hammashoidon suuhygienistikäynnit info ind. 3850

Kelan 18 vuotta täyttäneille korvaamat yksityisen hammashoidon suuhygienistikäynnit info ind. 3851

Hammaslääkäripalveluja yksityissektorilla käyttäneet (korvauksia saaneet hlöt), % väestöstä info ind. 3081

Asiakastytyväisyyskysely:

1. Tiedonsaanti palvelusta

2. Yhteydenaannin helppous

3. Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa*

4. Henkilökunnan osaaminen ja asiantuntijuus

5. Kohtaaminen / Asiakaspalvelu*

6. Päätöksentekoon osallistuminen

7. Kokonaisvaltainen näkemys asiakkaaseen

8. Palvelun hyödyllisyys*

9. Yksityisyydensuoja

10. Tilat

11. Kokonaisarvio palvelusta
12. Hoitotarpeen arviointi ajanvarauksessa
13. Sovitussa vastaanottoajassa pysyminen
14. Tiedon saanti hoidosta ja hoitovaihtoehdoista
15. Hinnoista kertominen
16. Kivun ja/tai hammashoitopelon hallinta
17. Itsehoidon neuvonta ja tuki
18. Jatkohoidosta kertominen
19. Palvelun kieli
20. Hoitoajan riittävyys
21. Hinta-/laatusuhde

Mielenterveyden palvelupaketti

Pysyminen hyvinvoivana ja terveenä(t&h edistäminen, preventio)

Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus

Ahdistuneisuus nuorten osuus, 8. ja 9. luokan oppilaista

Ahdistuneisuus, ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat

Ahdistuneisuus lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla

Niiden osuus, joilla on ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kk aikana (%)

Depressiohoitaja käytettävissä terveyskeskuksessa omana toimintona tai ostopalveluna

Terveyskeskuksessa nimetty ehkäisevän mielenterveystyön vastuhenkilö

Terveys- tai sosiaalisen ongelman ratkaiseminen (hoito, sosiaalipalvelut jne)

Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0-80 v. /100 000 asukasta

Itsemurhakuolleisuus / 100 000 as.

Mielenterveysdiagnoosin saaneiden potilaiden Itsemurhat vuodeosastohoidon aikana

Mielenterveysdiagnoosin saaneiden potilaiden Itsemurhat 30 päivän ja 1 vuoden sisällä vuodeosastohoidon jälkeen

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt 18 vuotta täyttäneet/1000 vastaavanikäistä

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt alle 18 vuotta täyttäneet / 1000 vastaavanikäistä

Pakkotoimet, lukumäärä, psykiatrisessa sairaalahoitossa 0 - 17-vuotiailla

Tahdosta riippumattomat läheteet psykiatriseen sairaalahoitoon 0 - 17-vuotiailla

Eristyksen käyttö tahdonvastaisena psykiatrisena hoitomuotona

Lepositeiden käyttö tahdonvastaisena psykiatrisena hoitomuotona

Tahdonvastaisen lääkeinjektion käyttö psykiatrisena hoitomuotona

Fyysisen kiinnipitämisen käyttö tahdonvastaisena psykiatrisena hoitomuotona

Psykiatrian erikoisalan avohoitokäynnit

Mielenterveysyistä johtuneet perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin vastaanotolla käynnit

Mielenterveysyistä johtuvat perusterveydenhuollon avohoitokäynnit poislukien lääkärikäynnit

Perusterveydenhuollon mielenterveysyistä johtuneet aikuisten käynnit yhteensä

Perusterveydenhuollon mielenterveyssyistä johtuneet käynnit yhteensä

Psykiatrian kuntoutuskotien käyttö

Psykiatrian asiakkaat, jotka olleet ympärivuorokautisessa palveluasumisessa

Psykiatrian asiakkaat, jotka olleet ei-ympärivuorokautisessa palveluasumisessa

Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö, hoitopäivät

Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö, hoitoa saaneet

Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö, keskimääräinen hoitoaika

Yksityisten psykiatristen lääkäripalvelujen käyttö

Sairaalahoito lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa

Lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon hoitopäivät

Lasten mielenterveyden hoitoa saaneet erikoissairaanhoidon avohoidossa

Nuorten mielenterveyden hoitoa saaneet erikoissairaanhoidon avohoidossa

Mielenterveydenhäiriöihin sairaalahoitoa saaneet, lapset ja nuoret*

Psykiatrisen laitoshoidon kokonaiskäyttö alueella, hoitajaksot

Psykiatrisen laitoshoidon kokonaiskäyttö alueella, hoitopäivät

Lastensuojeluilmoitukset

Lastensuojelu, alle 18 vuotta täyttäneet kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, ostopalvelu

Lastensuojelu, alle 18 vuotta täyttäneet kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, kuntien itse tuottamat palvelut

Lastensuojelu, alle 18 vuotta täyttäneet kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, valtiolta ostetut palvelut

Lastensuojeluilmoitusten käsittelyaika 1.10. - 31.3. aikana

Lastensuojeluilmoitusten käsittelyaika 1.4. - 30.9. aikana

Huostassa tai kiireellisesti sijoitettuna olevien lasten ja nuorten määrä

Huostaanotettuina olleet lapset ja nuoret

Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret

Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, laitoshoidon osuus

Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, perhehoidon osuus

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, valtiolta ostetut palvelut

Lastensuojelun kiireellisten sijoitusten määrä

Lastensuojelun huostaanottojen määrä väestössä

Kodin ulkopuolelle perheisiin sijoitetut lapset ja nuoret

THL:n Mielenterveysindeksi

Pitkittyneet psykiatriset sairaalahoitajaksot

Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet

Mielenterveysperusteiset sairaseläkkeet

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat

Mielenterveysperusteisten sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto

Mielenterveysperusteisten osasairauspäivärahojen alkaneiden kausien määrä

Depressiolääkkeistä korvausta saaneet

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutetut

Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen

Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ylikuolleisuus

Täydentävät indikaattorit:

Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö, hoitojaksot

Psykiatrian lasten ja nuorten hoitojaksot

Lastensuojelu, alle 18 vuotta täyttäneet kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, kuntayhtymiltä ostetut palvelut

Lastensuojelu, alle 18 vuotta täyttäneet kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret, kunnilta ostetut palvelut

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana ammatillinen perhekoti

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana laitos

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana muu

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana perhe

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana ammatillinen perhekoti

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana laitos

Päihdepalvelujen palvelupaketti

Tupakoi päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Nuuskaa päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Tupakoi päivittäin, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Tupakoi päivittäin, % lukion 1. ja 2. 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Nuuskaa päivittäin, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Läheisen alkoholin käyttö aiheuttanut ongelmia, %, eri luokka-asteilla

Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Tupakointistatus

Nikotiiniriippuvuus (pisteet 0-6)

Rahapelaaminen aiheuttanut ongelmia 12 kk aikana, % 15 - 74-vuotiaista rahapelaajista

Rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kk aikana kokeneita

Alkoholijuomien myynti, 100 % alkoholia, litraa / 15 vuotta täyttäneet

Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k)

Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 20 - 64-vuotiaat

AUDIT

Huumeiden vuoksi päihdehoitoon hakeutuneen tilanearvio (Pompidou)

Päihdeluokitus (Pompidou)

Niiden päihdeongelman vuoksi hoidossa olevien asiakkaiden osuus, jotka ovat käyttäneet vähintään kolmea päihdettä kuluneen kuukauden aikana*

Päihhteettömät kuukaudet / 12 kk (Pompidou)

SDS (The Severity of Dependence Scale)

Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta

Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta

Päihhteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1 000 asukasta

Päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta

Huumeiden käyttäjien sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä asiointi

Palvelumuoto: Päihdetyö. Päihdetyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä perusterveydenhuollon avohoidon toimintana järjestettävää ehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa, nimenomaisesti päihdeongelmien hoitoon kohdistuvaa perusterveydenhuollon avohoidon toimintaa.

Päihdekuntoutus. Päihderiippuvuuden hoitoon annettava toiminnallinen yksilö- tai ryhmässä tapahtuva avokuntoutus

Avokatkaisuhoido ja seuranta. Suunnitelmallisesti tapahtuva avokatkaisuhoidon toistuva kontakti päihderiippuvuuden katkaisemiseksi tai hallitsemiseksi. Voi sisältää useita erilaisia toimintoja (mm. neuvontaa, valvontaa, lääkkeiden antoa),

Huume-/humalatilatutkimus. Potilaan kliininen tutkiminen huume-/humalatilapöilyssä

Huumeiden IV-käyttäjien neuvonta/välineiden vaihto. Tarttuvien maksatautiin ja HIV-infektion testaus, maksuton A- ja B-hepatiittirokotus, kondomien ilmaisjakelu sekä puhtaiden neulojen ja ruiskujen vaihtaminen käytettyjen tilalle (Tartuntatautiasetus 1383/2003)

Huumeeseulonta, huumeepikatestin tai työterveyshuollon huumetestin teettäminen potilaalla

Päihhteiden/tupakan käytön strukturoitu kartoitus, esim. Audit-kysely, Fagerströmin testi

Riippuvuusoireisen mini-interventio. Mini-interventio annetun Käypä hoito -suosituksen sisältöisenä, päihde-, tupakka- tai muulla riippuvuusoireisella

Opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoido Opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoidosta annetun asetuksen (33/2008) mukaisen hoidon antaminen.

Ohjaus päihdepalveluihin

Alkoholikuolleisuus 35 - 64-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä

Alkoholi- ja huumeikuolleisuus 15 - 34-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä

Päihtyneiden osuudet tapaturmissa kuolleista alueella, %

Todettuja C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta

Todettuja HIV-infektioita

Perusterveydenhuollosta päihdehoitoon ohjattujen määrä

Asiakasyhteydenottojen määrä päihdehoitoyksiköihin

Odotusaika yhteydenotosta (lähete tai asiakasyhteydenotto) ensimmäiseen vastaanottoaikaan (avohoito)

Ilman ajanvarausta tapahtuvien asiointien määrä / kk (avohoito)

Ajanvarauksella tapahtuvien asiointien määrä (suunnitellut/toteutuneet) / kk

Laitosmuotoiseen jatkohoitoon ohjauksen ja myönteisten sosiaalihuollon maksusitoumuspöätösten suhde

Odotusaika jatkohoitoon ohjauksesta (lähete tms.) hoitoon pääsyyn (laitoshoito)

Suunnitellusti toteutuneiden laitosmuotoisten hoitajaksojen aloitukset (suunnitellut/toteutuneet)

Kirjattujen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien määrä suhteessa asiakkuuksiin

Omaisten ja läheisten huomioiminen, % potilaista

Lääketieteellisen hoidon saatavuus sosiaalihuollon päihdehoitoyksikössä

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitokyky (DDCAT)

Päihdehoidon hoitajakson kesto

Päätyneet päihdehoitajaksot, syy

Systemaattiset hoito- ja kuntoutussuunnitelmien loppuarvioinnit Omavalvontasuunnitelmat

Haipro-ilmoitukset

Valitukset

Asiakasmäärä/omatyöntekijä (avohoito)

Päihdehuollon avohoitokäynnin hinta

Päihdehuollon laitosvuorokauden hinta

Täydentäviä mittareita

Sofas (Social and Occupational Functioning assessment scale)

SADD (Alcohol Dependence Data Questionnaire)

TOP (Treatment Outcomes Profile)

Päihdeasiakkaan tilannearvio

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen palvelupaketti

1. Terveys ja toimintakyky

1.1 Koettu terveys ja oireet

Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi (THL, Kouluterveyskysely)

Päivittäin vähintään kaksi oiretta (THL, Kouluterveyskysely)

Väsymystä lähes päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)

Niska- tai hartiakipuja lähes päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)

Päänsärkyä lähes päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)

Ärtyneisyyttä ja kiukunpurkauksia lähes päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)

Niska- tai hartiakipuja viikoittain (THL, Kouluterveyskysely)

Päänsärkyä viikoittain (THL, Kouluterveyskysely)

Ylipaino (THL, Kouluterveyskysely)

Ylipainon yleisyys lapsilla*

Lihavien vanhempien osuus (THL, ATH)

Vanhempien keskitasoinen tai sitä huonompi koettu terveys (THL, ATH)

Unettomuutta 30 viime päivän aikana kokeneet vanhemmat (THL, ATH)

1.2 Pitkäaikaissairaudet ja vammaisuus

Aamu- ja iltapäivähoito vammaisuuden perusteella

Nuorten aikuisten VpL:n mukainen palveluasuminen

Autettu asuminen (SotkaNet)
Ohjattu asuminen (SotkaNet)
Tuettu asuminen (SotkaNet)
Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet (SotkaNet)
Henkilökohtainen apu yleensä (SotkaNet)
Omaishoidon tuki (SotkaNet)
Kuljetuspalvelut ikäryhmittäin (SotkaNet)
Kehitysvammaisten laitoshoido (SotkaNet)
Vammaisten tulkkipalvelut (SotkaNet)

1.3 Mielenterveys

Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (THL, Kouluterveyskysely)

Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden vanhempien osuus (THL, ATH)
Niiden vanhempien osuus, joilla on ollut itsemurha-ajatuksia 12 viimeisen kk aikana (THL, ATH)
Vanhemman vähintään kaksi viikkoa jatkunut masennusoireilu 12 viime kk aikana (THL, ATH)

1.4 Päihteet ja riippuvuus

Raittiiden nuorten osuus (THL, Kouluterveyskysely)

Tupakoimattomien nuorten osuus (THL, Kouluterveyskysely)

Päivittäin tupakoivien nuorten osuus*

Ainakin yksi vanhempi tupakoi (THL, Kouluterveyskysely)
Läheisen alkoholin käyttö aiheuttanut ongelmia (THL, Kouluterveyskysely)
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran (THL, Kouluterveyskysely)
Käyttää alkoholia viikoittain (THL, Kouluterveyskysely)
Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa (THL, Kouluterveyskysely)
Käyttää sähkösavukkeita päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)
Nuuskaa päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)
Alkoholia liikaa käyttävien vanhempien osuus (AUDIT-C) (THL, ATH)
Alkoholia humalahakuisesti käyttävien vanhempien osuus (AUDIT-1k) (THL, ATH)
Niiden vanhempien osuus, jotka ilmoittavat käyttäneensä kannabista 12 viime kk aikana (THL, ATH)
Rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kk aikana kokeiden vanhempien osuus (THL, ATH)
Pelaa rahapelejä viikoittain (THL, Kouluterveyskysely)

1.5 Terveystottumukset

Harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan 1 h viikossa (THL, Kouluterveyskysely)
Nukkuu arkisin alle 8 tuntia (THL, Kouluterveyskysely)
Perhe ei syö yhteistä ateriaa iltapäivällä tai illalla (THL, Kouluterveyskysely)
Ei syö koululounasta päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)
Syö aamupalan arkiamuisin (THL, Kouluterveyskysely)
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien vanhempien osuus (THL, ATH)
Niukasti sekä tuoreita että kypsennettyjä kasviksia käyttävien vanhempien osuus (THL, ATH)

1.6 Seksuaaliterveys ja seurustelu

Ensimmäisen nla-käynnin ajankohta

16 + raskausviikoilla ensimmäiselle käynnille tulleet, %

Varhaisraskauden ultraääneen osallistuneiden lkm, %

Rakennepoikkeavuuksien seulonta 18+0–21+6 raskausviikoilla*

Äitiysneuvolakäyntien määrän keskiarvo

Äitiyspoliklinikkakäyntien määrän keskiarvo

Äitiysneuvola-asiakastytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu*

Äitiysneuvola-asiakastytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys*

Raskausaikaisten päivystyskäyntien lkm ja osuus

Raskausdiabetes

Ylipainoisten synnyttäjien osuus

Lihavien synnyttäjien osuus

Raskaudenaikainen tupakointi

Raskauden aikana tupakoinnin lopettaneet

Avustettu synnytys (imukuppi- ja pihtisynnytys)

Synnytyksen käynnistys

Keisarileikkaus

Verensiirron saaneiden keisarileikkauksella synnyttäneiden lkm ja osuus

Verensiirron saaneiden alateitse synnyttäneiden lkm ja osuus

3. ja 4. asteen repeämien osuus

3. ja 4. asteen repeämien osuus avustetuissa synnytyksissä

3. ja 4. asteen repeämien osuus avustamattomissa synnytyksissä

Episiotomioiden osuus

Synnyttäjän hoitoaika sairaalassa synnytyksen yhteydessä

Sairaalan ulkopuolella suunnitellusti syntyneiden lkm

Sairaalan ulkopuolella suunnittelemattomasti syntyneiden lkm

Matkalla sairaalaan syntyneiden lkm

Äitiyskuolleisuus

Syntyneiden lasten lkm

Kokonaishedelmällisyys

Ensisynnyttäjän keski-ikä

Ensisynnyttäjän osuus

Kaikkien synnyttäjien keski-ikä

Monisikiöisten osuus, %

< 2500 g vastasyntyneet (yksisikiöiset)

< 1500 g vastasyntyneet (yksisikiöiset)

< 37 rvk syntyneet (yksisikiöiset)

< 32 rvk syntyneet (yksisikiöiset)

Teho- tai valvontahoidossa olleet elävänä syntyneet

Respiraattorihoidossa olleet elävänä syntyneet

Syntynyt lapsi sairaalassa 7 vrk iässä

5 minuutin Apgarin pisteet 0-6

5 minuutin Apgarin pisteet 0-3, %

Napaveren pH < 7,05

Perinataalikuolleisuus

Vastasyntynyt täysimetetty sairaalasta lähtiessä

Tyytyväisyys raskauden seurantaan terveydenhoitajan/kättilön vastaanotolla, ka

Tyytyväisyys raskauden seurantaan lääkärin vastaanotolla, ka

Raskaudenkeskeytykset

Nuorten raskaudenkeskeytykset

Alaikäisten raskaudenkeskeytykset*

20-24-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset

25-29-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset

Ehkäisy puuttunut ennen keskeytystä

Klamydiainfektio

Klamydiainfektio nuorilla

HIV

Kuppa

Nuorten hyvät seli-tiedot

Yhdynnässä olleet peruskoulun 8. ja 9. -luokkalaiset nuoret

Yhdynnässä olleet lukion 1. ja 2. -luokkalaiset nuoret

Yhdynnässä olleet ammattioppilaitoksessa opiskelevat nuoret

Ehkäisyn puuttuminen viimeisimmässä yhdynnässä 8. ja 9. -luokkalaisilla nuorilla, %

Ehkäisyn puuttuminen viimeisimmässä yhdynnässä lukion 1. ja 2. luokkalaisilla, %

Ehkäisyn puuttuminen viimeisimmässä yhdynnässä ammattioppilaitoksissa opiskelevilla nuorilla, %

Seli-asioissa vaikea käydä th:n tai lääkärin vastaanotolla, peruskoulun 8. ja 9. lk %

Seli-asioissa vaikea käydä th:n tai lääkärin vastaanotolla, lukion 1. ja 2. -luokkalaiset %

Seli-asioissa vaikea käydä th:n tai lääkärin vastaanotolla, ammattioppilaitoksissa opiskelevat %

Seksuaalista häirintää kokeneet peruskoulun 8. ja 9. -luokkalaiset, %

Seksuaalista häirintää kokeneet lukion 1. ja 2. -luokkaiset, %

Seksuaalista häirintää kokeneet ammattioppilaitoksissa opiskelevat, %

Seksuaalista väkivaltaa kokeneet peruskoulun 8. ja 9. -luokkalaiset, %

Seksuaalista väkivaltaa kokeneet lukion 1. ja 2. luokkailaiset, %

Seksuaalista väkivaltaa kokeneet ammattioppilaitoksissa opiskelevat

Naisten steriloinnit

Miesten steriloinnit

Hedelmöityshoitojen määrä

Hedelmöityshoitojen avulla synnytykseen päätyneet raskaudet

Hormonaalista ehkäisyä käyttäneiden osuus, %

Kondomia käyttäneiden osuus, %

Tuplaehkäisyä käyttäneiden osuus (kondomi ja joku muu), %

Yhdynnässä 12 viimeisen kuukauden aikana olleet, %

Ei raskauden ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässä, % (20-49-vuotiaat naiset, 20-54-vuotiaat miehet)

Seksikumppaneiden lkm 12 viimeisen kuukauden aikana, %

1.7 Suun terveys

Suun terveydenhuollon käynnit terveystieteissä yhteensä (SotkaNet)

Yksityisen hammashuollon käynnit (SotkaNet)

Terveystieteidenkäyntien määrä suuhygienistillä (AvoHILMO, SotkaNet)

Tervehampaisten osuus 12-vuotiaista (AvoHILMO)

Hampaiden harjaus harvemmin kuin kahdesti päivässä (THL, Kouluterveyskysely)

Vähintään kahdesti päivässä hampaansa harjaavien vanhempien osuus (THL, ATH)

1.8 Kaikille yhteiset ehkäisevät palvelut

Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan käynnit yhteensä/lääkärikäynnit

Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit yhteensä/lääkärikäynnit

Laaja terveystarkastus 4 kk:n iässä

Laaja terveystarkastus 18 kk:n iässä

Pneumokokki-rokotuskattavuus lapsilla*

Laaja terveystarkastus 4 v. iässä

Lastenneuvolan määrääikaisten terveystarkastusten peittävyys*

Lastenneuvola-asiakastytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu*

Lastenneuvola-asiakastytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys*

Laaja terveystarkastus ensimmäisellä luokalla

Laaja terveystarkastus viidennellä luokalla

Laaja terveystarkastus kahdeksannella luokalla

Perusterveydenhuollon erityisen tuen tarpeen mukainen käynti

Terveydenedistämisen aktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa, pistemäärä LNP palveluista.

Opiskelu- ja työelämän ulkopuolella olevan nuoren terveystarkastus

1. opiskeluvuoden terveystarkastus, toinen aste AvoHILMO

Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit

Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon käynnit yhteensä

Kasvatuksellisen kuntoutuksen tarpeen arviointi

Kasvatuksellisen kuntoutuksen terapiamuodot

Henkilöstömitoitus- suositusten toteutuminen äitiysneuvolassa

Henkilöstömitoitus- suositusten toteutuminen lastenneuvolassa

Henkilöstömitoitus- suositusten toteutuminen kouluterveydenhuollossa

Henkilöstömitoitus- suositusten toteutuminen opiskeluterveydenhuollossa

1.9 Tiedon saanti palveluista

Vanhempien osuus, jotka ovat saaneet riittävästi tietoa oppilashuollon palveluista (THL, ATH)

Vanhempien osuus, jotka ovat saaneet riittävästi tietoa lasten ja perheiden palveluista kunnassa (THL,ATH)

Sosiaalitukeen liittyviä palveluita riittämättömästi saaneiden vanhempien osuus palveluita tarvinneista (THL, ATH)

2. Hyvinvointi, elinolot ja osallisuus

2.1 Elinolot

Terveystieteiden ammattilaisen antaman elintapamuutos-kehotuksen saaneiden osuus niistä joilla on tarve muuttaa elintapojaan (THL, ATH)

Elinolosuhteisiin liittyvä neuvonta ja ohjaus (AvoHILMO)

2.2 Taloudellinen tilanne

Kotihoidon tukea saaneita perheitä vuoden aikana (SotkaNet)

Kuntalisää (Kelan maksamaa) saaneita perheitä

Lastenhoidon tukia saaneita perheitä vuoden aikana

Toimeentulotukea saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (SotkaNet)

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18 - 24-vuotiaat (SotkaNet)

Täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saajat/toimeentulokiasiakkaat 18-24-vuotiaat

Toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, tuen keston mukaan: 18-24 vuotiaat

Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet *

Työttömien työnhakijoiden (18 – 24 v.) osuus työvoimasta kunnittain kk:n lopussa

Työttömyyden (18 – 24 v.) virta yli tietyn keston suhteessa vastaavaa kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin

Työttömien nuorten (18 – 24 v.) aktivointiaste

Työttömien työnhakijoiden osuus sosiaalityön asiakkaista (18-24 vuotiaat)

2.3 Osallisuus

Ei koe tulevansa kuulluksi koulussa (THL, Kouluterveyskysely)

Opettajat eivät kohtele oppilaita oikeudenmukaisesti (THL, Kouluterveyskysely)

Opettajat eivät ole kiinnostuneita oppilaan kuulumisista (THL, Kouluterveyskysely)

Opettajat eivät rohkaise mielipiteen ilmaisuun oppitunnilla (THL, Kouluterveyskysely)

Luokan ilmapiiri ei tue vapaata mielipiteen ilmaisua (THL, Kouluterveyskysely)

Oppilaiden mielipiteitä ei huomioida koulutyön kehittämisessä (THL, Kouluterveyskysely)

Ei tiedä miten voi vaikuttaa koulun asioihin (THL, Kouluterveyskysely)

Aktiivisesti osallistuvien vanhempien osuus (THL, ATH)

2.4 Perherakenne

Lapsiperheet % kaikista perheistä (SotkaNet)

Perheet yhteensä

Yksinhuoltajaperheet,% lapsiperheistä

Sosiaalitoimen vahvistamat perheoikeudelliset sopimukset.

Asuu yhdessä äidin ja isän kanssa (THL, Kouluterveyskysely)

2.5 Harrastukset ja vapaa-aika

Netissä vietetty aika aiheuttaa ongelmia vuorokausirytmissä (THL, Kouluterveyskysely)

2.6 Sosiaaliset suhteet

Vaikeuksia koulukavereiden kanssa toimeen tulemisessa (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia työskennellä ryhmässä (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia opettajien kanssa toimeen tulemisessa (THL, Kouluterveyskysely)

Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa (THL, Kouluterveyskysely)

Perhe ei syö yhteistä ateriaa iltapäivällä tai illalla (THL, Kouluterveyskysely)

Ei yhtään läheistä ystävää (THL, Kouluterveyskysely)

2.7 Rikheet ja rikokset

Rangaistusten lukumäärä 15–17-vuotiailla

Sovittelukäsittelyyn tulleiden, rikosten ja riita-asioiden tekijöiksi epäiltyjen alle 21-vuotiaiden määrä

Toistuvasti rikkeitä vuoden aikana (THL, Kouluterveyskysely)

Kokenut fyysistä uhkaa vuoden aikana (THL, Kouluterveyskysely)

Kokenut seksuaalista häirintää puhelimesta tai netissä (THL, Kouluterveyskysely)

Kokenut seksuaalista häirintää julkisessa tilassa (THL, Kouluterveyskysely)

Kokenut kehoa tai seksuaalisuutta loukkaavaa kiusaamista (THL, Kouluterveyskysely)

Kokenut seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti (THL, Kouluterveyskysely)

2.8 Arki ja arjen hallinta

2.9 Elämään tyytyväisyys

3. Varhaiskasvatus, koulu ja opiskelu

3.1 Varhaiskasvatus

Kunnan kustantamassa kokopäivähoidossa olleet 1-2-vuotiaat

Kunnan kustantamassa kokopäivähoidossa olleet 3-5-vuotiaat

3.2 Koulu- ja oppilaitosyhteisö ja -ympäristö

Oppilaitoksen opiskeluhuoltoryhmän tapaaminen (AvoHILMO, TEAviisari)

Opintoympäristön terveydellisten olojen tarkastus (AvoHILMO, TEAviisari)

Koulun fyysisissä työoloissa puutteita (THL, Kouluterveyskysely)

Opiskelutilojen ahtaus haittaa opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Melu ja kaiku haittaavat opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Sopimaton valaistus haittaa opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Huono ilmanvaihto tai huoneilma haittaa opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Sopimaton lämpötila haittaa opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Likaisuus ja pölyisyys haittaavat opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Huonot sosiaalililat haittaavat opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Epämukavat työtuolit ja -pöydät haittaavat opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Koulutapaturma lukuvuoden aikana (THL, Kouluterveyskysely)

Koulun työilmapiirissä ongelmia (THL, Kouluterveyskysely)

Työympäristön rauhattomuus haittaa opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Kiireisyys haittaa opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Lintsannut ainakin 2 päivää kuukauden aikana (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia opiskelussa (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia omatoimisuutta vaativissa tehtävissä (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia sopivan opiskelutavan löytämisessä (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia läksyjen tekemisessä (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia kirjoittamista vaativissa tehtävissä (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia lukemista vaativissa tehtävissä (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia kokeisiin valmistautumisessa (THL, Kouluterveyskysely)

Vaikeuksia opetuksen seuraamisessa (THL, Kouluterveyskysely)

Opettajat odottavat oppilailta liikaa koulussa

Koulutyöhön liittyvä työmäärä liian suuri (THL, Kouluterveyskysely)

Koulu-uupumus (THL, Kouluterveyskysely)

Ei ole saanut apua koulusta koulunkäynnin ja opiskelun vaikeuksissa (THL, Kouluterveyskysely)

Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (THL, Kouluterveyskysely)

Osallistunut koulukiusaamiseen vähintään kerran viikossa (THL, Kouluterveyskysely)

Kiusaamiseen ei ole puututtu koulun aikuisten toimesta (THL, Kouluterveyskysely)

Väkivaltatilanteet haittaavat opiskelua (THL, Kouluterveyskysely)

Ei syö koululounasta päivittäin (THL, Kouluterveyskysely)

Ei syö kaikkia ateriansia kouluruoalla (THL, Kouluterveyskysely)

Koululounas tarjotaan sopimattomaan aikaan (THL, Kouluterveyskysely)

Koululounaan syömiseen varattu liian vähän aikaa (THL, Kouluterveyskysely)

Koululounasta ei ole tarjolla riittävästi (THL, Kouluterveyskysely)

3.3 Oppimisen tuki

Erityisen ja tehostetun tuen piiriin otetut oppilaat

Monialaisen asiantuntijaryhmän tapaaminen (AvoHILMO)

3.4 Koulupudokkuus ja koulun keskeyttäminen

Peruskoulun jälkeen samana vuonna ilman jatko-opiskelupaikkaa jääneet nuoret

Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat.

Yksilöllisen tarpeen mukainen laaja terveystarkastus (AvoHilmo)

Erityisen tuen tarpeen mukainen käynti (AvoHilmo)

1. opiskeluvuoden tarkastus, erityistarve, toinen aste (AvoHILMO)

2. asteen opiskelijan tarkastus, yksilöllinen tarve (AvoHILMO)

Opiskeluun soveltumattomuuden arviointi (AvoHILMO)

Monialaisen asiantuntijaryhmän tapaaminen (AvoHILMO)

Perhetilanteeseen liittyvä neuvonta ja ohjaus (AvoHILMO)

Parisuhteeseen liittyvä neuvonta ja ohjaus (AvoHILMO)

Vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta tukeva ohjaus (AvoHILMO)

Uusi vastaanottoaika (AvoHILMO)

Ohjaus kouluterveydenhuollon erikoistutkimuksiin (AvoHILMO)

Ohjaus opiskelu- ja kuraattori- ja psykologipalveluihin (AvoHILMO)

Ohjaus lääkärille tai hammaslääkärille (AvoHILMO)

Ohjaus muulle ammattiryhmälle kuin lääkärille (AvoHILMO)

Lähete erikoissairaanhoidon (AvoHILMO)

Ohjaus yksityiseen tutkimukseen tai hoitoon (AvoHILMO)

Ohjaus päihdepalveluihin (AvoHILMO)

6. Palvelujen saavutettavuus ja riittävyys

Lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa ratkaistut lastensuojeluilmoitukset tai vastaavat yhteydenotot

Määräajassa aloitettu lastensuojeluilmoitusten käsittely*

Lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon yli 3 kk odottaneet alle 23-vuotiaat 31.12.

Somaattisen erikoissairaanhoidon 0 - 17-vuotiaat vuodeosastohoidon potilaat*

Erikoissairaanhoidon lastentautien avohoitokäynnit*

Yksityislääkärin palkkioista korvausta saaneiden lasten ja nuorten määrä sekä osuus väestöstä. (KELA)

Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0 - 17-vuotiaita vuoden aikana

Huostassa tai kiireellisesti sijoitettuna olleet 0 - 17-vuotiaat viimeisimmän sijoitustiedon mukaan

Huostassa vuoden aikana olleet 0 - 17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä

Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoitokäynnit*

Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, nuorisopsykiatria*

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty ja pakkotoimet alle 18 vuotta täyttäneet / 1000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Mielenterveyden häiriöihin sairaalahoitoa saaneet 0 - 17-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria / 1 000 0 - 12-vuotiaasta (SotkaNet)

Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, nuorisopsykiatria / 1 000 13 - 17-vuotiaasta (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon 0 - 6-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon 13 - 17-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon 7 - 12-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot 0 - 6-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot 13 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot 7 - 12-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä info ind. 2558

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 0 - 16-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 0 - 6-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 13 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 7 - 12-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä (SotkaNet)

0 - 17-vuotiaat lapset, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, (SotkaNet)

1.10. - 31.3. aikana lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa ratkaistut lastensuojeluilmoitukset tai vastaavat yhteydenotot 2015 (SotkaNet)

1.4. - 30.9. aikana lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa ratkaistut lastensuojeluilmoitukset tai vastaavat yhteydenotot, % (vuosi 2014) (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, kunnan kustantamat palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, kunnan omat palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, kunnilta ostetut palvelut info ind. 2193

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, kuntayhtymiltä ostetut palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, muilta ostetut palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, myydyt palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleet lapset ja nuoret 31.12, valtiolta ostetut palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, kunnan kustantamat palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, kunnan omat palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, kunnilta ostetut palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, kuntayhtymiltä ostetut palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, muilta ostetut palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, myydyt palvelut (SotkaNet)

Ammatillisissa perhekodeissa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivät vuodessa, valtiolta ostetut palvelut (SotkaNet)

Huostassa tai kiireellisesti sijoitettuna olleet 0 - 17-vuotiaat viimeisimmän sijoitustiedon mukaan, (SotkaNet)

Huostassa vuoden aikana olleet 0 - 17-vuotiaat (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, joiden sijoituspaikkana laitos (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat lapset, joiden sijoituspaikkana perhe (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana ammatillinen perhekoti (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana laitos (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana muu (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 20-vuotiaat lapset ja nuoret, joiden sijoituspaikkana perhe (SotkaNet)

Kodin ulkopuolelle sijoitetut 18 - 20-vuotiaat (SotkaNet)

Toistuvasti kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset*

Antibioottien käyttö 0–6-vuotiailla*

Kasvatus- ja perheneuvola, ensimmäiseen asiakastapaamiseen pääsyn odotusaika*

Lastentautien vuodeosastojakson uusiutuminen*

Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelupaketti

Nuorisotyöttömien osuus 18-24-vuotiaasta työvoimasta

Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta, 25–64-vuotiaat

Pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta

50 vuotta täyttäneiden työttömien osuus kaikista työttömistä

Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä

Vaikeasti työllistyvien (rakennetyöttömyys) osuus

Aktivointiaste suhteessa työttömien määrään, 15-64-vuotiaat

Aktivointiaste suhteessa työttömien määrään, alle 25-vuotiaat

Aktivointiaste suhteessa työttömien määrään, 25-64-vuotiaat

3 kk kuntouttavan työtoiminnan jälkeen työttömänä työnhakijana ja palveluissa olleet

Aktivointisuunnitelmaan oikeutettujen asiakkaiden määrä toimeentulotukea saavista asiakkaista, alle 25-vuotiaat

Aktivointisuunnitelmien määrä suhteessa aktivointisuunnitelmaan oikeutettuihin toimeentulotuen asiakkaisiin, alle 25-vuotiaat

Aktivointisuunnitelmaan oikeutettujen asiakkaiden määrä toimeentulotukea saavista asiakkaista, 25-64-vuotiaat

Aktivointisuunnitelmien määrä suhteessa aktivointisuunnitelmaan oikeutettuihin toimeentulotuen asiakkaisiin, 25-64-vuotiaat

200-299 päivää työmarkkinatukea työttömyyden perusteella saaneet

Vähintään 300 päivää työmarkkinatukea työttömyyden perusteella saaneet

Vähintään 1000 päivää työmarkkinatukea työttömyyden perusteella saaneet

Sosiaalitoimesta työvoiman palvelukeskukseen ohjatut asiakkaat

TE-toimistosta työvoiman palvelukeskukseen ohjatut asiakkaat

Asiakkaan omaehtoinen hakeutuminen työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuteen

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päätyttyä asiakas työllistynyt avoimille työmarkkinoille

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päätyttyä palkkatukityöhön

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päätyttyä koulutukseen

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päättymisen syy, sairaus

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päättymisen syy; kuntoutustuki

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päättymisen syy, eläke

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päätyttyä paluu TE-toimiston asiakkuuteen

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkuuden päätyttyä, ei muutosta asiakkuutta edeltävään aikaan

Toimeentulotukea saaneiden henkilöiden osuus väestöstä

Toimeentulotuesta osallisten lasten osuus 0-17-vuotiaasta väestöstä

Toimeentulotukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana

Toimeentulotukea saaneet parit, joilla lapsia

Toimeentulotukea saaneet yksinhuoltajat

Toimeentulotukea saaneet parit, joilla ei lapsia

Toimeentulotukea saaneet yksinasuvat miehet

Toimeentulotukea saaneet yksinasuvat naiset

Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet kaikista lapsiperheistä

Toimeentulotukea saaneet 25-64-vuotiaat vastaavanikäisestä väestöstä

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18-24-vuotiaat vastaavanikäisestä väestöstä

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25-64-vuotiaat vastaavanikäisestä väestöstä

Täydentävää tai ehkäisevää toimeentulotukea saaneet kotitaloudet päämiehen ikäryhmän mukaan, 18-24-vuotiaat

Täydentävää tai ehkäisevää toimeentulotukea saaneet kotitaloudet päämiehen ikäryhmän mukaan, 25-64-vuotiaat

Toimeentulotukea yli 11 kk saaneet kotitaloudet, 18-24-vuotiaat

Toimeentulotukea yli 11 kk saaneet kotitaloudet, 25-64-vuotiaat

Toimeentulotukea lyhytaikaisesti saaneet yksinasuvat miehet

Toimeentulotukea lyhytaikaisesti saaneet yksinasuvat naiset

Toimeentulotukea lyhytaikaisesti saaneet yksinhuoltajakotitaloudet

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet yksinasuvat miehet

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet yksinasuvat naiset

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet yksinhuoltajakotitaloudet

Työssä käyvien 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Työttömien tai lomautettujen 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Opiskelevien 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Äitiys-, isyys- tai vanhempainlomalla olevien 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Pitkäaikaisesti sairaiden 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Kuntoutustuella olevien 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Eläkkeellä olevien 18–24-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 18-24-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Työssä käyvien 25–64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Työttömien tai lomautettujen 25–64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Opiskelevien 25–64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Äitiys-, isyys- tai vanhempainlomalla olevien 25–64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Pitkäaikaisesti sairaiden 25–64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Kuntoutustuella olevien 25-64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

Eläkkeellä olevien 25–64-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus 25-64-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, jotka ovat tulottomia

25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä lapsilisät

25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä elatusapu/-tuki

25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä eläke

25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä asumistuki

25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä on kuntoutustuki

25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, jotka ovat tulottomia

Uudet toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joissa päämies 18-24-vuotias

Uudet toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joissa päämies 25-64-vuotias

Toimeentulotuen vuosikustannukset toimeentulotukea saanutta kotitaloutta kohti, euroa

Toimeentulotuen vuosikustannukset toimeentulotuesta osallisena ollutta henkilöä kohti, euroa

Toimeentulotuki euroa/asukas

Toimeentulotuki 1000 euroa

Sosiaalityöntekijöiden määrä/10 000 asukasta

Sosiaalialan ohjaajien määrä/10 000 asukasta

Asiakasyhteydenottojen määrä

Matalan kynnyksen sosiaaliuuvonnan ja -ohjauksen saatavuus

Nuorten matalan kynnyksen sosiaali-neuvonnan ja -ohjauksen saatavuus

Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat

Sosiaalityön tapaamisen toteutuminen yhteydenoton jälkeen (arkipäivää)

Palvelutarpeen arviointien määrä suhteessa asiakasyhteydenottoihin

Suunnitelmien määrä suhteessa tehtyihin palvelutarpeen arviointeihin

Palvelusuunnitelmien loppuarviointien määrä asiakkuuden päättyessä

Sosiaalityön asiakkuuden kesto

Sosiaalityön tavoitteiden saavuttamisen määrä (AVAIN-mittari)

Sosiaalityön menetelmien vaikuttavuus (AVAIN-mittari)

Tilannetekijät, jotka vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen asiakkaiden kohdalla (AVAIN-mittari)

AVAIN-mittarin käytön yleisyys asiakassuunnitelman teossa*

Asiakasmäärä/sosiaalityöntekijä

Asiakasmäärä/sosiaali-ohjaaja

Asiakastapaamisten määrä kuukausittain/sosiaalityöntekijät

Asiakastapaamisten määrä kuukausittain/sosiaali-ohjaajat

Sosiaalityöntekijöiden asiakastyöskentely muualla kuin sosiaalitoimistossa

Sosiaali-ohjaajien asiakastyöskentely muualla kuin sosiaalitoimistossa

Asiakkaiden ohjaukset sosiaalityöstä muihin palveluihin

Verkostotapaamisten määrä kuukausittain/sosiaalityöntekijät

Verkostotapaamisten määrä kuukausittain/sosiaali-ohjaajat

Ryhmätoiminnan saatavuus

Sosiaalinen raportoinnin toteuttaminen

Rakenteellisen sosiaalityön toteuttaminen

Etsivän sosiaalityön toteuttaminen, alle 25-vuotiaat

Etsivän sosiaalityön toteuttaminen, 25-64-vuotiaat

Etsivän sosiaalityön toteuttaminen*

Talous- ja velkaneuvonta, asiakasyhteydenottojen määrä

Talous- ja velkaneuvonta, asiakkaan taloudellisen tilanteen peruskartoitus

Talous- ja velkaneuvonta, ennaltaehkäisevä talousneuvonta asiakkaalle, jolla ei ole ylivelkatilannetta

Talous- ja velkaneuvonta, jätetyt velkajärjestelyhakemukset, lkm

Toimeentulotuen sähköinen hakeminen

Sähköisesti jätettyjen toimeentulotukihakemusten osuus kaikista hakemuksista

Digitaalisten työvälineiden käyttö sosiaalityön asiakkaiden palvelussa

Asukastilat

Vertaistukihenkilöt

Vertaistukiryhmät

Onko vertaistukea saatavilla tarpeen mukaan

Asunnottomat yksinäiset / 1 000 asukasta

Asunnottomien alle 25-vuotiaiden määrä kaikista asunnottomista

Asunnottomat toimeentulotuen saajat

Tuettuun asumiseen ohjatut asunnottomat asiakkaat

Toimeentulotuessa asioivien kotitalouksien häädot

Toimeentulotuessa asioivan kotitalouden häädon syynä vuokratelka

Toimeentulotuessa asioivan kotitalouden häädon syynä häiritsevää elämäntapaa

Asumisneuvontaa/-ohjausta asunnottomille ja asunnottomuuden uhkaa kokeville

Keskimääräiset asuntojen neliövuokrat, Arava-asunnot

Keskimääräiset asuntojen neliövuokrat, vapaarahoitteiset asunnot

Matalan kynnyksen neuvontapalvelut maahanmuuttajille

Sosiaalityön tapaamisen toteutuminen yhteydenoton jälkeen (arkipäivää)

Maahanmuuttopalvelujen uudet asiakkaat, joille tehty alkukartoitus

Maahanmuuttopalvelujen asiakkaat, joille on tehty kotoutumissuunnitelma

Suomen kielen opintojen tarjonta

Ulkomaalaiset työttömät ulkomaalaisesta työvoimasta

Ulkomaalaisten aktivointiaste ELY-keskuksittain

Välitystiliasiakkaiden määrä

Kuntouttavassa työtoiminnassa olevat alle 25-vuotiaat

Kuntouttavassa työtoiminnassa olevat alle 25-vuotiaat suhteessa alle 25-vuotiaisiin, joille tehty aktivointisuunnitelma

Kuntouttavassa työtoiminnassa olevat 25-64-vuotiaat

Kuntouttavassa työtoiminnassa olevat 25-64-vuotiaat suhteessa 25-64-vuotiaisiin, joille tehty aktivointisuunnitelma

Kuntouttavan työtoiminnan asiakkaat, joille tehty moniammatillinen työkyvyn arviointi

Kuntouttavan työtoiminnan kustannukset, oma toiminta

Kuntouttavan työtoiminnan kustannukset, ostopalvelut

Kuntouttavan työtoiminnan kustannukset, muutoin kuin kunnan omana toimintana tai ostopalveluina toteutettuna

Kuntouttavan työtoiminnan toimintapäivät omana toimintana

Kuntouttavan työtoiminnan toimintapäivät ostopalvelutoimintana

Kuntouttavan työtoiminnan toimintapäivät muutoin kuin omana tai ostopalveluina toteutettuna

Kuntoutusrahan saajat, 16-24-vuotiaat

Kuntoutusrahan saajat, 16-24-vuotiaat /1 000 16-24-vuotiaasta asukasta

Kuntoutusrahan saajat, 25-64-vuotiaat

Kuntoutusrahan saajat, 25-64-vuotiaat/1 000 25-64-vuotiaasta asukasta

Kuntoutuspalvelujen saajat, 16-24-vuotiaat

Kuntoutuspalvelujen saajat, 16-24-vuotiaat /1 000 16-24-vuotiaasta asukasta

Kuntoutuspalvelujen saajat, 25-64-vuotiaat

Kuntoutuspalvelujen saajat, 25-64-vuotiaat/1 000 25-64-vuotiaasta asukasta

Työttömien terveystarkastukset

Työttömien terveystarkastuksien toteutuminen terveydenhuoltolain tai kansallisten laatusuosituksen mukaisesti

Työkykynsä heikentyneeksi arvioivien osuus (%), 20-64-vuotiaat

Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25-64-vuotiaat vastaavanikäisestä väestöstä

Kuntoutusrahaa saavat 16-19-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäinen väestö

Sovittelukäsittelyyn tulleiden, rikosten ja riita-asioiden tekijöiksi epäiltyjen alle 21-vuotiaiden määrä

Sovittelutoimistoon tulleet lähisuhdeväkivalta-, rikostapaukset ja riita-asiat yhteensä

Sovittelutoimistoon tulleet lähisuhdeväkivaltatapaukset

Sovittelutoimistoon tulleet riita-asiat

Sovittelutoimistoon tulleet rikostapaukset

Täydentävät mittarit

Työttömyyden virta yli 3 kk suhteessa 3 kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin, alle 25-vuotiaat

Työttömyyden virta yli 3 kk suhteessa 3 kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin, 25-64-vuotiaat

Työttömyyden virta yli 6 kk suhteessa 6 kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin, alle 25-vuotiaat

Työttömyyden virta yli 6 kk suhteessa 6 kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin, 25-64-vuotiaat

Työttömyyden virta yli 12 kk suhteessa 12 kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin, alle 25-vuotiaat

Työttömyyden virta yli 12 kk suhteessa 12 kk aikaisemmin alkaneisiin työttömyyksiin, 25-64-vuotiaat

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä ansio-/yrittäjätulot

3 kk työvoimakoulutuksen jälkeen työttömänä työnhakijana ja palveluissa olleet

3 kk valmennuksen jälkeen työttömänä työnhakijana ja palveluissa olleet

3 kk työllistämisen jälkeen työttömänä työnhakijana ja palveluissa olleet

3 kk työ- ja koulutuskokeilun jälkeen työttömänä työnhakijana ja palveluissa olleet

Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki

Toimeentulotukea 1–3 kk saaneet kotitaloudet, 18–24-vuotiaat

Toimeentulotukea 4–6 kk saaneet kotitaloudet, 18–24-vuotiaat

Toimeentulotukea 7–9 kk saaneet kotitaloudet, 18–24-vuotiaat

Toimeentulotukea 10–11 kk saaneet kotitaloudet, 18–24-vuotiaat

Toimeentulotukea 1–3 kk saaneet kotitaloudet, 25–64-vuotiaat

Toimeentulotukea 4–6 kk saaneet kotitaloudet, 25–64-vuotiaat

Toimeentulotukea 7–9 kk saaneet kotitaloudet, 25–64-vuotiaat

Toimeentulotukea 10–11 kk saaneet kotitaloudet, 25–64-vuotiaat

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18–24-vuotiaat*

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä työmarkkinatulo/peruspäiväraha

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä ansiosidonnainen päiväraha

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä opinto-/koulutustuki

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä sairauspäiväraha

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä äitiys-, isyys- tai vanhempainraha

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä lasten kotihoidon tuki

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä lapsilisät

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä elatusapu/-tuki

18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä eläke
18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä asumistuki
18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä on kuntoutustuki
18-24-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien tulonlähteiden määrä
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä työmarkkinatulo/peruspäiväraha
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä ansiosidonnainen päiväraha
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä opinto-/koulutustuki
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä sairauspäiväraha
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä äitiys-, isyys- tai vanhempainraha
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä lasten kotihoidon tuki
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, joiden tulonlähteenä ansio-/yrittäjätulot
25-64-vuotias päämies: toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien tulonlähteiden määrä
Tulottomien kotitalouksien osuus kaikista toimeentulotukea saavista kotitalouksista *
Viimeisen kuukauden aikana pitkäaikaisesti tai toistuvasti unettomuutta kokeneiden osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä (%)
Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat
Ohjaukset Kelasta sosiaalitoimeen (vasta vuonna 2017)

Hoidon ja hoivan palvelupaketti

”Kotona asuvat”

Omaishoidon tuen saajat

(Pitkäaikaisessa) laitoshoidossa asuvat

Säännöllisen kotihoidon saajat

Intensiivisen kotihoidon saajat

”Kotihoidon tukipalvelut”

Sairaalapotilaat

Akuuttisairaalahajaksot

Ikääntyneiden lonkkamurtumat

Muistisairaat

Muistisairaat, dementiaindeksi

Kotona asuvat muistisairaat

Omaishoidon tuen saajat, muistisairaat

(Pitkäaikaisessa) laitoshoidossa asuvat muistisairaat

Säännöllisen kotihoidon saajat, muistisairaat

Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11

Intensiivisen kotihoidon saajat, muistisairaat

”Kotihoidon tukipalvelut, muistisairaat”

Sairaalapotilaat, muistisairaat tilanne 31.12

Sairaalassa hoidetut muistisairaat, osuus potilaista

Akuuttisairaalahajaksot ,muistisaira

Akuuttisairaalahajaksot, kotihoidon asiakkaista

Uudet ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat

Uudet ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat, muistisairaista

Uudet ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat kotihoidon asiakkaista

Kotihoidon asiakkuuden kesto

Ympärivuorokautisen hoidon asiakkuuden kesto

Omaishoidon asiakkuuden kesto

Kotihoidon asiakkaiden auttamisen välitön työaikaintensiteetti

Kotihoidon muistisairaiden asiakkaiden auttamisen välitön työaikaintensiteetti

Kotihoidon paljon apua tarvitsevien asiakkaiden auttamisen välitön työaikaintensiteetti

Sairaalasta kotiutuvien kotihoidon asiakkaiden auttamisen välitön työaikaintensiteetti

Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, ADL

Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, Kognitio

Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, Hauraus

Uusien omaishoitoasiakkaiden toimintakyky, ADL

Uusien omaishoitoasiakkaiden toimintakyky, Kognitio

Uusien omaishoitoasiakkaiden toimintakyky, Hauraus

Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky kuntoutusjakson jälkeen, ADL

Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky kuntoutusjakson jälkeen, Kognitio

Uusien kotihoitoasiakkaiden toimintakyky kuntoutusjakson jälkeen, Hauraus

Uusien ympärivuorokautisten asiakkaiden toimintakyky, ADL

Uusien ympärivuorokautisten asiakkaiden toimintakyky, Kognitio

Uusien ympärivuorokautisten asiakkaiden toimintakyky, Hauraus

Toimintakyvyn arviointi tehty, 75 -vuotiaat

Kotihoidon toimintayksiköiden henkilöstö

Ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköiden henkilöstö

Ikääntyvien käynnit perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin vastaanotolla

Ikääntyvät, jotka käyttäneen perusterveydenhuollon avohoidon lääkäripalveluja

Ikääntyvät, jotka käyttäneen perusterveydenhuollon avohoidon lääkäripalveluja suhteessa väestöön

Rokotuskattavuus, influenssarokotuksen saaneet, 65 vuotta täyttäneet *

Elämänlaatu 65 v +

Elämänlaatu 75 v +

Yksin asuminen

Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet ja 75 vuotta täyttäneet

Asuinalueensa turvallisuuteen tyytyväisten osuus (%), 65 vuotta ja 75 vuotta täyttäneet

Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%), 65 vuotta ja 75 vuotta täyttäneistä

Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65 vuotta ja 75-vuotta täyttäneet

Muut neuvolapalvelut (vanhus ym. neuvolat) 65 v täyttäneille

”Palvelutarpeen arviointi (iäkkäät/hoitotuki)”

Hampaiden määrä 65+ -vuotiailla

Ikä-ihmisten bentsodiatsepiinien käyttö

Ikä-ihmisten pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien käyttö

Nastoitettujen jalkineiden tai kenkiin kiinnitettävien liukuesteiden käyttö liukkaalla kelillä, 75 vuotta täyttäneet

Rollaattorin käyttö, 75 v+

Kävelykepin käyttö

Potkukelkan/potkulaudan käyttö

Lääkedosetin käyttö

Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidetut 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä

Ikääntyvien psykiatrinen laitoshoido, hoitopäivät

Ikääntyvien psykiatrinen laitoshoido, potilaat

Päivittäin tupakoivien osuus (%), 65 vuotta ja 75 vuotta täyttäneet

Toimeentulotukea saaneet 65 vuotta täyttäneet

Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 65 vuotta täyttäneet

Vammaisten palvelujen palvelupaketti

Palvelutarpeen arviointi

Palvelusuunnitelman tekeminen*

Myönteisten vammaispalveluiden ja ShL päätösten määrät suhteessa hakemusten määrään

Oikaisuvaatimusten määrä

Valitusten määrä yksilöpäätöksistä

Muutoksenhaussa muuttuneiden päätösten määrä

Toimenpiteisiin johtaneet hallintokantelut vammaissosiaalityössä

Sosiaalityö

Asiakasmäärät suhteessa sosiaalityötä tekevien määrään

Työssäkäyntiä, opiskelua ja osallisuutta tukevat palvelut

Sopeutumisvalmennus

Työtoiminta

Työhön kuntoutus

Päivätoiminta

Aamu- ja iltapäivähoito

Henkilökohtainen apu työhön ja opiskeluun liittyen

Henkilökohtainen apu harrastuksiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen liittyen (n. 30 h / kuukaudessa)

Tukihenkilötoiminta

Asumispalvelut

VpL:n mukainen palveluasuminen

Kehitysvammaisten autettu asuminen

Ohjattu asuminen

Tuettu asuminen

Arjen toimintoja ja asumista tukevat palvelut

Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet

Vammaistalouksien saama kotihoito

Muuttovalmennus, asumiskokeilu

Henkilökohtainen apu yleensä

Henkilökohtainen apu muuhun

Lyhytaikainen hoito

Omaishoidon tuella hoidetut

Omaishoidon tukea saavat

Liikkumista tukevat palvelut

VpL:n mukainen kuljetuspalvelu

Kehitysvammalain mukaiset kuljetukset

Auton hankintaan liittyvät avustukset

Auton apuvälineet ja muutostyöt

Laitoshoito

Kehitysvammaisten laitoshoido

Vanhustenhuoltolaitoksissa pitkäaikaisesti sijoitetut alle 65-vuotiaat henkilöt

Vammaisten perhehoidon asiakkaat*

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketti

Fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Toimintaterapiaa saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Puheterapiaa saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Ravitsemusterapiaa saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Jalkaterapiaa saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Neuropsykologista kuntoutusta saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Apuvälinepalvelua saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Muuta kuntoutusta tai erityisterapiaa saaneiden asiakkaiden määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Odotusaika päivissä siitä, kun fysioterapian tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Odotusaika päivissä siitä, kun toimintaterapian tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Odotusaika päivissä siitä, kun puheterapian tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Odotusaika päivissä siitä, kun ravitsemusterapian tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Odotusaika päivissä siitä, kun jalkaterapian tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Odotusaika päivissä siitä, kun neuropsykologisen kuntoutuksen tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Odotusaika päivissä siitä, kun apuvälinepalvelun tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avosektorilla

Odotusaika päivissä siitä, kun muun kuntoutuksen tai erityisterapian tarve on todettu siihen, kun palvelu käynnistyy avokuntoutuksena

Luettelo fysioterapian yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo toimintaterapian yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo puheterapian yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo ravitsemusterapian yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo jalkaterapian yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo neuropsykologisen kuntoutuksen yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo apuvälinepalveluiden yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Luettelo muun kuntoutuksen ja erityisterapioiden yleisimmistä käyntisyistä (3 kpl) ICPC2 tai ICD10 koodein

Fysioterapian avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Toimintaterapian avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Puheterapian avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Ravitsemusterapian avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Jalkaterapian avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Neuropsykologisen kuntoutuksen avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Apuvälinepalveluiden avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Muun kuntoutuksen tai erityisterapian avokäyntien määrä /100 000 väestö. Ikäryhmittäin 0-17, 18-64, 65-74,75-

Fysioterapian konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista fysioterapian avosektorin käynneistä

Toimintaterapian konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista toimintaterapian avosektorin käynneistä

Puheterapian konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista puheterapian avosektorin käynneistä

Ravitsemusterapian konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista ravitsemusterapian avosektorin käynneistä

Jalkaterapian konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista jalkaterapian avosektorin käynneistä

Neuropsykologisen kuntoutuksen konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista neuropsykologisen kuntoutuksen avosektorin käynneistä

Apuvälinepalveluiden konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista apuvälinepalveluiden avosektorin käynneistä

Muun kuntoutuksen ja erityisterapioiden konsultaatioiden määrän osuus (%) kaikista muun kuntoutuksen ja erityisterapioiden avosektorin käynneistä

Fysioterapian ryhmäkäyntien määrän osuus (%) kaikista fysioterapian avosektorin käynneistä

Toimintaterapian ryhmäkäyntien määrän osuus (%) kaikista toimintaterapian avosektorin käynneistä

Puheterapian ryhmäkäyntien määrän osuus (%) kaikista puheterapian avosektorin käynneistä

Ravitsemusterapian ryhmäkäyntien määrän osuus (%) kaikista ravitsemusterapian avosektorin käynneistä

Fysioterapian kotikäyntien määrän osuus (%) kaikista fysioterapian avosektorin käynneistä

Toimintaterapian kotikäyntien määrän osuus (%) kaikista toimintaterapian avosektorin käynneistä

Puheterapian kotikäyntien määrän osuus (%) kaikista puheterapian avosektorin käynneistä

Ravitsemusterapian kotikäyntien määrän osuus (%) kaikista ravitsemusterapian avosektorin käynneistä

Jalkaterapian kotikäyntien määrän osuus (%) kaikista jalkaterapian avosektorin käynneistä

Apuvälinepalveluiden kotikäyntien määrän osuus (%) kaikista apuvälinepalveluiden avosektorin käynneistä

Henkilöiden määrä, jotka eivät saa fysioterapiapalveluja, vaikka kokevat niitä tarvitsevansa / 100 000 väestö. Ikäryhmittäin 20-54 v, 55-74 v, 75v-

Henkilöiden osuus (%), jotka käyttävät fysioterapiapalveluja ja kokevat, että palvelu on riittävää / 100 000 väestö. Ikäryhmittäin

20-54 v, 55-74 v, 75v-

Henkilöiden osuus (%), jotka ovat osallistuneet niskan tai selän kuntoryhmään terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi 12 viime kuukauden aikana ja ovat kokeneet ryhmän hyödylliseksi. Ikäryhmittäin 20-54 v, 55-74v, 75 v-

Kunnan/kuntayhtymän vuoden aikana hankkimien lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden hankintamenot, 1000 euroa. Sisältää sekä varastoon että yksittäisille käyttäjille hankittujen apuvälineiden menot.

Kunnan/kuntayhtymän vuoden aikana lääkinnällisenä kuntoutuksena luovuttamien apuvälineiden kappalemäärä.

Kuinka monta asiakasta 100 000 asukasta kohden on vuoden aikana saanut vammaispalvelulain perusteella korvausta asunnon muutostöistä tai asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä. Myös ikäryhmittäin.

Yli 75 v henkilöiden määrän osuus (%), jotka käyttävät rollaattoria

Kuntoutusjaksojen osuus (%) kaikista hoitotaksoista sairaalassa vuoden aikana. Myös ikäryhmittäin.

Hoidetut asiakkaat /100 000 asukasta

Hoitopäivät /100 000 asukasta

”Fysiatrian erikoisalalan avohoitokäynnit vuoden aikana, kpl käyntejä / 100 000 asukasta. Fysiatria sisältää kaikki fysiatrian erikoisalalan kuuluvat erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit kaikissa kunnallisissa sairaaloissa, sisältäen erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat.”

Veteraanikuntoutusta saaneiden osuus (%) kaikista veteraanikuntoutukseen oikeutetuista

Fysioterapian suoravastaanoton käyntien määrän osuus (%) kaikista fysioterapian avosektorin käynneistä

Asiakkaiden osuus (%), joille on laadittu kuntoutussuunnitelma kaikista niistä asiakkaista, jotka ovat saaneet lähteen johonkin kuntoutukseen. Myös ikäryhmittäin.

Ostetun fysioterapian asiakasmäärän osuus (%) fysioterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun toimintaterapian asiakasmäärän osuus (%) toimintaterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun puheterapian asiakasmäärän osuus (%) puheterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun ravitsemusterapian asiakasmäärän osuus (%) ravitsemusterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun jalkaterapian asiakasmäärän osuus (%) jalkaterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun neuropsykologisen kuntoutuksen asiakasmäärän osuus (%) neuropsykologista kuntoutusta avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun apuvälinepalveluiden asiakasmäärän osuus (%) fysioterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Ostetun muun kuntoutuksen tai erityisterapioiden asiakasmäärän osuus (%) muuta kuntoutusta tai erityisterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärästä

Palvelusetelillä hankitun fysioterapian asiakasmäärän osuus (%) ostettua fysioterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun toimintaterapian asiakasmäärän osuus (%) ostettua toimintaterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun puheterapiaa asiakasmäärän osuus (%) ostettua puheterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun ravitsemusterapian asiakasmäärän osuus (%) ostettua ravitsemusterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun jalkaterapian asiakasmäärän osuus (%) ostettua jalkaterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun neuropsykologisen kuntoutuksen asiakasmäärän osuus (%) ostettua neuropsykologista kuntoutusta avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun apuvälinepalvelun asiakasmäärän osuus (%) ostettua apuvälinepalvelua avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Palvelusetelillä hankitun muun kuntoutuksen ja erityisterapian asiakasmäärän osuus (%) ostettua muuta kuntoutusta ja erityisterapiaa avosektorilla saaneiden asiakasmäärää kohden

Täydentäviä mittareita

Fysiatria, hoitoa odottaneet

Fysiatria hoidon (ml. kuntoutuksen) tarpeen arvio

Lähetteen määrä fysiatriaan

Lähetteen käsittelyaika, fysiatria

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutuksen yleisarvio, asiakkaat

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutuksen yleisarvio, määrä

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutustutkimus, asiakkaat

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutustutkimus, määrä

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutuskokeilut, asiakkaat

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutuskokeilut, määrä

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutussuunnitelma, asiakkaat

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutussuunnitelma, määrä

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, asiakkaat

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, määrä

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kasvatukselliseen kuntoutukseen ohjaus, asiakkaat

Erikoissairaanhoidon toimenpiteelliset laitoshoitajaksot, toimenpiteenä kasvatukselliseen kuntoutukseen ohjaus, määrä

Yksityisten fysiatriapalvelujen käyttäjät

Yksityisiä fysioterapiapalveluja käyttäneet

Vastaanottopalvelut, keskitetty erikoissairaanhoido, päivystys

”Perusterveydenhuollon hoitoonpääsy (Terveysneuvontolain mukainen seuranta)”

Kiireellinen käynti (Avohilmon luokitus päivystys, puolikiireellinen 1-7 pv) terveyskeskuksissa (ei yhteispäivystys) PÄIVYSTYS

Sähköisen asioinnin kautta hoidetut käynnit terveyskeskuksissa

Terveyskeskuskäynnit lääkärin vastaanotoilla

Terveyskeskuslääkärin asiakkaat

Terveyskeskuskäynnit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat

Terveyskeskusasiakkaat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat

Terveyskeskuksen käynnit ravitsemusalan asiantuntijalla

Terveyskeskuksen ravitsemusalan asiantuntijan asiakkaat

Terveyskeskuskäynnit eri palvelumuodoissa

Terveyskeskusasiakkaat eri palvelumuodoissa

Terveyskeskuskäynnit eri yhteystavoilla (käynti vastaanotolla, kotikäynti, puhelinkäynti, sähköinen asiointi, konsultaatio jne.) / asiakasryhmittäin / ammattiryhmittäin

Terveyskeskuskäynnit ryhmäkäynneittäin (yksilökäynti, ryhmäkäynti, perhekäynti, ryhmävastaanotto)

Papaseulonnat, kohdunkaulan syöpä

Mammografia seulonnat, rintasyöpä

Rokotuskattavuus (Rokotusrekisteri), lasten rokotusohjelma kurkkumätä, jäykkäkouristus ja hinkuyskä, rokotetut 1-vuotiaana

Rokotuskattavuus (Rokotusrekisteri), lasten rokotusohjelma tuhkarokko rokotetut 1-vuotiaana

Rokotuskattavuus (Rokotusrekisteri), influenssarokotuksen saaneet 65-vuotiaat tai vanhemmat

Influenssaseuranta

Lihavuuden seuranta

Tapaturmatietojen seuranta

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat

Kaatumisen ja putoamisen tapaturmat

Terveyskeskuskäyntien käyntisyys

Terveyden edistämiseen liittyvä neuvonta ja ohjaus

”Liikuntaan liittyvä neuvonta ja ohjaus”

”Ravitsemuksen ja painonhallinnan ohjaus”

”Depression tai muun psyykkisen ongelman seulonta (SPAT1246)”

Työttömien terveystarkastukset

Asiakastyytyväisyys, esim. THL-kysely

Asiakastyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa*

Asiakastyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin: Kohtaaminen, asiakaspalvelu*

Asiakastyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin: Palvelun hyödyllisyys*

Perusterveydenhuollon avohoidon käyttökustannukset ja käyttötuotot (poislukien suun terveydenhuolto)

Julkinen sektori, terveyskeskusten eri ammattiryhmien määrä

Täyttämättömien lääkäritehtävien osuus kaikista terveyskeskusten lääkäritehtävistä (lääkärivaje)

Terveyskeskustoiminnan puitteissa hoidetut erikoislääkärikonsultaatiot

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet potilaat LAAJA-ALAINEN PALVELUN TARVE

Terveyskeskuksessa yli 20 kertaa vuodessa käyneet potilaat LAAJA-ALAINEN PALVELUN TARVE

15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla diabeteksen vuoksi diabetes -päädiagnoosilla ilman merkittäviä diabeteksen komplikaatioista

Diabeetikoiden alaraaja-amputaatiot

15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla korkean verenpaineen vuoksi

15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi

15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla astman vuoksi

15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi

Antibioottien käyttö

Ikä-ihmisten bentsodiatsepiinien käyttö

KESKITETTY ERIKOISSAIRAANHOITO

Sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus

Sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus, vakioitu

Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus

Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus, vakioitu

Niiden sydäninfarktipotilaiden osuus, jotka ovat tulleet vuoden aikana sydäninfarktin vuoksi uudestaan hoitoon

Niiden sydäninfarktipotilaiden osuus, jotka ovat tulleet vuoden aikana sydäninfarktin vuoksi uudestaan hoitoon tai kuolleet sepelvaltimotautiin

Aivoinfarktipotilaiden 90 päivän kuolleisuus, ei vakioitu

Aivoinfarktipotilaiden 90 päivän kuolleisuus, vakioitu

Aivoinfarktipotilaiden vuoden kuolleisuus, ei vakioitu

Aivoinfarktipotilaiden vuoden kuolleisuus, vakioitu

Aivoinfarktipotilaiden seurantavuoden kotona vietetyt päivät, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden aivoinfarktipotilaiden osuus, joilla avh on uusiutunut 1 vuoden aikana, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden aivoinfarktipotilaiden osuus, jotka ovat 1 vuoden aikana kuolleet tai joilla avh on uusiutunut, ei-vakioitu ja vakioitu

Lonkkamurtumapotilaan odotusaika ennen leikkausta PÄIVYSTYS

Niiden lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka kotiutuneet 30 päivän kuluessa, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka kotiutuneet 90 päivän kuluessa, ei-vakioitu ja vakioitu*

Niiden lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka kotiutuneet 4 kuukauden kuluessa leikkauksesta, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka kotiutuneet vuoden kuluessa, ei-vakioitu ja vakioitu

Lonkkamurtumapotilaiden seurantavuonna kotona viettämien päivien määrä, ei-vakioitu ja vakioitu

Lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka jäivät pitkäaikaispotilaiksi, ei-vakioitu ja vakioitu

Lonkkamurtumapotilaiden 30 päivän kuolleisuus, ei-vakioitu ja vakioitu

Lonkkamurtumapotilaiden 4 kuukauden kuolleisuus, ei-vakioitu ja vakioitu

Lonkkamurtumapotilaiden vuoden kuolleisuus, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joille on tehty uusintaleikkaus 2 vuoden kuluessa, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joilla on ollut leikkauksen jälkeinen infektio, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden osuus, joilla uusintakäynti 42 vrk:n kuluttua hoidon päättymisestä, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, jotka on kotiutettu alle viikossa, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joille on tehty uusintaleikkaus 2 vuoden kuluessa, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, joilla on ollut leikkauksen jälkeinen infektio, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden polven tekonivelleikkauksessa olleiden osuus, joilla uusintakäynti 42 vrk:n kuluttua hoidon päättymisestä, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, jotka on kotiutettu alle viikossa, ei-vakioitu ja vakioitu

Niiden keskosten osuus, jotka ovat kuolleet 7 päivän kuluttua syntymästä

Niiden keskosten osuus, jotka ovat kuolleet vuoden kuluttua syntymästä

Vuoden ikään mennessä keskosilla olleet kotipäivät

Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi, koko maa = 100

Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusten poikkeama maan keskiarvoon (kustannusten poikkeama yhteensä/asukas, käytöstä johtuva kustannusten poikkeama/asukas, tehottomuudesta johtuva kustannusten poikkeama/asukas)

Sairaaloiden tuottavuuden kehitys (somaattinen erikoissairaanhoito), lähtövuosi = 100

Erikoissairaanhoitoa yli 6 kk odottaneet 31.12. / 10 000 asukasta

Erikoissairaanhoitoa odottavien odotusaika 31.12.

Lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon yli 3 kk odottaneet alle 23-vuotiaat 31.12.

Hoitoa odottavien odotusajan mediaani

Toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotromboosi tai keuhkoembolia

Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis)

Kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon komplikaatiot*

Ilmoitetut potilasvahingot*

Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai viilto (laseraatio)

Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt esine 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti

Yli 5 lähetettä vuodessa erikoissairaanhoidon saaneet asiakkaat * LAAJA-ALAINEN HOIDON TARVE

Yli 10 lähetettä vuodessa erikoissairaanhoidon saaneet asiakkaat* LAAJA-ALAINEN HOIDON TARVE

”Päivystyksenä erikoissairaanhoidon tulleet PÄIVYSTYS”

Päivystyksenä vuodeosastohoitoon tulleiden potilaiden määrä , PÄIVYSTYS

”Päivystyksessä esh hoidettujen potilaiden määrä (vakioimaton) PÄIVYSTYS”

Ikä- ja sukupuolivakioitujen, painotettujen päivystyskäyntien lukumäärä asukasta kohti PÄIVYSTYS

Päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet*

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito (somaattinen), hoitopäivät

Erikoissairaanhoidon (somaattinen) avohoitokäynnit

Erikoissairaanhoidossa vuodeosastolla hoidetut potilaat

Erikoissairaanhoidossa avohoidossa (somaattinen) hoidetut potilaat

Erikoissairaanhoidossa (somaattinen) hoidetut potilaat

Erikoissairaanhoidon (somaattinen) eri tautiryhmissä vuodeosastolla, avohoidossa ja kaikkiaan hoidetut potilaat tautiryhmissä (tartunta- ja loistaudit, raskaus, synnytys ja lapsivuode, korvataudit, hengityselinten sairaudet, hermoston sairaudet, silmätaudit, ruoansulatuselinten sairaudet, vammat, myrkytykset, verenkiertoelinten sairaudet, oireet ja löydökset, virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja kasvaimet)

Toimenpiteellisten hoitajaksojen hoitopäivät

Toimenpiteelliset hoitajaksot, päiväkirurgia

Toimenpiteellisten hoitajaksojen hoitopäivät eri tautiryhmissä (tartunta- ja loistaudit, raskaus, synnytys ja lapsivuode, korvataudit, hengityselinten sairaudet, hermoston sairaudet, silmätaudit, ruoansulatuselinten sairaudet, vammat, myrkytykset, verenkiertoelinten sairaudet, oireet ja löydökset, virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja kasvaimet)

Toimenpiteellisten hoitajaksojen aikana kuolleet potilaat

Toimenpiteelliset hoitajaksot, 20 yleisintä toimenpidettä hoitajaksolla, jotka johtaneet kuolemaan

Rintasyövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku

Rintasyövän ikävakioitu kuolleisuus

Kohdunkaulan syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku

Kohdunkaulan syövän ikävakioitu kuolleisuus

Paksusuolen syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku

Paksusuolen syövän ikävakioitu kuolleisuus

Täydentävät mittarit

Rokotuskattavuus (Rokotusrekisteri), B-hepatiitti

Diabeetikkojen kolesterolia alentava lääkitys

Diabeetikkojen verenpainetta alentava lääkitys

Ikä-ihmisten pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien käyttö

Sydäninfarktipotilaiden 7 päivän kuolleisuus

Sydäninfarktipotilaiden 7 päivän kuolleisuus, vakioitu

Sydäninfarktipotilaiden 90 päivän kuolleisuus
Sydäninfarktipotilaiden 90 päivän kuolleisuus, vakioitu
Aivoinfarktipotilaiden 90 päivän kuolleisuus, ei vakioitu
Aivoinfarktipotilaiden 90 päivän kuolleisuus, vakioitu
Lonkkamurtumapotilaiden 30 päivän kuolleisuus, ei-vakioitu ja vakioitu
Lonkkamurtumapotilaiden 4 kuukauden kuolleisuus, ei-vakioitu ja vakioitu
Niiden lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, jotka kotiutettu alle kahdessa viikossa, ei-vakioitu ja vakioitu
Niiden polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden osuus, jotka kotiutettu alle kahdessa viikossa, ei-vakioitu ja vakioitu
Niiden keskosten osuus, jotka ovat kuolleet 1. hoitokokonaisuuden aikana
Niiden keskosten osuus, jotka ovat joutuneet uudelleen sairaalahoitoon vuoden kuluttua kotiutuksesta
1. elinvuoden aikana ilman lääkehoitoa olleet keskokset
Niiden skitsofreniapotilaiden osuus, jotka ovat hoidossa 5. vuoden aikana
Niiden skitsofreniapotilaiden osuus, jotka ovat kotona tai avohoidossa 5. vuoden lopussa
Skitsofreniapotilaiden 5 vuoden kuolleisuus
Terveyskeskuskäynnit eri ammattiryhmille vastaanotoilla, muut kuin ed. listassa ja muissa listoissa
Terveyskeskusasiakkaat eri ammattiryhmillä, muut kuin ed. listassa ja muissa listoissa
Lakisääteiset terveystarkastukset eri ikäryhmille (Lapset ja nuoret, lasta odottavat perheet, kutsuntatarkastukset, ikäihmiset).
Ovat muissa listoissa

Ikäihmisten terveystarkastukset*

Terveyskeskuskäyntien toiminnot (SPAT) /ikäryhmittäin

Eri potilasryhmien (sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti, diabetes, astma, keuhkohtaumatauti) seuranta eri mittareilla (RR, BMI, tupakka, audit, BDI, MMSE, LDL, HbA1c) määrättyllä ajanjaksolla

Ensihoidon palvelupaketti

Riskialueiden osuus alueen pinta-alasta. riskialue 1: ensihoitotehtäviä on enemmän kuin yksi vuorokaudessa (=suuren kaupungin keskusta): osuus alueen pinta-alasta

Riskialueiden osuus alueen pinta-alasta: Riskialue 2: vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa, mutta enemmän kuin yksi viikossa (=kaupungin asuinlähiö, pienen kaupungin keskusta): osuus alueen pinta-alasta

Riskialueiden osuus alueen pinta-alasta; Riskialue 3: vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä viikossa mutta enemmän kuin yksi kuukaudessa (=maaseututaajama)

Riskialueiden osuus alueen pinta-alasta Riskialue 4: vähemmän kuin yksi ensihoitotehtävä kuukaudessa, mutta alue on asuttu tai sen läpi kulkee kantatie tai valtatie (=asuttu maaseutu): osuus alueen pinta-alasta

Riskialueiden osuus alueen pinta-alasta; Riskialue 5: alueella ei ole vakinaista asutusta (=metsä, meri- tai järviolue; saari, johon ei mene tietä): osuus alueen pinta-alasta

Ensihoidon tehtävät riskialueluokittain

Tehtävät riskialueluokka 1, lkm

Tehtävät riskialueluokka 2, lkm

Tehtävät riskialueluokka 3, lkm

Tehtävät riskialueluokka 4, lkm

Tehtävät riskialueluokka 5, lkm

Ensihoidon tehtävät kiireellisyyssluokittain

A-tehtävät: korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna (lkm)

B-tehtävät: todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta

C-tehtävät: avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia

D-tehtävät: avuntarvitsijan tila on vakaa eikä hänellä ole peruselintoiminnon häiriötä, mutta ensihoitopalvelun on tehtävä hoidon tarpeen arviointi.

Yksiköiden tehtäväsidonaisuus (kuinka suuren osan valmiusajasta muodostaa hälytystehtäviin käytetty aika?)

Ensihoidon tehtävät riskialue- ja kiireellisyysluokittain /ambulanssi

A/B kiireellisyysluokan tehtävät riskialueilla 1 ja 2/ ambulanssi

C kiireellisyysluokan tehtävät riskialueilla 1 ja 2/ ambulanssi

D kiireellisyysluokan tehtävät riskialueilla 1 ja 2/ ambulanssi

A/B kiireellisyysluokan tehtävät riskialueilla 3 ja 4/ ambulanssi

C kiireellisyysluokan tehtävät riskialueilla 3 ja 4/ ambulanssi

D kiireellisyysluokan tehtävät riskialueilla 3 ja 4/ ambulanssi

Väestön tavoittaminen tietyssä ajassa eri kiireellisyysluokan tehtävissä eri riskialueluokissa (erikseen ensivastetasoiset, hoitotasoiset ja ambulanssit)

Väestön tavoittaminen 8 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 1 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 8 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 2 ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 8 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 3 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 8 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 4 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 8 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 5 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 15 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 1 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 15 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 2 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 15 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 3 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 15 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 4 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 15 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 5 väh. ensivastetasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 1 hoitotasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 2 hoitotasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 3 hoitotasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 4 hoitotasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa A/B-tehtävissä riskialueluokassa 5 hoitotasoisella yksiköllä

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa C-tehtävissä riskialueluokassa 1 ambulanssilla

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa C-tehtävissä riskialueluokassa 2 ambulanssilla

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa C-tehtävissä riskialueluokassa 3 ambulanssilla

Väestön tavoittaminen 30 minuutissa C-tehtävissä riskialueluokassa 4 ambulanssilla

(*Väestön tavoittaminen 30 minuutissa C-tehtävissä riskialueluokassa 5 ambulanssilla)

Väestön tavoittaminen 120 minuutissa D-tehtävissä riskialueluokassa 1 ambulanssilla

Väestön tavoittaminen 120 minuutissa D-tehtävissä riskialueluokassa 2 ambulanssilla

Väestön tavoittaminen 120 minuutissa D-tehtävissä riskialueluokassa 3 ambulanssilla

Väestön tavoittaminen 120 minuutissa D-tehtävissä riskialueluokassa 4 ambulanssilla

(*Väestön tavoittaminen 120 minuutissa D-tehtävissä riskialueluokassa 5 ambulanssilla)

Potilaiden tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävissä*

Potilaiden tavoittamisaika B-kiireellisyysluokan tehtävissä*

Potilaiden tavoittamisaika C-kiireellisyysluokan tehtävissä*

Potilaiden tavoittamisaika D-kiireellisyysluokan tehtävissä*

Ensihoidon henkilöstö

Ensihoitolääkärit, lkm

Kenttäjohtajat, lkm

Hoitotason henkilöstö, lkm

Perustason henkilöstö, lkm

Vakituisen henkilöstön (operatiivisen) osuus

Ensihoidon yksiköiden lukumäärät

Hoitotason ambulanssien lukumäärä

Perustason ambulanssien lukumäärä

Ensivasteyksiköiden lukumäärä

Ambulansseja / 10 000 as

Ambulansseja / 1 000 maa-km²

Ensihoitoyksiköiden (ambulanssien) suhde asukaslukuun

Ensivasteyksiköiden suhde asukaslukuun

Ensihoitoyksiköiden (ambulanssien) suhde alueen pinta-alaan

Ensivasteyksiköiden suhde alueen pinta-alaan

Ympäri vuorokautisessa välittömässä lähtövalmiudessa olevien ambulanssiyksiköiden osuus kaikista ambulansseista (%)

Kustannukset

Ensihoidon bruttotoimintamenot

Ensihoidon nettotoimintamenot

Ensihoitopalvelun kokonaiskustannukset/ alueen asukas

Ensihoidon tietojärjestelmä (sähköinen)(rakenne, digitalisaatio)

Avainprosessien määrittely

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: aivohalvaus

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: hengitysvaikeus

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: rintakipu

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: sydänpysähdys

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: myrkytys

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: kouristelu

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: hypoglykemia

Avainprosessin tunnistaminen ja määrittely: korkeaenerginen trauma

Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa X-koodauksesta (vaikuttavuutta, potilasturvallisuutta, lopputulosta)

Ensihoidon potilaiden sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus (kaikki pois lukien tavattaessa kuolleiksi todetut ja odotetut kuolemat) Ensihoidon potilastytyväsyyden (asiakaspalaute) mittaaminen säännöllisesti (asiakastytyväisyys, asiakas-keskeisyys)

Valitusten ja muistutusten määrä/1000 hälytystä/v (asiakaskeskeisyys, turvallisuus)

Valvontaviranomaisille (AVI, Valvira, EK:n oikeusasiamies) tehtyjen kanteluiden määrä /1000 hälytystä/v

Potilasturvallisuussuunnitelman olemassaolo (potilasturvallisuus)

Potilasturvallisuusvastaavan olemassaolo (potilasturvallisuus)

Organisaation sisäisten potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitusten (esim. Haipro) määrä/v (= potilasturvallisuuskulttuurin kehitysmittari) (potilasturvallisuus)

Systemaattinen haittatapahtumien käsittely henkilöstön kanssa (potilasturvallisuus)

Systemaattinen raportointitapa potilaan jatkohoitoon luovutuksessa (potilasturvallisuus)

Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo*

Koulutuksen vuosisuunnitelma, jossa huomioitu porrastetun järjestelmän eri tasot*

Osaamisen arviointimenetelmät käytössä*

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelupaketti

Tupakoi päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 20 - 64-vuotiaat

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Ylipaino, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m²) (%), 20 - 64-vuotiaat

Harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan 1 h viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Niukasti sekä tuoreita että kypsennettyjä kasviksia käyttävien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Ei syö koululounasta päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Viimeisen kuukauden aikana pitkäaikaisesti tai toistuvasti unettomuutta kokeneiden osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä (%)

Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet

Terveydenhuollon ammattilaisen antaman elintapamuutos-kehotuksen saaneiden osuus niistä joilla on tarve muuttaa elintapojaan (%)

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioitu (sisältää kattavasti keskeiset kansantautiryhmät)

Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Apua riittämättömästi saavien osuus väestöstä (%), 75 vuotta täyttäneet

THL:n sairastavuusindeksi, dementiaindeksi, ikävakioitu

Työkykyensä heikentyneeksi arvioivien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat

Niiden osuus jotka ovat eivät ole mielestään saaneet riittävästi sosiaali- ja terveystalvueluita 12 viime kk aikana

Niiden osuus, jotka ovat saaneet influenssarokotuksen 12 viime kk aikana (%)

Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut verenpaineen 12 viime kk aikana (%)

Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut sokeripitoisuuden 12 viime kk aikana (%)

Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut kolesterolipitoisuuden 12 viime kk aikana (%)

Niiden osuus, joilta terveydenhuollon ammattilainen on mitannut vyötärön ympäryksen 12 viime kk aikana (%)

Kasvatus- ja perheneuvoloiden 0 - 6-vuotiaat asiakkaat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut

Äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto: toteutuminen terveydenhuoltolain tai kansallisten laatusuositusten mukaisesti

Raskausajan seulonnat, kohdun kaulaosan syövä seulonnat ja rintasyöpäseulonnat: toteutuminen terveydenhuoltolain tai kansallisten laatusuositusten mukaisesti

Ensimmäistä lasta odottavan perheen, lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon ja opiskelijoiden suunterveydenhuollon toteutuminen käypä hoito -suositusten mukaisesti

Henkilöillä, joilla BMI yli 25kg/m² (uudet tapaukset), ravitsemus-/liikuntaneuvonnan toteutuminen käypä hoito -suositusten mukaisesti

II-tyyppin diabetes diagnoosin saaneet henkilöt, uudet tapaukset:

ravitsemus-/liikuntaneuvonnan toteutuminen käypä hoito -suositusten mukaisesti

sokeri ja –rasvakontrollimitausten toteutuminen käypä hoito -suositusten mukaisesti

Masennusdiagnoosin saaneet henkilöt (F32 ja F33), uudet tapaukset: lyhytkestoinen psykoterapiainervention puolen vuoden kuluessa diagnoosin saamisesta käypä hoito -suositusten mukaisesti

Alaselkäkipupotilaille lyhytkestoinen psykoterapiainervention puolen vuoden kuluessa diagnoosin saamisesta käypä hoito -suositusten mukaisesti

Muutokset lasten ja nuorten lihavuudessa, tavoitetaso saavutettu

Muutokset lasten ja nuorten tupakoinnissa, tavoitetaso saavutettu

Muutokset odottavien äitien tupakointitatuksessa, tavoitetaso saavutettu

Muutokset niiden henkilöiden BMI–arvoissa, joilla BMI yli 25 kg/m² todettu viimeisen vuoden aikana

Tervehampaisten lasten ja nuorten osuus

II-tyyppin diabetes -diagnoosin saaneiden henkilöiden sokeri- ja rasvahoidon tavoitearvon saavuttaneiden osuus käypä hoito -suositusten mukaisesti

Laajan hyvinvointikertomuksen käsittely aluevaltuustossa

Hiljaisen sote-tiedon kerääminen alueella

Aluetasolla tunnistetaan HYTE-haasteita jotka eivät näy kuntatasolla (esim. koulutus- ja tuloryhmittäiset erot, romanit, maahanmuuttajat)

Digisyrjäytyneiden osuus

Digitaalisen asioinnin esteettömyyden tarkistuslistan käyttäminen alueen kunnissa ja sote-alueella

Asiakkaan oleellisten hyvinvointi- ja terveystietojen vaihtaminen eri hallinnonalojen kesken

Asiakkaiden oleellisten hyvinvointi- ja terveystietojen vaihtaminen kuntien ja sote-alueen välillä

Vaihtoehtoinen palvelu digitaaliselle palvelulle

Lähiliikuntapaikkojen lukumäärä

Savuttomien kuntien osuus, %

Alueen HYTE-ryhmään kuuluvat henkilöt toimialoittain

Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) perusterveydenhuollossa aluetasolla tarkasteltuna

Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) liikunnan edistämisessä aluetasolla tarkasteltuna

Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) alueen strategisessa johtamisessa

Terveydenedistämiskiivisyys (TEA) maakunnan kuntien strategisessa johtamisessa*

Aluevaltuuston hyväksymä terveydenhuoltolain 12 §:n mukainen laaja hyvinvointikertomus

Väestön terveydentilan seuranta ja arviointi alueen johdossa

Alueen toiminta- ja taloussuunnitelmassa määritelty mittarit tai tunnusluvut, joilla seurataan väestön hyvinvoinnin ja

terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista saman vuoden aikana

Eri väestöryhmien huomioiminen alueen laajan hyvinvointikertomuksen tavoitteissa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho nimetty alueella

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen käytetty rahamäärä alueella

Väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmä suunnitelmallisesti käytössä alueen kunnissa, %

Väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarvioinnista tehty päätös alueella

Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä

Lakisääteinen palvelutarpeen arviointi tehty, osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)

Päivittäin tupakoivien osuus, % ammatillisen oppilaitokset 1. ja 2. vuoden opiskelijoista vs. lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista

Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 16-17-vuotiaiden terveystarkastuksien toteutuminen terveydenhuoltolain tai kansallisten laatusuositusten mukaisesti

Työttömien terveystarkastuksien toteutuminen terveydenhuoltolain tai kansallisten laatusuositusten mukaisesti

Armeijapudokkaiden terveystarkastuksien toteutuminen terveydenhuoltolain tai kansallisten laatusuositusten mukaisesti

Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta, koulutusryhmittäin

Maakunnan hyvinvointikertomuksessa indikaattori ”Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta, koulutusryhmittäin”*

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisen kirjaaminen alueen asiakirjoihin (mm. koulutus- ja tuloryhmittäin)

Hyvinvointi- ja terveyseroja kaventavat tavoitteet kirjattu alueen toiminta- ja taloussuunnitelmaan

Maakunnan hyvinvointikertomuksessa kirjattu tavoitteita eri väestöryhmien ja alueiden välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi, ja niitä on käsitelty aluevaltuustossa*

Maakunnan vuosittaisessa taloussuunnitelmassa kirjattu tavoitteita eri väestöryhmien ja alueiden välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi*

Alueen ja kunnan välisten yhteistyörakenteiden toimivuus

Jos kunta tunnistaa ongelman jollain hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueella, järjestääkö alue koulutusta/hankkeita/kehittämistukea/tukea tilanteen parantamiseksi?

Tuottaako alue hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön materiaalia?

Onko alueella käytössä joku jatkuvan oppimisen menetelmä HYTE-työn kehittämiseksi?

Toimiiko alueella hallituksen tai valtuuston asettamia foorumeja, joissa kuntalaiset voivat vaikuttaa kunnan hyvinvointia ja terveyden edistämistä koskevaan päätöksentekoon?

Maakunnan kunnille antama asiantuntijatuki kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtäviin liittyen