



## Sote-uudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän työryhmämuistio

Ehdotukset sote -ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta



## Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta

Päivi Hämäläinen, Merja Kovanen, Outi Räikkönen

Vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän toimeenpanoryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF: 978-952-00-4066-6

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2019

## Kuvailulehti

<b>Julkaisija</b>	Sosiaali- ja terveysministeriö	29.3.2019
<b>Tekijät</b>	Päivi Hämäläinen, Merja Kovanen, Outi Räikkönen Vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän toimeenpanoryhmä	
<b>Julkaisun nimi</b>	Ehdotukset sote -ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta	
<b>Julkaisusarjan nimi ja numero</b>	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33	
<b>Diaari/hankenumero</b>	STM091:00/2017	<b>Teema</b> -
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4066-6	<b>ISSN PDF</b> 2242-0037
<b>URN-osoite</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6</a>	
<b>Sivumäärä</b>	262	<b>Kieli</b> suomi
<b>Asiasanat</b>	mittarit, indikaattorit, ohjaus, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, tietojohdaminen, tietovarannot	
<b>Tiivistelmä</b>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntaudistuksen valmisteluorganisaatioon kuuluvan Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän (KUVA) alaisuudessa toimineen toimeenpanoryhmän (KUVA TPA) tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiseksi mittaristoksi väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kuvaamiseen, palvelujen tarpeen arviointiin sekä palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen.</p> <p>Tässä muistiossa esitetty mittaristo on tarkoitettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kansalliseen ohjaukseen. Mittareita voidaan käyttää lisäksi seuraaviin tarkoituksiin: palvelujen järjestäminen ja tuotannon johtaminen, suunnittelu ja seuranta, järjestäjien ja tuotantoyksiköiden välinen seuranta ja valvonta. Mittarit vastaavat jossain määrin tuottajataso ja asiakkaiden valinnanvapautta koskevaan tietotarpeeseen.</p> <p>Mittaristoehdotuksen ja perustelujen lisäksi muistiossa esitellään mittareiden edellyttämä tietopohja ja ehdotuksia tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä kehittämistyön organisoinnista ja resursoinnista. Nykytietotuotannon parantamisessa on keskeistä palvelurakenteen muutosten huomioimiseen ja rekisterien sekä tietotuotantolinjojen kehittämistoimiin. Uusiksi tietotuotantolinjoiksi esitetään sosiaalihuollon avopalvelujen rekistereitä, ensihoidon tiedonkeruuta, ikäihmisten toimintakyvyn ja hoitoisuuden tiedonkeruuta, valvonnan tietojen raportointia sekä valinnanvapauden seurantatietojen keruuta. Ohjauksessa tarvittavan tiedon tulee olla avoimesti kaikkien saatavilla ja koottuna yhteiselle raportointialustalle.</p> <p>Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän linjaukset hyväksyttiin sote-erillisjoryssä 18.2.2019.</p>	
<b>Kustantaja</b>	Sosiaali- ja terveysministeriö	
<b>Julkaisun myynti/jakaja</b>	Sähköinen versio: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Julkaisumyynti: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>	

## Presentationsblad

<b>Utgivare</b>	Social- och hälsovårdsministeriet	29.3.2019	
<b>Författare</b>	Päivi Hämäläinen, Merja Kovasin, Outi Räikkönen Genomförandegruppen för gruppen för effekt- och kostnadsdata		
<b>Publikationens titel</b>	Förslag om mätare och informationsunderlag för styrningen av social- och hälsovården		
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b>	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:33		
<b>Diarie- /projektnummer</b>	STM091:00/2017	<b>Tema</b>	-
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4066-6	<b>ISSN PDF</b>	2242-0037
<b>URN-adress</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6</a>		
<b>Sidantal</b>	262	<b>Språk</b>	finska
<b>Nyckelord</b>	mätare, indikatorer, styrning, socialvård, hälso- och sjukvård, informationsledning, datalager		
<b>Referat</b>	<p>Genomförandegruppen (KUVA TPA) för den grupp för effekt- och kostnadsdata (KUVA) som hör till beredningsorganisationen för social- och hälsovårdsreformen och landskapsreformen hade till uppgift att bereda ett förslag till enhetliga mätare för social- och hälsovården för kartläggningen av befolkningens välbefinnande och hälsa, bedömningen av servicebehov och uppföljningen av servicekvaliteten, verkningfullheten, kostnaderna och effektiviteten.</p> <p>De mätare som presenteras i promemorian är i första hand avsedda för den nationella styrningen av servicesystemet inom social- och hälsovården. Mätarna kan dock även användas för följande ändamål: anordnande av tjänster och ledning av produktionen, planering och uppföljning, uppföljning och övervakning av anordnare och produktionsenheter. Mätarna svarar i viss mån på det informationsbehov som gäller valfriheten på producentnivå och hos kunderna.</p> <p>Utöver förslaget om mätarna och motiveringen till detta innehåller promemorian också det informationsunderlag som mätarna förutsätter, förslag om säkerställandet av informationsunderlaget, utvecklingsbehov och förslag om organiseringen av och resurserna för utvecklingsarbetet. Inom förbättrandet av den nuvarande informationsproduktionen ska fokus vara på att beakta förändringar och utveckla register och kanaler för informationsproduktion. Såsom nya kanaler för informationsproduktion föreslås register för öppna socialvården, insamlingen av information inom den prehospitäl akutsjukvården, insamling av information för äldrevården och upprätthållandet av äldres funktionsförmåga, rapportering av informationen om tillsynen samt insamling av uppföljningsinformation om valfriheten. Den information som behövs vid styrningen bör vara öppet tillgänglig för alla och samlad i en gemensam rapporteringsplattform.</p> <p>Den separata ledningsgruppen om social- och hälsovården godkändes 18.2. 2019 de riktlinjer som fastställdes av gruppen för effekt- och kostnadsdata.</p>		
<b>Förläggare</b>	Social- och hälsovårdsministeriet		
<b>Beställningar/ distribution</b>	Elektronisk version: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Beställningar: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

## Description sheet

<b>Published by</b>	Ministry of Social Affairs and Health		29th March.2019
<b>Authors</b>	Päivi Hämäläinen, Merja Kovasin, Outi Räikkönen Implementation group of the impact and cost information group		
<b>Title of publication</b>	Proposals for health and social services steering indicators and for the verification of the knowledge base		
<b>Series and publication number</b>	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019:33		
<b>Register number</b>	STM091:00/2017	<b>Subject</b>	-
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4066-6	<b>ISSN PDF</b>	2242-0037
<b>Website address URN</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6</a>		
<b>Pages</b>	262	<b>Language</b>	Finnish
<b>Keywords</b>	indicators, steering, social services, healthcare, knowledge management, data resources		
<p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of the implementation group (KUVA TPA) working under the impact and cost information group (KUVA), part of the organisation preparing the health, social services and regional government reform, was to prepare a proposal for harmonised health and social services indicators to represent the wellbeing and state of health of the population, to assess the need for services, and to measure the quality, impact, costs and effectiveness of services.</p> <p>The indicators presented in this memorandum are mainly intended for the national steering of the health and social services system. The indicators can also be used for the following purposes: organisation of services, management of production, planning and monitoring, monitoring between service providers and production units, and control. To some extent, the indicators respond to the needs of producers and clients for information regarding the freedom of choice.</p> <p>In addition to the proposed indicators and their justification, the memorandum presents the knowledge base required for the indicators and proposals for the verification of the knowledge base, any development needs, and the organisation and resources required for development. In order to improve the current production of information, it is necessary to address any changes in the service structure and to focus on the development of registers and information production lines. It is proposed that new information production lines include registers of non-institutional social services, data collection for emergency care, data collection for the functioning ability and treatment capacity of the elderly, reporting of control data, and data collection for the monitoring of the freedom of choice. The information required for steering must be openly available and located in a single reporting platform.</p> <p>The guidelines of the impact and cost information group were approved by The Separate Leader Group on Health and Social Services on the 18th February 2019.</p>			
<b>Publisher</b>	Ministry of Social Affairs and Health		
<b>Publication sales/ Distributed by</b>	Online version: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Publication sales: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan kehittäminen</b>	<b>14</b>
1.1	Vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmän toimeenpanoryhmän tehtävät ja tausta	14
1.2	Yleistä mittareista ja indikaattoreista	17
1.3	Tietopohjan nykyinen käyttö sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa	18
1.3.1	Kuntatalousohjelma ja kunnan peruspalvelujen valtionosuus	19
1.3.2	Peruspalvelujen arviointi	21
1.3.3	Kunnan strateginen terveyden ja hyvinvoinnin suunnittelu	22
1.3.4	Sosiaali- ja terveysministeriön strateginen ohjaus	22
1.3.5	Palveluvalikoimaneuvosto	23
1.4	Kansallinen sote-tietopohja, tietopohjan tuottajat ja raportointijat	24
1.4.1	Kunnat, kuntayhtymät	24
1.4.2	Kuntaliitto	24
1.4.3	Yksityiset sosiaali- ja terveystietojärjestelmien tuottajat	25
1.4.4	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	26
1.4.5	Valvira ja aluehallintovirastot	27
1.4.6	Työ- ja elinkeinoministeriö	28
1.4.7	Kansaneläkelaitos (Kela)	29
1.4.8	Tilastokeskus	30
1.4.9	Eläketurvakeskus	31
1.4.10	Väestötietojärjestelmä, Väestörekisterikeskus	31
1.4.11	Työterveyslaitos	31
1.4.12	Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea	33
1.4.13	Muita tietopohjaan liittyviä tiedonantajia ja raportointijä	33
1.5	Kansainväliseen tietopohjatyöhön osallistuminen	34



<b>2</b>	<b>Maakunta- ja sote-uudistuksen sekä valinnanvapauden tietoperusta .....</b>	<b>43</b>
2.1	Valtioneuvostotasoinen päätöksenteko, valtioneuvoston antama ohjaus ja raportointi velvoitteet .....	43
2.1.1	Valtioneuvostotasoinen päätöksenteko ja ohjaus sekä valtiovarainministeriön koordinoima valmistelu .....	43
2.1.2	Maakuntien perusrahoitus .....	44
2.1.3	Maakuntien rahoitus terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen .....	45
2.1.4	Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuusrahoitus .....	47
2.1.5	Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle .....	48
2.2	Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet .....	49
2.3	Aluekehittäminen .....	51
2.4	Maakuntien päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet .....	53
2.5	Kuntien päätöksenteko ja raportointivelvoitteet .....	56
2.6	Palvelun tuottajien päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet .....	57
2.7	Valvontaviranomaisten päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet .....	58
2.8	Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen seuranta- ja raportointivelvoitteet ja toimivalta .....	61
2.9	Tietopohjaan ja tiedolla ohjaukseen liittyvät näkökulmat hallituksen esityksessä eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi .....	62
2.10	Asiakkaalle ja asukkaille tarjottavan tiedon tietopohja säädösten valossa .....	71
2.11	Muusta lainsäädännöstä tulevat tietotarpeet ja tietotuotanto .....	72
2.11.1	Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sen nojalla annetut asetukset .....	72
2.11.2	Mielenterveyslaki (116/1990) .....	79
2.11.3	Päihdehuoltolaki (41/1986) .....	82
2.11.4	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) .....	83
2.11.5	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) .....	88
2.11.6	Vammaislainsäädännön kokonaisuudistus (HE 159/2018) .....	90
2.11.7	Tartuntatautilaki (227/2016) .....	93
2.11.8	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä .....	95
2.11.9	Läkelaki ja laki sähköisestä lääkemääräyksestä .....	96

<b>3</b>	<b>Sote-uudistuksen ja valinnanvapauden edellyttämän tietopohjan valmistelutyössä mukana olevia toimijoita ja hankkeita.....</b>	<b>98</b>
3.1	Valmistelutyö THL:ssä.....	98
3.2	Sote-tietopakettit .....	100
3.3	Laaturekisterit.....	102
3.4	Kunta ja maakuntatieto-ohjelmat.....	104
3.5	Kärkihankkeet .....	106
3.6	Kuntaliiton koordinoima laatutyö .....	109
3.7	Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset.....	110
3.8	Sote-digi arkkitehtuurityö.....	112
3.9	Sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelma (Toivo) 2019–2022 .....	112
3.10	Valtioneuvoston kanslian koordinoima valtioneuvoston yhteinen selvitys- ja tutkimustoiminta (VN TEAS) tietopohjan kehittämisen tukena .....	114
3.11	Isaacus.....	115
3.12	Sote-tiedon toisiokäyttöä koskevan lainsäädännön uudistustyö .....	116
3.13	Maakuntatietopohjan valmistelutyö (ei sote) .....	117
3.14	Taloustiedon kerääminen Valtiokonttoriin .....	118
<b>4</b>	<b>Mittariston pilotointikokemukset .....</b>	<b>120</b>
4.1	THL:n arviointitoiminnasta saadut pilotointikokemukset.....	121
4.2	KUVA-mittariston pilotointi osana THL:n arviointitoiminnon ja STM:n ohjaustoiminnan harjoittelua.....	122
<b>5</b>	<b>Ehdotukset ja perustelut mittareiksi .....</b>	<b>126</b>
5.1	Mittariston valmistelu ja kuulemiset.....	126
5.1.1	Syksyn 2016 alatyöryhmissä tehty valmistelu .....	126
5.1.2	KUVA-toimeenpanoryhmän työ 2017–2018 .....	127
5.1.3	Mittariston valmistelun aikaiset kuulemiset ja saadun palautteen käsittely.....	128
5.2	Mittaristotarkastelun lähtökohdat.....	133
5.3	Valittujen mittareiden kuvaaminen ja perustelut ulottuvuuksittain .....	138
5.3.1	Perustiedot ja elinolot .....	138
5.3.2	Hyvinvoinnin ja terveydentila sekä palvelujen tarve .....	139
5.3.3	Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.....	140
5.3.4	Palvelujen käyttö .....	141
5.3.5	Yhdenvertaisuus palveluissa ja haavoittuvat asiakasryhmät.....	141

5.3.6	Integraation toteutuminen.....	143
5.3.7	Valinnanvapaus.....	143
5.3.8	Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus.....	144
5.3.9	Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus .....	147
5.3.10	Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ja resurssit.....	147
5.3.11	Osallistuminen ja oikeudet.....	149

## **6 Mittarikonaisuuksien tarkastelu palvelukokonaisuuksittain ..... 151**

6.1	Perustiedot ja elinolot.....	151
6.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta koskevat tiedot .....	152
6.3	Aikuisväestön terveys ja hyvinvointi (pl. mielenterveys ja päihteet) .....	154
6.4	Perusterveydenhuolto .....	158
6.5	Suun terveydenhuolto .....	163
6.6	Erikoissairaanhoido, aikuiset.....	165
6.7	Ensihoito .....	169
6.8	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut .....	170
6.9	Aikuissosiaalityö ml. työllistymistä tukevat toimet .....	177
6.10	Ikääntyneiden palvelut.....	182
6.11	Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	187
6.12	Vammaisten palvelut.....	192
6.13	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio ja asiantuntijatyö .....	195

## **7 Sote-uudistuksen edellyttämä tietopohja, ehdotukset tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä kehittämistyön organisoinnista ja resursoinnista ..... 197**

7.1	Nykyisen tietopohjan varmentaminen ja työryhmän ehdotukset .....	197
7.1.1	Nykyisen tietopohjan varmentamistyö THL:ssä ja työryhmän näkemykset jatkotoimista .....	198
7.1.2	Yleiset kaikkia tai useita tietotuotantolinjoja koskevat kehittämistoimet ja tarpeet.....	199
7.1.3	Nykyisten tietotuotantolinjojen kehittäminen ja kehittämistarpeet ohjauksen tietopohjan varmistamiseksi .....	203
7.1.4	Nykyisen tietopohjan varmentamistyö Kelassa, Tilastokeskuksessa ja muissa tiedontuottajaorganisaatioissa ja työryhmän näkemykset jatkotoimista.....	210
7.2	Ohjauksessa ja arvioinnissa tarvittavan tietopohjan uudet kehittämistarpeet ja työryhmän ehdotukset.....	216

7.3	Maakuntien järjestämistoimintaan liittyvät kansalliset, keskeiset tietopohjan kehittämistoimet, joissa ensisijainen valmisteluvastuu on maakunnilla /Sote-digillä .....	222
7.4	Työryhmän työssä esiin nousseet muut asiat .....	226
<b>8</b>	<b>Ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista .....</b>	<b>238</b>
	<b>Liitteet .....</b>	<b>240</b>
	<b>Liite 1. Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän toimeenpanoryhmä (KUVA TPA), asettamispäätös .....</b>	<b>241</b>
	<b>Liite 2. Mittariston valmisteluun osallistuneet tahot ja palautteen antajat.....</b>	<b>243</b>
	<b>Liite 3. Ehdotus sote-mittaristoksi mittarikohtaisine perusteluineen .....</b>	<b>246</b>
	<b>Lähteet .....</b>	<b>247</b>

## Tiivistelmä

### *Toimeksianto*

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatioon kuuluvan Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän (KUVA) alaisuudessa toimineen toimeenpanoryhmän (KUVA TPA) tehtävänä on ollut valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiseksi mittaristoksi väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kuvaamiseen, palveluiden tarpeen arviointiin sekä palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen. Tässä muistiossa esitetty mittaristo on tarkoitettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kansalliseen ohjaukseen. Mittareita voidaan käyttää lisäksi seuraaviin tarkoituksiin: palvelujen järjestäminen ja tuotannon johtaminen, suunnittelu ja seuranta, järjestäjien ja tuotantoyksiköiden välinen seuranta ja valvonta. Mittarit vastaavat jossain määrin tuottajataso ja asiakkaiden valinnanvapautta koskevaan tietotarpeeseen.

### *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohja ja ehdotukset sote-ohjauksen mittaristoksi*

Muistiossa kuvataan nykyisen lainsäädännön mukaisen tietopohjan käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa sekä tietoa tuottavat tahot ja tietojen raportoijat. Hallituksen esitykseen maakunta- ja sote-uudistuksesta liittyi useita uusia tietotarpeita sekä tiedonanto- ja raportointivaihtoehtoja. Tietopohjan valmistelussa mukana olleiden toimijoiden ja hankkeiden tilannekuvaukset ja suunnitelmat on kerätty muistioon.

Mittariston rakentamisprosessin aikana kuultiin runsaasti eri alojen asiantuntijoita ja kerättiin palautetta laajasti. Mittaristoa pilotoitiin tuottamalla kahdesti vertailutietona maakuntien tilannekuva sosiaali- ja terveysministeriön ja maakuntien välisiin harjoitusneuvotteluihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laati mittaristolla tuotettua tietoa hyödyntäen maakuntia kuvaavat arviointiraportit neuvotteluihin. Yhteinen tilannekuva koettiin hyödylliseksi. Pilotoinneista saatu kokemus auttoi kehittämään mittaristoa palvelujärjestelmän ohjaustarkoitukseen. Mittareilla tuotettu maakuntien vertailutieto on avoimesti saatavilla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen rakentamassa Tietoikkunassa.

Mittaristolistassa on yhteensä 531 mittaria, joista 460 mittaria on tuotettuna tai tuotettavissa vuonna 2019 alueelliseen tarkasteluun. Aluetietona on valmistelussa ollut maakuntavertailutieto. Loput mittareista arvioidaan saatavan tuotantoon viimeistään vuoteen 2025 mennessä. Mittaristovalinnan lähtökohdat olivat yleiset hyvän mittarin

rakentamisen periaatteet sekä käyttötarkoitus kansallisessa palvelujärjestelmän ohjauksessa. Mittareiden rakentamisen periaatteita on jouduttu soveltamaan siten, että muodostuu mittaristo, joka soveltuu makrotasolle, koko palvelujärjestelmän tai sen keskeisten osien tarkasteluun valtakunnallisella ja maakunnallisella tasolla. Tässä muistiossa käsitettä mittari käytetään indikaattorikäsitettä vastaavana yleiskäsitteenä ja sanat tulkitaan synonyymeiksi.

Tilannekuvan saamisen helpottamiseksi mittariston ensisijaisen järjestys noudattelee palvelukokonaisuuksia, joita ovat mm. aikuisten terveys ja hyvinvointi, perusterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ensihoito, lapset, nuoret, perheet. Mittarit on ryhmitelty palvelukokonaisuuksissa lakiehdotuksiin perustuviin ulottuvuuksiin, esimerkiksi palvelujen tarve, käyttö, saatavuus, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, laatu, turvallisuus sekä asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus.

#### *Tietopohjan varmentaminen ja kehittämisehdotuksia*

Mittaristoehdotuksen ja perustelujen lisäksi muistiossa esitetään sote-mittareiden edellyttämä tietopohja ja ehdotuksia tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä ohjaamisen ja kehittämistyön organisoinnista sekä resursoinnista. Työryhmä esittää näkemyksensä ja ehdotukset jatkotoimista seuraavista kokonaisuuksista:

nykyisen tietopohjan varmentamistyö THL:ssä; yleiset kaikkia tai useita tietotuotantolinjoja koskevat kehittämistoimet ja tarpeet; nykyisten tietotuotantolinjojen kehittäminen ja kehittämistarpeet ohjauksen tietopohjan varmistamiseksi; nykyisen tietopohjan varmentamistyö Kelassa, Tilastokeskuksessa ja muissa tiedontuottajaorganisaatioissa; ohjauksessa ja arvioinnissa tarvittavan tietopohjan uudet kehittämistarpeet; maakuntien järjestämistoimintaan liittyvät kansalliset, keskeiset tietopohjan kehittämistoimet, joissa ensisijainen valmisteluvastuu on maakunnilla ja Sote-digillä.

Työryhmän näkemyksen mukaan kirjaamisen laadun paranemisen edellytys on selkeä ohjeistus ja siihen liittyvä jatkuva koulutus sekä tietojärjestelmien suunnittelu tukemaan kirjaamista oikeassa muodossa oikea-aikaisesti oikeaan paikkaan. Sähköisten potilas- ja asiakasasiakirjojen, muiden sote-tietosisältöjen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteritietosisältöjen harmonisointia tulee viedä eteenpäin. Terveystietosisältöjen potilasasiakirjojen, sosiaalihuollon asiakastietojen ja muun Kantaan tallennettavan sotetiedon tietosisältöjen ja rekistereihin kerättävän tiedon sisältöjen yhteensovituksen pitkän tähtäimen tavoitteena on kertaalleen asiakasprosessissa kirjatun tiedon toisioikäyttö ilman erilliskirjaamista. Tietosisällöt tulisi määritellä ja tietojärjestelmät suunnitella siten, että taloutta kuvaavia tietoja vastaavat toimintatiedot ovat poimittavissa ja toimintaa kuvaavalle tiedolle voidaan mahdollisimman usein löytää toiminnan kustannuksiin liittyvät tiedot.

Hilmo-rekisterin laajentaminen yksityisten palvelujen tuottajien ja työterveyshuollon käyntitiedoilla on palvelujärjestelmän kokonaisseurannan kannalta välttämätöntä. Ohjauksen ja arviointiin tarvittavien tietojen tulisi olla käytettävissä mahdollisimman pian toimintavuoden päättymisen jälkeen. Joistakin tiedoista, kuten hoitoon pääsyn tiedoista, tarvitaan informaatiota ohjausvuoden aikana. Erikoissairaanhoidon Hilmo-tiedot tulisi kerätä ja raportoida Avohilmon tapaan jatkuvana tiedonkeruuna tai muulla soveltuvalla nopeutetun tiedonkeruun tavalla.

Nykyisten sosiaalihuollon rekisterien tiedonkeruun ja tiedonkäsittelyn prosesseja on kehitettävä tiedon käsittelyn nopeuttamiseksi. Kotihoidon laskenta ja Avohilmon kotihoitoa koskeva tiedonkeruu on yhdenmukaistettava huomioiden toisiokäytön lainsäädännön uudistuksen tuomat mahdollisuudet. Kiireisin asia ohjaukseen tarvittavissa lastensuojelun laitoshoidon ja toimeentulotuen tiedoissa on varmistaa, että edellisen vuoden tiedot ovat käytettävissä kunkin vuoden alkupuoliskolla.

Työryhmän näkemyksen mukaan ohjauksessa tarvittavien mittareiden muodostamisessa on ohjauksen vuosikellon huomioiva nopea tietotuotantoprosessi keskeinen. Toisen viranomaisen tuottaman tiedon raportoinnissa THL:n Tietoikkunan kautta olennaista on tiedon nopea valmistuminen viranomaisessa ja avoin rajapinta sen jatkohyödyntämiseen. Tiedontuottajien välistä yhteistyötä on mahdollista kehittää nykyistä toimivammaksi.

Kaikkia sote-KUVA-mittaristoesityksessä mukana olevia mittareita ei voida tuottaa valtakunnallisesti vertailukelpoisella tavalla nykyisen tietopohjan kautta, vaan tarvitaan kokonaan uusia tietotuotantolinjoja. Uusiksi tietotuotantolinjoiksi esitetään sosiaalihuollon avopalvelujen rekistereitä, ensihoidon tiedonkeruuta, ikäihmisten toimintakyvyn ja hoitoisuuden tiedonkeruuta, valvonnan tietojen raportointia sekä valinnanvapauden seurantatietojen keruuta. Tietotuotantoon osallistuvien organisaatioiden, kuten THL, Kela, Valvira ja Tilastokeskus, yhteistyö on keskeistä kaiken tietotuotannon varmistamisessa sekä tiedonkäsittelyprosessien ja teknisten ratkaisujen kehittämisessä. Ohjauksessa tarvittavan tiedon tulee olla avoimesti kaikkien saatavilla ja kootuna yhteiselle raportointialustalle.

Työryhmä pitää tärkeänä perustaa vakiintunut rakenne ohjausmittariston ylläpitoa ja jatkokehittämistä varten. Nykytietotuotannon parantamisessa on keskityttävä palvelurakenteen muutosten huomioimiseen ja rekisterien sekä tietotuotantolinjojen kehittämistoimiin, kuten tietotuotannon nopeuttamiseen, sisällölliseen kehittämiseen ja 13.3.2019 hyväksytyyn sosiaali- ja terveystietojen toissijaista käsittelyä koskevan lakikokonaisuuden toimeenpanoon.

Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän linjaukset hyväksyttiin sote-erillisjoryssä 18.2.2019.

# 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan kehittäminen

Tässä muistiossa esitetään Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän toimeenpanoryhmän valmisteleva ja Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän (KUVA-ryhmän) hyväksymä ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiseksi mittaristoksi väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kuvaamiseen, palveluiden tarpeen arviointiin sekä palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen. Ehdotettu mittaristo on tarkoitettu kansalliseen ohjaukseen, soveltuvasti palvelujen järjestämisen ja tuotannon johtamiseen, suunnitteluun ja seurantaan sekä järjestäjien ja tuottajien väliseen vertailuun ja valvontaan. Mittarit sopivat jossain määrin myös tuottajataso ja asiakkaiden valinnanvapautta koskevaan tietotarpeeseen. Ensisijainen tavoite on kuitenkin vastata valtakunnallisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Yhtenäisen, kattavan tietopohjan käyttäjiä ovat erityisesti valtioneuvosto, STM, THL, yhteistominta-alueet, maakunnat, valvontaviranomaiset ja soveltuvasti palvelujen tuottajat.

Muistio sisältää mittaristoehdotuksen lisäksi toimeenpanoryhmän tehtäväksi annetun työn tuotokset: selvittää mittareiden edellyttämää tietopohjaa ja tehdä ehdotuksia tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä kehittämistyön organisoinnista ja resursoinnista sekä laatia ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista. Taustamuistiota laadittaessa on käytetty 8.3.2018 ja aiemmin julkaistuja maakunta- ja sote-uudistukseen liittyviä lakiesityksiä sekä -luonnoksia.

Muistion luvut 1–3 liittyvät mittareiden edellyttämän tietopohjan selvitystyöhön. Lukuun 4 on koottu mittariston pilotointikokemukset ja lukuun 5 ehdotukset ja perustelut mittareiksi. Luvussa 6 tarkastellaan mittarikokonaisuuksia palvelukokonaisuuksittain ja luku 7 sisältää esitykset sote-uudistuksen edellyttämän tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä kehittämistyön organisoinnista ja resursoinnista. Luvussa 8 on ehdotukset sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista. Mittarikohtaiset perustelut ja mittaristo ovat erillisinä liitteinä (liite 3).

## 1.1 Vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmän toimeenpanoryhmän tehtävät ja tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatioon perustettiin sen käynnistyttyä syksyllä 2015 Rahoitus- ja resurssityöryhmän alaisuuteen Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmä (KUVA). Asettamispäätöksen mukaan ryhmän



tehtävänä oli valmistella ehdotukset valtakunnallisesti yhtenäiseksi mittaristoksi väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kuvaamiseen sekä palveluiden tarpeen arviointiin, ja palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen. Ryhmän oli määrä laatia ehdotukset indikaattoritiedon kokoamiseksi sekä valmistella tarvittavat säännökset. Syksyllä 2016 ryhmä jakaantui neljään alaryhmään, joissa käynnistettiin olemassa olevien mittareiden arviointi ja tarvittavien uusien mittareiden valmistelu. Mittareiden kehittäminen eri ohjaus- ja tietotarpeisiin jakaantui seuraaviin alatyöryhmiin: hyvinvoinnin ja terveyden tila sekä hoidon ja palvelujen tarve, palvelut ja palvelu- ja hoitoprosessit sekä palvelujen saatavuus, kustannusvaikuttavuuden ja laadun seuranta, resurssit. Ryhmä valmisteli ensimmäisen esityksen mittariston lähtökohdaksi ja sai alkuvuonna 2017 Sote-projektiryhmältä puollon jatkaa valmistelua tältä pohjalta. (1, 2)

Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmä asetti jatkovalmistelua varten toimeenpanoalaryhmän (KUVA TPA) toimikaudelle 1.12.2016 - 31.12.2018. KUVA-ryhmä ohjasi Vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmän toimeenpanoryhmän (KUVA TPA) työtä (3). KUVA TPA -ryhmän kokoonpano on liitteenä 1.

*Vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmän toimeenpanoryhmän tehtävänä oli:*

1. Viimeistellä Vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän alaryhmissä valmistellut ehdotukset sote-mittareiksi.
2. Selvittää mittareiden edellyttämää tietopohjaa ja tehdä ehdotuksia tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä kehittämistyön organisoinnista ja resursoinnista.
3. Laatia ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista.
4. Toteuttaa mittariston pilotointia ottaen huomioon palvelupakettien pilotointityön.

Toimeenpanoryhmän (TPA-ryhmän) mittaristotyö ja KUVA-työ tuli koordinoita ja sovittaa yhteen muiden hankkeiden, mm. SITRAn palvelupakettihankkeen, valtiovarainministeriön (VM) kuntien ja maakuntien taloustietojen kehittämishankkeiden, Nordic Healthcare Groupin (NHG) valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) rahoituksella laatiman selvityksen ”Mittaristo kustannusten, laadun ja vaikuttavuuden seurantaan” sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sote-tietopohjan uudistamishankkeen ja arviointitoiminnan kanssa. Mittaristotyö linkittyi lisäksi koko maakunta-uudistuksen tietopohjan kehittämiseen ja maakuntien vaikuttavuus- ja kustannustiedon kehittämiseen sekä muuhun kansalliseen sote-tietotuotantoon.

*Toimeenpanoryhmän keskeisiin tehtäviin ja tavoitteisiin on tehty seuraavat täsmennykset:*

- Läheisen yhteistyön tekeminen erityisesti STM:n ja VM:n ohjausvastuussa olevien tahojen kanssa, jotta mittaristo tukee tarkoituksenmukaisella tavalla käytännön ohjaustarpeita ja uusia ohjausrakenteita.
- Mittariston kokoaminen tarvittaessa koostemittareiksi.
- Palautteen hakeminen eri yhteistyötahoilta mittaristolistan arvioinnissa ja viimeistelyssä. Palautteen antamisessa tulee käyttää muun muassa alueuudistus.fi -verkkosivuja.
- Mittaristoa koskevien pilottien käynnistäminen vuoden 2017 aikana.
- Mittariston kehittämisen ja pilotoitien tulosten perusteella tehtävät aloitteet tietopohjan kehittämisestä, tietopohjan varmistamisesta ja kehittämistarpeista sekä tietopohjan varmistamisen ja kehittämisen organisoinnista ja resursoinnista.
- Ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista ja mittarityön vastuiden ja resursoinnin järjestämisen mallin suunnittelusta maakuntien käynnistyessä.
- Tehtyjen ehdotusten vieminen KUVA-työryhmän käsiteltäviksi.
- Valmistelutyöhön ja piloteista saatuun kokemukseen perustuen TPA-ryhmän tuli viimeistellä toimikautensa päätteeksi, 31.12.2018, ehdotukset tuotantoon siirtyviksi sote-mittareiksi.
- Toimeenpanoryhmän toimikautta jatkettiin 31.1.2019 saakka. (4)

Sote-projektiryhmän kesällä 2017 hyväksymässä ”Kustannus- ja vaikuttavuustiedon kehittäminen ja tietopohjatarpeet 2017–2018” -muutosohjelmassa tarkennettiin toimeenpanoryhmän tehtävää, joka oli jatkojalostaa KUVA-ryhmän alaryhmissä vuonna 2016 tuotettuja mittareita, tavoitteena mittariston ottaminen tuotantoon vaiheittain vuosina 2017–2025. KUVA-hankeohjelma todetaan suunnitelmassa osaksi laajempaa, käynnistettävää Maakuntatieto-ohjelmaa. Keväällä 2017 se oli osa poikkihallinnollista mittaristotyötä, jossa maakuntauudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmä (MAKU-VAKU -ryhmä) valmisteli muiden hallinnonalojen mittareita. Ohjelman suunnitelman mukaan mittareissa priorisoidaan rahoitusperiaatteen toteutumista, palveluiden järjestämisen ja palveluverkon johtamisen sekä asiakkaiden kannalta valinnanvapauden toteutumisen edellyttämän tiedon tuotantoa. (5)

Mittareiden valmistelun ja tietopohjatyön koordinoivastuu sosiaali- ja terveysministeriössä on syksystä 2017 asti ollut sote-ohjausta varten perustetun ohjausosaston ohjausyksikössä. Valtiovarainministeriö osallistui tiiviisti tähän työhön sekä THL keskeisenä toimijana valmistautuessaan järjestämislain mukaisiin tehtäviinsä. Kustannus- ja vaikuttavuustiedon poikkihallinnollista toimeenpanoa varten luodaan tietoarkkitehtuuria osana Maakuntatieto-ohjelmaa sekä osana digi-muutosohjelmaa maakuntia on tuettu yhteistyössä toteuttamaan nykyaikaiset tietoallasratkaisut ja näihin modernit raportoinnin työkalut. Tietoarkkitehtuurissa ja indikaattoreissa otetaan huomioon joustava, eri tiedontarpeita täyttävä räätälöidyn raportoinnin mahdollisuus samalla kun luodaan yhtenäisen vertailuperustan antava perusvertailutieto.

## 1.2 Yleistä mittareista ja indikaattoreista

### *Indikaattorit ja mittarit käsitteistä*

Suomisanakirjan mukaan indikaattori on yhteiskunta-, talous- ja ympäristötieteissä sekä laatuajureissa jokin tunnusluku, joka kuvaa asioiden tilaa ja kehitystä. Mittari muodostuu tunnussuureesta, joka on suoraan mitattavissa oleva tekijä tai sellaisten yhdistelmä. Tämä edellyttää ilmiön täsmällistä käsitteellistämistä. Indikaattori on vastaavasti jokin tunnusluku, joka kuvaa asioiden tilaa ja kehitystä karkealla tasolla tai epäsuorasti. Sitä käytetään usein kuvaamaan ilmiötä, jota ei suoraan kyetä mittaamaan. Käytännössä näitä käsitteitä käytetään epätarkasti ja asiantuntijoilla on erilaisia näkemyksiä niiden määrittelystä. KUVA-valmistelutyössä päätettiin käyttää käsitettä mittari indikaattorikäsitettä vastaavana yleiskäsitteenä. Indikaattorin ja mittarin mahdollisiin teoreettisiin eroihin ei paneuduta. Tässä muistiossa sanat tulkitaan synonyymeiksi. (6)

Mittaristo kertoo käsitteenä päätöksentekijälle toiminnalle tärkeistä syy- ja seuraussuhteista ja luo perustan tavoitteiden seurannalle ja asettamiselle. Mittaristo sisältää tyypillisesti sekä mittaamiskategoriat että selittävien mittareiden hierarkian. Mittaristo tarkoittaa KUVA-työskentelyssä kokonaisuutta, johon on koottu toimeksiannon mukaisen käyttötarkoituksen mittarit. (7)

Hyviltä mittareilta odotetaan tiettyjä ominaisuuksia. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen pätevyyttä eli mittarin hyvyttä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata, tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti. Mittaria on osattava käyttää oikeaan kohteeseen, oikealla tavalla. Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta, käyttö- ja toimintavarmuutta. Jos mittari on täysin reliabeeli, siihen eivät vaikuta satunnaisvirheet eivätkä olosuhteet, kuten olosuhdemuutokset – muutosherkkyys, esimerkiksi asiakasrakenteelle. Mittarin käytännöllisyys kuvaa mittarin kustannustehokkuutta eli kuinka paljon nähdään mittarin muodostamisen vaivaa sen tuoman tiedon hyötyyn nähden. Toisaalta, jos mittari ei ole relevantti, se ei myöskään ole käytännöllinen. Mittarin relevanttisuus kuvaa mittarin olennaisuutta sen käyttäjän kannalta. Relevanssi on myös tilanne- ja käyttötarkoitussidonnainen ominaisuus, koska joissakin tilanteissa on tärkeää saada tietoa jostakin tietystä asiasta. Toisaalla samalla mittarilla ei välttämättä ole mitään käyttöä.

Mittareiden kriteerejä ovat: yksiselitteinen tulkinta, mittarin tulokseen voidaan vaikuttaa toiminnalla, mutta sen tulosta ei voi manipuloida ja tiedon laatu (saatavuus, vertailtavuus, käytettävyyys, ajantasaisuus, tiedontuottamisen kustannukset kohtuulliset ja tiedonkeruu osa laajempaa järjestelmää/yhtenäiset käsitteet ja luokitukset). KUVA-

mittaristossa korostuu mittareiden käyttötarkoitus ensisijaisesti kansallisessa ohjauksessa ja palvelujen järjestämisessä sekä kyky tuoda luotettavasti esiin maakuntien välisiä eroja ja maakuntien toiminnan muutoksia.

## 1.3 Tietopohjan nykyinen käyttö sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa

Luvussa 1.3 kuvataan selvityksen kirjoittamisvaiheessa voimassa olevan nykyisen lainsäädännön mukaisen tietopohjan käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa. Luku 2 sisältää hallituksen esityksen mukaisen maakunta- ja sote-uudistuksen edellyttämän tietopohjan perustan. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tason ohjaus on perustunut sääntelevään normiohjaukseen, korvamerkitsemättömään voimavaraohjaukseen, hankeohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen. Informaatio-ohjauksen tavoitteena voi olla estää jotain toimintaa tai se voi olla kannustavaa. Esimerkiksi kuntia ohjataan vertailutiedolla toimimaan haluttuun suuntaan. Te-hokkaaseen kansalliseen ohjaukseen tarvittava kattava, vertailukelpoinen tietopohja on tällä hetkellä puutteellinen. (8)

Sosiaali- ja terveydenhuollosta kerättävien tietojen kansallisesta raportoinnista säädetään tilasto- ja rekisterilainsäädännössä ja siten kuin terveydenedistämistyöstä ja joisain erityislaeissa on säädetty. Yhtenäistä tuotantorakennetta alueellisen tai kansallisen sote-palvelujärjestelmän päätöksenteossa ja ohjauksessa tarvittavan tiedon käsittelystä ei Suomessa ole, vaan tiedot kootaan hajallaan olevista tietovarannoista tilannekohtaisesti kunkin tarpeen mukaiseen käyttöön.

Voimassa olevan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietolain (159/2007) mukaan palvelujen antajien asiakastietojärjestelmästä tulee voida tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajan oman suunnittelun, johtamisen ja tilastoinnin, sekä valtakunnallisen tutkimus- ja tilastotoiminnan kannalta tarpeelliset tiedot ja hoidon tarpeen arviointia sekä hoitoon pääsyn ajankohtaa koskevat tiedot. (9)

Keskeisimmät valtion tulosohtausprosessissa syntyvät ohjaavat asiakirjat ovat hallitusohjelma ja sen toimeenpanon asiakirjat, valtion talousarvioesitys ja tilinpäätös sekä strategia-asiakirjat, tulostavoiteasiakirjat (tulossopimukset) ja muut tilinpäätökset. Tulosohtausprosessin toimijoita ovat valtioneuvoston kanslia, valtiovarainministeriö, ohjaavat ministeriöt sekä tulosohtajavat virastot.

### 1.3.1 Kuntatalousohjelma ja kunnan peruspalvelujen valtionosuus

Kuntatalousohjelman painopiste on kuntatalouden kehitysnäkymien ja valtion toimenpiteiden tarkastelussa. Tuorein tehty arviointi koskee vuotta 2017, kehitysarvio on päivitetty syksyllä 2016 koko julkisen talouden suunnitelmakaudelle (JTS) vuoteen 2020 asti. Kuntatalouden tilaa on arvioitu kesäkuussa 2016 julkaistujen kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2015 ennakkollisten tilinpäätöstietojen perusteella. Kuntatalousohjelmaa valmistellaan valtiovarainministeriön nimeämässä sihteeristössä, jossa ovat mukana kaikki keskeiset kuntien tehtävälainsäädäntöä ja kuntatalouteen vaikuttavia valtion toimenpiteitä valmistelevat ministeriöt sekä Suomen Kuntaliitto. (10)

*Valtionosuusjärjestelmän* tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen strategisen ohjauksen tukeminen sekä kuntien vastuulla olevien julkisten palvelujen saatavuuden varmistaminen yhdenvertaisesti koko maassa. Tämä toteutetaan tasaaamalla palvelujen järjestämisen kustannuseroja sekä kuntien välisiä tulopohjaeroja. Kunnan peruspalvelujen valtionosuus on laskennallinen, ja se perustuu kunnan asukkaiden palvelutarpeeseen ja olosuhdetekijöihin. Kunnan peruspalvelujen valtionosuusperusteisiin tehtiin merkittäviä muutoksia vuoden 2015 alusta. Määräytymisperusteita vähennettiin ja niiden keskinäisiä päällekkäisyyksiä poistettiin. Kunnan peruspalvelujen valtionosuutta koskevassa laissa (1714/2009) säädetään laskennallisten kustannusten laskemisesta: lasketaan yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla ikäluokittaiset perushinnat asianomaisiin ikäluokkiin kuuluvien kunnan asukkaiden määrällä. Tähän summaan lisätään kunnan sairastavuuden, työttömyyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, asukastiheyden ja koulutustaustan perusteella määritellyt laskennalliset kustannukset. Lisäksi säädetään lisäosien määräytymisperusteista, joita ovat syrjäisyys, työpaikkaomavaraisuus ja saamelaiden kotiseutualueen kunnan lisäosa. Vuoden 2015 uudistuksessa muutettiin verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausta tasausrajaa korottamalla ja laskemalla tasausvähennystä järjestelmän kannustavuuden lisäämiseksi. (10)

Valtionosuusjärjestelmän tavoitteena on kuntien vastuulla olevien julkisten palvelujen saatavuuden varmistaminen tasaisesti koko maassa siten, että kansalaiset voivat saada tietyn tasoiset peruspalvelut asuinpaikastaan riippumatta. Tämä toteutetaan nykyisessä järjestelmässä tasaamalla palvelujen järjestämisen kustannuseroja sekä kuntien välisiä tulopohjaeroja. Kunnan peruspalvelujen valtionosuus on tällä hetkellä merkittävin osa valtionosuusjärjestelmää. Peruspalvelujen valtionosuus on laskennallinen, ja se perustuu kunnan asukkaiden palvelutarpeeseen ja olosuhdetekijöihin. Järjestelmän laskennallisuudesta johtuen kunnalle myönnetyn valtionosuuden suuruuteen ei vaikuta se, miten kunta palvelutoimintansa järjestää ja miten paljon rahaa se niihin käyttää. Kunnan peruspalvelujen valtionosuus kattaa seuraavat tehtäväalueet:

sosiaali- ja terveydenhuolto, varhaiskasvatus (päivähoito), esi- ja perusopetus, kirjastot, yleinen kulttuuritoimi ja taiteen perusopetus. Peruspalvelujen valtionosuus tukee peruspalveluohjelmaa ja sen tavoitteita. Kunnan peruspalvelujen valtionosuus kokoaa yhteen kunnallisten peruspalvelujen rahoituksen, lisää poikkihallinnollisuutta ja korostaa valtionosuuksien yleiskatteellisuutta. (10)

*Kunnan peruspalvelujen valtionosuusprosentti* kuvaa valtion ja kuntien välistä kustannusten jakoa valtakunnallisesti. Vuonna 2019 valtionosuusprosentti on 25,37. Yhden kunnan valtionosuus saadaan, kun kunnan laskennallisesta perusteesta/kustannuksesta vähennetään kunnan omarahoitusosuus, joka on yhtä suuri (€/asukas) kaikissa kunnissa. Lisäksi kunnille myönnettävässä kunnan peruspalvelujen valtionosuudessa otetaan huomioon seuraavat tekijät: lisäosat; syrjäisyys, työpaikkaomavaraisuus ja saamelaisten kotiseutualueen kunta, valtionosuuteen tehtävät vähennykset ja lisäykset, järjestelmämuutoksen taseaus ja verotuloihin perustuva valtionosuuden taseaus. Kunnan valtionosuusrahoitus muodostuu hallinnollisesti kahdesta osasta: 1) valtiovarainministeriön hallinnoimasta kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (1714/2009) ja 2) opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetun lain (1715/2009) mukaisesta opetus- ja kulttuuritoimen valtionosuudesta, jota hallinnoi opetus- ja kulttuuriministeriö. (10)

Kunnan peruspalvelujen valtionosuuden laskennalliset kustannukset saadaan laske- malla yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla ikäluokittaiset perushinnat asianomaisiin ikäluokkiin kuuluvien kunnan asukkaiden määrällä. Näin saatuun summaan lisätään kunnan sairastavuuden, työttömyyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoi- suuden, asukastiheyden ja koulutustaustan perusteella määritellyt laskennalliset kus- tannukset. Sairastavuuskertoimen osatekijöiden painoista ja niiden kustannustekijöi- den painokertoimista säädetään viiden vuoden välein. Tuorein säädös on Valtioneu- voston asetus kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 1446/2014. Sairastavuuden perusteella määräytyvät laskennalliset kustannukset saadaan kertomalla asukasta kohden määritelty sairastavuuskertoimen perushinta kunnan asukasmäärällä ja kun- nan sairastavuuskertoimella. *Sairastavuuskerrointa määriteltäessä käytetään* Terve- den ja hyvinvoinnin laitoksen, Kansaneläkelaitoksen ja Tilastokeskuksen saira- vuustietoja sekä Eläketurvakeskuksen tietoja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien mää- ristä varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneeltä vuodelta. (11)

*Sairastavuuskerroin* lasketaan terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon osatekijöiden perusteella. Osatekijöitä, joille annetaan painot, ovat terveydenhuolto, vanhustenhuolto ja sosiaalihuolto, joiden viimeisimmät säädetyt painot vuonna ovat 49,67 ja 27,44 ja 12,89. (11)

*Terveydenhuolto* jakautuu sairastavuustiedoista nouseviin kustannustekijöihin, joille on annettu painokertoimet. Suluissa viimeisin säädetty painokerroin: Diabetes (0,56),

Epilepsia (0,98), Psykoosit (6,63), Reuma (0,84), Keuhkoastma (0,47), Verenpaine-  
taudit (0,38), Sepelvaltimotauti (0,76), Crohnin tauti (0,79), Dementia (0,71), Syövät  
(2,89), Neurologiset taudit (1,10), Sydämen rytmihäiriöt (1,12), Työkyvytön, alle 55-  
vuotias (3,59). (11)

*Vanhustenhuolto* jakautuu kustannustekijöihin, joiden painokertoimet ovat: Diabetes  
(0,25), Epilepsia (1,24), Psykoosit (2,50), Dementia (4,49), Neurologiset taudit (1,62),  
Sydämen rytmihäiriöt (0,46). Sosiaalihuollon kustannustekijän painokerroin on Työky-  
vytön, alle 55-vuotias (12,03). (11)

Tarvekertoimet on muodostettu vuoden 2011 väestöaineistojen pohjalta ja julkaistu  
vuonna 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2018 aloittanut tutkimus-  
työn, jonka tavoitteena on saada tuoreen väestöaineiston pohjalta uudet ajantasai-  
semmat tarvekertoimet käyttöön siten, että niitä voitaisiin hyödyntää maakuntien ra-  
hoituksen laskemisessa. (12)

Valtiovarainministeriö on käynnistänyt esiselvityksen kuntien valtionosuusjärjestelmän  
kehittämiseksi. Maakunta- ja sote-uudistuksessa kuntien lakisääteiset tehtävät vähe-  
nevät ja suuri osa kuntien peruspalvelujen laskennallisesta valtionosuudesta siirtyy  
maakuntien rahoitukseen. Lisäksi kuntien demografinen ja taloudellinen eriytymiskehi-  
tys asettaa tulevaisuudessa haasteita kuntien rahoitukselle. Toimintaympäristön muu-  
tokset ovat suuria, minkä vuoksi on tarve tarkastella valtionosuusjärjestelmän kehittä-  
mistä osana kunnan kokonaisrahoitusta. (11)

### 1.3.2 Peruspalvelujen arviointi

Peruspalvelujen arviointi on osa kuntatalousohjelmaa (Kuntalaki 410/2015). Peruspal-  
velujen tila -raportti julkaistaan joka toinen vuosi. Arviointiraportin tarkoituksena on an-  
taa yleiskuva peruspalvelujen (kasvatus- ja koulutus-, kulttuuri-, kirjasto-, liikunta-,  
nuoriso- sekä sosiaali- ja terveystaloudet) tilasta päätöksentekijöille hallinnon eri ta-  
soilla. Raportti laaditaan kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan arviointijaos-  
tossa ja käsitellään valtiovarainministeriön yhteydessä toimivassa kuntatalouden  
ja -hallinnon neuvottelukunnassa. Neuvottelukunnan tehtävänä on käsitellä mm. val-  
tion talousarvioehdotusta kuntataloutta koskevilta osilta, kuntien taloutta ja hallintoa  
koskevia hallituksen esityksiä ennen niiden käsittelyä valtioneuvostossa ja valtion ja  
kuntien välistä kustannustenjakoa. (13)

Peruspalvelujen riittävyden ja yhdenvertaisen saatavuuden arviointi on olennainen  
osa alueellisen tilannekuvan muodostamista ja ministeriön ohjauksessa tarvittavaa  
tietoa. Tuorein raportti peruspalvelujen tilasta on julkaistu vuonna 2018. (14)

### 1.3.3 Kunnan strateginen terveyden ja hyvinvoinnin suunnittelu

Kuntien suunnittelua, päätöksentekoa ja seurantaan varten tarvitsemista tiedoista säädetään mm. terveydenhuoltolaissa (1326/2010), jossa todetaan, että ”kunnan on seurattava asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin”. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus. Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia.” (15)

Hyvinvointikertomuksia laatiessaan kunnat hyödyntävät hyvinvointia, terveyttä ja palvelujärjestelmän toimintaa kuvaavaa alueellista ja kansallista tietoa eri tietolähteistä, joita ovat muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämät Sotkanet, Teaviisari, Terveystemme.fi -sivusto, Avohilmo, Kelan Terveyspuntari sekä Tilastokeskuksen väestötiedot. Lisäksi kunnat käyttävät lähteinä itse keräämiään tietoja. Kuntien hyvinvointikertomustyö kattaa kaikki hallinnonalat. Tietopohja on poikkihallinnollinen ja sisältää THL:n, Kelan ja Tilastokeskuksen tietojen lisäksi mm. sivistystoimen palveluihin, liikenteeseen, ympäristöön, maankäyttöön ja turvallisuuteen liittyviä tietolähteitä. Hyvinvointikertomus on kuntien ja alueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelun, seurannan, arvioinnin ja raportoinnin työväline. Suuri osa kunnista käyttää hyvinvointikertomuksen laatimisessa työvälineenä Kuntaliiton omistamaa ja Finnish Consulting Group Oy:n (FCG:n) tuottamaa sähköistä hyvinvointikertomusta, jossa kertomukselle on luotu sisältörakenne ja jossa kunnat voivat hyödyntää keskitetysti yhdeltä alustalta kansallisia tietolähteitä sekä julkaista ja jakaa kertomuksiaan. (16, 17)

### 1.3.4 Sosiaali- ja terveysministeriön strateginen ohjaus

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjataan kansallisesti säädös- ja resurssiohjauksella sekä informaatio-ohjauksella. STM valmistelee sosiaali- ja terveystoiminnan hallituskauden strategiset tavoitteet ja seurantamittarit. Tavoitteet kirjataan vaikuttavuuden seuramiseksi mitattavaan muotoon. Sosiaali- ja terveystoiminnan strategia, Sosiaalisesti



kestävä Suomi 2020, julkaistiin vuonna 2011. Strategia sisälsi kolmen linjauksen (hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin, elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta) seurantaindikaattoreita. (18)

Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019 on sisältänyt hallituksen strategisten tavoitteiden toimeenpanosuunnitelman, STM:n vastuulla olevien hallituksen kärkihankkeiden ja reformien toimenpiteet sekä ne muiden ministeriöiden vastuulla olevien kärkihankkeiden ja reformien toimet, joihin STM osallistuu. Toimeenpanosuunnitelma on hallinnonalan nelivuotisen tulosohjauskauden ja hallituskauden talousarvioprosessin tukena. Hyvinvointia ja terveyttä koskevan strategisen tavoitteen indikaattorit on muodostettu aiheille elintapojen kehitys, lapsiperheiden ennalta ehkäisevät palvelut, ikääntyneiden palvelurakenne, sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset, sosiaali- ja terveyspalveluiden odotusajat ja osatyökykyisten tukeminen työmarkkinoille. (19)

### 1.3.5 Palveluvalikoimaneuvosto

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (PALKO) on ohjaava toimielin, jonka tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Terveydenhuollon palveluvalikoima tarkoittaa julkisin varoin rahoitettuja terveydenhuollon palveluita. Palveluvalikoimaa sovelletaan sekä julkiseen terveydenhuoltoon että Kelan korvaamaan yksityiseen terveydenhuoltoon. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

PALKO on pysyvä toimielin, jonka asettaa valtioneuvosto, ja se toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä. Terveydenhuollon palveluvalikoimasta ja palveluvalikoimaneuvostosta säädetään vuonna 2014 voimaantulleiden terveydenhuoltolain 7a ja 78 a §:ssä (1202/2013). Palveluvalikoimaneuvoston toimikausi on kolme vuotta. Nykyinen, toinen toimikausi on asetettu vuosiksi 2017–2020. Palveluvalikoimaneuvoston puheenjohtajana toimii STM:n kansliapäällikkö. Neuvostossa on enintään 15 jäsentä, joilla kullakin on henkilökohtainen varajäsen. Neuvostossa tulee jäsentensä kautta olla edustettuna lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen, terveystaloustieteen sekä suomalaisen terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntemus. Neuvostossa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Kansaneläkelaitos ja Suomen Kuntaliitto ry. Palveluvalikoimaneuvostolla on pysyvä sihteeri sekä asiantuntijoiden verkosto. Lisäksi neuvosto voi perustaa jaostoja, jotka valmistelevat asioita neuvoston päätettäväksi. (19b)

## 1.4 Kansallinen sote-tietopohja, tietopohjan tuottajat ja raportioijat

Tässä muistiossa tiedonantajat määritellään olevan tahoja, jotka luovuttavat oman toimintansa tietoja. Ne voivat myös itse raportoida tietojaan valtakunnallisesti, alueellisesti tai paikallisesti. Raportioijat ovat niitä, jotka keräävät ja raportioivat tietoa, jotka joko ovat syntyneet niiden omassa toiminnassa tai ne ovat lakiperustaisesti tai erilaisin yhteistyömuodoin keränneet tiedot tiedonantajilta tai toisilta raportioijilta.

### 1.4.1 Kunnat, kuntayhtymät

Kuntien tiedonantovelvoitetta koskeva säädösperusta luo kunnille veloitteen antaa tietoja sekä muille tahoille säännellyn oikeuden saada tietoa kunnilta. Kuntien tiedonantovelvoitetta voidaan tarkastella tehtäviin perustuvan jäsenyyksen mukaisesti: 1) tilastointi, 2) toiminnan suunnittelu ja järjestäminen, 3) hallintoasian ratkaisu, 4) valvontatehtävien hoitaminen sekä 5) rekisteröintitehtävä. (20)

Kunnilla ja kuntayhtymillä on velvoite antaa Tilastokeskukselle tilastojen laatimisen kannalta välttämättömät tiedot taloudestaan, hyödykkeistään, toiminnan sijainnista, henkilöstöstään ja muista toiminnan edellyttämistä voimavaroista. Kunnat ja kuntayhtymät ovat veloitettuja antamaan Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvaa toimintaansa koskevat tiedot, jotka ovat välttämättömiä tilastojen laatimisen kannalta ja jotka eivät sisällä tunnistetietoja. Veloitteenä on antaa sosiaalihuollon laitoshoidossa olleiden sekä laitoshoidon korvaavia sosiaali- tai terveydenhuollon avopalveluja saaneita henkilöitä koskevat tiedot asiakkaan kotikunnasta ja asumismuodosta, palvelun tuottajasta, palvelun lajista ja määrästä, palvelun antamisen aloittamisesta ja päättymisestä sekä palvelun antamisen pääasiallisesta syystä ja asiakkaan palvelun tarpeesta. Tiedonantovelvoite sisältää tiedot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lapsien ja nuorten sijoituspaikasta, sijoitusperusteesta, sijoitusajasta ja huoltajuudesta sekä toimeentulotukea saaneista tiedot perheen koosta ja rakenteesta, tuen määrästä ja kestosta sekä tuen tarpeen taustatekijöistä. Tietojen luovuttamisen lisäksi osa kuntia raportoi omia tietojaan yhteistyössä Kuntaliiton kanssa tai omana tietopalvelunaan. (20, 21, 22, 23)

### 1.4.2 Kuntaliitto

Kuntaliitto on toimialansa edunvalvoja, kehittämiskumppani sekä asiantuntija- ja tietopalvelujen tuottaja. Kuntaliiton jäseniä ovat kunnat ja kaupungit. Toiminnassa ovat mukana maakuntien liitot, sairaanhoitopiirit, muut kuntayhtymät sekä kuntataustaiset

osakeyhtiöt. Kuntaliitto tuottaa jäsenilleen ja sidosryhmilleen niiden toimintansa kehittämisessä tarvitsemaa luotettavaa ja ajantasaista tietoa. Tietosisällöt ja tietojen julkistamisajankohdat on suunniteltu yhdessä Kuntaliiton jäsenorganisaatioiden kanssa, jolloin varmistetaan tietojen mahdollisimman laaja hyödynnettävyys. (22)

Kuntaliiton sosiaali- ja terveysyksikössä tuotetaan vuosittain suurten kaupunkien ja keskisuurten kuntien kattavat kustannusvertailut, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannustiedot, suurimpien kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon nettotoimintamenotiedot, sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden osavuosi- ja vuosikatsaukset sekä erilliselvityksiä ajankohtaisimmista aihealueista.

Kuntaliiton talousyksikkö tuottaa kuntakohtaisia ja alueluokittaisia tietoja hyödyntämällä tilastoviranomaisten tietoja. Talousyksikössä kootaan kustannus- ja tuottavuustietoja jäsenille mahdollisimman käyttökelpoiseen muotoon mm. karttapohjaisina sovelluksina. (22)

### 1.4.3 Yksityiset sosiaali- ja terveystalvveluiden tuottajat

Aluehallintovirastot sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira keräävät vuosittain lakisääteiset toimintakertomustiedot yksityisten terveystalvvelujen tuottajilta. Toimintakertomuksessa on ilmoitettava terveyden- ja sairaanhoidon palveluja koskevat toimintatiedot sekä henkilökunnan, toimitilojen ja toiminnan muutokset. Yksityisten terveystalvvelujen tuottajien on toimitettava vuosittain Valviralle toimintakertomus yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujenantajien asiointipalvelu Valverin avulla. Vuosittain annettavista toimintakertomuksista tarkistetaan, että toiminta on ollut myönnetyn luvan mukaista. THL kerää tilastotietoja yksityisistä terveystalvveluista osana hoitoilmoitusjärjestelmää lähinnä yksityisen erikoissairanhoidon laitos- ja päiväsairaalatoiminnasta Hilmo-rekisteriin. (24)

Luvanvaraisilta sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottajilta aluehallintovirastot ja Valvira keräävät vastaavasti lakisääteiset toimintakertomustiedot vuosittain. THL kerää sosiaali- ja terveystalvvelu-tilastotietoja yksityisistä sosiaali- ja terveystalvveluista osana hoitoilmoitusjärjestelmä Hilmoa. Sosiaali- ja terveystalvvelu-tilastotiedoissa kerätään tietoja laitoshoidosta ja asumispalveluista sekä koti- ja hoivahoidosta. THL kerää tietoja ainoastaan yksityisten sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottajien koti- ja hoivahoidosta koskevia tietoja. Muut yksityiset avohuollon palvelut eivät sisälly nykyisiin rekistereihin, joten niitä tietoja ei ole mahdollista kerätä. (24)

Yksityiset terveystalvvelujen tuottajat toimittavat Kelaan tiedot tuottamistaan palveluista sairausvakuutuskorvausten maksatusta varten. Sairauskorvausjärjestelmän hal-

linnollisen tiedon avulla voidaan tuottaa tilastoja Kelan korvaamista yksityisen terveydenhuollon käynneistä, hoidoista sekä tehdyistä tutkimuksista. Tiedot kattavat kuitenkin vain osan yksityisestä toiminnasta, koska kaikesta ei makseta Kela-korvausta.

(25)

Terveydenhuollon yksityiset palveluntuottajat ja itsenäiset ammatinharjoittajat (IAH) liitetään Kanta-palveluihin THL:n ylläpitämän koodistopalvelun rekisteritietojen avulla. Koodistopalvelu saa tiedot automaattipäivityksinä Valviran ja aluehallintovirastojen ylläpitämästä Valveri-rekisteristä (yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajien rekisteri). (24)

### 1.4.4 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on toimia sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoviranomaisena ja ylläpitää tilastoja ja rekistereitä sekä huolehtia tehtävälänsä tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä. THL:n tehtävänä on seurata ja arvioida väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä tuottaa tutkimustietoa yhteiskunnallisen päätöksenteon ja muutosten tueksi. THL tuottaa tilasto- ja rekisteritietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja toiminnasta. (26, 27)

Tilastoja tuotetaan useista kokonaisuuksista:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitustiedot (Hoitoilmoitus-järjestelmä, Hilmo: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut)
- Hoitoonpääsy (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido) ja käsittelyajat (lastensuojelu ja toimeentulotuki)
- Sairaaloitten toiminnan tuottavuus
- Seksuaali- ja lisääntymisterveys (syntyneiden lasten/syntymärekisteri, raskaudenkeskeytys-, sterilointi- ja epämuodostumarekisterit, hedelmöityshoidot)
- Tekonivelkirurgia (implanttirekisteri)
- Tartuntataudit
- Rokotukset
- Tapaturmat
- Sairastavuus kansansairauksiin
- Näkövammarekisteri, Syöpärekisteri
- Lapsi- ja perhetilastot; lastensuojelu, varhaiskasvatus, kasvatus- ja perheneuvonta, lapsen elatus ja huolto, turvakotipalvelut
- Päihdetilastot; alkoholi, tupakka, huumeet
- Toimeentuloturva

- Sosiaali- ja terveydenhuollon talous ja henkilöstö
- Sosiaalitoimen toimintatilasto ja kuntakyselyt
- Rikos- ja riita-asiainsovittelu
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminta kunnissa
- Väestökyselypohjaiset tilastot: FinSote, Kouluterveyskysely, Lasten terveys, hyvinvointi ja palvelut (LTH) -tiedonkeruu, Juomatapatutkimus
- Terveystarkastuspohjaiset tilastot: FinTerveys
- Kansalliset asiakaspalautekyselyt (27)

Tilastoja julkaistaan tilastotietokannoissa (Sotkanet, Tietoikkuna, Terveitemme, Hyvinvointikompassi, TEAviisari), tilastoraporteissa, tilastokuutioissa ja tilastollisina vuosikirjoina. Tietokannoissa on avoimet rajapinnat, joiden avulla toiset organisaatiot voivat ottaa julkisia tietoja omiin tietojärjestelmiinsä. THL:n rekisteri- ja tilastotietoja käytetään tilastoinnin lisäksi laajasti tutkimustoiminnassa. Laitokselta on haettava tutkimuslupa tutkimuskäyttöön tarvittavista tiedoista. Nykinen lainsäädäntö ei sisällä tietojen käyttötarkoituksena kehittämistä tai tietojohdamista, mistä syystä tiedonkäyttö näihin tarkoituksiin joudutaan rakentamaan tutkimushankkeeksi. (27, 28)

THL ylläpitää SOTE-organisaatiorekisteriä, johon kootaan tiedot kaikista julkisista ja yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuollon Y-tunnuksen omaavista organisaatioista, mukaan lukien tiedot niiden toimintayksiköistä ja toimintayksiköiden palveluyksiköistä. Rekisterin avulla tunnistetaan valtakunnalliseen Kanta-järjestelmään liittyneet sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt. Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajista THL saa tietonsa automaattipäivityksinä Valviran Valveri-rekisteristä. (29)

### 1.4.5 Valvira ja aluehallintovirastot

Valviran ja aluehallintovirastojen (AVIen) tiedonkeruut liittyvät valvonta- ja lupaviranomaistoimintaan. Valvira ja AVIt ylläpitävät yhdessä lupa- ja valvontarekisteriä (Valveri) yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajista ja itsenäisistä ammatinharjoittajista. Valvira ylläpitää Alkoholielinkeinorekisteriä (Allu), tupakkatuotteiden myynti ja lupatietoja sekä Terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä (Terhikki.) JulkiTerhikki-palvelusta voi hakea näitä tietoja verkossa. Terhikki-rekisteri on myös pohjana atribuuttipalvelulle, jossa varmennetaan terveydenhuollon ammattilaiset sähköisiin järjestelmiin. Lisäksi on olemassa Geenitekniikan rekisteri ja Talousveden osaamisjärjestelmän (Osti). Valvira ja aluehallintovirastot julkaisevat toimintaansa liittyviä tilastoja ja raportteja. Valvira antaa THL:lle mm. alkoholi-, tupakka- ja ammattihenkilötietoja tilastojen laatimista varten. (30, 31)

Valvira on käynnistänyt projektin, jossa toteutetaan uuden, sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta annettavan lain mukainen rekisteri sosiaali- ja terveydenhuollon pal-

veluntuottajista (Soteri). Tarkoituksena on tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiotietojen hallinnan kokonaisratkaisu, josta tiedot välitetään kaikkien niitä hyödyntävien toimijoiden käyttöön. (30)

Aluehallintovirastot ja Valvira valmistautuvat muutokseen, jossa on tarkoitus perustaa uusi, monialainen virasto, johon kootaan valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtäviä nykyisistä aluehallintovirastoista, Valvirasta, ELY-keskuksista, KEHA-keskuksesta ja Maatalousyrittäjien eläkelaitos Melasta. (32)

## 1.4.6 Työ- ja elinkeinoministeriö

Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) tehtävä on edistää kasvua ja työllisyyttä. Tavoitteena on, että yritysten menestyksestä syntyy hyvinvointia Suomeen. TEM vastaa yrittäjyyden ja innovaatiotoiminnan toimintaympäristöstä, työmarkkinoiden toimivuudesta, työntekijöiden työllistymiskyvystä sekä alueiden kehittämisestä. Energiapolitiikan toteutus ja maahanmuuttajien kotouttaminen kuuluvat ministeriön vastuulle. (33)

Työ- ja elinkeinoministeriö laatii tilastoja työ- ja elinkeinotoimistojen (TE-toimisto) asiakkaista, TE-toimistoihin ilmoittautuneista työnhakijoista ja työnantajien TE-toimistoihin ilmoittamista avoimista työpaikoista sekä lisäksi työvoimapolitiittisista palveluista, joilla työnhakijoiden työllistymistä pyritään edistämään. Suurin osa työnhakijoista on työttömiä, joiden on muun muassa työttömyysturvaa saadakseen ilmoitettava työnhakijoiksi. Työ- ja elinkeinoministeriö tilastoi työttömyyttä kattavasti ja ilmoittaa kuukausittain työttömien työnhakijoiden lisäksi avoimien työpaikkojen ja eri palveluissa olevien lukumäärät lukuisilla eri luokituksilla ja muuttujilla. TEM:n Työnvälitystilastossa työttömyyden määritelmänä on, ettei henkilöllä ole työsuhdetta eikä hän työllisty yritystoiminnassa. Työnvälitystilastossa kokoaikaisesti lomautetut luetaan työttömiin, mutta ei päätoimisia opiskelijoita. Tiedot julkaistaan kuukausittain Työllisyyskatsauksessa sekä laajemmin TEM:n ToimialaOnline-tilastopalvelussa. (34)

Työttömyyttä seurataan Suomessa kuukausittain kahdella eri tilastolla. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus perustuu otantaan ja työ- ja elinkeinoministeriön Työnvälitystilasto TE-toimistojen asiakasrekisterin tietoihin. Tilastokeskuksen Työvoimatutkimuksen työttömyyden määritelmä on tiukempi. Tutkimuksen tietosisältö perustuu EU:n asetukseen. Työvoimatutkimuksen ja Työnvälitystilaston työttömyysluvut poikkeavat toisistaan, mikä johtuu menetelmän ohella työnhaun aktiivisuuden ja työmarkkinoiden käytettävissä olon tilastointiperusteiden eroista. Tilastojen tiedot julkistetaan kuukausittain yhtä aikaa. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus tuottaa viralliset työttömyysluvut. (34)

Maakuntauudistuksessa pääosa ELY-keskusten tehtävistä sekä TE-palvelun tehtävistä on tarkoitus siirtyä uusien maakuntien järjestämisvastuulle. Uudistuksen yhteydessä on tarkoitus toteuttaa laaja kasvupalvelu-uudistus, kun nykyiset TE- ja yrityspalvelut yhdistetään kasvupalveluksi, järjestämis- ja tuottamistehtävät erotetaan toisistaan ja tuotantoa avataan kilpailulle. Uudistus tulee mahdollistamaan myös syvemmän suunnittelun integraation kasvupalveluiden ja sosiaali- ja terveystalouden välille maakunnissa. Laajempaa yhteistyötä voidaan tarvita erityisesti vaikeasti työllistettävien kohdalla. Toistaiseksi ei kuitenkaan ole valmisteilla lakipohjaa, joka mahdollistaisi kasvupalvelujen ja sote-asiakkaiden yksilötasoisien tietojen yhdistämistä palveluissa tai tiedon toisiokäytössä. Tarve on kuitenkin tunnistettu ja on oletettavaa, että uudistusten toteuttamisen jälkeen em. tarpeesta keskustellaan tarkemmin. (35)

### 1.4.7 Kansaneläkelaitos (Kela)

Kansaneläkelaitoksen (Kelan) toiminta ja tehtävät voidaan jaotella etuustoimintaan ja muuhun toimintaan. Etuustoiminnalla tarkoitetaan Kelan toimeenpantavina olevien 43 perusturvaetuuden toimeenpanoa ja kehittämistä. Kansaneläkelaitoksesta annetun lain (731/2001) mukaan Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvaa koskevista tehtävistä säädetään etuuksia koskevissa laeissa, Kelan toimintaa siis säädellään monissa eri laeissa. Etuuksien toimeenpanoon tarvitaan lukuisa määrä tietoja asiakkaista, asiakkaiden olosuhteista (esim. tulot, perhesuhteet ym.) sekä niiden muutoksista. Kela ylläpitää etuustoimintaan liittyvien järjestelmien ja tietojen rekisteriselosteita. Rekisterit pitävät sisällään tiedot, joita edellytetään eri etuuskäsittelyprosesseissa ja asiakasprosesseissa, jotta hakemukset ja asiakkaiden asiat saadaan käsiteltyä. (36, 37)

Kela tuottaa tilastoviranomaisena etuusprosesseissa syntyneestä tiedosta tilastoja. Tilastoista saa tietoa etuuksien tasosta, yleisyydestä sekä etuuksien jakautumisesta eri alueille ja väestöryhmille. Tilastot on jaoteltu aiheittain elämäntilanteiden mukaan. Kela tuottaa tietoa sen korvaamista yksityisen terveydenhuollon käynneistä, hoidoista sekä tehdyistä tutkimuksista. Tiedot kattavat kuitenkin vain osan yksityisestä toiminnasta, koska kaikkea ei makseta Kela-korvausta. Kela julkaisee tilastoja sekä tilastotietokannassa nimeltä Kelasto, että tilastollisina vuosikirjoina ja raportteina. Tilastotiedot ovat sähköisesti saatavilla Kelan verkkosivuilta. Kela luovuttaa tietojaan toisille tilastoviranomaisille tilastotoimintaa varten, mm. THL:n, Tilastokeskuksen ja Eläketurvakeskuksen tietotuotantoon. (38)

Kelan yhtenä tehtävänä on ylläpitää ja kehittää Kanta-palveluja, joissa säilytetään sote-rekisterinpitäjien sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- ja asiakasasiakirjoja, ja joita annetaan palvelujen antajien ja asiakkaiden käyttöön. Sähköisen reseptin palveluissa Kela on Reseptitietokannan rekisterinpitäjä. Sähköisistä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisista palveluista tuotetaan myös joitain tilastotietoja Kelan verkkosivuille. (9, 39)

## 1.4.8 Tilastokeskus

Tilastokeskuksesta annetun lain mukaan Tilastokeskuksen tehtävänä on laatia yhteiskuntaoloja koskevia tilastoja ja selvityksiä sekä huolehtia tilastotoimen yleisestä kehittämisestä yhteistyössä muiden valtion viranomaisten kanssa. Tilastokeskus tuottaa lähes 200 eri tilastoa, joiden tietoaineistoista valtaosa saadaan julkishallinnon valmiista rekistereistä. Tilastokeskus kerää lisäksi tietoja kyselyillä ja haastattelulla. (40, 41)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen lakisääteisten tilastoviranomaisten, tilastokeskuksen ja THL:n, välisestä työnjaosta on sovittu päällekkäisten tilastokeruiden estämiseksi. THL:n tilastoviranomaisena laatimat Suomen virallisiksi tilastoiksi hyväksytyt tilastot (SVT) ovat saatavilla THL:n lisäksi myös Tilastokeskuksen sivustojen kautta, jossa on linkit THL:n tilastoihin. Sama koskee aihepiiriin tilastoja, jotka Kela tuottaa. (27, 41)

Tilastokeskus kerää ja ylläpitää kuolintodistusten tietoihin perustuvaa kuolinsyyaineistoa ja julkaisee kuolinsyytilastot. Tilastokeskus saa tiedot kuolintodistuksista THL:n oikeuslääkintätoimen kautta. Kuolintodistusten sähköistäminen on valmistelussa. Tilastokeskus ja THL ovat sopineet toimintamallin arvioimisesta kun tiedonsiirto kuolintodistuksen antajilta THL:ään on kokonaan sähköistetty. (42)

Tilastokeskus kerää kuntien ja kuntayhtymien taloustiedot, jotka sisältävät mm. sosiaali- ja terveydenhuollon taloustiedot. Kunnat, kuntayhtymät ja maakunnat raportoivat vuodesta 2021 eteenpäin taloustietonsa Valtiokonttoriin. Tilastokeskus kerää ja julkaisee vuoden 2020 kuntataloustilaston tiedot viimeisen kerran vuonna 2021. Tilastokeskuksen linjauksen mukaan kuntataloustilastoa ei julkaista sen jälkeen, kun Valtiokonttorin raportointipalvelu tuottaa vastaavat tiedot. Kuntien, kuntayhtymien ja maakuntien taloustiedot ovat jatkossakin tärkeitä kansatalouden tilinpidon laadinnalle, näiden tietojen yhteydessä julkaistaan tietoja paikallishallinnon taloudesta, mm. alijäämästä ja velasta. (43)

Tilastokeskuksen työvoimatutkimus (Labour Force Survey) kerää tilastotietoja 15–74-vuotiaan väestön työhön osallistumisesta, työllisyydestä ja työttömyydestä sekä työvoiman ulkopuolisten toiminnasta. Väestörekisteritietojen pohjalta Tilastokeskus julkaisee väestötilastoja ja väestöennusteen. Terveysteen ja hyvinvointiin liittyviä tietoja on mukana osassa Tilastokeskuksen tekemissä kysely- ja haastattelutiedonkeruissa. Tilastokeskuksen ja muiden tilastoja raportoivien viranomaisten yhteistyö on tiivistä siten, että Tilastokeskuksen luovuttamia tietoja on mukana muiden tietotuotannossa ja päinvastoin. (43)



## 1.4.9 Eläketurvakeskus

Eläketurvakeskuksen (ETK) tuottamat tilastot sisältävät tietoja eläkkeellesiirtymisiestä, työeläkekuntoutuksesta, työeläkkeiden rahoituksesta (eläkevarat, tilinpäätösluvut ja työeläkemaksut) sekä eläkkeensaajista ja vakuutetuista (työ- ja kansaneläkkeen saajat, eläkkeelle siirtyneet, eläkemenot ja työeläkevakuutetut). ETK:lla on lakisääteinen tehtävä tuottaa tilastoja ja oikeus saada tilasto-, tutkimus- ja kehittämistoimintaan tarvittavia tietoja mm. rekistereistään, työeläkelaitoksilta ja Kelalta sekä oikeus yhdistää näitä tietoja. Eläketurvakeskus luovuttaa tietojaan muille tilastoviranomaisille niiden tilastojen laadintaa varten. (44)

## 1.4.10 Väestötietojärjestelmä, Väestörekisterikeskus

Väestörekisterikeskus on yhdessä maistraattien kanssa väestötietojärjestelmän rekisterinpitäjä. Väestötietojärjestelmä on valtakunnallinen sähköinen rekisteri, jossa on perustiedot Suomen kansalaisista ja Suomessa vakinaisesti asuvista ulkomaalaisista. Järjestelmässä on lisäksi tiedot rakennuksista, rakennushankkeista, huoneistoista ja kiinteistöistä sekä hallinnollisista ja muista vastaavista aluejaoista. Väestörekisterikeskus ylläpitää ja kehittää väestötietojärjestelmää, sen tietoja ja tietojen laatua sekä varmennettua sähköistä asiointia. Väestörekisterikeskus tarjoaa väestötietojärjestelmän tietopalveluja ja varmennepalveluja. Tietojen rekisteröinti perustuu kansalaisten ja viranomaisten lakisääteisiin ilmoituksiin. Järjestelmän tietoja käytetään koko yhteiskunnan tietohuollossa, esimerkiksi julkishallinnossa, vaalien järjestämisessä, verotuksessa ja oikeushallinnossa sekä tutkimuksessa ja tilastoinnissa. Yritykset ja yhteisöt saavat käyttöönsä väestötietojärjestelmän tietoja. (45)

## 1.4.11 Työterveyslaitos

Työterveyslaitoksen tehtävänä on harjoittaa ja edistää työn ja terveyden vuorovaikutukseen kohdistuvaa tutkimusta sekä työsuojelun ja työterveyshuollon tutkimusta ja kehitystyötä; suorittaa toimialaansa liittyviä tutkimuksia, selvityksiä ja muita palvelutehtäviä sekä tehdä ammattitautien ja muiden työstä johtuvien sairauksien tutkimusta, selvittelyä, diagnosointia ja hoitoa sekä työtaturmiin ja niiden torjuntaan liittyviä tutkimuksia, selvityksiä ja palvelutehtäviä. Tehtävänä on lisäksi toteuttaa työhygienian, toksikologian, työturvallisuuden, ergonomian ja muun työsuojelun sekä työterveyshuollon alaan kuuluvia tutkimuksia, selvityksiä, mittauksia ja palvelutehtäviä, osallistua työsuojeluun ja työterveyshuoltoon liittyvien säännösten, määräysten ja ohjeiden valmisteluun sekä kehitystyöhön. Työterveyslaitos kehittää ja antaa toimialaansa kuuluvaa jatko-, täydennys- ja erikoiskoulutusta, harjoittaa toimialaansa kuuluvaa julkaisu-, tiedotus- ja valistustoimintaa, julkaisee muuta tiedotus- ja koulutusmateriaalia sekä harjoittaa toimialaansa kuuluvaa informaatiopalvelutoimintaa ja digitaalista viestintää.

Työterveyslaitos ylläpitää työsuojelu- ja työterveysalan tietojärjestelmiä ja tietovarantoja ja osallistuu toimialansa kansainväliseen yhteistyöhön, antaa lausuntoja ja tekee aloitteita toimialansa liittyvistä kysymyksistä sekä suorittaa muita alansa tehtäviä, jotka sille on säädetty. (46)

Työterveyslaitos kerää tietoja ammattitautien, ammattitautiepäilyjen ja eräinä työtapa-turmina korvattavien vammojen vuoksi tutkimuksissa olleista potilaista Työperäisten sairauksien rekisteriin (TPSR). Tietoja rekisteristä julkaistaan raporttien muodossa. Työterveyshuollon toimintatietojen kerääminen Hilmo-tiedonkeruiden kautta Työterveyslaitokselle on pilotointivaiheessa vuonna 2019 ja valmistuu vuoden 2020 aikana. (47)

Työterveyshuolto Suomessa -kysely on kansallinen, työterveyshuollon tilaa Suomessa seuraava tutkimus. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa työterveyshuollosta ja sen seurannasta. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on työterveyshuoltolain 20 §:n mukaan oikeus saada tiedot tätä seurantaa varten terveydenhuollon toimintayksiköiltä. Työterveyslaitos on tehnyt selvityksen noin kolmen vuoden välein toteutettavilla Työterveyshuolto Suomessa -kyselyillä vuodesta 1992 lähtien. Viimeisin kysely koski vuotta 2015 ja se toteutettiin sähköisenä Työterveyslaitoksen Laatuportaalin (laatuportaali.fi) kautta. Vuoden 2018 toimintaa koskeva kysely toteutetaan 1.2.–8.3.2019 ja sen tulokset julkaistaan Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa -katsauksessa kesällä 2019. (48)

Työterveyslaitos ylläpitää työterveyshuollon laatuverkostoa ja työterveysyksiköiden yhteystietorekisteriä (työterveydeksi.fi). Verkostoon liittyneillä työterveysyksiköillä on mahdollisuus hakea kyselyyn perustuvaa laatuluokitusta toiminnalleen. Työterveyslaitos julkaisee vuosittain raportin ja laatuluokituksen työterveyshuollon laadusta Suomessa. Ensimmäinen raportti julkaistiin syksyllä 2018 ja uusi laatukysely vuodelle 2019 on valmisteilla. (49)

Työterveyslaitos valmistelelee yhteistyössä STM:n kanssa maakunnille työkalua työhyvinvoinnin strategiseen johtamiseen, Mitä kuuluu? -kokonaisuutta. Siihen sisältyvät työhyvinvointikysely, digitaalinen työkalu tulosten hyödyntämiseen sekä muutoksen tueksi tarjottavat palvelut. Tämä tarjoaa maakunnille työhyvinvoinnin tilannekuvan ja mahdollistaa seurannan, tietoon perustuvan työhyvinvoinnin johtamisen sekä maakuntien välisen vertailun. (50)

## 1.4.12 Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ylläpitää ja parantaa väestön terveyttä valvomalla ja kehittämällä lääkealaa. Viraston tehtäväkokonaisuuksiin kuuluvat lääkealan lupa- ja valvontatehtävät, tutkimus- ja kehittämistehtävät sekä lääketiedon tuottaminen ja välittäminen lääkehuollon ja lääkehoitojen vaikuttavuuden parantamiseksi. Fimea on osa eurooppalaista lääkevalvonnan viranomaisverkostoa. (51)

Fimea julkaisee terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvää tietoa julkaisusarjoissaan sekä erillisjulkaisuina. Suomen lääketilasto on Kelan ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean yhteisjulkaisu. Julkaisu on saatavissa painettuna ja verkkoversiona. Lisäksi lääkkeiden kustannuksista ja korvauksista on tietoja Kelan verkkosivuilla ja lääkkeiden kulutuksesta ja tukkumyynnistä Fimean verkkosivuilla. (51, 52)

## 1.4.13 Muita tietopohjaan liittyviä tiedonantajia ja raportoijia

Terveyteen ja hyvinvointiin tai sote-palvelujärjestelmään liittyviä yksittäisiä tietoja keräävät tai raportoivat myös useat muut tahot. Tässä kappaleessa kuvataan lyhyesti ne tahot, joiden tietoja tarvitaan tai tarvittaisiin sote-tietopohjassa ja KUVA-mittareiden muodostamisessa.

*Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA)* on valtion asuntopolitiikkaa toimeenpaneva virasto. ARA tuottaa tilastoja ja julkaisee, selvityksiä, katsauksia ja julkaisuja asumiseen ja asuntomarkkinoihin liittyvistä aiheista kuten asumisesta ja asunnottomuudesta. THL julkaisee Sotkanet-indikaattoripankissa ARA:n tietoja asunnottomuudesta. (53)

*Hätäkeskukset* käyttävät palvelutehtävässään tietojärjestelmiä, joihin kertyy tietoa hätätilanteista ja hätäkeskuksen palveluista. Suomen kaikki kuusi hätäkeskusta ottavat käyttöön yhteisen tietojärjestelmän, ERICA-hätäkeskustietojärjestelmän, vuosien 2018–2019 aikana. Uusi järjestelmä korvaa nykyisten hätäkeskusten omat tietojärjestelmät, järjestelmä on hätäkeskusten lisäksi poliisin, pelastustoimen, sosiaali- ja terveystoimen sekä Rajavartiolaitoksen käytössä. Hätäkeskuslaitos seuraa toimintaansa valtionhallinnon yleisten periaatteiden mukaisesti. Raportoinnin tavoitteena on tuottaa tietoa päätöksentekoon sekä toiminnan seurantaan, arviointiin ja kehittämiseen. Tilastoissa on tietoa muun muassa hätäpuheluiden vastausajoista ja vastaanotettujen ilmoitusten määrästä. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on tiedonsaantioikeus

tietoihin, jotka saadaan hätäkeskusjärjestelmän avulla. Tietoja tarvitaan muun muassa ensihoitopalvelujen vasteaikojen määrittelyyn. (54)

*Maahanmuuttovirasto* julkaisee toimintaansa liittyviä tilastotietoja, jotka koskevat viirustoon vireille tulleita asioita, kuten oleskeluluvat, kansainvälinen suojelu, kansalaisuus ja maasta poistaminen. (55)

*Maanmittauslaitos* tuottaa karttatietoa paikkatietojen muodostamisen ja etäisyyksien laskemisen pohjaksi sekä aluetietoa, kuten alueiden pinta-ala tiedot. (56)

*Potilasvakuutuskeskus* (PVK) julkaisee vuosittaiset vahinkotilastot ja tietoa tutkimuksista, joissa on käytetty PVK:n vahinkoaineistoja. (57)

*Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian käyttöselvityksiä* on tehty laajentuvasti vuodesta 2002 alkaen ja julkaistu noin kolmen vuoden välein. Tuorein Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi (STePS) -hankekokoaisuudessa on kerätty tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajilta, väestökyselynä kansalaisilta ja kyselynä lääkäreiltä ja sairaanhoitajilta. STM:n rahoittama tiedonkeruu on tehty THL:n koordinoimana yhteistyössä Oulun ja Itä-Suomen yliopistojen sekä Lääkäriliiton ja Sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehy:n kanssa. Vuonna 2017 toteutetun tiedonkeruun pohjalta on tuotettu ensikertaa perustulokset tilastollisiin tietokantoihin ja ainakin tietotuotannon keskeinen sisältö on tarkoitettu vakiinnutun. Kansalaisilta kerättävä tieto on integroitu FinSote -tiedonkeruuseen. (58)

*Suomen ympäristökeskus* (SYKE) kerää kaavoituksen, yhdyskuntarakenteen ja elinympäristön paikkatieto- ja tilastoaineistoja, jotka kuuluvat avoimen tietoaaineiston piiriin. Paikkatietoaineistoja voidaan käyttää mm. kuvaamaan kaupunkien ja -maaseudun taajama-astetta. (59)

## 1.5 Kansainväliseen tietopohjatyöhön osallistuminen

Suomesta toimitetaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa tietoa säännönmukaisina tietotoimituksina Euroopan Unionille virastoineen, WHO:lle ja YK:lle, OECD:lle ja Pohjoismaisen ministerineuvoston alaisille NOMESKO:lle ja NOSOSKO:lle sekä joillekin yksittäisille muille yhteistyökumppaneille. Suomella on asetuksilla säädetty velvollisuus lähettää tiettyjä tietotuotteita Eurostatille ja muualle EU:hun (ECDC, EMCDDA). Suomi on EU:n jäsenenä sitoutunut sopimuksin antamaan tietoja tilastoyhteistyöhön

keskeisille kansainvälisille tiedontuottajille (erityisesti WHO, OECD, NOMESKO). Lisäksi Suomi osallistuu vapaaehtoiseen kansainväliseen yhteistyöhön ja toimittaa tietoja vapaaehtoisesti joillekin kansainvälisille toimijoille osana verkostoyhteistyötä (esim. toistaiseksi EU:n JRC). Suomi osallistuu myös erilaisiin tietotuotannon kehittämishankkeisiin oppiakseen ja parantaakseen oman tietotuotantonsa laatua ja/tai kansainvälisten tietotuotteiden laatua. (60, 61)

**CND** The Commission on Narcotic Drugs

**ECDC** European Centre for Disease Prevention and Control (Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus)

**EHIS** The European Health Interview Survey (Euroopan terveystutkimus)

**EMCDDA** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Euroopan huumeainesten ja niiden väärinkäytön seurantakeskus)

**ESSPROS** The European System of integrated Social Protection Statistics

**EU JRC** Joint Research Centre, European Commission

**EU-SILC** The European Union Statistics on Income and Living Conditions

**ICBDSR** International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research

**NOMBIR** The Association for Nordic Medical Birth Registers

**NOMESKO** Nordic Medico-Statistical Committee (Pohjoismainen terveystilastokomitea)

**NOSOSKO** Nordic Social Statistical Committee (Pohjoismainen sosiaalityötilastokomitea)

**OECD** Organisation for Economic Co-operation and Development (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö)

**SHA** System of Health Accounts

**UNODC** United Nations Office On Drugs and Crime

**UOE** The UNESCO/OECD/EUROSTAT database on education

**WHO** World Health Organization (Maailman terveysjärjestö)

(60, 61)

Kansainvälisellä ja kansallisella tietotuotannolla on joitakin eroja, esimerkiksi tietojen toimituskieli. Kansainvälisesti verrataan yleensä maita, joten tietotuotteet on valittu ja määritelty maavertailuun sopiviksi. Ne eivät kuitenkaan aina sovellu joko sellaisenaan tai ollenkaan kansalliseen alueelliseen tietotuotantoon. Esimerkiksi tapausmäärä voi olla liian pieni alueelliseen tilastolliseen tarkasteluun tai aihe ei ole kansallisesti aluevertailussa merkityksellinen.

Jotta tiedot olisivat kansainvälisesti vertailukelpoisia, toimitettavien tietojen laadinnassa on käytettävä samoja määritelmiä, muuttujia, luokituksia, mittayksiköitä, viiteajankohtia jne. Tämä puolestaan edellyttää, että maat ovat pystyneet sopimaan yhteisesti noudatettavista menetelmistä ja standardeista. Tietotuote voidaan joutua määrittelemään tavalla, joka ei sovellu kansalliseen käyttöön. Eri kansainväliset tietotoimitukset saattavat haluta saman datan eri muotoon määriteltynä (esim. ikäjakauma, ajan kohta jne.) EU, WHO ja OECD ovat sopineet yhteistyöstä, jossa sama data sopisi kaikille, mutta sopimus ei kata kaikkia tietotoimituksia. Kansainväliset tilastontuottajat eivät ole myöskään päässeet yhteisymmärrykseen yhtenäisistä menetelmistä, kuten ikävakioinneista tai standardiväestöstä. Mittareille saadaan hyödyllistä kansainvälistä validointia ja kokemusta tietotuotteiden kehittämisestä sekä kansainvälisen vertailun mahdollisuus alueellisen ulottuvuuden lisäksi, kun monet tietotuotteet ovat myös kansallisessa aluetason käytössä. Ehdotettujen sote-KUVA-mittareiden listassa on mukana tietoa kunkin mittarin mahdollisesta liittymisestä johonkin kansainväliseen tietotoimitukseen.

### *Euroopan Unioni*

Euroopan Unionin toiminta kuten kauppa, viranomaisyhteistyö, kansainväliset sopimukset, tieteellinen yhteistyö, kansalaistoiminta ja ympäristöasiat sekä niiden suunnittelu ja seuranta edellyttävät jäsenmailta tilastotietoja, joiden on oltava keskenään vertailukelpoisia. EU:n puitteisiin toimitettavat viralliset tilastot on pääsääntöisesti joko lakisääteisesti tai muulla tavoin sidottuja EU-vaatimuksiin. Vaatimukset ovat lähinnä sisällöllisiä (esim. muuttajat, luokitukset, tiedonkeruuajankohdat, toimitusajat). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoja toimitetaan Suomesta EU:n puitteissa seuraavasti:

## **EUROSTAT tiedonkeruut**

EU:n tilastoviranomaiselle toimitettavista kansanterveystilastoista on säädetty EU:n kansanterveystilastoja koskevassa regulaatiossa vuodelta 2008. Suomessa nämä tilastoviranomaistoimijat ovat Tilastokeskus ja THL. Tilastokeskuksen edustaja edustaa Suomea sosiaalityöjohtajien ja pääjohtajien kokouksissa ja THL/Tietopalvelut-osaston edustaja on kansanterveystilastojen työryhmässä (WG Public Health)

1. Terveysmenotilastot (säädelty: regulaatio on toimeenpantu 2014): STM vastaa ennakkotietojen tuottamisesta kyseiseen tiedonkeruuseen ja THL kokoaa tarvittavat tiedot. Tiedot on koottu SHA 2011-metodologian mukaisesti vuodesta 2016 alkaen. Tiedonkeruu on yhteinen OECD:n ja WHO:n kanssa. Nämä tahot saavat käyttöönsä samat tiedot. THL/Tietopalvelut-osaston edustaja on Suomen edustaja Eurostatin teknisessä ryhmässä.
2. Muut kuin terveysmenoja koskevat terveydenhuollon tilastot (tulossa säätely: regulaatio toimeenpannaan aikaisintaan vuonna 2018): Tiedonkeruu on yhteinen OECD:n ja WHO:n kanssa. Regulaation toimeenpanon yhteydessä on joko alettava keräämään tietoja sairaansijoista tai haettava poikkeuslupaa sairaansijojen arvioimiseksi potilasmäärien mukaan, mikä on Suomen nykyinen käytäntö. THL/Tietopalvelut-osaston edustaja edustaa Suomea teknisessä ryhmässä.
3. Sairastavuustilastot (pilotti on tulossa noin 2018, sen jälkeen mahdollinen regulaatio): Tiedonkeruussa kerätään tietoa eri sairauksien esiintyvyydestä jäsenmaissa yhdessä sovitun diagnoosilistan mukaisesti. Suomi ei kannata sairastavuustilastoinnin regulaatiota, sillä esitetty matriisilähestymistapa jossa maat saavat valita kullekin sairaudelle parhaat tietolähteet, ei tuota vertailukelpoisia tietoja. Tiedonkeruu on myös rekisterien yhdistämiseen raskastöinen ainakin joka vuosi toteutettavana. Lisäksi vaarana on päällekkäinen tiedonkeruu ja raportointi ECDC:n (tartuntataudit) ja JRC:n (syövät) tietotoimitusten kanssa. THL/Tietopalvelut-osaston edustaja edustaa Suomea teknisessä ryhmässä ja osallistui tietolähteiden kartoitushankkeeseen, joka oli meneillään 2015–2017.
4. Kuolemansyyt (säädelty, regulaatio on toimeenpantu 2011): Tilastokeskus toimittaa tiedot Eurostatiin ja tuottaa kansalliset tilastot ja ylläpitää kuolinsyytietojen tietokantaa. Tilastokeskuksen edustaja edustaa Suomea teknisessä ryhmässä.
5. Terveyshaastattelututkimus EHIS (säädelty, regulaatio on toimeenpantu 2013): Tiedot kerätään väestökyselyllä joka 5. vuosi. Vuosi 2014 oli ensimmäinen säädellyn tiedonkeruun kierros. THL toteutti tiedonkeruun yhteistyössä Tilastokeskuksen kanssa. Tiedot kerätään Suomessa postikyselyllä haastatteluiden sijaan kulujen pienentämiseksi. Seuraava tiedonkeruvuosi on 2019. Suunnitelmien mukaan THL integroi EHIS-tiedonkeruun kansallisiin väestökyselytiedonkeruisiin. THL/Hyvinvointi-osaston edustaja edustaa Suomea teknisessä ryhmässä.
6. ESSPROS Sosiaalimenotilastot (säädelty: EU:n sosiaalimenotilastoja koskeva regulaatio 2007, toimeenpantu 2011): ESSPROS sisältää neljä erillistä tiedonkeruuta (Sosiaaliturvan bruttomenot ja rahoitus, sosiaaliturvan nettomenot, sosiaaliturvajärjestelmän kuvaus ja eläkkeensaajien lukumäärätiedonkeruu). Tiedot kerätään ja raportoidaan kerran vuodessa. THL vastaa tiedonkeruusta ja raportoinnista. THL/Tietopalvelut-

osaston edustaja on Suomen edusta- ja sosiaaliturvatilastojen työryhmässä (WG Social Protection).

7. EU-SILC (väestökysely tuloista ja elinoloista): Tilastokeskus kerää Suomen tiedot ja edustaa Suomea kehittämistyöryhmissä.
8. Labour Force Survey (työvoimakysely): Tilastokeskus kerää Suomen tiedot ja edustaa Suomea kehittämistyöryhmissä.
9. UOE-kysely (koulutustilasto): (Osa UOE-tiedoista on määritelty pakollisesti toimitettaviksi Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksen (EY) N:o 452/2008 (koulutustilastoregulaatio) toimeenpanoasetuksessa komission asetus (EU) N:o 912/2013 (tämä toimeenpanoasetus koskee nimenomaan UOE-kyselyä). Varhaiskasvatuksen lapsimäärätietoja, kustannustietoja ja henkilöstötietoja toimitetaan vuosittain Unescolle, OECD:lle ja Eurostatille Tilastokeskuksen koulutustilastoista (UOE-kysely, järjestöjen alkukirjaimista). Varhaiskasvatustiedot ovat osa UOE-koulutustilastokyselyä, joka kattaa koulutuksen varhaiskasvatuksesta korkeakoulutukseen. Varhaiskasvatuslasten (päiväkotij- ja perhepäivähoito) osalta kysytään tietoja: lasten ikä, sukupuoli, onko julkisessa (kunta) vai yksityisessä hoidossa, onko kokopäivä vai osa-aikahoidossa. Kyselyn vastuuhenkilö on tilastokeskuksessa. (60, 61)

## Kansanterveyden pääosaston tiedonkeruut

1. EMCDDA: Euroopan huumausaineiden seurantakeskus (säädelty; regulaatio vuodelta 1993, viimeksi päivitetty 2006): Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskusta (EMCDDA) koskevan asetuksen (EY 1920/2006) 5. artiklassa mainitaan, että EMCDDA:lla on käytössään huumetietoverkosto, johon kuuluu yksi yhteyspiste kustakin jäsenvaltiosta. Huumausainelain (373/2008) 35 §:ssä tuoksi yhteyspisteeksi on nimetty THL. THL/Tietopalvelut-osastolle on sijoitettu kansallinen huumausaineiden seurantakeskus, joka on osa EU:n huumeviraston EMCDDA:n alaista Reitox-huumetietoverkosta. Rahoituksesta ja tehtävistä tehdään vuosittain sopimus EMCDDA:n ja THL:n kesken. Tiedot toimitetaan vuosittain suoraan THL:stä ja Tilastokeskuksesta EMCDDA:lle. Tiedot julkaistaan THL:n Huumetilanne Suomessa -raportissa, EMCDDA:n Annual Report -julkaisussa ja Statistical Bulletin -verkkopalvelussa.
2. ECHI European Core Health Indicators: Kyseessä on kehittämishanketoiminta. Tiedonkeruu on vapaaehtoinen. Tulevaisuudessa indikaattori-työn on suunniteltu olevan osa EU:n tutkimusinfrastruktuuria, ERIC Health Information for Research and Evidence-based Policy. Indikaattori-työtä koordinoi tällä hetkellä Saksan Koch Instituutti. Vuonna 2018 on käynnistynyt uusi yhteistoimintahanke ”Joint Action on Health Information” vuosille 2018–2020. THL on sovittu Suomen toimijaksi uudessa tässä Joint Actionissa. THL/Tietopalvelut-osaston edustaja on hankkeen



terveystiedon asiantuntijaryhmässä (Expert Group on Health Information), joka on nykyisen valmistelevan työryhmän johtoryhmä. Valmistelua on edeltänyt vuosien 2015–2017 BRIDGE Health kehittämishanke. Hanke valmisteli taustamateriaalia “ERIC on Health Information for Research and Evidence-Based Policy” -valmisteluun ja siten Joint Action hakua varten. (60, 61)

## Sosiaali- ja työllisyyspääosasto

1. SPPM (Social Protection Performance Monitor): Tietojen analysointi- ja julkaisujärjestelmä, jolla ei ole erillistä tiedonkeruuta, ja jossa käytetään Eurostatin keräämiä tietoja.
2. JAF (Joint Assessment Framework): Tietojen analysointi- ja julkaisujärjestelmä, jolla ei ole erillistä tiedonkeruuta, ja jossa käytetään Eurostatin keräämiä tietoja. (60, 61)

## Joint research centre

1. Epämuodostuma- ja syöpätietojen toimitukset EU:lle: EU:n tutkimuskeskukseen on siirretty EU:n terveysseurantaa, mm. syöpätalastot ja harvinaisten tautien seuranta. THL:n Tietopalvelut-osasto toimittaa suoraan epämuodostumatiedot ja välillisesti syöpätiedot. THL ei toistaiseksi voi toimittaa yksilötason tietoa JRC:lle muuten kuin hankekohtaisesti ja määräaikaista. Rajoite poistunee terveysrekistereitä koskevan lainsäädännön uusimisen yhteydessä. (60, 61)

## ECDC European center for disease prevention and control

1. Tartuntatautitietojen toimitukset: THL toimittaa EU-virastolle tartuntatautien seurantatiedot. (60, 61)

## WHO ja muut YK:n alaiset järjestöt

1. WHO Health for All ja Ad Hoc kyselyt: WHO:n tiedonkeruuseen osallistuminen perustuu Suomen sitoutumiseen kansainvälisten järjestöjen toimintaan. WHO:n terveystilastojen keruusta vastaa THL ja kuolemansyytietojen toimittamisesta vastaa Tilastokeskus. Osa terveydenhuollon tilastoista kerätään yhteistyössä Eurostatin ja WHO:n kanssa. Tartuntatautitilastot kerätään yhteistyössä EU:n tartuntatautiviraston kanssa (ECDC). Tiedot julkaistaan WHO:n eri tietokannoissa (kuten Health for All -tietokanta). THL/Tietopalvelut -osasto toimittaa WHO:lle vuosittaiset tiedot Health for All -tietokantaan (Euroopan aluetuimisto) ja toimii yhteystahona WHO:n terveystilastoja koskeviin kysymyksiin, mm. terveysindikaattorien estimaattien arvioinnissa (päätoimisto).

2. WHO Ad Hoc kyselyt: THL ja STM osallistuvat erilaisiin WHO:n ad hoc -kyselyihin tiedon toimittajana. Yleensä kyselyiden vastuutaho on THL:n soveltuva osasto tai STM.
3. UNODC: YK:n huumausaine- ja rikosvirasto: Suomi osallistuu UNODC:n toimintaan YK:n jäsenmaana. Huumausainelain (373/2008) 40 §:n mukaan huumausaineita käsittelevien ja toimenpiteitä näiden laittoman käytön ehkäisemiseksi suorittavien viranomaisten on annettava THL:lle ne tiedot, jotka ovat tarpeen tietojen luovuttamiseksi kansainvälisille valvontaviranomaisille ja tiedonkeruutahoille, jollei tietojen salassapitovelvollisuudesta muuta johdu. Tämän velvoitteen toteuttamiseksi THL kerää vuosittain määriteltävät tiedot YK:n huumausainetoimikunnalle (CND), joka on osa YK:n huumausaine- ja rikosasian toimistoa (UNODC). Huumausainetietojen keruu tapahtuu vuosittain toteutetuilla kyselyillä, joiden toteuttamista THL koordinoi ja joiden tehtävänä on seurata globaalia huumausainetilannetta sekä vuoden 2009 YK:n huumausainepoliittisen julkilausuman ja toimintaohjelman toteutumista. Tiedot julkaistaan vuosittain YK:n huumausainevuosiraportissa: World Drug Report - Global Illicit Drug Trends.
4. Unesco: Unescolle toimitetaan Tilastokeskuksen koulutustilastotiedonkeruusta tietoja varhaiskasvatuksesta muun koulutustiedon mukana. (60, 61)

## OECD

1. OECD Health Data -tietokanta: THL toimittaa tietoja OECD Health Data -tietokantaan Tiedonkeruuseen osallistuminen perustuu Suomen sitoutumiseen järjestön toimintaan. Tiedot julkaistaan OECD:n tietokannoissa sekä Health at a Glance -julkaisussa
2. OECD Family Database -tietokanta: OECD Family Database -tietokantaan Tiedonkeruuseen osallistuminen perustuu Suomen sitoutumiseen järjestön toimintaan. Tiedot julkaistaan OECD:n tietokannoissa sekä Education at a Glance -julkaisussa.
3. OECD:n Social Benefit Reciprocity -tietokanta: THL/Tietopalvelut -osasto koordinoi Suomen tietojen toimittamisen
4. OECD:n terveystieto- ja rahoitustietojen keruu perustuu OECD:n kehittämään SHA-kehikkoon (System of Health Accounts). Nämä tiedot kerätään yhteistyössä Eurostatin ja WHO:n kanssa. Suomi toimittaa tiedot Eurostatin kautta. THL/Tietopalvelut -osaston edustaja SHA (System of Health Accounts) -tiedonkeruun ja raportoinnin kansallinen yhteistaho.
5. OECD Health Care Quality and Outcomes Indicators (HCQO): Indikaattoreiden antamia tuloksia raportoidaan joka toinen vuosi Health at a Glance julkaisussa ja toimitetaan vuosittain OECD Health Data tietokantaan.

taan. Indikaattoreita kehitetään jatkuvasti ja väli vuosina voi olla kokeilutiedonkeruita, joihin Suomi osallistuu. THL:n edustaja perinteisesti edustaa Suomea HCQO asiantuntijaryhmässä.

6. eHealth Model Survey -työryhmä, työryhmä on valmistellut terveydenhuollon tietoteknologiakehitystä mittaavan kyselylomakkeen ja sen pohjalta kansallisia kyselyjä tehneet maat ovat yhteistyössä. THL on Model Surveyn yhteistyötaho Suomessa. Model survey on sisällytetty vuosien 2014 ja 2017 kansallisiin STEPS-tiedonkeruisiin.
7. OECD ad hoc katsaukset: OECD tekee erilaisia maakatsauksia ja muita selvityksiä, jotka perustuvat OECD:lle toimitettuihin tietoihin tai erillisiin kyselyihin. STM, THL ja muut kansalliset sote-tietojen toimittajat osallistuvat tietojen kokoamiseen kunkin aihepiirin mukaan. (60, 61)

#### *Pohjoismaisen ministerineuvoston alainen tietotuotanto*

1. NOMESKO, Pohjoismainen terveystilastokomitea: Tilastoyhteistyöhön osallistuminen perustuu Suomen sitoutumiseen Pohjoismaisen ministerineuvoston rahoittamaan pysyvään toimintaan. Terveystilastoista on vuodesta 1966 alkaen vastannut Pohjoismainen terveystilastokomitea (Nomesko). THL toimii komitean Suomen valtuuskunnan isäntävirastona. Muut edustajat ovat STM:stä ja Tilastokeskuksesta. THL/Tietopalvelut -osasto vastaa vuositilastojen keruusta ja koordinaatiosta. Komitea on julkaissut keräämänsä tiedot tilastovuosikirjassaan ja yhteisessä sosiaali- ja terveystietokannassaan. Vuosikirjassa on ollut vuosittain vaihtuva teema, josta on vastannut erikseen nimettävä asiantuntijatyöryhmä. NOMESKO on siirtymässä enemmän tietokannan hyödyntämiseen ja erilliset teemat tullaan raportoimaan jatkossa artikkeleina. Nomeskon säännöllisten julkaisujen lisäksi julkaisee epäsäännöllisin välein lääkelutustilastoja (Suomen edustus: FIMEA) sekä Pohjoismaiden ja Baltian terveystilastoa (Suomen edustus: THL).
2. NOSOSKO Pohjoismainen sosiaalitulastokomitea: Tilastoyhteistyöhön osallistuminen perustuu Suomen sitoutumiseen Pohjoismaisen ministerineuvoston rahoittamaan pysyvään toimintaan. Sosiaalitulastoista on vuodesta 1946 alkaen vastannut Pohjoismainen sosiaalitulastokomitea (Nososko). Komitea on julkaissut keräämänsä tiedot tilastovuosikirjassaan ja yhteisessä sosiaali- ja terveystietokannassaan. Vuosikirjassa on ollut vuosittain vaihtuva teema, josta on vastannut erikseen nimettävä asiantuntijatyöryhmä. NOSOSKO on siirtymässä enemmän tietokannan hyödyntämiseen ja erilliset teemat tullaan raportoimaan artikkeleina. STM toimii komitean Suomen valtuuskunnan isäntävirastona ainakin vuoden 2017. Muut edustajat ovat THL:stä, Kelasta, ETK:stä ja Tilastokeskuksesta. THL/Tietopalvelut -osasto vastaa vuositilastojen keruusta ja koordinaatiosta.

3. Pohjoismaisen ministerineuvoston asettamat yhteistyöhankkeet: Ministerineuvosto on eri toimikausinaan asettanut ja rahoittanut erilaisia yhteistyöryhmiä pohjoismaisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen tietopohjan kehittämiseksi. Esimerkiksi 2000-luvulla ja 2010-luvun alkupuolella oli käynnissä useita terveydenhuollon laatuindikaattorihankkeita. Parhailaan on käynnissä e-terveyden seuranta kehittävä pohjoismainen tutkimusyhteistyöryhmä, jonka tuorein tuotos julkaistaan keväällä 2017. (60, 61)

*Muut kansainväliset vakiintuneet tietotoimitukset*

1. NOMBIR: Pohjoismaiset perinataali- ja raskaudenkeskeytystilastot: THL/Tietopalvelut -osasto on julkaissut joka toinen vuosi pohjoismaiset perinataali- ja raskaudenkeskeytystilastot pohjoismaisten syntymärekisterien yhteistyöjärjestön (NOMBIR) ja pohjoismaisten raskaudenkeskeytysrekisterien yhteistyöjärjestön (NorABE, ei toimintaa viime aikoina) puolesta. Tiedonkeruu perustuu tiedon suureen kysyntään.
2. Pohjoismaiset alkoholitilastot: THL/Tietopalvelut -osasto osallistuu joka vuosi Pohjoismaisen alkoholitilaston tiedonkeruuseen ja joka toinen vuosi raportointiin. Tiedonkeruu perustuu tiedon suureen kysyntään.
3. ICBDSR: kansainvälinen epämuodostumajärjestö: Suomi osallistuu toimintaan järjestön perustajajäsenenä. THL/Tietopalvelut -osasto toimittaa ICBDSR:lle vuosittaiset tiedot epämuodostumatapauksista. (60, 61)

## 2 Maakunta- ja sote-uudistuksen sekä valinnanvapauden tietoperusta

Tässä luvussa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen, järjestämiseen, tuottamiseen ja valvontaan liittyviä tietotarpeita, tietopohjaan vaikuttavia asioita sekä tiedonanto- ja raportointivelvoitteita, jotka perustuvat useita lakiesityksiä sisältävään hallituksen esitykseen maakunta- ja sote-uudistuksesta. Mukana on myös joitakin asiaan oleellisesti liittyviä erillislakeja, jotka ovat jo voimassa, tai joista on annettu tai valmisteltu esityksiä. Luvun tavoitteena on luoda ymmärrystä sille, miksi on tärkeää määrittellä sote-tietopohja ja varmistaa siinä tarvittavien tietojen tuotanto. Lisäksi nostetaan esiin uuteen tietopohjaan ja tiedolla ohjaukseen liittyviä velvoitteita ja rajoituksia.

### 2.1 Valtioneuvostotasoinen päätöksenteko, valtioneuvoston antama ohjaus ja raportointi velvoitteet

Uudistuksessa muodostetaan uusi hallinnollinen taso, itsehallinnolliset maakunnat. Valtio maakuntien toiminnan rahoittajana ohjaisi maakuntien toimintaa ja taloutta tiukemmin kuin kuntia, koska maakunnilla ei olisi verotusoikeutta. Valtioneuvosto päättää nelivuotiskauden valtakunnalliset strategiset tavoitteet ja maakuntien saaman rahoituksen, jota käsitellään vuosittain tarkistettavassa julkisen talouden suunnitelmassa (JTS) ja vuosittaisessa hallituksen budjettiesityksessä. Strategisten tavoitteiden ja rahoituksen valmistelun esittelevä ministeriö on valtionvarainministeriö. Muut ministeriöt osallistuvat valmisteluun.

#### 2.1.1 Valtioneuvostotasoinen päätöksenteko ja ohjaus sekä valtiovarainministeriön koordinoima valmistelu

Julkisen talouden suunnitelma (JTS) sisältää maakuntien taloutta koskevan osan. Julkisen talouden suunnitelman maakuntataloutta koskevassa osassa arvioidaan rahoituksen riittävyyttä maakuntien tehtävien hoitamiseen kokonaisuutena ja maakunnittain (rahoitusperiaate). Lisäksi käsitellään maakuntien tehtäviä ja velvoitteita koskevan lainsäädännön muutoksia, maakuntien investointeja, kustannuskehitystä, maakuntien

ohjausta sekä valtion maakuntatalouteen liittyviä taloudellisia vastuita. Julkisen talouden suunnitelma ohjaa ministeriöitä niiden valmistellessa maakuntaa koskevaa lainsäädäntöä ja ohjausta. (62)

Valtiovarainministeriön valmisteleva arviointi peruspalvelujen saatavuuden turvaamisesta ja rahoituksen riittävydestä perustuu hallituksen esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa tarkoitettuun selvitykseen sekä maakuntien talouden tai palvelujärjestelmän tilaa koskeviin selvityksiin ja tietoihin. JTS valmistelusta syntyy päätösasiakirja. (62, 63)

#### Taulukko 1. Valtiovarainministeriön (VM) ohjausneuvottelujen, julkisen talouden suunnitelman ja talousarvioesityksen edellyttämä tietopohja

<p><b>VM:n ohjausneuvottelujen, julkisen talouden suunnitelman (JTS) ja talousarvioesityksen (TAE) edellyttämä tietopohja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uusimmat tiedot maakuntien toteutuneista käyttökustannuksista ja niiden muutoksesta</li> <li>• Uusimmat tiedot maakuntien perimistä asiakas- ja käyttömaksuista</li> <li>• Tieto maakuntaindeksin toteutuneesta muutoksesta, kustannustason muutos (yleinen ATI, KHI ja maakuntatyöntekijän sotu-maksujen vuotuinen muutos)</li> <li>• Tieto peruspalvelujen saatavuuden toteutuneesta kehityksestä</li> <li>• Tieto /arviot saatavuudessa esiintyvistä ongelmista</li> <li>• Tietoa maakuntien mahdollisuuksista toteuttaa taloutensa ja toimintansa muutoksia</li> <li>• Maakuntien talouden tilaa koskeva selvitys/tieto</li> <li>• Maakuntien palvelujärjestelmän tilaa koskeva selvitys/tieto</li> <li>• Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa tarkoitettu selvitys</li> </ul>
<p><b>JTS päätöksen ja TAE raportointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VM:n ja maakuntien välisten neuvottelujen pöytäkirjat</li> <li>• JTS päätösasiakirja</li> <li>• Hallituksen TAE eduskunnalle perusteluineen</li> </ul>

## 2.1.2 Maakuntien perusrahoitus

Maakunnille myönnetään valtion rahoitus maakuntien rahoituslain nojalla. Hallitus antoi esityksen (HE 15/2017) maakuntien rahoituslaista, joka koskee maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi ympäristöterveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtäviin perustuvaa yleiskatteellista rahoitusta. Rahoituksen suuruuteen vaikuttavat asukasmäärän lisäksi ikärakenne, asukastiheys, vieraskielisyysaste, kaksikielisyys ja saaristolaisuus sekä ikäryhmäkohtaiset tarvetekijät ja sosiaali- ja terveystalouden tarvetekijät. Varainhoitovuotta koskeva rahoituksen taso määräytyy tarkistamalla laskennallisten kustannusten perusteet ottaen huomioon uusimmat tiedot toteutuneista käyttökustannuksista. Laskennassa käytetään toteutuneiden käyttökustannusten kahden viimeisen vuoden tilastoitua keskiarvoa, joista vähennetään perityt asiakas- ja

käyttömaksut. Laskennallisten kustannusten perusteet tarkistetaan vuosittain. Toteutuneet kustannukset otetaan huomioon säädettyä tasoa ylittävältä osin, jos se on välttämätöntä peruspalvelujen saatavuuden turvaamiseksi. Arviointi perustuu sote-järjestämislaissa tarkoitettuun selvitykseen ja muihin käytettävissä oleviin maakuntien talouden ja palvelujärjestelmän tilaa koskeviin tietoihin. Valtion rahoituksen tarkastuksessa huomioidaan maakuntaindeksin avulla kustannustason muutos. Maakuntaindeksin laskennasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Siinä huomioidaan yleinen ansiotaso- ja kuluttajahintaindeksit sekä maakuntatyönantajan maksamien sosiaaliturvamaksujen muutokset. (63)

Maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten kustannusten perusta on asukasmäärä kerrottuna asukaskohtaisella valtioneuvoston asetuksella säädettyillä sote-perushinnalla ja ikäryhmäkohtaisella perushinnalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekerroin lasketaan nykyisin terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavien sairauksiin ja sosioekonomisiin tekijöihin perustuvien tarvetekijöiden ja niiden painokertoimien sekä tehtäväkohtaisten (terveydenhuolto, vanhustenhuolto, sosiaalihuolto) painojen perusteella. Tarvekerrointa määriteltäessä käytetään terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon sairauksiin ja sosioekonomisiin tekijöihin peruvista tarvetekijöistä Eläketurvakeskuksen, Kansaneläkelaitoksen, THL:n ja Tilastokeskuksen tilastotietoja varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneeltä vuodelta. Tarvekertoimesta ja sen tarkistamisesta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Maakuntien rahoituslakiluonnokseen kirjattu maakunnan sosiaali- ja tarvekertoimen laskentaperusteista annettava asetus on hallituksen esityksen liitteenä. (63)

### 2.1.3 Maakuntien rahoitus terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

Maakuntien rahoituslaissa säädetään HYTE-kertoimen eli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuuden lisäosan käyttämisestä osana sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien rahoituksen suuruuden laskemista. Maakuntia koskeva HYTE-kerroin lasketaan toimintaa ja toiminnan tulosta kuvaavien indikaattoreiden avulla siten, että kummankin osuus kertoimen laskennassa on 50 %. Laskennassa käytetään Kansaneläkelaitoksen, THL:n, Tilastokeskuksen ja työ- ja elinkeinoministeriön tilastotietoja varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltävältä vuodelta sekä sitä edeltävältä vuodelta. Käytettävistä tiedoista ja kertoimen tarkemmasta määrittelystä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksen luonnosta ei ole vielä käytettävissä, mutta asiaa on valmisteltu ja siitä löytyy tietoa Maakuntien rahoituslakiluonnoksen lausunnolle annetun version yleisperusteluista ja muistiosta. (63, 64)

Ehdotettu maakuntien rahoitusmalliin sisällytettävä HYTE-kerroin perustuisi kymmeen tulos- ja toimintaa kuvaavaan indikaattoriin, jotka koskisivat kansansairauksien ehkäisyä, ikääntyvien toimintakyvyn edistämistä ja tapaturmien vähentämistä sekä syrjäytymisen ehkäisyä ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Kaikki kertoimeen sisällytettävät indikaattorit ovat sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon toimia koskevia indikaattoreita, joihin maakunta voi toiminnallaan vaikuttaa. Indikaattorit pohjautuvat THL:n, Kelan, TEM:n ja Tilastokeskuksen tilastotietoihin. HYTE-kerrointa voitaisiin soveltaa ensimmäisen kerran vuoden 2025 rahoituksen määräytymisessä. Maakunta-pohjaista tietoa alkaa syntyä vuonna 2021 maakuntien aloittaessa toimintansa ja kertoimen määräytymisessä tarkastellaan muutosta, mihin tarvitaan vuosien 2021 ja 2022 toimintaa koskevat tiedot, jotka saadaan käyttöön vuoden 2023 loppuun mennessä, jolloin ne vaikuttavat vuonna 2024 päätettävään vuoden 2025 rahoitukseen. (64)

Valtion talousarvioesityksessä käytetään määräytymisperusteena viimeisimmän toteutumavuoden mukaisia tietoja. HYTE-kertoimen painoksi ehdotetaan 1 % maakunnan kokonaisrahoituksesta. HYTE-kertoimen paino tulisi tarkasteltavaksi osana maakuntien valtion rahoituksen kokonaisuutta vähintään neljän vuoden välein. Maakunnan rahoitukseen liittyvän määräytymisperusteen merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on myös viestinnällinen. Olennaista on saada aikaan pysyvä ajattelu- ja toimintatapojen muutos hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi hallinnon kaikilla tasoilla ja erityisesti sote-palvelutuotannossa. (63, 64)

Valmistelussa on pidetty tärkeänä, että HYTE-kerroin sisältää molempia, toimintaa kuvaavia ja tulosindikaattoreita. Indikaattorit tulee valita siten, että prosessien mittaamisessa voidaan tulevaisuudessa lisääntyvästi hyödyntää tuotteistettua rekisteritietoa. Tulosindikaattoreiksi on valittava sellaisia muuttujia, joilla voidaan perustellusti osoittaa olevan yhteys ehkäisevään toimintaan. Tulosindikaattoreita arvioitaessa on huomioitava, että sosioekonomiset tekijät selittävät maakuntakohtaisia eroja. Indikaattoreiden on oltava valideja ja hyvin saatavissa kaikista maakunnista sekä mahdollisuus muuttaa niitä mittaamisen kehittyessä. Valmistelussa on painotettu toimintaa kuvaavia ja tulosindikaattoreita suhteessa 50 % / 50 %. Läpinäkyvyys ja selkeys puoltavat sitä, että HYTE-kerroin sisältäisi vain rajatun määrän indikaattoreita. Lisäksi indikaattoreiden tulee olla sellaisia, että maakunta pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan niihin. HYTE-kertoimen indikaattoreiden tulee olla käytettävissä vuonna 2021, kun maakuntien toiminta käynnistyy. Tulosindikaattoreista tarvitaan vähintään kahden vuoden tiedot, jotta muutosta voidaan arvioida. Näin ollen kertoimen laskemiseen tulee tiedonkeruusta johtuva viive, joten HYTE-kertoimeen perustuva rahoitus voi olla käytössä vasta vuonna 2025, mikäli vuoden 2023 tietotuotantoa ei saada merkittävästi nykyistä nopeammaksi. (64)



Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin kuvaa maakuntien toimintaa ja toiminnan tuloksia seuraavilla alueilla (taulukko 2): kansansairauksien ehkäisy (5 indikaattoria), ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämisen ja tapaturmien vähentäminen (2 indikaattoria), syrjäytymisen ehkäisy, sosiaalisen hyvinvoinnin ja työllistymisen edistäminen (5 indikaattoria). Indikaattorit saavat arvoja, joiden pohjalta laskeetaan maakunnan HYTE-kannustin, joka saa arvoja 0–100. Alkuvaiheessa indikaattoreiden on hahmoteltu olevan samanpainoisia, mutta niiden painotusta on mahdollista muuttaa myöhemmin. Maakunnan saamaa tulosta verrataan koko maan painotettuun keskiarvoon, jolloin voidaan muodostaa rahoituksen määräytymisessä käytetty HYTE-kerroin. Tiedot ovat mukana sote-seurannan tietopohjan KUVA-indikaattorilistassa, jota päivitetään, mikäli sisältö asetuksen valmistelussa muuttuu. (64)

**Taulukko 2. Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin – indikaattori – ehdotus**

<p><b>Merkittävimpien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvät indikaattorit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lastenneuvolan 4-vuotiaiden terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen (toiminta)</li> <li>2. Kouluterveydenhuollon 8-luokkalaisten terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen (toiminta)</li> <li>3. Elintapaneuvonnan toteutuminen tyyppin 2 -diabetesriskissä oleville (Käypä hoito -suositus) (toiminta)</li> <li>4. Alkoholien käytön mini-intervention toteutuminen niillä terveydenhuollon asiakkailla, joilla AUDIT-testin pistemäärä on <math>\geq 6</math> pistettä naisilla ja <math>\geq 8</math> miehillä kalenterivuonna (Käypä hoito -suositus), (toiminta)</li> <li>5. Lasten tuhkarokko – vihuriokko – sikotauti (MPR) rokotuskattavuus (%) (toiminta)</li> </ol>
<p><b>Ikääntyvien toimintakyvyn edistämiseen ja tapaturmien vähentämiseen liittyvät indikaattorit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Vammojen ja myrkytysten hoidosta aiheutuvat sairaalahoitajaksot ja /tai sairaalassa hoidetut potilaat (tulos)</li> <li>7. Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä (tulos)</li> </ol>
<p><b>Syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumista ehkäisevät sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät indikaattorit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ei työssä, koulutuksessa eikä asevelvollisuutta suorittamassa olevat nuoret, % 20–24-vuotiaista (tulos)</li> <li>9. Työttömien terveystarkastukset, toteutuneet terveystarkastukset (1krt/v) suhteessa työttömien kokonaismäärään (toiminta)</li> <li>10. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet, % 25–64-vuotiaista (tulos)</li> <li>11. Mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 18–34-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (tulos)</li> <li>12. Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v. /100 000 vastaavanikäistä alimmassa tuloviidenneksessä (tulos)</li> </ol>

## 2.1.4 Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuusrahoitus

Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavan elementin ns. HYTE-kerroimen päämääränä on varmistaa kuntien aktiivinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminta myös sote-uudistuksen jälkeen. Kerrointa ehdotetaan käytettäväksi kuntien valtionosuuden perusteena. Kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetussa laissa (1714/2009) säädetään terveyden ja hyvinvoinnin lisäosasta osana kun-

tien saamaa valtionosuutta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan suuruuden määräytymisperusteista säädetään hallituksen esityksessä valtioneuvoston asetuksiksi kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta. Lisäosaa määriteltäessä käytetään asetuksessa lueteltuja kunnan toimintaa ja kunnan toiminnan tulosta kuvaavia indikaattoreita. Indikaattorit sisältävät tietoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen aktiivisuudesta sekä tuloksista. Nämä on otettu mukaan KUVA-mittaristoon ja ovat taulukossa 3. Toimintaa (toiminnan sisältöä ja laatua) koskeva luku saadaan siten että 28 kysymykseen vastaamalla saadaan pisteitä. Luku lasketaan keskiarvona toimintaa kuvaavien indikaattoreiden keskiarvosta. Toiminnan tulosta kuvaavista indikaattoreista lasketaan kahden viimeisimmän vuoden erotus. Erotukset skaalataan niin että luku on välillä 0–100. Indikaattoriluku saadaan kahden viimeisimmän vuoden erotuksen keskiarvosta. (10, 11, 64)

Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintaa kuvaavat tiedot saadaan kunnan asiakirjoista ja kunta kokoaa ne itse. Toiminnan tuloksia kuvaavat tiedot tulevat THL:n kouluterveyskyselystä, Tilastokeskuksen tutkintorekisteristä, Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilastoista, THL:n toimeentulorekisteristä, Eläketurvakeskuksen eläketilastoista ja THL:n hoitoilmoitustiedoista. Toiminnan tulosta kuvaavat tiedot ovat mukana sote-seurannan tietopohjan KUVA-indikaattorilistassa.

**Taulukko 3. Valmistelussa esitetyt kuntien HYTE-kertoimen indikaattorit, jotka ovat mukana esitykseksi KUVA-mittaristoksi**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kokee terveydentilansa keskikertaiseksi tai huonoksi 8. ja 9. luokan oppilas</li> <li>• Tupakoi päivittäin 8. ja 9. luokan oppilas</li> <li>• Ylipainoisten osuus 8. ja 9. luokan oppilas</li> <li>• Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat</li> <li>• Nuorisotyöttömät, osuus 18–24-vuotiaasta työvoimasta</li> <li>• Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25–64-vuotiaat, osuus vastaavanikäisistä</li> <li>• Työkyvyttömyyseläkkeellä olevat 25–64-vuotiaat, osuus vastaavanikäisistä</li> <li>• Kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät hoitajaksot 65 vuotta täyttäneillä/ 10 000 vastaavanikäisistä</li> </ul>
---

## 2.1.5 Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle

Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle laaditaan keran vaalikaudessa, Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset ja tarvittaessa erikseen kullekin maakunnalle lainsäädäntöä täydentävät strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi. Tavoitteiden tulee perustua väestön

hyvinvointi- ja terveysseurantatietoihin, palvelutarpeeseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja taloutta koskeviin seurantatietoihin. Lisäksi otetaan huomioon valtioneuvoston asettamat julkisen talouden finanssipoliittiset tavoitteet. (63)

## 2.2 Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat HE mukaan sosiaali- ja terveysministeriölle ja substanssilakeihin sisältyvät ministeriön ohjaus- ja päätöksentekoroolit säilyvät substanssilakien mukaisina. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa valtakunnallisesta sosiaali- ja terveystaloudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden valmistelusta ja niiden huomioon ottamisesta maakuntien toiminnan ohjauksessa. Hallituksen esityksen mukaan ministeriöön sijoitetaan ohjausyksikkö yleisen ohjauksen, suunnittelun ja kehittämisen toimeenpanoa varten.

### *Valtakunnallisten strategisten tavoitteiden valmistelu*

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on keskeinen rooli valmisteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia strategisia tavoitteita, jotka valtioneuvosto vahvistaa neljän vuoden välein. THL:n tehtävä valmistelussa on tuottaa neljän vuoden välein valtakunnallisten strategisten tavoitteiden laadinnassa tarvittavat selvitykset sosiaali- ja terveydenhuollon tilasta ja toteutumisesta. (63)

### *Ohjausneuvottelut maakuntien kanssa*

Sosiaali- ja terveysministeriö ja maakunnat neuvottelevat vuosittain maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta. STM:n ja maakuntien välisiä ohjausneuvotteluja ja palvelujen saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden arviointia varten maakunnat ja valvontaviranomaiset antavat vuosittain selvityksen THL:lle ja STM:lle. THL:n tehtävänä on analysoida maakuntien ja valvontaviranomaisen antamat selvitykset ja laatia STM:lle vuosittain valtakunnallinen sekä maakuntakohtainen asiantuntija-arvio siitä vastaako palvelujen saatavuus väestön tarpeisiin yhdenvertaisesti sekä arvio palvelujen kustannusvaikutuksesta. (63)

STM:n ja maakuntien välisten neuvottelujen tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa palvelurakenteen kehittämisessä sekä edistää ministeriön ja

maakunnan välistä yhteistyötä. Neuvotteluissa käsitellään maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä tavoitteita, palvelutuotannon työnjakoa ja yhteistoimintaa muiden maakuntien kanssa sekä omavalvonnan toteutumista. Neuvotteluissa arvioidaan yhteistyösopimuksen ja valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista, maakunnan palvelujen kehitystä ja alueellisia kehittämistarpeita, toimintaympäristön ja palvelujen tarpeen muutoksia sekä lakisääteisten tehtävien rahoitustarvetta, kehittämistä ja tuotavuuden lisäämistä. Lisäksi arvioidaan maakunnassa toteutettavia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja mahdollisia muita toimenpiteitä. Neuvotteluista laaditaan asiakirja. (63)

#### *Palvelujen saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden arviointi*

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja rahoituksen tason riittävyyden (rahoitusperiaate) arvioimiseksi valtakunnallisesti ja maakunnittain vuosittain selvityksen. Selvityksessä tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta, saatavuuden ja laadun toteutunutta ja arvioitua tulevaa kehitystä sekä näiden suhdetta julkisen talouden kehitykseen. Selvityksessä arvioidaan maakunnassa toteutettavia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja mahdollisia muita toimenpiteitä, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja laatu voidaan valtionrahoituksella ja muulla tulorahoituksella turvata. Sen tulee sisältää ehdotus tarvittavista toimenpiteistä julkisen talouden suunnitelman, talousarvion sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten strategisten tavoitteiden laatimista sekä muuta valtakunnallista ohjausta varten. Selvitys annetaan maakuntakohtaisena ja kokonaisnäkömyksenä VM:lle, joka käy VM:n ohjausneuvottelut maakuntien kanssa ja tekee Julkisen talouden suunnitelmaa varten esityksen maakuntien rahoituksen suuruudesta. (63)

Vuosittaisen rahoituksen riittävyyden selvityksen lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö voi tehdä valtiovarainministeriölle aloitteen maakuntalaissa tarkoitetun maakunnan arviointimenettelyn käynnistämisestä, jos ministeriön ja maakunnan välisessä neuvottelumenettelyssä tai muutoin on osoittautunut, että maakunnan kyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto on ilmeisesti vaarantunut. (63)

#### **Taulukko 4. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus ja tietoraportointi**

<p><b>STM:n ohjausneuvottelujen ja STM:n HE 30§ mukaisen selvityksen edellyttämä tietopohja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Maakuntien vuosittaiset raportit</li> <li>– Valvontaviranomaisen vuosittaiset raportit</li> <li>– THL:n vuosittaiset raportit (maakuntakohtaiset ja kokonaisarvio)</li> <li>– Muut tiedot maakuntien tilasta</li> </ul>
<p><b>STM:n ohjaustoiminnan raportointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– STM:n ja maakuntien ohjausneuvottelujen pöytäkirjat (asiakirjat)</li> <li>– STM:n maakuntakohtainen ja kokonais selvitys (HE30§)</li> </ul>

## 2.3 Aluekehittäminen

### *Valtion ja maakuntien aluekehittämiskeskustelut*

Alueiden kehittäminen on ministeriöiden, maakuntien, kuntien ja muiden toimijoiden vuorovaikutukseen perustuvaa laaja-alaista ja monitasoista toimintaa, joka pyrkii edistämään hyvinvointia maan eri alueilla. Aluekehittämisessä eri hallinnonalojen ja maakuntien tavoitteita ja toimia tarkastellaan kokonaisuutena sekä valtakunnallisesta että alueiden näkökulmasta. Aluekehittämiseen keskeisesti vaikuttavia yhteiskuntapolitiikan osa-alueita ovat esimerkiksi elinkeinot ja työllisyys (kasvupalvelut), kaupunkien ja maaseudun kehittäminen, hyvinvointi, osaaminen, kulttuuri, ympäristö, saavutettavuus ja turvallisuus sekä uutena osa-alueena yhä enemmän kotouttaminen. Aluekehittämisestä ja sen toteuttamisesta vastaavat oman hallinnonalansa kaikki ministeriöt. (65)

*Valtioneuvoston aluekehittämistä koskeva päätös* toimii hallituskauden pituisena yhteisenä aluekehittämisen strategiana. Aluekehittämispäätös sisältää hallitusohjelman mukaisesti valtion yhteen sovitettujen alueiden kehittämisen tavoitteet, joihin ministeriöt sitoutuvat. Aluekehittämispäätös valmistellaan yhteistyössä ministeriöiden, alueiden ja muiden kumppaneiden kanssa. Valtion ja maakuntien kumppanuuden valmistelua tehdään strategisella tasolla yhteisessä neuvottelukunnassa AUNE:ssa (Alueiden uudistumisen neuvottelukunta AUNE). Ministeriöiden, alueiden ja järjestöjen edustajista koostuva valmisteluverkosto valmistelee asioita linjattavaksi AUNE:ssa. Operatiivisella tasolla tehtävää yhteistyötä varten on lisäksi muodostettu aluekehittämisen uudistamista valmisteleva työryhmä. (65)

*Aluekehittämiskeskustelussa* valtio ja maakunta käsittelevät yhdessä aluekehityksen tilannetta, tavoitteita ja toimenpiteitä. Keskustelut koskevat laajoja, aluekehittämiseen vaikuttavia horisontaalisia teemoja ja ilmiöitä. Keskustelujen lähtökohtana käytetään muun muassa aluekehityksen valtakunnallista ja maakuntakohtaista tilannekuvaa, hallitusohjelmaa, hallituksen aluekehittämispäätöstä, ministeriöiden aluekehittämiseen vaikuttavia keskeisiä strategioita sekä maakuntastrategiaa ja -ohjelmaa. Keskustelujen lopputulosta hyödynnetään HE maakuntalain mukaisiin neuvotteluihin valmistauduttaessa ja sitä voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ohjauksessa. Valtion ja maakuntien keskustelut aluekehittämisestä on tarkoitus käydä vuosittain loppuvuodesta. Keskustelut on aikataulutettu JTS-prosessin mukaan siten, että ne käytäisiin ennen valtion ja maakunnan HE maakuntalain mukaisia neuvotteluja taloudesta. (65)

Poikkihallinnollisina ja horisontaalisia teemoja koskevana, aluekehittämiskeskusteluilla on selkeä yhteys hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseen, joka on laaja-alaista kaikkia hallinnonaloja velvoittavaa terveyteen ja hyvinvointiin sekä niiden

taustatekijöihin vaikuttamista. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen on myös maakuntien tehtävä. Se on mainittu HE maakuntalaisissa ”2) hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön asiantuntijatuki kunnille”. Tehtävä sisältää mm. maakunnan asukkaiden hyvinvoinnin edistämisen huomioivan maakuntastrategian laatimisen, alueellisen hyvinvointikertomuksen kokoamisen, eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen kohdistuvien päätösten vaikutusten arvioinnin sekä kuntien asiantuntijatuen hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden sekä ehkäisevän päihdetyön edistämisessä. Maakuntien valtionosuuksiin vaikuttaa jatkossa se, miten maakunnan toimet edistävät asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen kokonaisuuteen liittyy läheisesti maakunnallisesti hoidettavat terveydensuojelu sekä tupakka- ja alkoholilain valvonta, toimeenpanossa yhteistyö kuntien kanssa on erittäin tärkeää. (65)

#### *Aluekehittämisen tilannekuva*

Alueiden kehityksestä tarvitaan tietoa sekä kansallisen että alueellisen tason päätöksenteon ja politiikkavalmistelun tarpeisiin. Valmisteilla olevan aluekehittämis- ja kasvupalvelulain mukaan vuosittain käytävien aluekehittämisen keskustelujen pohjana käytetään aluekehityksen valtakunnallista ja maakuntakohtaista tilannekuvaa. Tilannekuvan viitekehys pitää sisällään määrällisen tilannekuvan, sitä täydentävän ja syventävän analyysin eli laadullisen tilannekuvan sekä lopputuotteena yhteisen tulkintaprosessin kautta syntyvän kuvan aluekehityksestä. Laadulliseen tilannekuvaan sisältyy sekä alueen asiantuntijoiden näkemys tilanteesta ja kehityssuunnista, että valtioneuvoston maakuntakohtainen arvio ja palaute. Tilannekuva lisää ymmärrystä alueiden kehittämisen kannalta keskeisistä kysymyksistä. Vastuu tilannekuvan kokoamisesta on työ- ja elinkeinoministeriöllä ja siihen osallistuvat sekä maakunnat että eri hallinnonalat. Tilannekuvan osa-alueita ovat: väestö, julkinen/kuntatalous, aluetalous, työllisyys, yritystoiminta, osaaminen, terveys ja hyvinvointi, asuminen, liikenne ja ympäristön kestävä kehitys. (65)

## 2.4 Maakuntien päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet

Maakunnilla on uudistuksen jälkeen merkittävä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Maakuntien suunnittelun, päätöksenteon, seurannan, maakuntien antaman ohjauksen sekä valvonnan edellyttämästä tietopohjasta ja raportointivelvoitteista säädetään maakuntalaissa, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa sekä sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta annetussa laissa.

Maakunnan on huolehdittava järjestämisvastuulleen kuuluvia palveluja tuottaessa siitä, että toiminnan suunnittelussa ja johtamisessa on käytettävä toiminnan laatua, vaikuttavuutta, kustannuksia sekä palvelujen yhteensovittamisen toteutumista koskevaa alueellista ja kansallista tietoa, tutkimukseen perustuvaa muuta tietoa sekä asiakkaiden ja henkilöstön kokemuksiin perustuvaa tietoa. (63)

Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi edellyttää maakunnilta tiedon käyttämistä järjestämistehtävässään usein eri tavoin.

### *Maakuntastrategia ja palvelulupaus*

Maakunnan on laadittava taloutensa ja toimintansa suunnittelua ja johtamista varten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia osana maakuntastrategiaa. Maakunnan strategian tulee perustua arvioon maakunnan tilanteesta strategian laatimishetkellä sekä tulevista toimintaympäristön muutoksista ja niiden vaikutuksista maakunnan tehtävien toteuttamiseen. Strategiassa tulee määritellä myös sen toteutumisen arviointi ja seuranta. Palvelustrategiassa maakunta päättää järjestämisvastuulleen kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet. Maakunnan palvelulupaus on maakunnan asukkaille osoitettu tahdonilmaisus siitä, miten maakunta toteuttaa sosiaali- ja terveystalouden. (63)

### *Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus*

Sosiaali- ja terveydenhuolto on suunniteltava ja toteutettava sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisina kuin asiakkaiden tarve maakunnassa edellyttää. Palvelut on toteutettava yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä maakunnan väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja kootaan suurempiin kokonaisuuksiin silloin kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä. Sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta on edistettävä esteettömyyttä. (63)

*Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen maakunnassa*

Maakuntalakiesityksen mukaan maakunnan on strategiassaan otettava huomioon mm. asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen maakunnan tehtävälalla. Maakunnan on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen ja asetettava suunnittelussaan tavoitteet, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen edistää hyvinvointia ja terveyttä. Lisäksi maakunnan on määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet ja vastuutahot.

Maakunnan on valmistettava omalta osaltaan valtuustolleen valtuustokausittain alueellinen hyvinvointikertomus väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä. Kertomus laaditaan yhteistyössä alueen kuntien kanssa. Hyvinvointikertomus on julkaistava julkisessa tietoverkossa. Maakunnan on laadittava hyvinvointikertomus THL:n määrittelemän vähimmäistietosisällön mukaisesti.

Maakunnan on toimittava yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja tuettava niitä asiantuntemuksellaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi maakunnan yhteistyö alueen, kuntien järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa on keskeistä. Maakuntien tulee tukea kuntien hyvinvointikertomus- ja ennakkoarviointityötä. (63, 67, 69)

*Asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen*

Maakunnan on huolehdittava laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluita tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

*Maakunnan omavalvonta*

Maakunnan on laadittava järjestämisvastuuseen kuuluvista tehtävistä ja palveluista omavalvontaohjelma. Ohjelmassa tulee määritellä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttaminen, saatavuus ja laatu sekä asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus varmistetaan siitä riippumatta, tuottaako palvelun maakunta tai joku muu palvelun tuottaja. Omavalvontaohjelmassa on lisäksi todettava, miten sosiaali- ja terveystalouden toteutumista, asiakas- ja potilasturvallisuutta ja muuta laatua sekä yhdenvertaisuutta seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. (63)



### *Sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta ja arviointi*

Maakunnan on seurattava alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ja vaikuttavuutta, kustannuksia ja tuottavuutta sekä sitä, miten asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen on toteutunut. Lisäksi maakunnan on seurattava oman palvelutuotannon toimintaa ja taloutta sekä verrattava sitä muiden tuottamien palvelujen laatuun, vaikuttavuuteen ja tuottavuuteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee seurannan vähimmäistietosisällön. Maakuntien on toimitettava seurantatiedot Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle sen määrittelemällä tavalla. (63, 69)

### *Palvelujen tuottajan ohjaaminen*

Maakunnan on huolehdittava siitä, että maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvia palveluja tuottaessaan maakunnan liikelaitos sekä palveluja tuottavat yritykset ja yhteisöt käyttävät toimintansa suunnittelussa ja johtamisessa tietoa toiminnan laadusta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Palveluja tuotettaessa on käytettävä palvelujen yhteensovittamisen toteutumista koskevaa alueellista ja kansallista tietoa, tutkimukseen perustuvaa muuta tietoa sekä asiakkaiden ja henkilöstön kokemuksiin perustuvaa tietoa. (63)

### *Valvonta*

Maakunnan on valvottava alueellaan toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajia, jotka antavat suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja tai henkilökohtaisella budjetilla annettavia palveluja. Maakunta valvoo alueellaan myös palvelun tuottajia, joilta edellä mainitut palvelun tuottajat hankkivat tässä laissa tarkoitettuja palveluja. Maakunnalla on oikeus salassapitosäännösten estämättä saada maksutta palvelun tuottajalta valvonnan toteuttamiseksi välttämättä tarvittavat tiedot ja selvitykset tuottajan toiminnasta sekä palvelujen asianmukaisuuden arvioimiseksi välttämättä tarvittavat tiedot ja asiakirjat tuottajan asiakkaiden saamasta hoidosta ja palveluista. (63)

**Taulukko 5. Tietopohja maakunnan järjestämistehtävässä**

<p><b>Maakunnan ohjaustehtävän edellyttämä tietopohja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palvelutarve, etäisyydet palveluista, saatavuus, laatu, vaikuttavuus, tarkoituksenmukaisuus, kustannusvaikuttavuus, tehokkuus, esteettömyys, paljon palveluja tarvitsevien asiakasryhmien tunnistaminen, palvelujen toteutuminen, yhdenvertaisuus, asiakas- ja potilasturvallisuus, palvelujen yhteensovittamisen toteutuminen</li> <li>• Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila</li> <li>• Kustannukset, tuottavuus</li> <li>• Asiakkaiden ja henkilöstön kokemukset</li> </ul>
<p><b>Maakunnan toteuttama raportointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maakuntastrategia</li> <li>• Palvelulupaus</li> <li>• Omavalvontasuunnitelma</li> <li>• Maakunnan vuosittainen raportti STM:lle ja THL:lle</li> <li>• Hyvinvointikertomus valtuustokausittain</li> <li>• Minitietosisällön mukaisen tiedon toimittaminen THL:lle</li> </ul>

## 2.5 Kuntien päätöksenteko ja raportointivelvoitteet

### *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa*

Sote-järjestämislain mukaan kunnan edistäessä asukkaitensa hyvinvointia kuntalain (410/2015) mukaisesti, sen on seurattava asukkaitensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava kunnanvaltuustolle vuosittain. Lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava hyvinvointikertomus ja julkaistava se julkisessa tietoverkossa. Kunnan tulee laatia hyvinvointikertomus THL:n määrittelemän vähimmäistietosisällön mukaisesti. Hyvinvointikertomus on toimitettava maakunnalle ja julkaistava julkisessa tietoverkossa. (63, 69)

Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Päätösten vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon kunnan eri toimialojen päätöksenteossa. Kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnan eri toimialojen ja maakunnan sekä muiden kunnassa toimivien julkisten toimijoiden sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. (63)

## 2.6 Palvelun tuottajien päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet

Palvelujen tuottajien toimintaa ohjaavia ovat sekä hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä että hallituksen esitys sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta. (63, 68)

### Hallituksen esitys sote-järjestämislain mukaiset velvollisuudet

- Palvelun tuottajan on tämän lain mukaisessa toiminnassaan noudatettava julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiä velvoitteita ja maakunnan palvelustrategiaa ja palvelulupausta. Tuottajan on toteutettava asiakkaan palvelut asiakassuunnitelman mukaisesti ja noudatettava maakunnan määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja sekä varmistettava palveluketjujen integraation toteutuminen ja toimitettava integraation edellyttämässä yhteistyössä muiden palvelun tuottajien kanssa sekä tallennettava asiakas- ja potilastiedot maakunnan asiakas- ja potilasrekisteriin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) mukaisia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen. Tuottajan on otettava toimintayksikössä annettavaan koulutukseen ja siihen liittyvään harjoitteluun laissa tarkoitettuja sosiaalihuollon ja terveydenhuollon opiskelijoita koulutuksesta vastaavan yliopiston ja maakunnan osoituksen mukaisesti; ja toimitettava maakunnalle sen järjestämistehtävän edellyttämät tiedot palvelujen toteutumisesta.
- Maakunnalle sosiaali- ja terveystalouden palveluja tuottavan palvelun tuottajan on valvottava oman toimintansa asianmukaisuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta ja muuta laatua.
- Maakunnalle palveluja tuottavien yksityisten palveluntuottajien on toimitettava laissa mainitun seurannan edellyttämät tiedot maakuntien ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittelemällä tavalla. (63)

### Hallituksen esitys sote-palvelujen tuottajalain mukaiset velvollisuudet.

- Sosiaali- ja terveystalouden palvelun on oltava laadukasta, asiakaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toiminnan johtamisessa on ol-

tava sellaista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon ja huolenpidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

- Palvelun tuottajan on valvottava oman toimintansa laatua ja asianmukaisuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Palvelun tuottajan on laadittava toiminnan laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelun tuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut. Palvelun tuottajan on tehtävä omavalvontasuunnitelma sähköisesti ja julkaistava se internetsivuillaan sekä pidettävä omavalvontasuunnitelma julkisesti nähtävänä palveluyksikössä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) antaa määräykset omavalvontasuunnitelman laatimisesta, sisällöstä ja seurannasta. (68)

## 2.7 Valvontaviranomaisten päätöksenteko, antama ohjaus ja raportointivelvoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lisäksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon valvontarakenne. On esitetty, että vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisvalvonnasta ja valvontaan liittyvästä ohjauksesta siirretään Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirastolta Valviralta ja aluehallintovirastoilta uudelle monialaiselle Valtion lupa- ja valvontavirastolle, Luovalle, joka käynnistyisi uudistuksen voimaantulon yhteydessä 1.1.2021. Uudelle monialaiselle valtakunnalliselle virastolle koottaisiin pääosa lakkautettavaksi ehdotettavien aluehallintovirastojen ja Valviran tehtävistä sekä osa lakkautettavaksi ehdotettavien elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusten (ELY -keskusten) sekä työ- ja elinkeinotoimistojen kehittämis- ja hallintokeskuksen tehtävistä. Valtion lupa- ja valvontaviraston tehtävänä olisi turvata alueilla perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutuminen hoitamalla lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus-, lupa-, rekisteröinti- ja valvontatehtäviä. Virastotyypiltään Valtion lupa- ja valvontavirasto olisi uudenlainen valtioneuvoston alainen ja sitä ohjaavien ministeriöiden yhteinen virasto. (66)

Valvontaan kuuluvan ohjauksen tavoitteena on ehkäistä jo ennalta asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä asiakkaan ja potilaan oikeuksia vaarantavien olosuhteiden ja käytäntöjen syntymistä, sekä korjata toiminnassa havaitut puutteet ja muut epäkohdat. Riskinarviointiin perustuvan valvonnan suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi on välttämätöntä saada kattavaa tietoa valvontakohteista. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnassa viranomaisen tarvitsee työnsä pohjaksi ja tilannekuvan muodostamiseksi säännöllisesti sekä valtakunnallisia että toimintayksikkökohtaisia seurantatietoja pal-

velujen toteutumisesta ja laadusta. Valvonnan painopiste tulee entistä enemmän olemaan ennakkollisessa valvonnassa ja omavalvonnassa. Hyvin toimivan ennakkollisen valvonnan edellytys on luotettavan ja vertailukelpoisen tiedon saanti, mikä korostuu erityisesti riskiperusteisessa valvonnassa ja valvonnan vaikuttavuuden seurannassa. Tietopohjaan tai raportointiin liittyvistä valvontaviranomaisen tehtävistä on mukana säädöksiä eri hallituksen esityksissä. (66)

#### Lakiehdotus valtion lupa- ja valvontavirastosta

Valtion lupa- ja valvontavirasto on monialainen valtion hallintoviranomainen, joka turvaa perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista alueilla sekä valvoo yleistä etua hoitamalla lainsäädännön toimeenpano, ohjaus- ja valvontatehtäviä. Viraston toiminta on ennakoivaa ja riskiperusteista.

#### *Tiedonsaantioikeus sosiaali- ja terveysalan tehtävissä*

Valtion lupa- ja valvontaviraston sosiaali- ja terveystoimialalla on oikeus maksutta ja salassapitosäännösten estämättä saada sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjältä ja tuottajalta, terveydenhuollon ammattihenkilöltä, sosiaalihuollon ammattihenkilöltä, valtion, maakunnan ja kunnan viranomaiselta, potilasvahinkolautakunnalta ja muulta julkisoikeudelliselta yhteisöltä, Kansaneläkelaitokselta, Eläketurvakeskukselta, eläkesäätiöltä ja muulta eläkelaitokselta sekä vakuutuslaitokselta ja apteekilta tehtäviensä suorittamista varten välttämättömät tiedot.

#### *Arviointitehtävät*

Valtion lupa- ja valvontaviraston sosiaali- ja terveysala vastaa tehtäviensä hoitamiseksi tarpeellisista arviointitehtävistä, joista voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. (66)

#### HE sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomainen laatii vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan yhteydessä saatujen tietojen perusteella raportin alueensa maakuntien palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta. Aluehallintovirasto valvoo toimialueellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen lainmukaisuutta ja antaa siihen liittyvää ohjausta.

Maakunnan on ilmoitettava tietoonsa saamastaan epäkohdasta palvelun tuottajan toiminnassa välittömästi valvontaviranomaiselle. Jos valvontaviranomainen saa valvontatoiminnassaan tiedon epäkohdasta palvelun tuottajan toiminnassa, vastaavasti sen

on ilmoitettava asiasta välittömästi maakunnalle, jonka alueella palvelun tuottaja toimii. Lisäksi maakunnan ja valvontaviranomaisen on lähetettävä toisilleen tiedoksi laatimansa tarkastuskertomukset, jotka koskevat maakunnan alueella toimivien palvelun tuottajien toimintaa. (63)

#### Hallituksen esitys sote-palvelujen tuottajalaiksi

##### *Toimivaltainen viranomainen*

Palvelun tuottajan on annettava rekisteröintiä varten säädetyt tiedot Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle, joka siirtää tarvittaessa palvelun tuottajaa ja palveluyksikön rekisteröintiä koskevan asian toimivaltaisen aluehallintoviraston käsiteltäväksi.

##### *Rekisteröintiä varten annettavat tiedot*

Palvelun tuottajan on annettava tuottajaksi rekisteröintiä varten palvelun tuottajaa koskevien tietojen lisäksi tiedot ja selvitykset palvelun sisällöstä ja siinä tapahtuneista olennaisista muutoksista palveluyksikkökohtaisesti, mm. palvelujen kohderyhmä; suunniteltu asiakasmäärä; palvelutoimintaan osallistuvan henkilöstön määrä ja koulutus; tässä laissa tarkoitettu toiminnan laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi laadittu omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelun tuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa tarkoitettu omavalvontasuunnitelma.

##### *Ohjauksen ja valvonnan yleiset periaatteet*

Valvontaviranomaisen on noudatettava yhdenmukaisia periaatteita, menettelytapoja ja ratkaisukäytäntöjä ohjauksessa ja valvonnassa. Ja ryhdyttävä tietoonsa tulleen valvonta-asian perusteella niihin toimenpiteisiin, joihin ne potilas- tai asiakasturvallisuuden varmistamisen tai lain noudattamisen kannalta katsovat olevan aiheita.

##### *Tietojen saaminen*

Sosiaali- ja terveysministeriöllä, Valviralla ja aluehallintovirastolla on oikeus maksutta ja salassapitosäännösten estämättä saada sosiaali- ja terveystuottajalta, terveydenhuollon ammattihenkilöltä, sosiaalihuollon ammattihenkilöltä, veroviranomaiselta ja ulosottoviranomaiselta sekä muilta viranomaisilta ja muulta julkisoikeudelliselta yhteisöltä, Kansaneläkelaitokselta, Eläketurvakeskukselta, eläkesäätiöltä ja muulta eläkelaitokselta, vakuutuslaitokselta sekä apteekilta tämän lain mukaisten tehtäviensä suorittamista varten välttämättömät tiedot. (68)

## 2.8 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen seuranta- ja raportointivelvoitteet ja toimivalta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) seuranta- ja raportointivelvoitteesta on säädöksiä HE järjestämislaissa, sen mukaan:

- THL tuottaa neljän vuoden välein (kerran vaalikaudessa) valtakunnallisten strategisten tavoitteiden laadinnassa ja maakuntien kanssa käytävissä neuvotteluissa tarvittavat selvitykset sosiaali- ja terveydenhuollon tilasta ja toteutumisesta.
- THL:n tehtävänä on analysoida maakuntien ja valvontaviranomaisen antamat vuosittaiset selvitykset ja antaa STM:lle vuosittain valtakunnallisen sekä maakuntakohtaisen asiantuntija-arvion siitä vastaako palvelujen saatavuus väestön tarpeisiin yhdenvertaisesti sekä arvion palvelujen kustannusvaikuttavasta toteutuksesta.
- THL:n tehtävänä on seurata ja arvioida väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä maakuntien järjestämää sosiaali- ja terveydenhuoltoa.
- THL määrää väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannan vähimmäistietosisällön, mukaan lukien hyvinvointikertomukset. Maakuntien on toimitettava seurantatiedot THL:lle sen määrittelemällä tavalla. Maakunnalle palveluja tuottavien yksityisten palveluntuottajien on toimitettava seurannan edellyttämät tiedot maakuntien ja THL:n käyttöön sen määrittelemällä tavalla.
  - THL valmistelee sekä kunnan että maakunnan hyvinvointikertomuksen vähimmäistietosisältöä ja on julkaissut ehdotukset sekä kunnan että maakunnan hyvinvointikertomuksen vähimmäistietolistauksen kommentoitavaksi THL:n sivuilla. (69)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos valmistelee rahoituksen suuruuden määrittämisessä tarvittavat sote-tarvetekijöiden painokertoimet. (63)

## 2.9 Tietopohjaan ja tiedolla ohjaukseen liittyvät näkökulmat hallituksen esityksessä eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

Hallitus esitti asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä osana maakunta- ja sote-uudistusta ja antoi esityksen valinnanvapauden lainsäädännöstä (HE 16/2018) eduskunnalle 8.3.2018. Asia on lähetetty sosiaali- ja terveysvaliokuntaan, jolle perustuslakivaliokunnan, valtiovarainvaliokunnan, tarkastusvaliokunnan, hallintovaliokunnan, talousvaliokunnan ja työelämä- ja tasa-arvovaliokunnan on annettava lausunto. Käsittely on vielä kesken. Tähän kappaleeseen on koottu hallituksen esityksestä niitä kohtia, joilla on erityistä merkitystä sote-tietopohjaan ja ohjauksen tietotarpeeseen. (70)

### *Asiakassuunnitelma*

Maakunnan on huolehdittava järjestämislain mukaisesti laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluja tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Tämän toteuttamiseksi asiakkaalle laaditaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakassuunnitelma. Maakunnan liikelaitos, sosiaali- ja terveyskeskus ja suun hoidon yksikkö ovat kukin omalta osaltaan vastuussa suunnitelman laatimisesta. Maakunnan liikelaitos vastaa siitä, että asiakassuunnitelma muodostaa asiakkaan palvelutarpeen kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden. (70)

### *Suoran valinnan palvelut*

Sosiaali- ja terveyskeskuksessa tuotettavia sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluja ovat mm. terveysneuvonta ja terveystarkastukset; terveydenhuollon neuvonta ja ohjaus; yleislääketieteen alaan kuuluva, terveydenhuollon ammattihenkilön suorittama, vastaanotolla, kotikäynnillä tai etäyhteyden avulla toteutettava asiakkaan oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimus, toteaminen ja hoito; kuntoutusneuvonta ja -ohjaus ja toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi; laboratorio- ja kuvantamispalvelut; todistusten antaminen; sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus. Lisäksi maakunnan on sisällytettävä sosiaali- ja terveyskeskuksessa tuotettaviin suoran valinnan palveluihin muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuol-



lon ammattihenkilöiden konsultaatio- ja vastaanottopalveluja siten, että jokaisessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa on mainittuja palveluja väestön palvelutarvetta vastaavasti vähintään kahdelta lääketieteen erikoisalalta. Maakunnan on päätettävä eri erikoisalojen konsultaatio- ja vastaanottopalvelujen sisältö ja laajuus ottaen huomioon hoidon tarve sairauksissa, joilla on suuri vaikutus väestön terveyteen, sekä siten, että se vastaa maakunnan asukkaiden palvelutarpeita. (70)

Suunhoidon yksikössä tuotettavia suun terveydenhuollon suoran valinnan palveluja ovat mm. terveysneuvonta ja terveystarkastukset; suusairauksien ennaltaehkäisy ja siihen liittyvä neuvonta ja muut palvelut sekä määräaikaiset suun terveystarkastukset; muu kuin hammaslääketieteen erikoisaloihin kuuluva suun ja hampaiden tutkimus, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu; suusairauksien oireiden toteaminen, oireen mukainen hoito ja hammasproteettiset korjaukset; muut kuin hammaslääketieteen erikoisaloihin kuuluvat iensairauksien ja hammasinfektioiden hoidot sekä suun ja hampaiston korjaavat ja kirurgiset hoitotoimenpiteet; kuvantamispalvelut ja vastaanototoiminta; hammaslääkärin todistukset ja lausunnot. Lisäksi maakunnan on sisällytettävä suunhoidon yksikössä tuotettaviin suoran valinnan palveluihin alueensa palvelutarjonta ja asukkaiden palvelutarve huomioon ottaen riittävä määrä palveluihin liittyviä terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatio- ja vastaanottopalveluja.

Maakunnan on päättäessään siitä, mitä palveluja se siirtää suoran valinnan palveluihin, otettava huomioon asukkaiden palvelutarve, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelukokonaisuuksien toimivuus, paikalliset olosuhteet ja mahdollisuudet järjestää palvelut kustannusvaikuttavalla tavalla sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja suunhoidon yksiköissä. Siirron edellytyksenä on, että asiakas- ja potilasturvallisuus ei vaarannu. Maakunnan tulee säännöllisesti seurata kyseisten palvelujen tarjontaa alueellaan. (70)

#### *Asiakassetelipalvelut*

Maakunnan liikelaitoksen on tarjottava asiakkaalle asiakasseteli tuotantovastuulleen kuuluvien seuraavien tarkemmin määrittelemiensä, ja muussa lainsäädännössä täsmennetyt, muiden kuin suoran valinnan palvelujen saamiseksi: sosiaalinen kuntoutus; kotipalvelu; kotihoito; kehitysvammalaisissa tarkoitetut asumispalvelut; vammaisten henkilöiden työtoiminta; kotisairaanhoido; lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvät terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäiset vastaanottokäynnit; suunhoidossa tarpeelliset hammasproteettiset hoidot. Maakunta saa rajata asiakassetelin käyttöönoton laajuutta kussakin palvelussa, jos se on välttämätöntä palvelukokonaisuuksien toimivuuden tai palvelujen kustannustehokkaan järjestämisen perusteella. Maakunnan on lisäksi päätettävä perusteet, jotka maakunnan liikelaitoksen on otettava huomioon sen määrittellessä asiakassetelillä annettavan palvelun tarkemman sisällön.

Maakunnan liikelaitoksen on tarjottava asiakkaalle asiakasseteli tuotantovastuulleen kuuluvien muidenkin palvelujen saamiseksi, jos asiakkaalle ei voida antaa maakunnan liikelaitoksen palveluja terveydenhuoltolain mukaisessa määräajassa. Maakunta saa ottaa asiakassetelin käyttöön lisäksi sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä ja tukihenkilöiden tai -perheiden järjestämisessä sekä muissa sosiaalihuollon ennaltaehkäisevissä palveluissa, omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) mukaisessa omaishoitajan vapaan toteuttamisessa, vammaispalvelulain mukaisessa henkilökohtaisessa avussa, päivätoiminnassa ja sopeutumisvalmennuksessa, terveydenhuoltolain mukaisissa neuvolapalveluissa, polikliinisesti toteutettavissa kirurgisissa toimenpiteissä, kiirettömässä leikkaustoiminnassa, terveydenhuollon ammattihenkilön kiirettömässä vastaanottokäynneissä, asiakkaan hoitoon liittyvissä lääketieteellisissä tutkimuksissa, hampaiden oikomishoidossa sekä muissa näihin verrattavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Maakunnan on tehtävä päätös siitä, käytetäänkö asiakasseteliä tässä momentissa tarkoitetuissa palveluissa. Päättäessään asiakassetelin käyttöönotosta ja asiakassetelillä maksettavien palvelujen määrästä, maakunnan on otettava huomioon hoidon saatavuuden määräaikojen toteutumisen, palvelujen saavutettavuuden ja palvelukokonaisuuksien toimivuuden edistäminen sekä sen varmistaminen, että myös muissa kuin suoran valinnan palveluissa toteutuu riittävästi asiakkaan mahdollisuus valita palveluntuottaja.

Maakunnan tulee säännöllisesti seurata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjontaa alueellaan. Päättäessään asiakassetelin käytön laajuudesta sekä muista asiakassetelipalveluista maakunnan on otettava huomioon järjestämislaissa tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet, maakunnan asukkaiden tarpeet sekä maakunnan palvelustrategia ja sen linjaukset muilta tuottajilta hankittavista palveluista. (70)

#### *Palvelutarpeen arviointi ja menettely asiakasseteliä annettaessa*

Maakunnan liikelaitos vastaa asiakassetelipalveluissa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnista ja sosiaalihoitoa koskevan hallintopäätöksen teosta siten kuin niistä erikseen säädetään. Jos asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella täyttyvät edellytykset asiakassetelin saamiselle, asiakkaalle on tarjottava palveluun asiakasseteli. (70)

#### *Henkilökohtaiseen budjettiin oikeutetut*

Maakunnan liikelaitoksen on tarjottava henkilökohtaista budjettia vanhuspalvelulaissa, vammaispalvelulaissa tai kehitysvammalaissa tarkoitetulle henkilölle, jolla on todettu

sosiaali- tai terveydenhuollon palvelujen tarve. Maakunta voi päättää käyttää henkilökohtaista budjettia myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden palvelujen tuottamisessa, joilla on jatkuvaa ja laaja-alaista avun tai tuen taikka hoidon ja huolenpidon tarvetta ja, jotka pystyvät joko itse tai tuettuina suunnittelemaan ja valitsemaan omat palvelunsa. Henkilökohtaisen budjetin käyttämisen tulee olla asiakkaan edun mukaista. (70)

#### *Asiakkaan oikeus henkilökohtaiseen budjettiin*

Jos edellytykset asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella täyttyvät, hänellä on oikeus henkilökohtaiseen budjettiin. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta henkilökohtaisesta budjetista, jolloin maakunnan liikelaitos vastaa asiakkaan palvelujen tuottamisesta muulla tavoin. Maakunnan liikelaitos vastaa muulla tavoin niiden palvelujen tuottamisesta, joita ei sisällytetä asiakkaan henkilökohtaiseen budjettiin. (70)

#### *Menettely henkilökohtaista budjettia käytettäessä*

Maakunnan liikelaitoksen on huolehdittava asiakkaan neuvonnasta ja ohjauksesta palvelujen suunnittelussa ja annettava asiakkaalle selvitys palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Henkilökohtaisen budjetin myöntäminen edellyttää asiakkaan palvelutarpeen arviointia, asiakassuunnitelman laatimista ja henkilökohtaista budjettia koskevan päätöksen tekemistä. Henkilökohtaisen budjetin suuruudesta päätettäessä on otettava huomioon eri palvelujen käyttötarve ja se, mitä palvelujen tuottaminen maakunnan liikelaitoksen tuottamana maksaisi. (70)

#### *Henkilökohtaisen budjetin hallinnointi*

Henkilökohtainen budjetti on laadittava joko määräajaksi tai toistaiseksi voimassa olevaksi. Henkilökohtaisen budjetin toteutumista on arvioitava vähintään vuosittain sekä tarvittaessa muutettava sitä. Henkilökohtaista budjettia on tarkistettava lisäksi, mikäli asiakkaan elämäntilanne, olosuhteet tai avuntarve olennaisesti muuttuvat. Henkilökohtaista budjettia on tarkistettava kustannustason olennaisesti muuttuessa tai, jos sen suuruus ei vastaa asiakkaan palvelutarvetta. (70)

#### *Palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma suoran valinnan palveluissa*

Suoran valinnan palveluntuottaja arvioi asiakkaan palvelutarpeen palveluihin siten kuin siitä erikseen säädetään. Suoran valinnan palveluntuottajan on laadittava asiakkaalle annettavia suoran valinnan palveluja koskeva asiakassuunnitelman osuus siten

kuin siitä erikseen säädetään. Jos suoran valinnan palveluntuottaja arvioi, että asiakkaalla on tarve muuhun kuin suoran valinnan palveluun, sen on ohjattava asiakas palvelutarpeen arvioinnista vastaavaan maakunnan liikelaitokseen. (70)

#### *Palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma maakunnan liikelaitoksessa*

Muissa kuin suoran valinnan palveluissa asiakas saa hakeutua palvelutarpeen arvioinnista vastaavaan maakunnan liikelaitoksen palveluyksikköön ilman sosiaali- ja terveyskeskuksen tai suunhoidon yksikön antamaa ohjausta. Maakunnan liikelaitos vastaa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta muissa kuin suoran valinnan palveluissa. Lisäksi maakunnan liikelaitos on kokonaisvastuussa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta, kun asiakas saa suoran valinnan palvelujen lisäksi maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevia palveluja.

Maakunnan liikelaitoksen on oltava palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelmaa laatiessaan yhteistyössä suoran valinnan palveluntuottajan ja muiden asiakkaan palveluja toteuttavien palveluntuottajien kanssa. Yhteistyöllä on mahdollistettava se, että arvioitaessa palvelutarvetta ja laadittaessa asiakassuunnitelmaa asiakas voi asioida mahdollisuuksien mukaan maakunnan liikelaitoksen kanssa sähköisesti tai muutoin siten, ettei hänen tarvitse asioida liikelaitoksessa henkilökohtaisesti, jos se on palvelun tai hoidon kannalta perusteltua. Jos maakunnan liikelaitos arvioi, että asiakkaalla on tarve suoran valinnan palveluntuottajan tuotantovastuulla olevaan palveluun, sen on ohjattava asiakas tämän valitsemaan sosiaali- ja terveyskeskukseen tai suunhoidon yksikköön. Maakunnan liikelaitos voi arvioida asiakkaan palvelutarpeen ja laatia asiakassuunnitelman myös suoran valinnan palvelujen osalta, jos se on asiakkaan palvelutarve huomioon ottaen perusteltua. (70)

#### *Suoran valinnan palveluntuottajan vastuu palvelujen yhteensovittamisesta*

Suoran valinnan palveluntuottaja vastaa asiakkaansa palvelujen yhteensovittamisesta, jos asiakas saa vain suoran valinnan palveluja. Kun asiakkaan palvelujen yhteensovittamisesta vastaa maakunnan liikelaitos, suoran valinnan palveluntuottajan on tehtävä yhteistyötä sen kanssa. (70)

#### *Maakunnan ja maakunnan liikelaitoksen vastuu palvelujen yhteensovittamisesta*

Jos asiakas saa suoran valinnan palvelujen lisäksi maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevia muita palveluja, maakunnan liikelaitos vastaa kaikkien asiakkaan saamien palvelujen yhteensovittamisesta. Liikelaitoksen on huolehdittava palvelujen yh-

teensovittamisen edellyttämästä yhteistyöstä palveluntuottajien välillä. Lisäksi maakunnan liikelaitoksen on huolehdittava siitä, että asiakkaat saavat palvelujen yhteensovittamiseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Palvelujen yhteensovittamisessa ja siihen liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa on kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaisiin, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteen sovitettavia palveluja tai paljon palveluja tai jotka ovat erityisen tuen tarpeessa. (70)

*Sosiaali- ja terveyskeskuksen yhteydessä annettavat maakunnan liikelaitoksen palvelut*

Maakunnan liikelaitoksen ja sosiaali- ja terveyskeskuksen on tehtävä yhteistyötä lähellä asiakasta tapahtuvan asiakkaiden palvelutarpeen edellyttämän sujuvan palvelun varmistamiseksi, palvelun turvallisuuden ja vaikuttavuuden kannalta tarpeettoman erillisen asioinnin vähentämiseksi ja palvelujen yhteensovittamisen helpottamiseksi. Maakunnan liikelaitos voi antaa maakunnan päättämällä tavalla alueellisten palvelutarpeiden mukaisesti tuotantovastuullaan olevia muita kuin suoran valinnan palveluja sosiaali- ja terveyskeskusten yhteydessä palveluntuottajan kanssa sovittavalla tavalla. Maakunnan liikelaitoksen palveluja voi antaa sosiaali- ja terveyskeskuksen yhteydessä työskentelevä tai maakunnan alueella liikkuvasti työskentelevä maakunnan liikelaitoksen henkilöstö tai niitä voidaan antaa sähköisinä palveluina tai muilla soveltuvilla tavoilla.

Maakunnan liikelaitoksella on oltava yksi tai useampi sosiaalityöntekijöistä, muista sosiaalihuollon ammattihenkilöistä ja tarpeen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä muodostettu ryhmä, joka työskentelee maakunnan päättämällä tavalla maakunnan alueella sosiaali- ja terveyskeskusten yhteydessä alueellisten palvelutarpeiden mukaisesti. Ryhmän tehtävänä on antaa sosiaalihuollon konsultaatiopalveluja sosiaali- ja terveyskeskuksille, arvioida tarvittaessa niiden asiakkaiden palvelutarvetta maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla oleviin muihin kuin suoran valinnan palveluihin ja ohjata asiakkaat tarvittaessa hakeutumaan maakunnan liikelaitoksen palveluihin. Antaessaan ja kehittäessään palveluja maakunnan liikelaitoksen on kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaisiin, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteen sovitettavia palveluja tai paljon palveluja tai jotka ovat erityisen tuen tarpeessa. (70)

*Maakunnan asettamat ehdot palveluntuottajille*

Maakunta voi asettaa suoran valinnan palveluntuottajille sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palvelun tuottajille palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta, palveluketjuja, palvelujen yhteensovittamista koskevia, normaaliolojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumista koskevia ja muita palvelujen tuottamiseen liittyviä ehtoja, joilla edistetään väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä väestön

palvelutarpeita vastaavien riittävien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta maakunnassa tai jotka muutoin ovat tarpeen maakunnan järjestämistä toteuttamiseksi. Palveluntuottajan on täytettävä maakunnan asettamat ehdot tässä laissa tarkoitettuja palveluja tuottaessaan. Ehtojen on oltava yhdenmukaiset kaikille samanlaisia palveluja tuottaville yrityksille, yhteisöille ja ammatinharjoittajille sekä maakunnan liikelaitoksen sosiaali- ja terveyskeskuksille ja suunhoidon yksiköille. Maakunta voi päättää, että suoran valinnan palveluntuottajille asetettu ehto koskee vain tietyllä maakunnan alueella toimivia sosiaali- ja terveyskeskuksia tai suunhoidon yksiköitä tai vain tietyjä maakunnan määrittelemiä palveluja. (70)

*Maakunnan liikelaitoksen tuottamien suoran valinnan palvelujen kirjanpidollinen eriyttäminen*

Maakunnan on tilikausittain laadittava tase, tuloslaskelma sekä suoran valinnan palveluista toimintakertomus maakuntalain, kirjanpitolain sekä tämän lain säännösten mukaisesti. Siinä tulee esittää tiedot palvelujen kustannuksista, tehokkuutta, laatua ja vaikuttavuutta kuvaavista tunnusluvuista. (70)

*Palveluntuottajan velvollisuus antaa palvelutoimintaansa koskevia tietoja*

Suoran valinnan palveluntuottajien on annettava maakunnalle tiedot asiakkaistaan sekä heille antamista palveluista ja niiden vaikutuksista. Lisäksi maakunnalle on annettava tiedot valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen kustannuksista. Asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin perusteella palveluja tuottavan palveluntuottajan on annettava vastaavat tiedot maakunnan liikelaitokselle, jonka on annettava ne maakunnalle. (70)

*Palveluntuottajille maksettavia korvauksia koskevat yleiset periaatteet*

Palveluntuottajalle maksettavien korvausten on kannustettava tehokkaihin palveluihin sekä edistettävä väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Korvausten on tuettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuustavoitteiden toteutumista, asiakkaiden valinnanvapautta ja maakuntatalouden kestävyyttä. (70)

*Kiinteä korvaus suoran valinnan palveluntuottajalle*

Suoran valinnan palveluntuottaja saa jokaisesta listautuneesta asiakkaasta maakunnan määrittelemän kiinteän korvauksen, jonka suuruus perustuu tarvetekijöihin. Suun terveydenhuollossa kiinteän korvauksen on oltava vähintään puolet maakunnan suun terveydenhuollon suoran valinnan palveluihin osoittamasta määrärahasta. Muissa

suoran valinnan palveluissa kiinteän korvauksen on oltava vähintään kaksi kolmasosaa maakunnan sosiaali- ja terveyskeskusten palvelujen kustannuksiin osoittamasta määrärahasta. Kiinteän korvauksen suuruutta määritettäessä maakuntien on noudatettava kansallisia tarvetekijöitä. Suun terveydenhuollossa kansallisia tarvetekijöitä ovat asiakkaiden ikä, sukupuoli, sairastavuus ja sosioekonomiset tekijät. Muissa suoran valinnan palveluissa tarvetekijöitä ovat asiakkaiden ikä, sukupuoli, sairastavuus, työssäkäynti ja muut sosioekonomiset tekijät.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos valmistelee tarvetekijöille painokertoimet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on oikeus saada painokertoimien määrittelemiseksi välttämättömät tiedot salassapitosäännösten estämättä ja korvauksetta maakunnilta, palveluntuottajilta, Eläketurvakeskukselta, Kansaneläkelaitokselta, Tilastokeskukselta ja Väestörekisterikeskukselta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos voi lisäksi käyttää salassapitosäännösten estämättä painokertoimien määrittelemiseksi välttämättömiä tietoja, jotka se on saanut sille säädettyjen muiden tehtävien hoitamista varten. (70)

#### *Kannustinperusteiset korvaukset suoran valinnan palveluntuottajille*

Maakunta voi maksaa suoran valinnan palveluntuottajille lisäksi tuottajan suoriutumisen perusteella kannustinperusteisia korvauksia etukäteen määrittelemiensä perusteiden mukaisesti. Kannustinperusteisten korvausten tulee määräytyä palvelujen laatua, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta kuvaavien tekijöiden tai maakunnan asettamien muiden tavoitteiden perusteella. Maakunta voi käyttää myös kannustinjärjestelmää, jossa koko palveluketjussa saadut kustannushyödyt jaetaan ketjun eri tuottajien ja maakunnan välillä edellyttäen että laadulliset ja muut kriteerit täyttyvät.

Maakunnan tulee käyttää suoran valinnan palveluntuottajien suoriutumisen arvioinnissa yhdenvertaisia mittareita ja perusteita. Maakunnan tulee tiedottaa käyttämistään mittareista ja perusteista ja näiden muutoksista palveluntuottajille hyvissä ajoin niin, että palveluntuottajat pystyvät suunnittelemaan toimintaansa vaatimusten mukaisesti. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kannustinperusteisten korvausten perusteena olevista palvelujen laadun, kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden mittareista sekä mainittujen tekijöiden perusteella maksettavien kannustinperusteisten korvausten tarkemmista perusteista. (70)

#### *Korvaukset asiakassetelipalveluntuottajalle*

Maakunnan liikelaitos päättää asiakassetelipalveluntuottajille maksettavista korvauksista ja asiakasseteliin mahdollisesti liitettävästä kannustinperusteisesta osuudesta. Maakunnan liikelaitos korvaa palveluntuottajalle ennalta määräämänsä arvoon asti kustannukset palveluista, joita asiakas saa maakunnan liikelaitoksen myöntämällä

asiakassetelillä. Asiakassetelillä valittavissa palveluissa voidaan palveluntuottajalle suorittaa lisäksi korvausta lisäkustannuksista, jotka aiheutuvat asukastiheydestä, syrjäisyydestä, kielellisistä olosuhteista tai muista vastaavista paikallisista olosuhteista. Asiakassetelipalveluntuottajalle maksettavaan korvaukseen voidaan liittää kannustinperusteinen osuus, jonka palveluntuottaja saa maakunnan liikelaitoksen etukäteen määrittelemien perusteiden mukaisesti. Kannustinperusteisten korvausten tulee määräytyä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta kuvaavien tekijöiden tai maakunnan liikelaitoksen asettamien muiden tavoitteiden perusteella. Kannustinperusteista korvausta voidaan maksaa, jos asiakassetelillä annettavan palvelun taso on korkeampi kuin lain-säädäntöön ja vakiintuneeseen käytäntöön perustuva palvelun taso. (70)

*Korvaukset annettaessa palveluja henkilökohtaisella budjetilla*

Palveluntuottajan on toimitettava riittävät tiedot asiakkaalle annetuista palveluista ja palvelujen tuottamisesta aiheutuneista kustannuksista maakunnan liikelaitokselle. Henkilökohtaisella budjetilla valittavien palvelujen tuottajalle voidaan suorittaa lisäksi korvausta lisäkustannuksista, jotka aiheutuvat asukastiheydestä, syrjäisyydestä, kielellisistä olosuhteista tai muista vastaavista paikallisista olosuhteista. (70)

*Korvauksen alentaminen tai sen maksamisesta pidäytyminen palveluntuottajan virheen perusteella*

Jos palveluntuottaja on tämän lain mukaisessa toiminnassaan jättänyt noudattamatta laissa säädettyjä velvoitteita, maakunnan asettamia ehtoja, sopimuksenehtoja tai asiakkaille annettavat palvelut eivät ole potilaslaissa tai sosiaalihuollon asiakaslaissa tarkoitetulla tavalla laadultaan hyviä, maakunta voi alentaa tämän luvun mukaisia korvauksia. (70)

*Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito*

Maakunta on henkilötietolaissa (523/1999) tarkoitettu rekisterinpitäjä järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjojen osalta. Palveluntuottajalla on oikeus käsitellä maakunnan asiakas- ja potilasrekisterissä olevia asiakkaan palvelun edellyttämiä välttämättömiä asiakas- ja potilastietoja. Suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja ja henkilökohtaiseen budjettiin kuuluvia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavien palveluntuottajien sekä niiden lukuun toimivien muiden palveluntuottajien on käytettävä toiminnassaan asiakastietolain mukaisia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja. (70)



*Valinnanvapauden tiedonhallintapalvelut*

Asiakkaan valinnanvapauteen liittyvän tiedonhallinnan toteuttamiseksi ovat valtakunnalliset tiedonhallintapalvelut. Kaikkien tässä laissa tarkoitettujen palveluntuottajien on käytettävä näitä tiedonhallintapalveluja. (70)

*Asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia koskeva tiedonhallinta*

Maakunta vastaa asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia koskevien tiedonhallintaratkaisujen toteuttamisesta. (70)

*Valvonta*

Maakunnan on valvottava alueellaan toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajia, jotka antavat suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja tai henkilökohtaisella budjetilla annettavia palveluja. Maakunta valvoo alueellaan myös palveluntuottajia, joilta edellä mainitut palveluntuottajat hankkivat tässä laissa tarkoitettuja palveluja. Maakunnalla on oikeus salassapitosäännösten estämättä saada maksutta palveluntuottajalta valvonnan toteuttamiseksi välttämättä tarvittavat tiedot ja selvitykset tämän toiminnasta sekä palvelujen asianmukaisuuden arvioimiseksi välttämättä tarvittavat tiedot ja asiakirjat asiakkaiden saamasta hoidosta ja palveluista. Jos valvontaviranomainen saa valvontatoiminnassaan tiedon epäkohdasta tässä laissa tarkoitetun palveluntuottajan toiminnassa, vastaavasti sen on ilmoitettava asiasta välittömästi maakunnalle, jonka alueella palveluntuottaja toimii. Lisäksi maakunnan ja valvontaviranomaisen on lähetettävä toisilleen tiedoksi laatimansa tarkastuskertomukset, jotka koskevat maakunnan alueella toimivien palveluntuottajien toimintaa. (70)

## 2.10 Asiakkaille ja asukkaille tarjottavan tiedon tietopohja säädösten valossa

Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä todetaan, että maakunnan on järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siten, että asiakkaalla on mahdollisuus valita palvelun tuottaja siten kuin siitä erikseen säädetään. (63)

Hallituksen esityksessä laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa säädetään valinnanvapauden käyttämiseen liittyvästä ohjauksesta, neuvonnasta ja tuesta. Maakunnan on huolehdittava siitä, että asiakkaat saavat tässä laissa tarkoitettuja palveluja, valinnanvapautta ja valinnanvapauden käyttämistä koskevaa

ohjausta ja neuvontaa sekä tukea valinnanvapauden käyttämiseen. Suoran valinnan palveluntuottajan on annettava asiakkailleen ohjausta, neuvontaa ja tukea. Suoran valinnan palveluntuottajan on huolehdittava siitä, että sen antama neuvonta, ohjaus ja muut toimenpiteet edistävät asiakkaan edun toteutumista sosiaalihuoltolaissa tarkoitetulla tavalla ja sitä, että asiakas saa potilaslaissa ja terveydenhuoltolaissa tarkoitetulla tavalla tarvettaan vastaavan julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvan hoidon ja palvelun. Ohjausta, neuvontaa ja tukea on suunnattava erityisesti asiakkaille, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteensovittavia palveluja, paljon palveluja tai ovat erityisen tuen tarpeessa. (70)

## 2.11 Muusta lainsäädännöstä tulevat tietotarpeet ja tietotuotanto

Muistioon on koottu niitä maakunta- ja sote-uudistuksen sekä valinnanvapauden valmistelussa ja toimeenpanossa huomioitavia säädöksiä, joilla on merkitystä tietopohjan kehittämiseen ja ohjaukseen. Voimassa olevia substanssilakeja tullaan uudistuksen toimeenpanon aikana mahdollisesti tarvittavin osin tarkentamaan, mutta lähtökohtaisesti lait ovat voimassa uudistuksen käynnistyessä.

### 2.11.1 Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sen nojalla annetut asetukset

#### *Yhtenäiset hoidon perusteet*

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista kunnissa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymissä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista. (15, 71)

#### *Neuvolapalvelut*

Kunnan on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut. Neuvolapalveluihin sisältyvät: 1) sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden määrääjain toteutettava ja yksilöllisen tarpeen mukainen seuranta ja edistäminen; 2) lapsen terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta ensimmäisen ikävuoden aikana

keskimäärin kuukauden välein ja sen jälkeen vuosittain sekä yksilöllisen tarpeen mukaisesti; 3) lapsen suun terveydentilan seuranta vähintään joka toinen vuosi; 4) vanhemmuuden ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen; 5) lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyyden edistäminen; 6) lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen. (15, 71)

#### *Kouluterveydenhuolto*

Kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kouluterveydenhuoltoon kuuluu oppilaan työelämään tutustuttamisen aikainen terveydenhuolto. Kouluterveydenhuollon palveluihin sisältyvät: 1) kouluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä kouluuyhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein; 2) vuosiluokittain oppilaan kasvun ja kehityksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen; 3) oppilaan vanhempien ja huoltajien kasvatustyön tukeminen; 4) oppilaan suun terveydenhuolto, johon sisältyvät suun terveystarkastukset vähintään kolme kertaa ja yksilöllisen tarpeen mukaisesti; 5) oppilaan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen ja tukeminen sekä pitkäaikaisesti sairaan lapsen omahoidon tukeminen yhteistyössä muiden oppilashuollon toimijoiden kanssa sekä tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen; 6) oppilaan terveydentilan toteamista varten tarpeelliset erikoistutkimukset. (15, 71)

#### *Opiskeluterveydenhuolto*

Kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista koulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu opiskelijan työssäoppimisen ja työharjoittelun aikainen terveydenhuolto.

Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät: 1) oppilaitoksen opiskeluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä opiskeluuyhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein; 2) opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä opiskelukyvyyn seuraaminen ja edistäminen, johon sisältyvät lukion ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille kaksi määräaikaista terveystarkastusta ja kaikille opiskelijoille terveystarkastukset yksilöllisen tarpeen mukaisesti; 3) terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen opiskelijoille, mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edis-

täminen ja suun terveydenhuolto mukaan lukien; 4) opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen. (15, 71)

Terveydenhuoltolaissa säädettyyn opiskeluterveydenhuoltoon on esitetty muutoksia, hallitus on tehnyt *esityksen eduskunnalle laiksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi*. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) nykyisin tuottamat yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelut laajenisivat vuodesta 2021 alkaen ammattikorkeakouluopiskelijoille. Hallituksen esityksessä esitetään, että korkeakouluopiskelijoiden palveluiden järjestämisestä vastaisi jatkossa valtakunnallisesti Kansaneläkelaitos ja niiden tuottamisesta YTHS. Lukiossa tai ammatillisessa koulutuksessa opiskeleva saisi opiskeluterveydenhuollon palvelut oman maakunnan järjestäminä. Opiskeluterveydenhuollon rahoitus koostuisi opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle suorittamista terveydenhoitomaksuista ja valtion Kansaneläkelaitokselle maksamasta rahoituksesta. Lakiesityksen käsittely on kesken. (72)

### *Sairaanhoito*

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät: 1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmäärittäminen, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus; 2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen; 3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa; 4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen. Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista. (15, 71)

### *Suun terveydenhuolto*

Kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Hoidon jaksotaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät: 1) väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta; 2) terveysneuvonta ja terveystarkastukset; 3) suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito; 4) potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen. (15, 71)

### *Mielenterveystyö*

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Tässä laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu: 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki; 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa; 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (15, 71)

### *Päihdetyö*

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Tässä laissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluu: 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihdeettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä 2) päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihde- ja mielenterveystyön kanssa. (15, 71)

### *Lääkinnällinen kuntoutus*

Kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu: 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus; 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi; 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia; 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet; 5) apuvälinepalvelut; 6) sopeutumisvalmennus; 7) 1–6 kohdassa tarkoitettuja tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitospai- tai avohoidossa. Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yk-

silöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. (15, 71)

#### *Ensihoitopalvelun järjestäminen*

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. (15, 71)

#### *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö*

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä. (15, 71)

#### *Erityisvastuualueen tehtävät*

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito erikoissairaanhoitolain 9 §:ssä tarkoitettulla vastuualueellaan. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat. Lisäksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovitettava yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa. (15, 71)

*Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus*

Erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Sopimus on laadittava kunnallisvaltuustokausittain. Sopimuksen toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. (15, 71)

*Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy*

Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. (15, 71)

*Erikoissairaanhoitoon pääsy*

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset

toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on hänet ohjattava hoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet. (15, 71)

#### *Hoitoon pääsy lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa*

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. (15, 71)



*Sosiaalihuollon tarpeen arviointi*

Terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve tässä laissa säädetyn kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Ohjaamisesta ja yhteyden ottamisesta sosiaalihuoltoon säädetään 50 a §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä. (15, 71, 75)

## 2.11.2 Mielensterveyslaki (116/1990)

*Mielensterveysyö*

Mielensterveysyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielensterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielensterveysyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielensterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielensterveyspalvelut). Mielensterveysyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielensterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielensterveysyötä ja tukevat mielensterveyspalvelujen järjestämistä. (73)

*Ohjaus ja valvonta*

Mielensterveysyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu, jollei lailla toisin säädetä, sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirastolle kuuluu mielensterveysyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Aluehallintoviraston on erityisesti valvottava tämän lain 4 a luvussa tarkoitettujen itsemääräämisoikeuden rajoitusten käyttöä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi mielensterveysyön ohjauksessa ja valvonnassa. (73)

*Mielensterveyspalvelujen järjestäminen*

Kunnan tulee huolehtia alueellaan mielensterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveysyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään. Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitettun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielensterveyspalveluista alueellaan siten kuin terveydenhuoltolaissa ja tässä laissa säädetään. (73)

*Mielenterveyspalvelujen periaatteet*

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (73)

*Mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen*

Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty. (73)

*Valtion mielisairaalassa annettava hoito*

Valtion mielisairaalassa suoritetaan 15 §:ssä tarkoitettuja mielentilatutkimuksia, ja sinne voidaan sairaanhoitopiirin sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriötä potevia henkilöitä, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa. (73)

*Hoitoon määräämisen edellytykset*

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain: 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas; 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. (73)

*Tarkkailuun lähettäminen ja terveyskeskuslääkärin toimintavelvollisuus*

Terveyskeskuksessa työskentelevän virkasuhteisen lääkärin on laadittava potilaasta tarkkailulähete ja lähetettävä potilas tutkittavaksi sairaalaan, jos hän suorittamansa tutkimuksen perusteella toteaa, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. Tutkimuksen yhteydessä on selvitettävä, onko potilaan kotikunnan käytettävissä muita potilaan hoidon tarve huomioon ottaen sopivia ja riittäviä palveluja, ellei ole ilmeistä, että muut palvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (73)

*Ilmoittaminen hoidon tarpeessa olevasta henkilöstä*

Lääkäri voi tutkimuksiin noutamista tai virka-apupyynnön tekemistä varten salassapito-velvollisuuden estämättä ilmoittaa todennäköisesti tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset täyttävästä henkilöstä terveyskeskukselle tai muulle kunnalliselle päivystävälle terveydenhuollon yksikölle, jos hän pitää välttämättömänä tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytysten arviointia. (73)

*Erityisten rajoitusten kesto ja niiden täytäntöönpanon valvonta*

Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. (73)

Aluehallintovirastolle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista. Aluehallintovirastolle tehtävässä ilmoituksessa on mainittava potilaan tunnistetiedot, tiedot toimenpiteestä ja sen syystä sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi. Aluehallintoviraston tulee hävittää potilasta koskevat tunnistetiedot kahden vuoden kuluttua tietojen saamisesta. (73)

### 2.11.3 Päihdehuoltolaki (41/1986)

Keskeisin päihdepalveluita koskeva sisältölaaki on Päihdehuoltolaki 41/1986. Terveystenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon palveluihin sisältyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta päihteettömyyteen, päihteidenkäytön haitoista, sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluista. Sosiaalihuoltolaki sisältää maininnan päihdeongelmaisten palveluiden järjestämisestä. (74)

#### *Päihdehuollon järjestäminen*

Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. (74)

#### *Elinolosuhteisiin ja elämäntapoihin vaikuttaminen*

Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on ehkäistävä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä. Sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan on seurattava päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja välitettävä tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille. (74)

#### *Palvelujen kehittäminen*

Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helpposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. (74)

#### *Huollon tarve*

Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. (74)

## 2.11.4 Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) tuli voimaan huhtikuussa 2015. Sosiaalihuoltolaissa säädetään sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä muista sosiaalihuollon kunnallisista tehtävistä ja palveluista sekä niiden toteuttamisesta. Sosiaalihuoltoon sisältyvät sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä yleis- ja erityislainsäädännön mukaiset sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut. (75)

### *Asiakkaan etu*

Asiakkaan etua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, miten eri toimintatavat ja ratkaisut parhaiten turvaavat asiakkaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin; asiakkaan itsenäisen suoriutumisen ja omatoimisuuden vahvistumisen sekä läheiset ja jatkuvat ihmissuhteet; tarpeisiin nähden oikea-aikaisen, oikeanlaisen ja riittävän tuen; mahdollisuuden osallistumiseen ja vaikuttamiseen omissa asioissaan; kielellisen, kulttuurisen sekä uskonnollisen taustan huomioimisen; toivomuksia, taipumuksia ja muita valmiuksia vastaavan koulutuksen, väylän työelämään sekä osallisuutta edistävän toiminnan sekä asiakassuhteen luottamuksellisuuden ja yhteistoiminnan asiakkaan kanssa. Sosiaalihuolto toteutettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden edun toteutumiseen. (75)

### *Neuvonta ja ohjaus*

Kunnan asukkaiden saatavissa on oltava sosiaalihuollon neuvontaa ja ohjausta. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lasten, nuorten sekä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden neuvontaan ja ohjaukseen. (75)

### *Rakenteellinen sosiaalityö*

Rakenteellisella sosiaalityöllä on huolehdittava sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittämisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu: sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista; tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi; sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi kunnan muiden toimialojen suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen. (75)

*Erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen*

Kunnallisten viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia sekä poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Erityisestä tuesta vastaavien viranomaisten on välitettävä tietoa asiakkaiden kohtaamista sosiaalisista ongelmista sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille. Palveluja annettaessa ja niitä kehitettäessä on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden tarpeisiin ja toivomuksiin. (75)

*Lasten ja nuorten hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen*

Kunnallisten viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä lasten ja nuorten hyvinvointia sekä poistettava kasvuolojen epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Sosiaalihuollosta vastaavan viranomaisen on välitettävä tietoa lasten ja nuorten kasvuoloista ja sosiaalisista ongelmista sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille. (75)

*Palvelujen kehittäminen kasvatuksen tukemiseksi*

Lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitettuja palveluja annettaessa ja niitä kehitettäessä on huolehdittava siitä, että näiden palvelujen avulla tuetaan vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lasten kasvatuksessa ja saadaan selville lasten, nuorten ja lapsiperheiden erityisen tuen tarve. Tarvittaessa on järjestettävä erityisen tuen tarpeessa olevia lapsia ja nuoria tukevaa toimintaa. Palveluja annettaessa ja niitä kehitettäessä on kiinnitettävä erityistä huomiota lasten ja nuorten tarpeisiin ja toivomuksiin. (75)

*Välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon turvaaminen*

Jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. (75)

*Sosiaalityö*

Sosiaalityöllä tarkoitetaan asiakas- ja asiantuntijatyötä, jossa rakennetaan yksilön, perheen tai yhteisön tarpeita vastaava sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus, sovitetaan se yhteen muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa sekä ohjataan ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta. (75)

*Sosiaalinen kuntoutus*

Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu mm. sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen ja kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen. (75)

*Perhetyö*

Perhetyöllä tarkoitetaan hyvinvoinnin tukemista sosiaaliohjauksella ja muulla tarvittavalla avulla tilanteissa, joissa asiakas ja hänen perheensä tai asiakkaan hoidosta vastaava henkilö, tarvitsevat tukea ja ohjausta omien voimavarojen vahvistamiseksi ja keskinäisen vuorovaikutuksen parantamiseksi. Perhetyötä annetaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai nuoren terveyden ja kehityksen turvaamiseksi. (75)

*Kotipalvelu*

Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalvelua annetaan sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen em. tehtävistä ja toiminnoista. (75)

*Asumispalvelut*

Asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä. Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, aterian-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti. Asumispalveluja toteutettaessa on huolehdittava siitä, että henkilön yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut. (75)

### *Laitospalvelut*

Sosiaalihuollon laitospalveluilla tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen yksilöllisten tarpeidensa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. (75)

### *Liikkumista tukevat palvelut*

Esteetön ja toimiva julkinen joukkoliikenne mukaan lukien kutsu- ja palveluliikenne on ensisijainen tapa järjestää kaikille soveltuva liikkuminen. Liikkumista tukevia palveluja järjestetään henkilöille, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn takia ja jotka tarvitsevat palvelua asioimisen tai muun jokapäiväiseen elämään kuuluvan tarpeen vuoksi. (75)

### *Päihdetyö*

Päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päihteettömyyttä. Päihdetyöhön kuuluu: ohjaus ja neuvonta; päihteiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut sosiaalihuollon erityispalvelut; muut päihteettömyyttä tukevat tai päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut. Raskaana olevalla henkilöllä on oikeus saada välittömästi riittävät päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut. Sosiaalihuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa. (75)

### *Mielenterveystyö*

Mielenterveystyöllä vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä poistetaan ja vähennetään mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. Mielenterveystyöhön kuuluu: sosiaalipalveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki; yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa; sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut. Sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (75)



*Muut sosiaalipalvelut*

Lomanviettopalveluja ja tukea lomavieton järjestämiseen annetaan perhetilanteen, pitkäaikaisen sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella. Erityistä tukea tarvitsevalle lapselle tai hänen perheelleen voidaan järjestää vertaisryhmätoimintaa sekä tukihenkilö- tai perhe lapsen terveyden tai kehityksen turvaamiseksi. (75)

*Sosiaalihuollon saatavuus ja saavutettavuus*

Sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta on pidettävä huolta sen mukaan kuin tässä laissa tai muutoin säädetään. Sosiaalipalvelujen tulee olla sisällöltään ja laadultaan sellaisia kuin lainsäädäntö edellyttää.

Tarvittaessa avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö on ohjattava erityispalvelujen piiriin. Sosiaalipalveluja on pyrittävä järjestämään eri hallinnonalojen peruspalvelujen yhteydessä, jos järjestely edistää palvelujen yhteensovittamista ja laadultaan hyvien palvelujen järjestämistä. (75)

*Palvelutarpeen arviointi*

Kun kunnallisen sosiaalihuollon palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tietää sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä, hänen on huolehdittava, että henkilön kiireellisen avun tarve arvioidaan välittömästi. Lisäksi henkilöllä on oikeus saada palvelutarpeen arviointi, jollei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Arviointia tehtäessä on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lasten ja nuorten sekä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Ikään-tyneen väestön palvelutarpeen selvitystä tehtäessä on lisäksi noudatettava, mitä vanhushpalvelulaissa säädetään. Lastensuojelutarpeen selvittämisestä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä säädetään lastensuojelulaissa. (75)

*Palvelujen järjestäminen palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti*

Kun tuen tarve on luonteeltaan tilapäistä, on oikea-aikaisilla ja riittäväillä tilapäisillä palveluilla pyrittävä ehkäisemään pidempiaikaisen tuen tarvetta. Kun tuen tarve on jatkuvaa tai toistuvaa, palveluja on järjestettävä siten, että tavoitteena on asiakkaan itsenäinen selviytyminen ja tuen tarpeen päättyminen asiakkaan kanssa tavoitteeksi asetun määräajan jälkeen. (75)

*Asiakassuunnitelma*

Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle laadittavalla asiakassuunnitelmalla tai muulla vastaavalla suunnitelmalla, ellei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. (75)

*Monialainen yhteistyö*

Palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. Jos henkilön tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaali-toimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen. (75)

*Omavalvonta*

Sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. (75)

## **2.11.5 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)**

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) (Vanhuspalvelulaki) tuli voimaan 1.7.2013. (76)

*Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi*

Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnitelmassa on arvioitava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilaa, ikääntyneelle väestölle tarjolla olevien palvelujen riittävyyttä ja laatua sekä ikääntyneen väestön palveluntarpeeseen vaikuttavia tekijöitä sekä määriteltävä tavoitteet ikääntyneen väestön

hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä ikääntyneelle väestölle tarjottavien palvelujen määrän ja laadun kehittämiseksi. (76)

#### *Palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi*

Palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Lisäksi kunnan on koottava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. (76)

#### *Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus*

Kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti. Kunnan on järjestettävä nämä sosiaalipalvelut lähellä asiakkaita, jollei palvelujen keskittäminen ole perusteltua niiden laadun ja turvallisuuden kannalta. (76)

#### *Palvelujen kieli*

Yksikielisen kunnan ja kuntayhtymän on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia edistävät palvelut sekä iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämiseen ja niihin vastaamiseen liittyvät palvelut kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisen kunnan ja kaksikielisiä tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia käsittävän kuntayhtymän on järjestettävä nämä palvelunsa suomen ja ruotsin kielellä siten, että palvelujen käyttäjä saa palvelut valitsemallaan kielellä. (76)

#### *Hyvinvointia edistävät palvelut*

Kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Lisäksi kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuulumille, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. (76)

#### *Palveluntarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet*

Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveystarpeita, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. (76)

*Pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet*

Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut on sovitettava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita. Kunnan on turvattava tarvittaessa iäkkään henkilön pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys. (76)

*Palvelujen laatu*

lääkälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. (76)

*Odotusaikojen julkaiseminen*

Kunnan on julkaistava ainakin puolivuositain tiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. (76)

## **2.11.6 Vammaislainsäädännön kokonaisuudistus (HE 159/2018)**

Sosiaali- ja terveysministeriö on uudistamassa vammaislainsäädäntöä, tarkoituksena yhdistää vammaispalvelu- ja kehitysvammalait. Uusi laki täydentäisi sosiaalihuollon yleislakina sovellettavaa sosiaalihuoltolakia ja nykyiset vammaispalveluja koskevat erityislait kumottaisiin. Kehitysvammalain säännökset tahdosta riippumattomasta erityishuollosta sekä erityishuollosta toteutettavista rajoitustoimenpiteistä siirretään valmisteltavana olevaan yleislakiin, jonka on tarkoitus tulla voimaan yhtä aikaa uuden vammaispalveluja koskevan erityislain kanssa. Kokonaisuudistuksen uusi erityislaki tulee koskemaan yhdenvertaisesti eri vammaryhmiä. Lailla sovitettaisiin yhteen laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista sekä laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Hallitus antoi esityksen eduskunnalle laeiksi vammaisuuden perusteella järjestettävistä erityispalveluista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta syyskuussa 2018. Lain on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2021.

Ehdotettua lakia sovellettaisiin henkilöön, joka tarvitsee pitkäaikaisen vamman tai sairauden aiheuttaman toimintarajoitteen johdosta välttämättä ja toistuvasti apua tai tukea suoriutuakseen tavanomaisessa elämässä. Palveluja järjestettäisiin henkilön pitkäaikaisesta toimintarajoitteesta seuraavan välttämättömän ja toistuvan avun tai tuen tarpeen perusteella. Maakunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluu uudistuksessa vammaisen henkilön subjektiiviset oikeudet turvaavien välttämättömien erityispalvelujen järjestäminen. (77)

*Palvelutarpeen arviointi*

Lakiesitys sisältäisi säännökset vammaisen henkilön osallistumisesta palvelutarpeen arviointiin, palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja toteutumisen seurantaan sekä tässä osallistumisessa tarvittavasta tuesta. Vammaisen henkilön toimintakykyä ja palvelutarvetta erilaisissa toimintaympäristöissä olisi arvioitava yksilöllisen tarpeen mukaisten palvelujen järjestämiseksi. Laissa asetettaisiin maakunnalle velvollisuus varmistaa, että palvelut toteutetaan sisällöltään ja laajuudeltaan vammaisen henkilön yksilöllisen tarpeen ja edun mukaisina. (77)

*Erityispalvelut*

Laissa säädettäisiin keskeisistä vammaisten henkilöiden osallisuutta ja yhdenvertaisuutta sekä välttämätöntä huolenpitoa turvaavista palveluista. Näitä palveluja olisivat muun muassa valmennus ja tuki, henkilökohtainen apu, asumisen tuki ja palvelut sekä tuki esteettömään asumiseen, lyhytaikainen huolenpito ja päiväaikainen toiminta sekä liikkumisen tuki ja palvelut.

Osa ehdotetun lain mukaisista palveluista olisi maakunnan yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia määrärahasidonnaisia palveluja tai määrärahasidonnaista taloudellista tukea mm. valmennus ja tuki vammaisen henkilön perheenjäsenille tai muille hänelle läheisille henkilöille sekä taloudellinen tuki ja muut lain tarkoituksen toteuttamiseksi tarpeelliset palvelut. Maakunta järjestäisi näitä palveluja ja tukea niitä varten varattujen määrärahojen puitteissa. Myös näiden palvelujen myöntäminen perustuisi aina yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin. Maakunnan olisi huolehdittava siitä, että vammaisille tarkoitetut palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina kuin maakunnassa esiintyvä tarve edellyttää. (77)

*Valmennus ja tuki*

Lakiin ehdotetaan säännöstä vammaisen henkilön omia voimavaroja vahvistavasta valmennuksesta ja tuesta, jolla mahdollistettaisiin tuen saaminen entistä joustavammin vammaisen henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (77)

*Henkilökohtainen apu*

Laissa säädettäisiin vammaiselle henkilölle järjestettävästä henkilökohtaisesta avusta. Henkilökohtaisen avun tarkoitus ei muuttuisi nykyisestä, tavoitteena olisi edistää vammaisen henkilön itsenäistä suoriutumista sekä mahdollistaa itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja valinnanvapauden toteutuminen. Henkilökohtaisen avun järjestäminen

edellyttäisi edelleen, että vammaisella henkilöllä on voimavaroja määritellä avun sisältö ja toteutustapa. Hengityslaittepotilaiden henkilökohtaisen avun hoitoringin ammattirakennetta ehdotetaan muutettavaksi. (77)

#### *Asumisen tuki ja palvelut*

Vammaisen henkilön asumista tukevien palvelujen kokonaisuuden uudistuksen lähtökohtana olisi, että vammaista henkilöä tuettaisiin ensisijaisesti asumaan tavallisessa asunnossa ja asuinympäristössä hänen tarvitsemiensa palvelujen ja tuen turvin. Asumisen tuen ja palvelujen sisältö, määrä ja toteutustapa määriteltäisiin henkilön palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelmaa laadittaessa. (77)

#### *Lyhytaikainen huolenpito*

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi vammaisen henkilön lyhytaikaisesta huolenpidosta niissä tilanteissa, joissa vammaisen henkilö asuu vanhempiensa tai muiden läheistensä kanssa. Lyhytaikaisella huolenpidolla täydennettäisiin sosiaalihuoltolain ja omaishoitolain säännöksiä siten, että lyhytaikaisen huolenpidon tarpeisiin voidaan vastata riittävästi ja vammaisen henkilön edun mukaisesti. Säännös asettaisi kyseistä palvelua tarvitsevat vammaiset henkilöt keskenään yhdenvertaiseen asemaan. (77)

#### *Päiväaikainen toiminta*

Laissa säädettäisiin päiväaikaisen toiminnan järjestämisestä niille vammaisille henkilöille, joiden osallisuutta ja sosiaalista vuorovaikutusta ei voida tukea vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaisilla palveluilla. Palvelu korvaisi osaltaan vammaispalvelulain mukaista päivätoimintaa sekä kehitysvammalain nojalla erityishuoltona järjestettyä yksilöllistä hoitoa ja muuta huolenpitoa. (77)

#### *Liikkumisen tuki ja palvelut*

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi nykyisiä kuljetuspalveluja laajemmin liikkumisen tuesta ja palveluista. Toteuttamistapoja olisivat muun muassa julkisen joukkoliikenteen käytön ohjaus ja ohjattu harjoittelu, saattajapalvelu tai ryhmäkuljetukset. Nykyistä vammaispalvelulakia vastaavien kuljetuspalvelujen myöntämisen edellytyksenä olisi, että vammaisen henkilö tarvitsee välttämättä erityistä tukea liikkumisessa eikä hänen liikkumisessa tarvitsemaansa välttämätöntä tukea voitaisi muuten järjestää. Vammaisen henkilön tuen tarve liikkumisessa voi olla fyysisistä, psyykkisistä tai kognitiivisista syistä johtuvaa. (77)

## 2.11.7 Tartuntatautilaki (227/2016)

Tartuntatautilaki on uudistettu vuonna 2017 (voimaan 1.3.2017). Tässä yhteydessä on parannettu mahdollisuuksia seurata tartuntatauteihin liittyvän terveyden- ja hyvinvoinnin tilan ja palvelutarpeen lisäksi hoidon laatua ja turvallisuutta hoitoon liittyvissä infektioissa. (78)

### *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintayksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita. Toimet on sovittava yhteen terveydenhuoltolaissa säädettyjen potilasturvallisuutta edistävien toimien kanssa. Toimintayksikön on huolehdittava potilaiden, asiakkaiden ja henkilökunnan tarkoituksenmukaisesta suojauksesta ja sijoittamisesta sekä mikrobilääkkeiden asianmukaisesta käytöstä. Toimintayksikön johtajan on seurattava tartuntatauti- ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta. Hänen on käytettävä apunaan tartuntatauti- ja torjuntaan perehtyneitä terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä sovittava toimintansa yhteen kunnan tai kuntayhtymän toteuttamien toimien sekä valtakunnallisten hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaohjelmien kanssa. (78)

### *Hoitoon liittyvien infektioiden rekisterit*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää valtakunnallista hoitoon liittyvien infektioiden rekisteriä niiden seuranta- ja torjunta- ja tilastointia ja tutkimusta varten. Laitoksella on oikeus saada salassapitosäännösten estämättä ja korvauksetta terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintayksiköistä potilasta ja asiakasta koskevat tiedot hoitoon liittyvien infektioiden diagnooseista ja aiheuttajista sekä tartunnan kulkuun vaikuttaneista tekijöistä. Laitos voi täydentää tietoja väestötietojärjestelmästä tiedoilla potilaan ja asiakkaan asuinkunnasta ja -paikasta sekä mahdollisesta kuolemasta. Rekisteriin saa kerätä ja tallettaa seuraavat välttämättömät tiedot: taudin aiheuttajia ja niiden ominaisuuksia, diagnooseja, riskitekijöitä, tartunnan kulkuun vaikuttaneita tekijöitä sekä hoitopaikkaa, hoitoa ja hoidon lopputulosta koskevia tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmästä, tartuntatautirekisteristä tai terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetun lain mukaisista rekistereistä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ylläpitää alueellista hoitoon liittyvien infektioiden rekisteriä niiden seuranta- ja torjunta- ja tilastointia varten. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oikeus saada salassapitosäännösten estämättä ja korvauksetta alueensa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintayksiköistä asiakasta tai potilasta koskevat tiedot hoitoon liittyvien infektioiden diagnooseista ja aiheuttajista sekä tartunnan kulkuun vaikuttaneista riskitekijöistä ja toimenpiteistä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi täydentää tietoja

väestötietojärjestelmästä tiedoilla potilaan asuinkunnasta ja -paikasta sekä mahdollisesta kuolemasta.

Terveydenhuollon toimintayksikön ja sosiaalihuollon toimintayksikön on annettava salsapitosäännösten estämättä tiedot Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tartuntataudeista vastaavalle lääkärille harvinaisesta ja vakavasta hoitoon liittyvien infektioiden ja mikrobilääkkeille erityisen vastustuskykyisten mikrobien epidemiasta ja epidemiaepäilystä. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen on ilmoitettava Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle saamastaan tiedosta, jonka mukaan lääkeaineen epäillään aiheuttavan tartuntoja. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä aluehallintoviraston on ilmoitettava Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle saamastaan tiedosta, jonka mukaan terveydenhuollon laitteen tai tarvikkeen epäillään aiheuttavan tartuntoja. (78)

### *Rokotusohjelma*

Kunnan on järjestettävä kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ohjaa kansallisen rokotusohjelman ja muiden yleisten rokotusten toimeenpanoa, seuraa niiden toteutumista ja vaikutuksia sekä tekee tutkimustyötä ja ehdotuksia kansallisen rokotusohjelman kehittämiseksi. Kunnan on järjestettävä valtioneuvoston päättämät yleiset vapaaehtoiset rokotukset ja sellaiset lääkärin määräyksen perusteella tartuntatautien ehkäisyyn käytettävät rokotukset, jotka eivät kuulu kansalliseen rokotusohjelmaan

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on seurattava rokotuksissa käytettävien rokotteiden tehoa, vaikuttavuutta ja turvallisuutta sekä ryhdyttävä toimenpiteisiin todetun tai epäillyn rokotteen tai rokotuksen haittavaikutuksen selvittämiseksi. (78)

### *Työntekijän ja opiskelijan rokotussuoja potilaiden suojaamiseksi*

Vain erityisestä syystä henkilö, jolla on puutteellinen rokotussuoja, saa työskennellä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköiden asiakas- ja potilastiloissa, joissa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatautien vakaville seuraamuksille alttiita asiakkaita tai potilaita. Työntekijällä ja työharjoitteluun osallistuvalla opiskelijalla on oltava joko rokotuksen tai sairastetun taudin antama suoja tuhkarokkoa ja vesirokkoa vastaan. Lisäksi edellytetään rokotuksen antama suoja influenssaa vastaan ja imeväisikäisiä hoitavilla hinkuyskää vastaan. Opiskeluterveydenhuollon on huolehdittava, että työharjoitteluun osallistuvilla opiskelijoilla on tarvittava rokotussuoja. Työnantajalla on oikeus käsitellä työntekijän tai työharjoittelussa olevan opiskelijan tehtäviin soveltuvuutta koskevia tietoja riittävästä rokotussuojasta työntekijän tai opiskelijan suostumuksella. (78)



## 2.11.8 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (asiakastietolaki 159/2007) tuli voimaan vuonna 2007. Asiakastietolain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisessä tietojenkäsittelyssä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteutusta ja hyödyntämistä, tietosuojaa ja tietoturvaa sekä tietojärjestelmien yhteen toimivuutta ja toiminnallisuutta säätämällä näitä koskevista periaatteista ja valvonnasta. Lakia on muutettu toimintaympäristön muutosten, tietotekniikan kehittymisen ja muun lainsäädännön muutosten vuoksi laajemmin vuosina 2010, 2013 ja 2015. Lain mukaan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen antajan tulee pitää rekisteriä omien asiakastietojärjestelmiensä ja asiakasrekisteriensä käyttäjistä sekä näiden käyttöoikeuksista. (9)

Kansaneläkelaitos hoitaa terveydenhuollon palvelujen antajien lukuun arkistointipalvelua potilasasiakirjojen säilytystä ja käyttöä varten sekä potilasasiakirjojen luovutusta varten hakemistopalvelua ja potilaan tiedonhallintapalvelua sekä sosiaalihuollon palvelunantajien lukuun arkistointipalvelua sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen säilytystä varten. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on määrittää valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen edellyttämät tietosisällöt, käsitemallit ja toimintaprosesseja tukevat tietorakenteet sekä vastata koodistopalvelun sisällöstä. Kansaneläkelaitos hoitaa koodistopalvelun tietoteknistä toteutusta. Koodistopalvelu sisältää kaikki koodistot, joita tarvitaan asiakasasiakirjojen käsittelyssä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. (9)

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen antajan on laadittava tietoturvaan ja tietosuojaan sekä tietojärjestelmien käyttöön liittyvä omavalvontasuunnitelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn ja siihen liittyvän tietohallinnon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn, siihen liittyvän tietohallinnon, valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja yhteisten hallinnonalakohtaisten tietovarantojen käytön ja toteuttamisen suunnittelusta, ohjauksesta ja seurannasta. (9)

Loppuvuonna 2018 eduskunnalle annettiin esitys lain kokonaisuudistamisesta (HE 300/2018). Esityksessä ehdotetaan *säädettäväksi uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä tarvittavat muutokset muihin lakeihin*. Ehdotettu uusi laki pohjautuu pääosin voimassa olevaan lakiin kuitenkin niin, että lain rakenne, kirjoitusasu ja terminologia olisivat nykyistä selkeämmät ja johdonmukaisemmat. Terveydenhuollossa on siirrytty käyttämään valtakunnallisia sähköisiä tietojärjes-

telmäpalveluja. Lakiin ehdotettavat muutokset luovat edellytykset valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttöönotolle myös sosiaalihuollossa. Lakiehdotus sisältää kootusti sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta tarpeelliset tiedonhallintaa koskevat säännökset. (79)

Terveydenhuollossa olevasta laajasta suostumuksesta luovuttaisiin. Asiakkaalla olisi mahdollisuus kieltää tietojensa luovutus sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterinpitäjien välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyn edellytyksenä olisi tietoteknisesti varmistettu asiakas- tai hoitosuhde. Palvelunantaja määrittäisi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölle käyttöoikeuden asiakastietoihin. Uutena esityksessä ehdotetaan valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen sisällön laajentamista siten, että asiakas itse voisi tallentaa omia hyvinvointitietojaan tai erilaisten hyvinvointisovellusten tuottamia tietoja kansalaisen omatietovarantoon. Hyvinvointitiedot olisivat ammattihenkilön käytettävissä ja hyödynnettävissä asiakkaan suostumuksen perusteella tietoturvasest. Asiakkaalla olisi mahdollisuus valtuuttaa toinen henkilö asiomaan puolestaan sähköisesti. (79)

*Sähköisestä lääkemääräyksestä* annettuun lakiin esitetään myös muutoksia. Reseptiarkistosta luovuttaisiin ja jatkossa olisi vain reseptikeskus, minne tiedot tallennettaisiin ja missä niitä säilytettäisiin. Tietojen käsittelyperuste yhdenmukaistettaisiin esitetävän asiakastietolain mukaiseksi. (79)

## 2.11.9 Lääkelaki ja laki sähköisestä lääkemääräyksestä

### *Lääkelaki 395/1987*

Lääkelain mukaan kunnan tehtävänä on Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukseen (Fimea) pyynnöstä tarvittaessa arvioida alueen apteekkipalveluiden toimivuutta, sijoittumista ja riittävyttä. Kunta voi tehdä Fimealle esityksen apteekin, sivuapteekin ja apteekin palvelupisteen perustamiseksi, sijaintialueen muuttamiseksi tai niiden siirtämiseksi. Uuden apteekin perustamisesta kuntaan tai sen osaan päättää Fimea lääkkeiden saatavuuden sitä edellyttäessä. Päätös tehdään Fimean omasta tai asianomaisen kunnan aloitteesta. Fimea voi päättää apteekin lakkauttamisesta, jos lääkkeiden saatavuus ei enää edellytä apteekin ylläpitoa huomioiden alueen väestömäärä, alueella jo olevat apteekkipalvelut ja muiden terveyspalvelujen sijoittuminen. Fimean on kuultava asianomaista kuntaa ennen uuden apteekin perustamista, sijaintialueen muuttamista tai apteekkiluvan lakkauttamista. Lisäksi lääkelain mukaan kunnan tulee omasta aloitteestaan ja tehtyjen ilmoitusten perusteella tarkastaa nikotiinivalmisteiden varastointi- ja myyntipaikkoja sekä valvoa nikotiinivalmisteiden myyntiä. (80)

Lääkelaki tulee muuttumaan, sillä siinä ei tunnisteta sote- ja maakuntauudistuksessa maakunnille tulevaa järjestämistehtävää ja lääkehuollon toimivuuden (saatavuus, saatavuus, laatu) seurantaroolia. Sote-uudistuksen myötä tulee muutoksia myös sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten lainsäädäntöön ja tältä osin maakunnan rooliin palvelutuotannon ohjauksessa. (80)

*Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007*

Lain tarkoituksena on parantaa potilas- ja lääketurvallisuutta sekä helpottaa ja tehostaa lääkkeen määräämistä ja toimittamista toteuttamalla järjestelmä, jossa potilaan lääkemääräykset voidaan tallettaa sähköisesti valtakunnalliseen reseptikeskukseen ja jossa reseptikeskukseen talletetut lääkemääräykset voidaan toimittaa potilaalle hänen haluamanaan ajankohtana hänen valitsemastaan apteekista. Reseptikeskukseen talletetut lääkemääräykset mahdollistavat potilaan suostumuksella hänen kokonaislääkityksensä selvittämisen ja huomioon ottamisen lääkehoitoa toteutettaessa. Reseptikeskukseen ja reseptiarkistoon koottuja tietoja voidaan hyödyntää terveydenhuollon viranomaistoiminnassa ja tutkimuslupaedellytysten täytyessä myös tutkimustoiminnassa. (80)

## 3 Sote-uudistuksen ja valinnanvapauden edellyttämän tietopohjan valmistelutyössä mukana olevia toimijoita ja hankkeita

### 3.1 Valmistelutyö THL:ssä

#### *THL:n sote-tietopohjahanke*

Sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden toteutumiseksi tarvitaan uudenlaista tiedolla johtamista sekä palvelujen suunnittelussa, että päätöksenteossa. Tietoa tarvitaan valtakunnallista ja maakuntien ohjausta varten, järjestäjien ja tuottajien välillä sekä asiakkaiden ja tuottajien välillä. Uudistuksen toimeenpano, vaikutusten arviointi ja seuranta, tuottajien valvonta sekä palvelujärjestelmän ohjaus edellyttävät vankkaa tietopohjaa ja siten mittavaa tietotuotannon uudistamista ja nykyisen valtakunnallisen tietotuotannon syventämistä. (81)

Keväällä 2017 käynnistetyllä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) sote-tietopohjan uudistamishankkeella on varmistettu uusien lakisääteisten tehtävien edellyttämää tietopohjaa. Nykyinen tietopohja ei riitä vastaamaan uudistuksen tieto-ohjauksen vaatimuksiin. THL osallistuu sosiaali- ja terveysministeriön johdolla tehtävään sote-tietopohjan varmentamiseen huolehtimalla siitä, että sen omalla tuotantovastuulla oleva tiedonkeruu ja raportointi vastaavat kansallisia tietopohjatarpeita sekä tukemalla asiantuntijana uudistuksen toimeenpanon tietopohjatyötä. Osana THL:n sote-tietopohja -hanketta toteutettiin asiakaspalautetiedon kansallisen keruun yhtenäistäminen -projekti. Projektin loppuyhteenveto ”Asiakaspalautteen kansallisen keruun yhtenäistäminen – sisällölliset ehdotukset” on valmistunut. THL:n nykyiseen tietotuotantoon pohjautuvat tilasto- rekisteri- väestö-kyselytietovarannot tulevat muodostamaan merkittävän osan siitä sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjasta, jonka perustalle uuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tietopohja rakennetaan. (81, 82)

THL:n tietopohjahanketta toteutettiin seuraavissa toimenpidekokonaisuuksissa:

- THL:n uuteen seuranta- ja arviointitehtävään liittyvän tietopohjatarpeen määrittely
- Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon tukeminen

- Sote-tiedon hyödyntämistä ja THL:n rekistereitä koskevien lainsäädäntömuutosten toimeenpanon valmistelu ja tietotuotannon laadun varmentaminen
- Sote-uudistuksen tuomien palvelujärjestelmän rakennemuutosten seurannan jatkuvuuden turvaaminen muutoksen yli
- Tarvittavien uusien tietotuotantolinjojen suunnittelu ja toteutuksen käynnistys
- Raportoinnin kehittäminen vastaamaan tiedon käyttäjätarpeita
- Hankekauden jälkeisen ajan kehittämistoiminnan suunnittelu (81)

#### *THL:n uuden arviointitoiminnon valmistelu*

THL käynnisti syksyllä 2017 valmistelun järjestämislaissa THL:lle määritellyn arviointitoiminnon toteuttamiseksi. Arviointikehikon toimivuutta testattiin kustannus-vaikuttavuusmittariston (KUVA) pilotoinnin kanssa. Esivalmisteluvaiheessa luotiin pohja arviointitoiminnon, sote-tietopohjatoiminnon ja arviointikoneiston yhteistoiminnalle. (81)

VM käynnisti yhteistyössä muiden ministeriöiden kanssa maakuntaohjauksen ja rahoituksen riittävyyden arvioinnin simulointiharjoituksen vuoden 2018 alussa. THL määritteli ensimmäisen arviointikokeilun tietopohjan loppuvuonna 2017 ja tuotti simulointiharjoitukseen helmi-maaliskuussa 2018 maakuntakohtaiset raportit ja julkaisi ne verkossa. Maakunnilta ja ministeriöiltä saatua palautetta hyödynnettiin raporttien kehittämisessä valmistauduttaessa seuraavaan harjoitusarviointikierrrokseen. Tietopohjaan tarvittavan mittariston määrittelyä on tarkennettu ja vahvistettu yhteistyötä KUVA-mittariston valmistelun kanssa. Seuraavaa harjoitusarviointikierrrosta varten THL rakensi tietoikkunan, jossa oli avoimesti saatavilla vertailutietona maakuntia koskeva KUVA-mittaristo ja sitä täydentävä THL:n määrittämä oma arviointitieto. THL teki ohjauksen toista harjoituskierrrosta varten maakuntaraportit syksyllä 2018. Tarkoitus on, että uudistusta koskevan lainsäädännön vahvistamisen jälkeen ensimmäinen varsinainen ohjauksierros käynnistyy keväällä 2019 ja THL tuottaa ensimmäiset varsinaiset raporttinsa syksyllä 2019 pidettäviä STM:n ja maakuntien ensimmäisiä varsinaisia neuvotte-luja varten. STM tekee tältä pohjalta VM:lle ensimmäisen virallisen selvityksensä rahoituksen riittävyydestä. Raportteja on tarkoitus hyödyntää myös ensimmäisten valtakunnallisten uuden maakunta- ja sote-lainsäädännön mukaisten kansallisten ja maakunnallisten tavoitteiden valmistelussa loppuvuonna 2019. (81)

#### *Hyvinvointikertomusten minimietosisällön valmistelu*

Hyvinvointikertomus nähdään tärkeänä suunnittelun ja seurannan asiakirjana, joka kokoaa tietoja kunnan tai maakunnan väestön hyvinvoinnista. Kunnissa on tehty hyvinvointikertomuksia jo vuosia, kuten voimassa oleva laki edellyttää. Tähän asti kuntien hyvinvointikertomusten sisällöt ovat vaihdelleet suppeasta hyvinkin kattavaan.

Sote-järjestämistä koskevan hallituksen esityksen mukaan hyvinvointikertomuksen laatiminen muuttuu velvoittavaksi sekä kunnissa että maakunnissa. Säädosluonnoksen mukaan THL:lle annetaan tehtäväksi määrätä hyvinvointikertomusten minimietosisältö. (69)

THL on kansallisten ja alueiden asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä valmistellut ehdotukset sekä kuntien että maakuntien hyvinvointikertomusten minimietosisällöksi. Ehdotus on julkaistu THL:n verkkosivuilla joulukuussa 2018. Hyvinvointikertomusten tietosisällössä on osin kuvailevaa tietoa, mutta siinä on myös numeerista indikaattoritietoa. Ehdotuksessa on 67 indikaattoria kunnille ja 88 indikaattoria maakunnille. Molemmat minimietosisällöt sisältävät indikaattoreita kattavasti hyvinvoinnin osa-alueilta, esimerkiksi elintavoista, syrjäytymisestä, asuinoloista, turvallisuudesta, suun terveydenhuollosta, sisäilmasta sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisen edellytyksistä alueella. (69)

Ehdotus minimietosisällöksi auttaa kuntia ja maakuntia valikoimaan lukuisista indikaattoreista ainakin ne, joilla voi riittävällä tarkkuudella seurata asukkaiden hyvinvoinnin tilaa. Julkaistu indikaattorilista on THL:n mukaan vasta ehdotus, mutta kuntien toivotaan ottavan se käyttöön hyvinvointikertomustyössä. THL on valmistautunut kuulemaan palautetta listasta ja sen käyttökokemuksista, jotta sitä voidaan kehittää edelleen ennen virallisen version antamista. Muutamat kunnat ja alueet ovat jo ilmoittaneet lähteneensä kokeilemaan tietosisältöä käytännössä. Merkittävä osa indikaattoritiedoista on sellaisia, jotka THL tilastoviranomaisena tuottaa kuntien ja maakuntien käyttöön. KUVA-TPA työryhmän mittaristolistan ja hyvinvointikertomusten minimietosisällön valmistelussa on ollut yhteistyötä ja joukko mittareita on samoja, mutta löytyy myös sellaisia eroavaisuuksia, joiden tarkoituksenmukaisuutta joudutaan jatkossa arvioimaan tarkemmin. (69)

## 3.2 Sote-tietopaketit

*Sote-tietopaketit* toimivat kansallisen ja maakunnallisen tietojohtamisen työvälineenä. Sote-tietopaketeissa yhdistyvät kansallisen tason ohjaamiseen ja maakunnallisen tason johtamiseen ja ohjaamiseen tarvittavat tietorakenteet ja määritykset. Yhteisten kansallisten määritysten käyttöönotto ja implementointi mahdollistavat HE järjestämislain mukaisen vertailun maakuntien välillä. Sote-tietopaketeissa palvelujärjestelmää tarkastellaan tuote- ja palveluluokittain ja niiden avulla saadaan selville asukas-, asiakas- ja suoritekohtaisia kustannuksia sekä alueiden ja eri tuottajien välisiä, tuotettujen palvelujen kustannusten eroja. Parhaiten raportointimalli soveltuu tukemaan palvelui-

den järjestäjää. Tietopaketit sisältävät kaikki julkisesti rahoitettavat sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden kustannukset riippumatta palvelun tuottajasta, organisaatorakenteesta tai rahoitusmallista. (83)

Tieto hyödyttää maakuntajärjestäjää erityisesti strategisessa päätöksenteossa ja resurssien allokoinnissa eri palvelukokonaisuuksien välillä. Tietopaketit auttavat järjestäjää vertailemaan esimerkiksi tuotannon painottumista avohuollon ja raskaiden palvelujen välillä ja kohdentamaan resursseja strategisten tavoitteiden mukaisesti. Tietopakettien avulla voidaan arvioida, mikä palvelujärjestelmän rakenne tuottaa eniten terveys- ja hyvinvointihyötyä ja on kustannuksiltaan edullisin. Sote-tietopaketit eivät määritä tuotantorakennetta tai palveluntuottajan organisaatorakennetta, eivätkä edellytä järjestäjiltä tiettyä palveluvalikoimaa. Tietopaketit eivät myöskään määritä yksittäisen asiakkaan saamia palveluita, vaan kukin asiakas saa tarpeensa mukaiset palvelut tietopakettien sisällöstä riippumattomasti. Asiakkaiden tiedot eri palveluiden käytöstä raportoidaan maakunnalle tietopakettien avulla. (83)

STM ja Sitra ovat kehittäneet ja arvioineet sosiaali- ja terveydenhuollon sote-tietopaketteja yhdessä keväästä 2015 lähtien. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2015–2016) paketteja pilotoitiin yhteensä 51 kunnassa. Pilottien tulokset on koottu raportteiksi yhteisen tietopohjan tueksi STM:n ja Sitran verkkosivuille. Sote-tietopakettikäsi-kirjan toinen versio syntyi hankkeen toisen vaiheen aikana ja julkaistiin vuonna 2017. Sote-tietopakettien käyttöönoton valmistelussa olivat mukana Pirkanmaan, Pohjois-Savon, Varsinais-Suomen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan maakunnat vuonna 2017. (82)

Sote-tietopakettien valmistelutyön yhteydessä on tarkasteltu palvelukokonaisuuksittain eri asiantuntijoiden ja THL:n kanssa kerättyjä laatu- ja vaikuttavuusmittareita. Sitra jatkoi tarkastelua kokoamiensa asiantuntijaryhmien kanssa. Osa mittareista on osa yleistä palvelu-, kustannus- ja vaikuttavuus mittaristoa (yleiset KUVA-mittarit) ja osa tietopakettikohtaisia mittareita (ns. täydentävät mittarit). Tämän työn tuotokset on luovutettu KUVA-mittaristotyön valmistelun käyttöön. (83)

Vastuu Tietopakettihankkeesta siirtyi Sitralta STM:lle vuoden 2018 alussa. Tämän jälkeen Tietopaketteja on integroitu osaksi kansallista ja maakunnallista tietojohdamista. Integraatio on tehty yhteen sovittamalla maakunnallisia tietotarpeita ja JHS-palveluluokituksen mukaista tietojen keräämistä. Yhdistämällä eri johtamisen ja ohjaamisen tasoilla tarvittavia luokituksia ja tarkentamalla kerättävien tietojen määrityksiä, Tietopaketit ovat osaltaan luomassa mallia kertakirjaamiselle perustuvan datan raportoimisesta eri organisaatioportilla toimiville loppukäyttäjille. Sote-tietopaketeista päivitetään uusi käsikirja, julkaisuajankohta on riippuvainen lainsäädännön etenemisestä. Viimeisin päivitetty versio on julkaistu tammikuussa 2018. (83)

### 3.3 Laaturekisterit

Terveysthuollon kansallisten laaturekisterien päätavoite on parantaa potilaiden saaman hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä potilasturvallisuutta. THL kehittää mallia terveydenhuollon kansallisia laaturekistereitä varten eduskunnan rahoittamassa hankkeessa vuosina 2018–2019. THL:n tehtävänä on pilotoida ja kehittää yhteistyössä jo toimivien laaturekistereiden kanssa rekisteritoimintaa sekä laatia saatujen kokemusten sekä erillisen temaattisen selvitystyön pohjalta ehdotus kansallisten laaturekisterien kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi. Laaturekisteritoiminnan kansallisen kehittämisen visiona on saada aikaa yhtenäinen ja kustannustehokas kokonaisuus terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden seurantaan. Laaturekistereistä muodostuu hoitoa, tutkimusta ja palvelujärjestelmän seurantaa palveleva, arvokas kansallinen tietovaranto. (84)

Hanke koostuu kahdesta osasta, jotka ovat:

1) Rekisteritoiminnan suunnittelu ja kehittäminen, joka toteutetaan kuuden jo toimivan rekisterin kanssa yhteistyössä. Piloteissa analysoidaan ja kehitetään rekisterien ICT-ratkaisuja ja pyritään löytämään menettelyjä, jotka edistävät laaturekisterien kattavaa ja luotettavaa tiedonkeruuta sekä tietojen hyödynnettävyyttä eri kohderyhmien tietotarpeisiin. Pilottikohteiksi on valittu mm. merkittävien terveysongelmien ja kansansairauksien hoidon laatua kuvaavia rekistereitä. Pilottiyhteishankkeita ovat Diabetesrekisteri, Reumasairauksien rekisteri, Eturauhassyöpärekisteri, Selkäkirurgiarekisteri, Iskeemisen sydäntaudin rekisteri ja HIV-rekisteri.

2) Temaattinen selvitystyö ja valmistelu toteutetaan yhdeksässä työpaketissa. Työpaketeissa syntetisoidaan aiempaa kansallista ja kansainvälistä kokemusta sekä sitä tietoa, joka syntyy pilottihankkeen rekisteritoiminnassa. Työpaketit ovat:

- THL:n lakisääteisen implanttirekisterin ja muiden toiminnassa olevien potilastietoja keräävien rekisterien (Hilmo, Avohilmo jne.) kehittäminen siten, että yhteistyö muiden laaturekisterien kanssa vahvistuu.
- Kuvataan ja analysoidaan vaihtoehtoisia ratkaisuja kansallisten laaturekisterien organisoimiseksi, ohjaukseksi ja rahoitukseksi.
- Kartoitetaan ja kuvataan Suomessa toimivat alueelliset ja kansalliset laaturekisterit. Kuvataan Ruotsin, Tanskan ja Norjan laaturekisterien sisältö, kehityshistoria ja ajankohtaiset ratkaisut (rahoitus, kansallinen tuki ja ohjaus, organisaatio, ICT-ratkaisut, kohderyhmät ja käyttötarkoitukset, analyysistrategiat ja raportointi). Arvioidaan ja hyödynnetään kotimaisten ja ulkomaisten esimerkkien ja kokemusten hyödynnettävyyttä Suomen laaturekisterikokonaisuuden muotoilussa.



- Kartoitetaan ja kuvataan olemassa olevien laaturekisterien ICT-ratkaisut ja ajankohtaiset suunnitelmat. Selvitetään integraatiota potilastietojärjestelmien kanssa ja muita rajapintakysymyksiä.
- Määritellään kansallisesta ja maakuntien sote-seurannasta ja arvioinnista nousevia tietotarpeita ja -sisältöjä. Laaditaan ehdotus laaturekisterien tietotuotannon nivomiseksi osaksi sote-tietopohjan laajempaa kehittämissuunnitelmaa ja säännöllisesti tapahtuvaa maakuntien soten seuranta, arviointia ja raportointia. Selvitetään mahdollisuuksia kehittää ja hyödyntää laaturekisterien tietoja maakuntien järjestämistoiminnassa ja erityisesti tuottajien ohjausmenettelyissä (laatubonukset ja -sanktiot, terveyshyötymalli).
- Määritellään tuotantoyksikköjen laadun kehittämisestä ja jatkuvasta laadun parantamisesta nousevia tietotarpeita ja -sisältöjä
- Määritellään terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyden vaatimuksesta ja potilaiden valinnanvapauden tukemisesta yleisesti nousevia tietotarpeita ja -sisältöjä. Laaditaan ehdotus toimintatavoiksi ja raportointimenettelyiksi, jotka tukisivat rekisterien käyttöä potilaiden valintojen ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden tukena.
- Luodaan katsaus laaturekisteritietojen käyttöön ja käyttöpotentiaaliin kliinisten menetelmien vaikuttavuuden ja turvallisuuden seurannassa ja tutkimuksessa.
- Viestitään reaaliaikaisesti pilottihankkeen aloituksesta ja etenemisestä eri kohderyhmille julkaisuina ja sähköisen median välityksellä. (84)

Sosiaali- ja terveysministeriö on osaltaan lähtenyt asemoimaan asiakaskohtaisen laatu-tiedon toisiokäyttöä asettaman Hoidon saatavuus -työryhmän avulla. Työryhmä valmisteleo raporttia asiakasryhmäkohtaisen laatu-tiedon käytöstä terveydenhuollon tiedolla johtamisessa. Se sisältää selvityksen laaturekistereistä ja ehdotukset kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantojen hyödyntämisestä, laaturekisterien kehittämisestä ja kansallisella tasolla seurattavista vaikuttavuusmittareista. Raporttiin kootaan ajantasainen lainsäädäntö, tiedolla johtamisen ohjaustarpeet, työnjako viranomaisten kesken ja laatu-tiedon tarpeet ja käyttötarkoitukset palvelujärjestelmän eri tasoilla. Näin luodaan kokonaiskuva ja tiekartta, jonka avulla toimijat voivat suunnata voimavaroja vertailukelpoisen laatu-tiedon tuottamiseksi nykyistä paremmin.

## 3.4 Kunta ja maakuntatieto-ohjelmat

### *Kuntatieto-ohjelma*

Valtiovarainministeriö käynnisti vuonna 2012 ohjelman 'Kuntien talous- ja toimintatietojen, tilastoinnin ja tietohuollon kehittämiseksi (Kuntatieto-ohjelma). Ohjelman tavoitteeksi asetettiin kuntien taloutta ja toimintaa kuvaavien tietojen tuottamisen, jalostuksen ja raportoinnin tuottavuuden parantaminen kuntien tietohuollon toimintamalleja ja prosesseja sekä Tilastokeskuksen tilastopalveluja kehittämällä. Toimeenpanopäätöksen mukaan otetaan käyttöön kuntatalouden ohjausjärjestelmä, joka vaatii toimiakseen tavoitteen mukaisesti parempaa ja ajantasaisempaa tietoa kuntien ja kuntayhtymien taloudesta ja toiminnasta. (85)

Kuntatieto-ohjelman tarkoituksena on kehittää kuntia ja kuntayhtymiä koskevan julkisen talouden suunnitelman ja kuntatalousohjelman sekä kuntien omassa päätöksenteossa tarvittavan taloutta kuvaavan taloustiedon tuotantoa ja tietojen saatavuutta. Kuntatieto-ohjelman tavoitteena on parantaa julkisen hallinnon toiminnallista ja tiedollista yhteentoimivuutta. Ohjelmassa tuotettavat kehittämisvälineet toimivat keinoina tämän päämäärän saavuttamiseksi ja perustuvat kuntatilastoinnin kehittämistä valmisteeseen ohjausryhmän loppuraportissa esittämiin kehittämistarpeisiin Ohjelman toteutuksen lopputuloksena kuntien ja valtion on mahdollista käyttää samoja yhteisesti määritettyjä ja automaattisesti tuotettuja kuntien taloutta kuvaavia tietoja omissa kuntiin liittyvissä päätöksentekoprosesseissaan. Ohjelmalla edistetään tietojen tuotannon ja raportoinnin kehittämistä niin, että tiedot ovat oikeaan aikaan ja avoimesti sekä riittävän kattavasti ja vertailukelpoisesti eri päätöksentekijöiden saatavilla. (85)

### *Maakuntatieto-ohjelma*

Julkisen hallinnon suositus (JHS) -työ maakuntien taloustiedon määrittelyistä käynnistettiin kuntatieto-ohjelman rinnalle. Keskeisiä tietoja tietosisällön määrittymisen kannalta ovat JHS-maakuntien tililuettelo, talousarvio ja taloustietojen raportointi. Valmistelun yhteydessä määritellään kaikki ne taloustiedot, joita maakuntien on raportoitava valtionhallintoon. Taloustietoa koskevien mittareiden muodostamisessa on otettava huomioon JHS-maakuntien palveluluokitus. Valmistelun aikana määritellään valtion ohjaukseen ja viranomaistehtäviin riittävän yksityiskohtainen palveluluokitus, josta halutaan tarkkoja tulo- ja menotietoja. JHS-maakuntien kustannuslaskennassa määritellään riittävä kustannuslaskennan taso, jota voidaan hyödyntää JHS-palveluluokituksen tulo- ja menolajien tarvitsemalla tasolla. (86)

JHS-XBRL taksonomia valmistellaan ja samassa yhteydessä päivitetään kuntien vastaavat tiedot. XBRL-taksonomia on merkittävä yhteinen taloustietojen raportoinnissa

käytettävä standardi, jolla mahdollistetaan tietojen automaattinen toimittaminen erilaisiin ulkoisen raportoinnin tarpeisiin. Tässä työssä määritetään maakuntien ja kuntien ulkoisen talousraportoinnin tietomalli ja sen tekninen XBRL-kuvaus. Tietomallissa hyödynnetään muiden JHS-hankkeiden sekä muiden valmiiden määrittelyjen sekä luokitusten käsitteitä. (86)

JHS-työn maakuntien taloustiedon määrittelyyn kuuluvat:

- JHS-maakuntien tililuettelo, talousarvio ja taloustietojen raportointi (samassa yhteydessä päivitetään kuntien vastaavat). Hankkeessa määritellään kaikki tiedossa olevat taloustiedot, joita maakuntien (ja kuntien) on raportoitava ulkoisesti valtionhallintoon. Uutta käsitteiden määrittelyä tehdään vain niiltä osin, kun sitä ei ole valmiina.
- JHS-maakuntien palveluluokitus. Hankkeessa määritellään valtion ohjaukseen ja viranomaistehtäviin riittävä palveluluokitus, josta halutaan tarkkoja tulo- ja menotietoja.
- JHS-maakuntien kustannuslaskenta. Hankkeessa määritellään riittävä kustannuslaskennan taso, jota voidaan hyödyntää JHS-palveluluokituksen tulo- ja menolajien tarvitsemalla tasolla.
- JHS-XBRL taksonomia (samassa yhteydessä päivitetään kuntien vastaavat). Hankkeessa määritetään koko maakuntien (ja kuntien) ulkoisen talousraportoinnin tietomalli ja sen tekninen XBRL-kuvaus. Tietomallissa hyödynnetään muiden JHS-hankkeiden sekä muiden valmiiden määrittelyjen/luokitusten käsitteitä. (86)

Maakuntatieto-ohjelman asetettiin hallinnollisesti keväällä 2018, jolloin sille asetettiin johtoryhmä ja valmisteltiin luonnos ohjelman toimeenpanosuunnitelmaksi. Ohjelman toimeenpanoa on jatkettu eri aihekokonaisuuksiin liittyvien ryhmien ja verkostojen perustamisella. (87)

Maakuntatieto-ohjelman tarkoituksena on luoda perusteet maakuntia koskevalle julkisen hallinnon tiedolla johtamiselle ja sitä tukevalle tiedonhallinnalle. Ohjelman tavoitteena on rakentaa yhtenäinen tietopohja, joka on sujuvasti ja tarpeiden mukaisesti kaikkien osapuolten käytössä maakuntien palvelujen järjestämisessä sekä tukee vaikuttavaa ja kustannustehokasta ohjausta ja johtamista. Tarvittavan tiedon tulee olla saatavissa asiakaslähtöisesti palvelutilanteessa riippumatta siitä, minkä viranomaisen hallussa tiedot ovat. Ohjelman tavoitteena on varmistaa, että maakuntien tehtäviin liittyvä tiedonhallinta ja tietojen hyödyntäminen on nykyistä kustannustehokkaampaa ja tehokkaammin organisoitu koko julkisessa hallinnossa. Lisäksi tavoitteena on varmistaa, että ohjelmaan sisällytettävät ja siihen liittyvät koordinoitavat hankkeet saavuttavat maakunta- ja sote-uudistukselle ja digitalisaatiolle asetetut hallituksen tavoitteet yhteisen tiedonhallinnan näkökulmasta. (86)

*Maakuntatieto-ohjelman keskeiset tehtävät ovat:*

1. Ohjata ja yhteensovittaa ohjelmaan sisältyviä kehittämishankkeita sekä koordinoita eri viranomaisten tiedolla johtamisen sekä tiedonhallinnan kehittämishankkeita osana maakunta- ja sote-uudistuksen toimeenpanoa.
2. Kuvata maakuntia koskeva julkisen hallinnon tietoarkkitehtuuri sekä tukea ja yhteen sovittaa eri viranomaisten tietoarkkitehtuurin kehittämistä.
3. Valmistella ohjelman toimeenpanoon liittyvät päätösesitykset maakunta- ja sote-uudistuksen projektiohjausryhmälle, virkamiesjohtoryhmälle sekä asianomaisille ministeriöille ja viranomaisille sekä tarvittaessa valtioneuvostolle.
4. Tuottaa tarvittavia selvityksiä yhteisen tavoitetilan muodostamiseksi sekä toteuttaa viestintää sidosryhmille. (86)

### 3.5 Kärkihankkeet

Vuoden 2018 lopussa päättyneiden hallituksen kärkihankkeiden tarkoituksena oli tukea sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden toteutumista. Kärkihankkeissa tehtiin uudistukseen liittyviä palvelujen ja toimintatapojen uudistamistyötä. STM:n vastuulla oli viisi kärkihanketta. (88)

*Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma*

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja palvelujen seurannan tietopohjaa vahvistettiin osana Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmaa (STM 29/2016). Tavoitteena oli kehittää lapsia, nuoria ja perheitä koskevaa tietotutantoa niin, että sitä voidaan hyödyntää myös seurannassa ja arvioinnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama Kouluterveyskysely tuottaa joka toinen vuosi seurantatietoa (vuodesta 1996 alkaen) eri-ikäisten lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta, palvelujen tarpeesta sekä koetusta tuen ja avun saamisesta ja palvelujen tarpeisiin vastaavuudesta. Vuodesta 2017 alkaen tiedonkeruu on koskenut myös nuorempia oppilaita sekä heidän huoltajiaan (ml. erilaiset väestöryhmät).

THL on käynnistänyt säännöllisen Lasten terveys, hyvinvointi ja palvelut (LTH) -tutkimuksen, joka tuottaa monipuolista seurantatietoa pienten, alle kouluikäisten, lasten ja perheiden hyvinvoinnista, terveydestä sekä palveluiden käytöstä ja palvelukokemuksista. Kunnat, maakunnat ja palveluyksiköt voivat hyödyntää tietoa palvelujen ja toiminnan kehittämisessä ja seurannassa. Tietopohja mahdollistaa vertailukehittämisen. (88)

*Palvelut asiakaslähtöisiksi*

Kärkihanke sisälsi useita osahankkeita, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdistetään asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Kärkihanke oli jaettu kolmeen kokonaisuuteen: arvioidaan asumisperusteisen sosiaaliturvan tarkoituksenmukaista kohdentumista, toteutetaan perustulokokeilu sekä uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit - asiakas keskiöön, joka jakautuu seuraaviin osahankkeisiin: määritellään julkinen palvelulupaus, määritellään kokemusasiantuntijuuden ja asiakkaiden osallistumisen toimintamalli, kehitetään ja otetaan käyttöön uudet omahoidon sähköiset palvelut, palvelusetelikokeilu, ja suun terveydenhuollon palveluseteli.

Julkisessa palvelulupauksessa maakunnat määrittävät itse, millaiset ja minkä tasoiset sote-palvelut ja mitä kanavia käyttäen ne tarjoavat palveluja asukkailleen. Palvelulupauksen tarkoituksena on toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa siten, että: asiakkaiden näkemykset ja tarpeet otetaan huomioon, lisätään palvelujen järjestämisen avoimuutta, kehitetään palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Palvelun tuottajien tarvitsemaa tietopohjaa ovat asiakkuuden hallintatieto ja korvauksiin liittyvä tieto. Kokeiluissa on mukana eri korvausmenettelyt. (88)

*Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta*

Kärkihankkeen tavoitteena oli lisätä terveitä elämäntapoja ja vahvistaa mielenterveyttä, torjua yksinäisyyttä, vähentää rakennuksista aiheutuvia terveyshaittoja sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Tavoitteena oli, että julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toiminnassa otetaan käyttöön näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä, jotka edistävät nykyistä paremmin heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja vastuunottoa. (88)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä muutokset väestön käyttäytymisessä heijastuvat viiveellä hyvinvointi- ja terveysindikaattoreihin. Kärkihankkeen hankesuunnitelman mukaan muutosta on tarkoitus seurata toiminnallisilla mittareilla, kuten hyvien käytäntöjen leviämistä ja juurtumista kuvaavilla tiedoilla. Hyvinvointi- ja terveysindikaattoreissa muutoksia voidaan odottaa 5–10 vuoden, joskus jopa 25–50 vuoden viiveellä. (88)

*Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa (I&O-kärkihanke)*

I&O -kärkihankkeessa kehitettiin iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi. Palveluja uudistettiin kahdeksassa eri maakunnallisessa kokeiluhankkeessa. Hankkeissa oli mukana alueella

toimivia kuntia, yrityksiä ja järjestöjä ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon kehittämiseen. Hankkeissa luotiin koti- ja omaishoitoon toimintamalleja, jotka liittyivät uudistuksen neljään kehittämiskokonaisuuteen: keskitetty asiakas- ja palveluohjaus, toimiva kotihoito, kaikenikäisten omaishoidon vahvistaminen sekä asuminen, hoivan ja palvelujen yhteensovittaminen.

lääkäiden palvelujen seurannan tietopohjaan kuuluvat Vanhuspalvelulain toteutumisen seuranta (nk. Vanhuspalvelujen tila -kysely) ja RAI vertailutietokanta. THL:n vuosina 2013, 2014, 2016 ja 2018 toteuttamaa Vanhuspalvelujen tila -kyselyä on kehitetty I&O kärkihankkeessa niin, että sitä hyödynnetään palvelujärjestelmän seurannassa, sote-arvioinnissa, peruspalvelujen tila -raportoinnissa sekä valvonnassa. Kysely tuottaa tietoa lain toteutumisesta iäkkäiden palvelujärjestelmässä, tietoa palvelujen laadusta, saatavuudesta, saavutettavuudesta ja toimintakäytännöistä sekä henkilöstömitoituksesta, -rakenteesta ja henkilöstön koulutustarpeista. Kysely kattaa sekä julkiset että yksityiset palvelut. Vuoden 2018 kyselyssä on tietopohjaa laajennettu mm. itsemääräämisoikeuden toteutumiseen ja hoidon laatuun. Kunnat, maakunnat ja palveluyksiköt voivat hyödyntää tietoa palvelujen ja toiminnan kehittämisessä ja seurannassa.

lääkäiden palvelukokonaisuuden ja omais- ja perhehoidon toimintamalleista on laadittu kokonaisarkkitehtuurikuvaus, missä luonnosteltiin suunnitelma kokeilujen toimintamalleja tukevista tietojärjestelmäpalveluista, ml. asiakas- ja palveluohjauksessa tarvittava asiakas- ja palveluohjauksen tukijärjestelmä, palveluiden seuranta ja koordinaatio sekä palvelutarpeen arviointi, ja omais- ja perhehoidettavien ja heidän omaistensa palveluissa tarvittavat informaatio ja itsehoitopalvelut, palveluhakemisto sekä kodin hoiva- ja turvateknologiaan liittyvät palvelut. Kokonaisarkkitehtuurikuvausten avulla suunnitellaan, millä tavalla olemassa olevia tietojärjestelmäratkaisuja hyödynnetään iäkkäiden palvelukokonaisuudessa sekä omais- ja perhehoidossa. Uudet toimintamallit mallinnetaan, luodaan arviointikehikko ja määritetään seurannan indikaattorit. Käyttöön otosta ja kokeiluista kootaan erillistä seuranta- ja arviointitietoa ja arvioidaan toimintaprosessien onnistumista. (88)

### *Osatyökykyisille tie työelämään*

Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) -kärkihankkeeseen tavoiteltiin muutosta osatyökykyisten asemassa työmarkkinoilla. Osatyökykyisten asemaa pyrittiin vahvistamaan siten, että he joko pysyvät työelämässä tai työllistyvät huomattavasti nykyistä paremmin tavoitteena lisätä osatyökykyisten yhdenvertaisuutta ja elämänlaatua sekä vähentää valtion kustannuksia. Hankkeessa luotiin ja testattiin muun muassa uusia toimintamalleja osatyökykyisten työllistymiseen ja osallisuuden lisäämiseen. Kärkihankkeeseen tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön sekä työ- ja elinkeinoministeriön yhteistyönä ja se jakautui kahdeksaan projektiin. (88)

### *Palveluintegraation muutosohjelma*

Hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon kärkihankkeet päättyivät vuoden 2018 loppussa. Kärkihankkeissa aloitettua kehittämistä jatketaan muutosohjelman- ja verkostojen kautta. Maakuntien tueksi käynnistetään palveluintegraation muutosohjelma, joka kokoaa kansalliset toimenpiteet ja verkostot yhteen. Muutosohjelman johtoryhmä on nimetty vuoden 2020 loppuun. Osana muutosohjelman toimeenpanoa on perustettu palveluintegraatioverkosto, jossa on kaikkien maakuntien edustus. Palveluintegraation muutosohjelman tavoitteina on varmistaa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjille ja tuottajille edellytyksiä, työvälineitä ja toimintamalleja palvelujen yhteensovittamiseen; varmistaa nykyisen hallituksen kärkihankkeissa kehitettyjen toimintamallien siltaus eli juurruttaminen ja levittäminen nykyisiin sekä tuleviin palvelurakenteisiin. Tavoitteena on lisäksi ohjata palvelujen järjestäjiä ja tuottajia yhtenäisiin integraation edistämisen toimintakäytäntöihin ja tarkoituksenmukaiseen työnjakoon sekä tukea palvelujen yhteensovittamista sote-palvelujen sisällä ja maakunnan muiden toimialojen kanssa. (89)

## 3.6 Kuntaliiton koordinoima laatutyö

Terveydenhuoltolain tultua voimaan vuonna 2011 Kuntaliitto valmisteli yhteistyössä sairaanhoitopiirien laatuasiantuntijoiden kanssa Terveydenhuollon laatuoppaan. Kevään 2019 aikana Kuntaliitto julkaisee oppaasta uudistetun version, joka on valmisteltu yhteistyössä sairaanhoitopiirien, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Valviran sekä Sosiaali- ja terveysministeriön laatuasiantuntijoiden kanssa.

Opas on tarkoitettu terveydenhuollon palveluntuottajille laatutyön tukemiseksi. Tavoitteena on suositella sellaisia laatumittareita, jotka ovat yhteensopivia THL:n edellyttämien ja KUVA-työryhmän ehdottamien indikaattoreiden kanssa ja joiden avulla tuottajat voivat kehittää omaa toimintaansa ja toteuttaa omavalvontasuunnitelmaansa, maakunta voi seurata järjestämiensä palveluiden laatua ja asiakkaat voivat valita itselleen sopivan palveluntuottajan. Laadun seuranta on erikoissairaanhoidossa toiminnan luonteen vuoksi pidemmälle kehittynyttä. Oppaan tarkoitus on tukea erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja vuodeosastotoiminnan laadun kehittämistä. Neuvolatoiminta ja opiskelu- ja kouluterveydenhuolto ovat tarkkaan ohjeistettua toimintaa ja niitä varten tarvitaan osin omia mittareitaan. (90)

## 3.7 Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2016 kuntoutuksen uudistamiskomitean arvioimaan kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeet sekä tekemään ehdotuksen uudistetuksi kuntoutusjärjestelmäksi ja sen edellyttämiksi säädösmuutoksiksi. Ongelmina pidettiin erityisesti kuntoutuspalvelujen oikea-aikaista ja yhdenvertaista saatavuutta, vähäistä tietoa palvelujen saatavuudesta, resurssien kokonaisvaltaista johtamista ja ohjaamista sekä yhteistyötä. Kuntoutuksen uudistamiskomitea on tehnyt 55 ehdotusta kuntoutuksen kokonaisuuden uudistamiseksi. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon lääkinällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä ja rahoituksesta siirrettäisiin sote-uudistuksen yhteydessä maakunnille, Kela järjestää toistaiseksi vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. (91)

Uudistamiskomitea toteaa ehdotuksessaan, että kuntoutus- ja kuntoutumisprosessin tulee olla saumaton siten, että siihen sisältyvät tarpeen tunnistaminen, arviointi, suunnitelma, päätökset, palvelut ja etuudet, kuntoutujan ympäristöä koskevat toimenpiteet, prosessin seuranta ja arviointi sekä sen pohjalta tehtävät tarvittavat muutokset. Asiakkaan kuntoutuksen suunnittelu on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tai muun palvelujärjestelmän asiakassuunnitelmaa, asiakassuunnitelmaan sisällytetään asiakkaan kuntoutumisen ja toiminta- ja/tai työkyvyn tuen suunnitelma (kuntoutussuunnitelma). Kuntoutujan prosessiin osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ja muut tahot käyttävät ja toteuttavat yhteistä asiakassuunnitelmaa (toiminnanohjausjärjestelmä). Asiakassuunnitelma toimii kehitettävien prosessi-, laatu- ja vaikuttavuusindikaattorien perustana. Maakunta vastaa siitä, että alueella on toiminta- ja työkyvyn tuen ja kuntoutuksen toimintamalli ja monia palveluja tarvitseville keskitetty asiakas- ja palveluohjaus. (91)

Vertailukelpoisen toiminta- ja työkyvyn arvioinnin perustana tulee käyttää ICF-viitekehystä (International Classification of Functioning, Disability and Health) sekä toimialaan ja ammattiin, työsuhteeseen ja -uraan, työhön ja työorganisaatioon, terveyteen ja elintapoihin sekä elämäntilanteeseen ja asenteisiin liittyviä tekijöitä. Eri toimintayksiköissä käytetään erilaisia mittareita eikä tuloksien tulkinnassa tai hyödyntämisessä ole yhtenäisiä käytäntöjä. Komitea ehdottaakin, että palvelujen tuottajat ja kuntoutuksen järjestäjät hyödyntävät valtakunnallisesti hyväksytyjä toiminta- ja työkyky-mittareita sekä, että kuntoutuksen järjestäjät ja tuottajat seuraavat kuntoutuksen vaikuttavuutta käyttäen yhtenäisiä indikaattoreita. Toiminta- ja työkykyä arvioivien uusien mittareiden kehittämistä tulee jatkaa ja ottaa systemaattisesti käyttöön olemassa olevia mittareita. Ehdotuksena on, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos perustaa yhteis-



työelimen, jonka tehtävänä on valtakunnallisten toiminta- ja työkyvyn mittareiden arviointi ja kehittäminen. Maakuntien, kuntien, Kelan ja koulutuksen palvelujärjestelmissä on tunnistettava kuntoutustarpeessa eri elämänvaiheissa olevat henkilöt. (91)

Sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä tulee selkeyttää maakuntien vastuuta kuntoutuksen järjestämisessä ja rahoituksessa. STM vastaa maakunnan vastuulla olevien kuntoutuspalvelujen valtakunnallisesti yhtenäisistä saatavuus-, laatu- ja vaikuttavuuskriteereistä. Kela varmistaa palveluiden laadun ja hankkii omalla järjestämisvastuullaan olevat palvelut. Kelalla on merkittävää osaamista kuntoutuspalvelujen laatuksiteerien määrittämisessä sekä kuntoutuspalvelujen hankintaosaamisessa. Kuntoutuskomitea ehdottaa, että Kela tarjoaa jatkossa maakunnille ostopalveluna kuntoutuspalvelujen laadun varmistamiseen ja ostopalvelujen hankintaan asiantuntija-apua niissä palveluissa, jotka ovat maakuntien vastuulla. Komitea toteaa olevan tarkoituksenmukaista, että Kela järjestää edelleen harkinnanvaraisena kuntoutuksena sellaisia kuntoutuspalveluja, joita kohdennetaan erityisryhmille ja jotka täydentävät maakuntien järjestämää kuntoutusta. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ja hankkeiden yhteistyön rajapinnat määritellään erikseen. (91)

Sosiaali- ja terveysministeriön tulee määrittää kuntoutusta palvelevien tietojärjestelmien tietosisältökokonaisuuksien perusrakenteet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tulee vastata tietosisältöjen yksityiskohtaisesta määrittelystä. Kuntoutusprosessin johtaminen ja vaikuttavuusseuranta edellyttää yhtenäistä tietoa prosessin vaiheista ja sen kohdentumisesta, tiedolla johtamisen vaatimus edellyttää riittävän yhtenäistä ja tietovarannoksi kertyvää tietoa. Johtamisessa tarvitaan lisäksi eri kuntoutujaryhmiin (tarvesegmentteihin) kohdistettuja indikaattoreita. Kuntoutusprosessista syntyvästä tiedosta kertyy tietoa THL:n sote-palvelutapahtumien tietovarantoon, josta muodostetaan kuntoutuksen kohdentumisen, laadun, tuloksellisuuden ja tehokkuuden indikaattoreita. Indikaattorien tulee kuvata toimintakyvyn ja työkyvyn muutoksia koko väestössä, koko sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskunnassa, kaikissa kuntoutujissa sekä suurimmissa kuntoutuksen tarpeen mukaan määräytyvissä kohderyhmissä. (91)

Komitea toteaa, että kuntoutuksen vaikuttavuuden edistäminen edellyttää vaikuttavuustavoitteiden määrittämistä, selkeitä mittareita sekä oikeita kannustimia. STM:n tulee valmistella muiden tahojen kanssa lakisääteinen kannustinjärjestelmä, joka palkitsee maakuntaa kuntoutuksen kustannusvaikuttavasta, laadukkaasta ja asiakkaan kannalta riittävästä järjestämisestä. Kelan keräämää kuntoutuksen hyötyä koskevaa AKVA-seurantaa (Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus) kannattaa kehittää ja laajentaa maakunnan kuntoutuspalveluiden seurantaan. Kela vastaa rekisterin ylläpitämisestä, tiedon keräämisestä ja analysoimisesta. Raportointia tehdään kuntoutujan elämänlaadun, mielialan, työkyvyn ja kuntoutuksen tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta. Lisäksi käytetään Kelan, Väestörekisterikeskuksen ja Eläketurvakeskuksen rekisteritietoja kuntoutujan työllistymisen ja työssä pysymisen seuraamiseksi. (91)

### 3.8 Sote-digi arkkitehtuurityö

Maakuntatason kokonaisarkkitehtuurityötä tehdään osana Maakuntatieto-ohjelmaa ja sote-arkkitehtuurityö yhteensovitetaan tämän ylätasoin arkkitehtuurin kanssa. Mittarityön kehittäminen edellyttää laajan tietopohjan varmentamista ja uusien varantojen luomista. Valtiovarainministeriö koordinoi yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa sote- ja maakuntauudistuksen valmistelu- ja toimeenpanovaiheen digimuutosohjelmaa. Lähtökohtana on sote-kokonaisarkkitehtuurin rakentaminen yhteistyössä sotedigi-muutosohjelman kanssa. (86, 92)

Tavoitteena on tiedon hyödyntäminen tietoaltaista ja tiedon reaaliaikainen käyttö. Mittariehdotuksiin perustuvassa kokonaisarkkitehtuurityössä on mukana mittarityön laajennukset palvelupaketteihin, uusiin mittareihin ja valinnanvapauteen ja siinä kuvataan esitettyjen mittareiden tietojärjestelmien rajapinnat ja käsitteet sekä SOTE-vaiheistuksen ja tulevien asiakas- ja potilastietojärjestelmien tulevien ICT-investointien vaatimukset. Tietoaltaat valmistellaan keskitetysti päällekkäisyyksien välttämiseksi. Sote-kokonaisarkkitehtuurityön valmistelussa on vuoden 2018 ollut käynnissä kolmiosainen valmistelutyö. Viranomaisyhteistyössä on valmisteltu viranomaisten tarvitseman tiedon kokonaisarkkitehtuuria eri tietopohjaviranomaisten yhteistyönä. Tietojohdamisessa tarvittavien ICT-ratkaisujen arkkitehtuuria on valmisteltu HUS:in vetämänä maakuntien ja STM:n yhteistyönä. Kolmas osahanke oli maakuntajärjestäjien tietojohdamisen tietotarpeiden kokonaisuus, jota Pohjois-Pohjanmaa ja Pohjois-Karjala yhdessä koordinoivat ja kaikki maakunnat osallistuivat. Hankkeet esittelivät kesäkuussa 2018 raporttinsa Maakunnan digipalvelut järjestämistehtävässä. (92, 93)

### 3.9 Sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelma (Toivo) 2019–2022

Hallituksen esityksen mukaisen SOTE-rakenteen toimeenpano edellyttää merkittäviä panostuksia niin maakuntien tietojohdamiseen kuin valtakunnallisen ohjauksen ja valvonnan tietopohjaan. Kokonaisuuteen on liittynyt useita erilaisia selvitys- ja kehityshankkeita, joiden toimeenpano on nähty perustelluksi tehdä koordinoitusti ja hyödyntämällä keskitettyä hankekoordinaatiota. Uusi, sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelma (Toivo) sai syyskuussa 2018 suunnitteluunsa rahoitusta maaliskuun 2019 loppuun asti, jolloin on tarkoitus esittää työn tarkempi sisältö ja rahoitustarpeet sekä näkymä pidemmän aikavälin kehittämistarpeista. Kaikki kehittäminen kootaan samaan kokonaisuuteen ja ohjaukseen. Ohjelman alkua voidaan

viedä eteenpäin budjetissa olevalla rahoituksella, mutta onnistumisen kannalta olisi tärkeää saada koko seuraavan hallituskauden mittainen rahoituspäätös. (94)

Toivo-ohjelma on osa maakunta- ja sote-uudistuksen digimuutosohjelmaa ja muodostuu kahdesta osasta: SoteDigin, maakuntien ja maakuntien ICT-palvelukeskuksen Viimanan yhteinen järjestämisen työkaluihin liittyvä kehittämistyö ja kansallisten viranomaisten (erityisesti THL, Kela, Luova) tiedontuotannon uudistaminen. STM vastaisi kokonaisuuden ohjelmaston koordinaatiosta. Ohjelman johtoryhmä raportoi etenemisestä SOTE erillisvalmistelun johtoryhmälle sekä digimuutoksen johtoryhmälle. Ohjelmaa on valmisteltu yhdessä maakuntien ja valtakunnallisten viranomaisten kanssa. Ohjelman toteutus edellyttää SOTE-tietojen toissijaisen käytön lain voimaantuloa. (94)

Valmistelun mukaan SoteDigi ja Viimana kehittävät yhdessä maakuntien kanssa järjestäjän tarpeisiin tarvittavat välineet ja toteuttavat integraatiot perusjärjestelmiin. Tavoite on, että maakunnan johdolla on käytettävissään ajantasaiset modernit raportointityövälineet. Tiedontuotantoprosesseja uudistetaan siten, että maakunnat voivat tuottaa järjestämisessä vaadittavan ensimmäisen vaiheen tiedon yhdenmukaisella ja vertailukelpoisella tavalla ja johtamisessa hyödynnetään maakunnan itsensä tuottamaa ja valtakunnallisesti tuotettua tietoa. Tietorakenteiden yhtenäistämiseksi parannetaan kirjaamista ja sitä tukevia työkaluja. Maakuntien kustannustehokkaan tietotuotannon tavoitteena on hyödyntää mahdollisimman paljon yhteisiä ICT-ratkaisuja. (94)

Valmistelussa ”Valtava”-nimen saaneessa osahankkeessa THL, Kela ja Valvira uudistavat oman tiedontuotantonsa vastaamaan maakuntien ja valtioneuvoston tarpeita. Tavoite on, että maakuntien ja valtioneuvoston tarvitsema kansallisesti tuotettu tieto löytyy yhdestä paikasta helposti ja tietoa voidaan käyttää rajapintojen kautta muissa käyttöliittymissä. Tietotuotannon prosesseja uudistetaan siten, että tieto on mahdollisimman ajantasaista ja tietoa on kattavasti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä sekä sosiaali- ja terveyspalveluista. Tietorakenteiden yhdenmukaistaminen on viranomaistehtävänä keskeistä. Kansalliset tietomäärittelyt on tärkeä harmonisoida siten, että tiedot voidaan kertakirjata luontevasti osana palveluprosesseja. Viranomaisten tiedontuotannon prosessi on yhtenäistettävä toimimaan teknisesti yhtenäisellä alustalla. SOTE tiedolla johtamisen, ohjaamisen ja valvonnan toimeenpano-ohjelman, Toivon, suunnittelu käynnistyi syyskuudella 2018. Mikäli toteutussuunnitelma hyväksytään maaliskuun lopussa 2019, alkaa STM:n koordinoiman hankkeen toteutus siten, että ohjelmakausi on 2019–2022. (94)

### 3.10 Valtioneuvoston kanslian koordinoima valtioneuvoston yhteinen selvitys- ja tutkimustoiminta (VN TEAS) tietopohjan kehittämisen tukena

*Nordic Healthcare Group Oy:n ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi*

Osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan vuoden 2016 tutkimusteemaa Sote-uudistuksen ja maakuntien muodostamisen tukemista koskevia selvityksiä on tehty Nordic Healthcare Group Oy:n (NHG) ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Selvityksessä todetaan, että sote-uudistus edellyttää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeen arviointia sekä palvelutuotannon kustannusten, tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden arviointia ja vertailua. Ehdotuksessa olevaa kehitystyötä on tehty sote-uudistuksen tavoitteiden, ministeriön työryhmissä käytyjen keskustelujen, asiantuntijahaastatteluiden sekä kirjallisuuden ja tilastoanalyysien pohjalta. Mittaristo on laadittu uudistuksen tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi. (95)

Mittariston viitekehys mukaillee Institute for Healthcare Improvement (IHI) Triple Aim –mallin rakennetta: kustannukset, vaikuttavuus ja laatu (saatavuus, turvallisuus ja asiakaskokemus). Kustannuksia seurataan ehdotetussa mittaristossa kokonaiskustannusten tasolla hyödyntämällä Sitran ja STM:n palvelupakettimallia ja erikseen paljon palveluita käyttäville asiakasryhmille. Vaikuttavuutta ehdotetaan mitattavaksi tietojärjestelmäpohjaisilla mittareilla, joista ylätasoinen mittariksi ehdotetaan DALY:a (disability-adjusted life years) ja asiakkaan itse raportoimilla mittareilla. Laatumittarit jaotellaan saatavuutta, asiakaskokemusta ja turvallisuutta kuvaaviin mittareihin. (95)

Tutkimuksessa tunnistetut tietopohjaan liittyvät keskeisimmät kehittämistarpeet koskevat asiakkailta kerättävää tietoa: asiakaskokemusta ja asiakkaan raportoimaa toimintakykyä ja terveydentilaa, turvallisuuden kokonaisvaltaista seuranta sekä sosiaalipalvelujen rakenteisen kirjaamisen kattavuuden parantamista ja rakenteisen suoritekirjauksen ulottamista kaikkiin palveluihin. Tietojen on oltava asiakastasolla hyödynnettävissä. Selvityksessä todetaan, että tarvitaan selkeät tavoitteet ennen kuin mittarit voidaan valita. Kansallinen mittaristo edellyttää konkreettista, nykyistä selkeämpää tavoiteasetantaa kustannustavoitteen lisäksi laadulle ja vaikuttavuudelle. (95)

### *Tulevaisuuden tietojohdaminen maakunnissa*

Osana valtioneuvoston vuoden 2018 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa Nordic Healthcare Group, MDI, Tampereen teknillinen yliopisto ja Helsingin yliopisto toteuttavat hankkeen (3/2018–5/2019) Tulevaisuuden tietojohdaminen maakunnissa. Hankkeessa määritellään tavoitteet tietojohdamiselle sekä arvioidaan maakuntien nykytilaa ja suunnitelmia suhteessa tavoitteisiin. Hankkeessa luodaan lisäksi tietojohdamisen kypsyysmalli, joka mahdollistaa tietopohjan, tiedon jalostamisen ja johtamisjärjestelmän arvioinnin suhteessa niille asetettuihin tavoitteisiin. Tutkimushankkeen tarkempana tavoitteena on selvittää, mitä tietoa maakunnat keräävät ja jalostavat sekä miten ne keräävät, siirtävät ja yhdistävät tietoa eli maakuntien tietojohdamisen teknologisia tavoitteita ja ratkaisuja. Tavoitteena on myös kuvata, miten tietoa on suunniteltu käytettävän maakunnan johtamisessa ja sen toiminnan tukena. (96)

Hankkeessa julkaistussa väliraportissa lokakuussa 2018 todettiin, että tietotarpeiden ja tietojohdamisen tarkempien tavoitteiden määrittely on maakunnissa vielä kesken ja työ on edennyt eri tahtiin. Useita tietotarpeita on jo tunnistettu, joista useimmat liittyivät strategian toteutumisen ja rahojen riittämisen seurantaan. Tietojohdamisen resurssit ja valmistelun organisointi vaihtelevat maakunnissa varsin paljon, ongelmana on myös osaajapulaa. (96)

## 3.11 Isaacus

Sitran rahoittama hanke on valmistellut uutta, yhden luukun toimijaa, joka kokoaisi ja koordinoisi suomalaisten hyvinvointidataa esimerkiksi tutkimuskäyttöön. Toimijan työnimenä on Isaacus – hyvinvoinnin palveluoperaattori. Sitra on käynnistänyt yhteistyökumppaneiden kanssa useita esitutantohankkeita, joissa on rakennettu tulevan hyvinvoinnin palveluoperaattorin ja lupapalveluiden osia. Hanke päättyy vuonna 2019, mutta osahankkeet ovat pääosin valmistuneet jo vuonna 2018. (97)

Tietoaltaita rakennettiin kolmessa hankkeessa. *HUS:n tietoallas* -hankkeessa toteutettiin avoimen lähdekoodin pilvipohjainen tietoallas ja integraatioita eri potilastietojärjestelmistä. Lisäksi siirrettävästä tiedosta kehitettiin metatietoa. Hanke toi HUS:lle tietotaitoa käytetyistä teknologioista ja ymmärrystä sen hyötykäytölle kliniseen tutkimukseen ja biopankkitutkimukseen. *Kuopion tietoallas* -hankkeessa tehtiin tietoallas, jonne integroitiin Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä. Datan lisäksi tietoaltaassa on saatavilla lukuisia välineitä datan analysointiin ja visualisointiin ns. tutkijan työtilassa. Hankkeessa tulkittiin datan avulla sosiaalihuollon hoitopolkujen toimivuutta ja tehtiin tekstianalyysiä sosiaalihuollon kertomusteksteistä. Kuo-

pion kaupunki on luovuttanut tietoaltaan ylläpidon ja jatkokehityksen Kuopion yliopistollisen keskussairaalan vastuulle. Hankkeessa hyödynnettiin soveltuvin osin HUS:n tietoallashankkeessa kehitettyjä ratkaisuja. VSSHP:n tietoallas -hankkeessa toteutettiin alueellinen tietoallas Varsinais-Suomen tarpeisiin ja sitä kokeiltiin erilaisiin käyttötapauksiin. Hankkeen aikana on syntynyt paljon uutta osaamista hyvintointidatan toisiokäyttöön tietoallasteknologioista sekä tiedon laadusta ja hallinnasta. Muita Isaacus-hankkeen tuotoksia ovat olleet Tietoallasratkaisujen arviointi ja erilaisten työpöytäkäytöiden valmistelu eri käyttäjille. Näistä yksi on ollut Tilastokeskuksen etäkäyttöympäristö. THL on valmistellut metadata-katalogia. Lisäksi on kehitetty biopankkien yhteistä tiedonhallintaa. (97)

Mukana yhteistyössä ovat olleet muun muassa sosiaali- ja terveysministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kuntaliitto, Tilastokeskus, CSC – Tieteen tietotekniikan keskus, Kansallisarkisto, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri sekä Kuopion kaupunki. Sitran hanke on ollut valmisteluvaiheetta. Hyvinvoinnin palveluoperaattorin toiminnan käynnistämisen ja pysyvän ylläpito-organisaation perustamisen edellytyksenä on asiaa koskevan lainsäädännön hyväksyminen eduskunnassa. Hallituksen esityksen (HE 159/2017) mukaan Palveluoperaattori perustetaan itsenäisenä toimijana THL:n yhteyteen. Osana Isaacus-kokonaisuutta käynnistyi keväällä 2018 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin koordinoima kokeiluhanke, jossa testataan Sitran rahoituksen tuella KUVA-mittareiden poimimista tietoaltaasta. Poiminta todettiin periaatteessa mahdolliseksi, mutta poimittavan tiedon määrittely riittävän tarkalle tasolle on aikaa vievä tehtävä. Jos poimintasääntöjä ei ole metatietokuvauksissa kuvattu hyvin yksityiskohtaiselle tasolle, eivät eri organisaatiot pysty tuottamaan samoista raakadatoista samoja tietoja. (97, 98)

### 3.12 Sote-tiedon toisiokäyttöä koskevan lainsäädännön uudistustyö

STM on valmistellut hallituksen esityksen eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 159/2017). Uusi laki mahdollistaisi entistä sujuvamman menettelyn tietojen eri toissijaisissa käyttötarkoituksissa. Käyttötarkoituksia on tutkimuksen lisäksi esimerkiksi opetus, tilastointi, kehittämis- ja innovaatiotoiminta sekä tietojohdaminen. Isaacus on kyseisen säädöksen toimeenpanoa edistävä hanke. THL:n tietopohjahankkeessa mukana olevien rekisterien uudistamistehtävien valmistuminen edellyttää lakikokonaisuuden voimaantuloa. Ennen lain voimaantuloa voidaan edetä vain määrittely- ja suunnittelutyössä. Samoin ne tietojohdamisen tehtävät, joiden odotetaan olevan tärkeässä roolissa osana uutta pal-

velujärjestelmää, voivat jatkaa vasta kun tietojen tosiokäytön säädökset saadaan lainvoimaisesti uudistetuksi. Lakiesitys on annettu eduskunnalle, käsitelty perustuslakivaliokunnassa ja edennyt sieltä sosiaali- ja terveystieteiden valiokuntaan. (98)

### 3.13 Maakuntatietopohjan valmistelutyö (ei sote)

Maakuntien ei-sote tietopohjan poikkihallinnollisessa kehittämistyössä ovat olleet mukana kaikki muut maakunnan toimintaan liittyvät ministeriöt paitsi STM, jolla on ollut käynnissä oma KUVA-hanke. Valmistelu on liittynyt maakunnan tehtäväalan ”ei-sote” osioihin. Poikkihallinnollista valmistelutyötä tehtiin Maakuntaudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (MAKU-VAKU) ryhmässä. Sen jälkeen yhteistyö on jatkunut maakuntatieto-ohjelmassa.

#### Taulukko 6. Maakunnan tehtävälait maakuntaudistuksessa (99)

6 § Maakunnan tehtävälait	
1)	sosiaali- ja terveydenhuolto;
2)	hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön asiantuntijatuki kunnille;
3)	alueellinen alkoholihallinto;
4)	pelastustoimi;
5)	terveydensuojelu, tupakkavalvonta, elintarvikevalvonta sekä eläinten terveyden ja hyvinvoinnin valvonta ja eläinlääkäripalvelut;
6)	maatalous ja maaseudun kehittäminen;
7)	maataloustuotteiden markkinajärjestelyt, maatalouden tuotantoponosten turvallisuus, laatu ja käyttö sekä kasvinterveyden valvonta;
8)	kalatalous ja vesitalous;
9)	aluekehittämisviranomaisen tehtävät, alueen, sen elinkeinoelämän ja innovaatioympäristöjen kehittäminen ja rahoittaminen, näihin liittyvä koulutus ja osaamisen kehittäminen, kulttuurin edistäminen, yritys-, työ- ja elinkeinopalvelujen järjestäminen sekä kotoutumisen edistäminen;
10)	alueellisen lyhyen, pitkän ja keskipitkän aikavälin koulutustarpeiden ennakointi ja alueellisten koulutustavoitteiden valmistelu;
11)	maakunnan suunnittelu ja maakuntakaavoitus;
12)	kuntien alueiden käytön suunnittelun ja rakennustoimen järjestämisen edistäminen;
13)	luonnon monimuotoisuuden suojelun edistäminen ja kulttuuriympäristön hoito;
14)	liikennejärjestelmän toimivuus, liikenneturvallisuus, tie- ja liikenneolot, alueellinen tienpito, maankäytön yhteistyö ja toimintaympäristöä koskevien tietojen tuottaminen valtakunnalliseen liikennejärjestelmäsuunnitteluun;
15)	yksityisteitä ja liikkumisen ohjausta koskevia valtionavustustehtävät;
16)	vaarallisten kemikaalien ja räjähteiden käsittelyyn liittyvät valvontatehtävät;
17)	alueellisen liikuntaneuvoston asettaminen yhteistyössä muiden maakuntien kanssa sekä liikunnan edistäminen maakunnassa alueellisen liikuntaneuvoston toiminnan kautta sekä ulkoilureittitehtävät;
18)	maakunnallisen identiteetin edistäminen alueella yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa;
19)	kulttuuria koskevien suunnitelmien ja kehittämistoimenpiteiden yhteensovittaminen osana maakuntastrategian ja -ohjelman sekä maakuntakaavoituksen toteuttamista;

- |     |   |
|-----|---|
| 20) | vesihuollon edistäminen ja suunnittelu, vesivarojen käytön ja hoidon sekä tulvariskien hallinnan tehtävät, alueelliset luonnonvaratehtävät ja huolehtiminen ympäristö-, vesihuolto- ja vesistöiden toteuttamisesta; |
| 21) | vesien ja merensuojelu, vesien ja merenhoidon järjestäminen ja toteuttaminen sekä merialuesuunnittelu;  |
| 22) | ympäristötiedon tuottaminen ja ympäristötietouden parantaminen;   |
| 23) | maakunnan varautuminen ja alueellisen varautumisen yhteensovittaminen;  |
| 24) | maatalousyrittäjien ja turkistuottajien lomituspalvelujen järjestäminen sekä poronhoitajien sijaisavun kustannusten korvaaminen;  |
| 25) | alueelliset romansiasiain neuvottelukuntia ja romansiasioita koskevat tehtävät;   |
| 26) | yhteispalveluiden alueellinen järjestäminen ja kehittäminen;  |

MAKU-VAKU -ryhmä kokosi mittariehdotukset palvelukokonaisuuksittain. Aluekehittämisen mittareiden valmistelua tuki Kasvua ja kilpailukykyä tiedolla alueille (KA-KITA) -hanke. TEM:in johdolla mittareita kokeiltiin osana kevään 2018 maakuntaohjauksen simulointiharjoitusta. Jokaisella hallinnonalalla on tavoitteena koota rajattu ja ohjauksen käyttötarkoitukseen soveltuva joukko hallinnonalansa mittareita vuosittaisia hallinnonalan ja maakunnan ohjausprosesseja sekä taustaksi VM:n poikkihallinnollisia julkisen talouden suunnitelman (JTS) päätöksentekoa varten käymiin neuvotteluihin. Osa maakunnille siirtyvistä tehtävistä, seurannasta ja valvonnasta perustuu EU-säästöksiin tai EU-ohjelmiin eikä kaikki rahoitus ole osa maakuntien yleiskatteellista rahoitusta. MAKU-VAKU -ryhmän toiminta päättyi maakuntavalmistelussa keväällä 2017. Sen työtä on jatkettu maakuntatieto-ohjelman perustamassa ohjaustietoryhmässä. Valtioneuvoston yhteinen maakuntaohjauksen valmistelu on samaan aikaan tiivistynyt ja maakuntien ohjaukseen osallistuvat ministeriöt kokoontuvat viikoittain. Vuoden 2019 alussa ollaan tilanteessa, jossa valmistellaan keväälle 2019 jokaisen maakunnan kanssa poikkihallinnollisesti pidettäviä maakuntaneuvottelupäiviä. Niitä varten muodostetaan yhteistä tilannekuvaa, jossa kukin hallinnonala kokeilee oman tietopohjansa soveltuvuutta tilannekuvan muodostamiseen. Tässä hyödynnetään MAKU-VAKU -ryhmän pohjatyötä ja kunkin hallinnonalan omaa mittaristotyöskentelyä. (100)

### 3.14 Taloustiedon kerääminen Valtiokonttoriin

Kuntien taloustietojen tiedonkeruuvastuu siirtyy Tilastokeskukselta Valtiokonttorille vuonna 2021. Vastaavasti Valtiokonttori tulee vastaamaan maakuntien taloustietojen keruusta. Lisäksi kuntien ja maakuntien taloustietojen rekisterinpitoon ja tietojen raportointiin liittyvät tehtävät tullaan hoitamaan Valtiokonttorissa. Vastuiden toteuttamiseksi Valtiokonttorissa on käynnistetty syksyllä 2016 Kunta- ja maakuntatalouden tietopalveluprojekti. Sen tavoitteena on rakentaa em. tehtävien edellyttämät toimintamallit ja järjestelmät prosessin toteuttamiseksi. Projekti on osa Kuntatieto-ohjelmassa määriteltyjen toimenpiteiden toteuttamista. Kumppanina ja palvelun toteuttajana toimii



CSC. Hyötynä on taloustietojen raportointi automatisoidusti yhteiseen palveluun manuaalisesti kootun sijaan. Raportoitava tieto on yhteismitallista (yhteentoimivuuden malli, JHS). Raportoitavan tiedon on tarkoitus soveltuvien osien olla kuukausitasoista. Kuntien ja maakuntien taloustieto on tulevaisuudessa saatavissa yhdestä paikasta ja kaikkien käytettävissä (julkinen tieto). (101)

Tietopalvelu muodostuu useammasta palvelusta. Taloustietojen siirtopalvelun kautta lähetetään kuntien ja maakuntien tietojärjestelmistä XBRL- tai CSV-muotoista taloustietoa Valtiokonttorin ylläpitämään tietokantaan, josta ne siirtyvät hyväksyntäpalveluun. Hyväksyntäpalvelussa taloustietojen lähettäjä voi tarkastella lähettämiään tietoja ja todeta niiden oikeellisuuden. Lähetetty data validoidaan ja mikäli tiedoista löytyy virheitä tai muuta tarkastettavaa, lähettäjää pyydetään tarvittaessa korjaamaan tiedot ja lähettämään ne uudelleen. Tietojen ollessa kunnossa, lähettäjä hyväksyy ne ja taloustiedot siirtyvät rekisteripalveluun, joka toimii hyväksytyjen ja tarkastettujen taloustietojen tietovarastona. Rekisteripalvelu toimii avoimena rajapintana, jonka kautta tietokantaan tallennettuja tietoja voidaan hyödyntää. (101)

Raportointipalvelu toteutetaan osana laajempaa julkishallinnon raportointipalvelua ja se mahdollistaa taloustietojen julkaisemisen, raportoinnin ja analysoinnin. Taloustiedot ovat rajapinnan kautta avoimesti hyödynnettävissä yhteisestä raportointiympäristöstä. Palvelun kohderyhmiä ovat kunnat, kuntayhtymät, kunnalliset liikelaitokset ja muut taseyksiköt sekä maakunnat ja niiden liikelaitokset. Muita tärkeitä sidosryhmiä ovat mm. valtiovarainministeriö, muut ministeriöt, Kuntaliitto, Tilastokeskus, poliittiset päättäjät, media ja kansalaiset. (101)

## 4 Mittariston pilotointikokemukset

KUVA-toimeenpanoryhmän valmistelemaan mittaristoehdotukseen koottiin useita mittareita, jotka ovat teknisesti tuotettavissa olemassa olevista datoista, mutta niiden käytännön tuottaminen edellyttää uudenlaisia poimintoja, tietopyyntöjä ja jopa tutkimuslupia. Alkuperäinen suunnitelma oli tuottaa dataa ja saattaa sitä saataville Sotkanetin kautta sekä hakea maakuntavalmistelusta ja muilta toimijoilta palautetta hyödynnettäväksi mittaristoesityksen viimeistelyssä. Työryhmän toimeksiannossa oli mukana tehtävä ”Toteuttaa mittariston pilotointia”. Tehtävää varten valmistauduttiin julkaisemaan maakuntajaotuksella tuotettua vertailudataa niistä tietopohjista, joista se oli mahdollista tehdä hallituksen esityksen mukaisella maakuntajaolla.

Edellä esitettyä pilotointisuunnitelmaa muutettiin, kun valtiovarainministeriö päätti osana maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelua käynnistää valtion ja tulevien maakuntien yhteistyö- ja uusien toimintatapojen simulaatioharjoituksen. Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti osana maakuntatalouden ja ohjauksen simulointia keväällä 2018 ohjaus- ja neuvotteluprosessin tulevien maakuntien kanssa. THL osallistui simulointiin tuottamalla maakuntakohtaiset harjoitusmaakuntaraportit hyödyntäen tietopohjana KUVA-mittaristoa ja muuta valitsemaansa tietopohjaa. Mittaritiedot olivat saatavilla visuaalisessa kokeiluversiona ([proto.thl.fi/tietoikkuna](http://proto.thl.fi/tietoikkuna)). STM toimitti neuvotteluja varten maakunnille KUVA-mittariston pohjalta tuotetun maakuntien vertailuaineiston. Simulointikokonaisuutta koordinoi valtiovarainministeriö, joka julkaisi heinäkuussa 2018 maakuntien ohjauksen simuloinnin loppuraportin. Simulointiin osallistuivat maakuntien edustajien lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, sisäministeriö, maa- ja metsätalousministeriö, liikenne- ja viestintäministeriö sekä ympäristöministeriö. Simuloinneissa hyödynnettiin monipuolista asiantuntijatietoa eri vi-rastoista ja tutkimuslaitoksista. (102)

Keväällä 2018 STM ja THL valmistautuivat ensimmäiseen varsinaiseen ohjauskierrokseen. Lainsäädännön viivästymisen vuoksi kierros ei käynnistynyt, mutta STM ja THL päättivät jatkaa harjoittelua uudella arvioinnin ja harjoittelun ohjauskierroksella, joka antoi mahdollisuuden pilotoida uudestaan maakuntakohtaisia tilannekuvia hyödyntämällä paranneltua ja täydennettyä KUVA-mittaristodataa. Laadittuja tilannekuvia on hyödynnetty jatkovalmistelussa kun ministeriöt ovat VM:n koordinoimana valmistelleet valtioneuvoston ja maakuntien yhteiseksi suunniteltuja neuvottelupäiviä keväälle 2019. (102)

## 4.1 THL:n arviointitoiminnasta saadut pilotoitkokemukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kokosi *simulaatioharjoituksessa* käytettävän tietopohjan ja laati asiantuntija-arvion tulevien maakuntien suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. THL:n arvioinnissa käyttämiä indikaattoreita hallituksen esityksen mukaisella maakuntajaotuksella vietiin yleisesti saataville Sotkanetiin. Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta ja tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta sekä toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja muista tietovarannoista. (103)

Arvioinnin alustavaa viitekehystä testattiin simulaatioharjoituksessa. Arvioinnin viitekehys, arviointikehikko, muodostui kolmesta dimensiosta: sote-toiminnoista, arviointiulottuvuuksista ja maakunnista. Arvioinnin sote-toiminnot olivat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, työikäisten sosiaalipalvelut, ikäihmisten palvelut, vammaisten palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut. Palvelujärjestelmän toimivuuden tarkastelu sisälsi seuraavat ulottuvuudet: laatu ja vaikuttavuus, saatavuus, kustannukset, yhdenvertaisuus sekä asiakaslähtöisyys. Asiantuntijaryhmät valitsivat omassa substanssi- ja ulottuvuusarvioinnissaan käytettävät indikaattorit. Lisäksi valittiin joitakin maakuntien yleisiä edellytyksiä kuvaavia indikaattoreita. Arviointiin käytettävien indikaattorien valinnassa kiinnitettiin huomiota erityisesti ajankohtaan, aluejakoon, luotettavuuteen, soveltavuuteen ja tekniseen toteutettavuuteen. Indikaattoreita tulkittiin tehtäväkokonaisuuksittain. Jokaisen maakunnan arvioinnissa ja raportissa käytettiin samoja indikaattoreita, jotta maakuntien välinen vertailu mahdollistui. Simulaatioharjoituksen aikana havaittiin, että arvioinnissa käytettävälle indikaattoritiedolle on määriteltävä yhteiset periaatteet, jotta käytetty tieto on tarpeeksi kattavaa ja kohdistuu ainoastaan arvioinnin kohteena olevaan ajanjaksoon. Arvioinnissa käytettävien indikaattoreiden tulee olla THL:n pysyvässä tuotannossa ja niiden toimivuus on varmistettava. Rekisteritiedon minimitietosisältöinä pidettiin Hoitoilmoitusjärjestelmä (Hilmo) -rekisteritietoa, joka syntyy asiakastapaamisissa palveluntuottajatasolla. Muut minimitietosisällöt liittyvät KUVA-mittaristoon sekä seurannan ja arvioinnin käyttämiin indikaattoritietoihin, joita tuotetaan useita eri rekisteri- ja tutkimustietoja yhdistämällä THL:ssa. (103)

Arvioinnin käynnistyskokouksissa maakunnilta saadussa palautteessa tähdennettiin maakuntien keskinäisen vertailun merkitystä sekä maakuntien sisällä olevien erojen havaitsemista, keskiarvojen perusteella ei synny oikeaa kokonaiskuvaa maakunnan tilanteesta. Tietoikkunan karttaversio tehtiin tätä vertailua varten. Useimmissa maakunnissa yhtenäisen tiedon tuottaminen tulee olemaan ongelmallista, koska asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat hajanaisia ja yhteen sopimattomia. Sosiaalipalvelujen

arviointia pidettiin erityisen hankalana, koska sosiaalihuollosta puuttuu rakenteinen kirjaaminen, eikä laki salli vielä sosiaalihuollon avopalvelutiedon keruuta. (103)

Keskusteluissa painotettiin yhteistyötä ja koordinaatiota KUVA-indikaattoreiden, sote-tietopakettien ja JHS-palveluluokituksen välillä. Yksityisten palveluntuottajien ja työterveyshuollon tietojen saamista mukaan painotettiin. Useissa maakunnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että kuntoutus puuttuu arvioitavista sote-toiminnoista. Kuntoutuksen lisäksi suun terveydenhuolto, lastensuojelu ja päivystys on sisällytettävä arvioitaviin sote-toimintoihin. HYTE-mittarien merkitystä korostettiin. Integraation toteutumista toivottiin mukaan arvioitavaksi asiaksi. Vaikeina mitattavina asioina todettiin olevan asiakaslähtöisyys, laatu, osallisuus ja saavutettavuus (erotettava saatavuus ja saavutettavuus). Vaikuttavuutta toivottiin tarkasteltavan muutenkin kuin talouden näkökulmasta. (103)

## 4.2 KUVA-mittariston pilotointi osana THL:n arviointitoiminnon ja STM:n ohjaustoiminnan harjoittelua

Keväällä ja syksyllä 2018 harjoiteltiin HE-sote-järjestämislain ja HE maakuntalain mukaista maakuntien tilannekuvan raportointia ja ohjausta. KUVA-työryhmän toimeksianto mittareiden pilotoinnista yhdistettiin neuvotteluprosessin simulointiin siten, että KUVA-mittareilla tehty maakuntavertailun tietopohja oli käytössä ohjauksen tietopohjana. Keväällä 2018 maakuntien vertailutiedot tuotettiin yhdessä THL:n kanssa alueuudistus.fi-verkkosivujen kautta julkisesti saataville Excel-muodossa. Kokemusten pohjalta THL rakensi Sotkanet tietokannan päälle Tietoikkuna-työkalun prototyypin, jonka avulla mittareiden maakuntavertailutieto oli saatavilla THL:n verkkosivuilta. Soveltuvista mittareista työkalussa oli myös kuntatasolle ulottuva karttapohjainen tieto. (103)

THL käytti KUVA-mittareita laatiessaan syksyllä ja keväällä arvioinnin harjoitusraportit. Lisäksi THL kokeili joitain muitakin arviointiin soveltuviksi ehdotettuja mittareita, jotka olivat Tietoikkunassa. STM teki jokaista maakuntaneuvottelua varten STM:n neuvottelijoille KUVA-mittareiden avulla tilannekuvan maakunnan terveyden- ja hyvinvoinnin, palvelujen ja kustannusten tilasta. Kuvauksia käytettiin rinnan THL:n arviointiraporttien kanssa ja kuvaukset kirjattiin mukaan neuvotteluista syntyneisiin pöytäkirjoihin. THL:n ja STM:n rinnakkainen mittareiden kokeilukäyttö oli osa pilotointiprosessia eikä osa pysyvän ohjausprosessin suunnittelua.

Maakunnilla oli valmistautuessaan harjoitusneuvotteluihin käytössään mittaristotiedot, mutta KUVA-mittareita oli käytetty vaihtelevasti. Osa maakunnista oli niiden avulla tarkastellut omaa tilaansa ja valmistellut vastauksia mittariston avulla tunnistettuihin haasteisiin. Neuvottelujen aikana haluttiin välttää ajan käyttöä mittarikohtaiseen keskusteluun. Osa maakunnista toimitti yksityiskohtaista palautetta mittaristosta ja sen käytöstä. Varsin yhdenmukainen palaute KUVA-mittariston avulla tuotetusta tilannekuvasta oli se, että tällä pystyttiin tunnistamaan ja nostamaan esiin kunkin maakunnan erityispiirteitä ja niitä ongelmia, jotka ovat kullakin alueella tärkeitä alueen kehittämisessä ja rahoituksen riittävyyteen liittyvien toimien suunnittelussa. Neuvotteluissa todettiin, että yhteinen tilannekuva on tärkeä pohja hyvälle neuvottelulle. Mittariston kehittämistoiveet kohdentuivat sisältöä enemmän datan saamiseen käyttöön mahdollisemman käyttökelpoisessa muodossa hyvissä ajoin ennen neuvotteluja. Tietojen hyödyntäminen hyvinvointikertomuksissa ja maakuntien monialaisuuden huomioiminen nousivat esiin. Lisäksi keskusteltiin datan laadusta, tietojen kirjaamisen ja tietopoimintojen ongelmat ovat kehittämiskohteita, kun jatkossa tietopohjaa on tarkoitus käyttää päätöksentekoon.

STM:n tehtävänä simulaatioharjoituksessa keväällä 2018 oli neuvottelujen lisäksi laatia valtiovarainministeriölle maakuntakohtaiset raportit sote-palvelujen toteutumisesta, rahoituksen riittävyydestä ja toimista rahoituksen riittävyyden varmistamiseksi. STM:n laatimat raportit olivat käytössä VM:n ja maakuntien välisissä neuvotteluissa ja ne laitettiin saataville alueuudistus.fi-verkkosivuille. STM:n raportit pohjautuivat KUVA-mittariston avulla laadittuun tilannekuvaan, THL:n arviointiraporttiin ja STM:n ja maakuntien välisten neuvottelujen tuloksiin. Kevään 2018 simulaatioharjoitus auttoi hahmottamaan, minkälainen mittaristotieto on hyödyllistä maakuntajärjestäjän ja ministeriöiden välisessä ohjausprosessissa. STM ja THL sekä neuvotteluharjoitteluun osallistuneet KUVA-TPA ryhmässä olevat maakuntien edustajat antoivat palautetta KUVA-TPA-ryhmälle mittariston kehittämiseksi.

Tietoikkunan prototyyppi avattiin avoimeen käyttöön palautteen saamiseksi toukuussa 2018. Syksyllä 2018 oli käytössä KUVA-mittareiden päivitetty lista, joka vietiin mahdollisuuksien mukaisessa laajuudessa kokeilukäyttöön Tietoikkunaan. Syksyllä 2018 THL:n arviointiraportit ja STM:n KUVA-mittareilla valmisteleva tilannekuva laadittiin samalla yleisperiaatteella mutta aiempia kokemuksia hyödyntämällä.

Syksyn 2018 uusitun harjoitteluneuvottelukierroksen kokemukset olivat yleisesti samanlaisia kuin keväällä. Uutena konkreettisena ongelmana ilmeni ohjausneuvotteluissa käytetyn tiedon ajantasaisuus. THL joutui aikataulusyistä valmistelevaan arviointiraporttinsa pääosin vuoden 2016 toiminta- ja taloustiedoin, mutta STM ei voinut harjoitusneuvotteluissa olla huomioimatta alkusyksystä valmistuneita vuoden 2017 tietoja. Ohjauksen vuosikello on kiinnitetty julkisen talouden suunnitelman laatimisen aikatauluun eikä STM:llä ole mahdollisuutta myöhentää omia neuvottelujaan ja JTS:n

laatimisessa on tärkeä huomioida tuorein tilanne. Harjoittelukierros osoitti, että aika-  
tauluongelman ratkaisemiseksi joudutaan tietopohjan valmistelussa kiinnittämään jat-  
kossa paljon huomiota valmisteluprosessien kehittämiseen siten, että kaikki mahdolli-  
nen tieto valmistuisi ennen kesää.

STM jatkoi KUVA-mittareiden, THL:n arviointiraportin ja neuvottelutulosten hyödyntä-  
mistä laatimalla uudet harjoitusraportit VM:lle tuotettavaan raporttiin ja viemällä tieto-  
pohjan luomaa tilannekuvaa valtioneuvoston yhteiseen valmisteluun, jossa suunni-  
teltiin maakuntakohtaisten valtioneuvosto-maakunta -neuvottelupäivien ja VM:n oh-  
jausneuvottelujen pitämistä keväällä 2019. Mittaritietopohjan avulla luodut tilanneku-  
vat ovat näyttäneet käyttökelpoisina tässä prosessissa, joskin poikkihallinnollista  
tietopohjien yhteensovittamista on kehitettävä edelleen.

#### *Kieliryhmien huomioiminen ohjauksen tietopohjassa*

Osana THL:n tietopohjahanketta tehtiin ”Yhdenvertaisuuden toteutuminen kieliryhmit-  
täin” -pilotti, jossa kokeiltiin KUVA-mittareiden soveltuvuutta kieliryhmittäisen yhden-  
vertaisuuden tarkasteluun. Projektin tehtävä oli selvittää, voiko Hilmo-rekisteripohjai-  
sia KUVA-indikaattoreita muodostaa kieliryhmittäin. Pilotin tuloksista oli mahdollista  
käydä keskustelua ja saada palautetta sosiaali- ja terveysministeriön ja saamelaiden  
välisissä neuvotteluissa marraskuussa 2018. Projektissa tuotettiin seitsemän KUVA-  
indikaattoria kieliryhmittäin (saame, ruotsi ja suomi). Indikaattoreiden valinta perustui  
asiantuntija-arvioon indikaattoreiden käytettävyydestä. Valinnoissa pyrittiin mm. hu-  
omioimaan se, että raportoitavaksi tulisi riittävä määrä havaintoja ( $n \geq 10$ ). Valitut indi-  
kaattorit on koottu taulukkoon 7.

#### **Taulukko 7. Kieliryhmittäisten erojen pilotoinnissa käytetyt KUVA-mittarit**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit / 1 000 asukasta</li> <li>• Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki käynnit (pl. suun th) yhteensä / 1 000 asukasta</li> <li>• Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki muut kuin lääkärikäynnit / 1 000 asukasta</li> <li>• Suun terveydenhuollon asiakkaat, joilla ei karies- tai ienhuollon tarvetta</li> <li>• Suun terveydenhuollon aikuiset asiakkaat, joilla yli viisi suun terveydenhuollon käyntiä vuodessa</li> <li>• Tervehampaiset 12-vuotiaat, % vastaavanikäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä</li> <li>• Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttänyttä.</li> </ul>
--

Pilotissa valmistellut ja saamelaiskokouksessa esitellyt KUVA-indikaattorit olivat koko  
Suomen väestön tasolla. Maakunnittaisia tietoja saamelaiskieliryhmistä ei ole mahdol-  
lista muodostaa pienen lukumäärän vuoksi. Tiedot antoivat kuitenkin riittävästi infor-  
maatiota STM:n ja saamelaiden välisiin keskusteluihin. Moni sisällöltään informatiivi-

selta vaikuttava indikaattori jätettiin pois, koska havainnot olisivat olleet saamelaisväestön osalta liian pienet. Ruotsinkielisen väestön tietojen poiminta onnistuu myös ja tietoa käytettiin vertailuna saamenkielisiin, mutta ei muutoin analysoitu tarkemmin. Indikaattoreiden valinnan jälkeen poiminta oli teknisesti suhteellisen helppo toteuttaa, mutta edellytyksenä oli, että poiminnan tekijä tunsi entuudestaan KUVA-indikaattoreita ja oli tehnyt vastaavanlaisia poimintoja. Pilotin tuloksena voidaan todeta, että valittuja KUVA-indikaattoreita on mahdollista tarpeen tulleen hyödyntää silloin kun halutaan tarkempaa tilannekuvaa joistakin erityiskysymyksistä. Tietojen soveltuvuus on arvioitava myös tiedon luotettavuuden näkökulmasta kussakin tilanteessa.

## 5 Ehdotukset ja perustelut mittareiksi

### 5.1 Mittariston valmistelu ja kuulemiset

Sote-KUVA-mittaristoa on valmisteltu ensisijaisesti kansallisen ohjauksen ja THL:n arviointitoiminnon tarpeisiin. Mittariston lähtökohdat perustuvat maakunta- ja sote-uudistuksen lakikokonaisuuteen ja siihen liittyvään substanssilainsäädäntöön sekä niissä oleviin tietotarpeisiin, joita on taustoitettu luvussa 2. Tässä luvussa kuvataan valmistelutyötä ja yleisiä perusteita mittarivalinnoille. Mittarikohtaiset perustelut ja ehdotettu sote-KUVA-mittaristolista ovat tämän muistion liitteenä 3.

#### 5.1.1 Syksyn 2016 alatyöryhmissä tehty valmistelu

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatioon syksyllä 2015 perustettu Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmä (KUVA) jakaantui syksyllä 2016 neljään alatyöryhmään, jotka valmistelivat ensimmäiset ehdotukset mittaristoksi ja väliraportin rahoitus- ja resurssi-ryhmän ja projektiryhmän käsittelyyn. Väliraportin ehdotukset olivat vielä yleisellä tasolla, jolloin nähtiin tarve tarkentaa perusteita ja näkemyksiä indikaattoreista ja niiden käytöstä ohjausrakenteessa. Mittaristosta ei syksyn alatyöryhmien työssä vielä ilmennyt millä tasolla mittarit olisivat tai mitä on mahdollista mitata. Mittaristosta kävi paremmin ilmi aiottu ohjaustaso, mutta ei varmuutta siitä, onko mittarit kyseisellä tasolla mielekkäästi mitattavissa. (2)

Väliraportissa esitettiin erilaisia kansallisen ohjauksen mittaamiseen liittyviä yleisperiaatteita huomioitavaksi jatkotyössä. Todettiin, että mittaamisessa on tärkeää arvioida miten hyvin olemassa olevat mittarit mittaavat sitä, mitä halutaan mitata. Mittareiden on oltava myös sellaisia, että niihin voi vaikuttaa. Kansallinen taso nähtiin ensisijaisena. Kansalliseen tietotarpeeseen tarvitaan sekä "yleisiä" että toimialakohtaisia indikaattoreita. Maakuntien väliseen vertailuun tarvitaan rajattu määrä indikaattoreita, tietyt selkeät esimerkiksi väestöä ja kaikkia palveluja kattavia indikaattoreita sekä vertailutietoa, miten maakunnat saavat kustannustehokkaan toiminnan aikaan. Jotkin alatyöryhmien mittaristoista edustivat vain suppeaa osaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista, mm. sosiaalipalvelu- ja yleisesti kaikkiin toimintoihin sopivia indikaattoreita oli hyvin vähän. Erikoisala- ja palvelukohtaiset indikaattorit palvelevat hyvin kyseisen toiminnan vertailussa, mutta liian yksityiskohtaiset mittarit eivät välttämättä sovi koko maakunnan indikaattoreiksi. Indikaattorien muodostamisessa tulisi mahdollisimman laajasti hyödyntää asiakas- ja potilasasiakirjojen kirjauksia. (2)



Kokonaisuutta muotoiltaessa on huomioitava valvontaan liittyvä indikaattoriketju: oma-valvonta – maakunnan tuottajavalvonta ja -valinta – asiakkaan valinnanvapaus – viranomaisvalvonta – maakuntien valvonta ja vertailu – kansallinen vertailu. Kaksi mitattavaa kokonaisuutta todettiin tärkeimmiksi: 1) Palvelutarpeen arviointi on keskeinen maakunnalle, joka järjestää toiminnan. Maakunnalliset väestötiedot on saatava käyttöön, tarvitaan tietoa myös niistä ihmisistä, jotka eivät ole palvelujen piirissä, vaikka heillä olisi palvelutarvetta. 2) Palvelujen vaikuttavuus. (2)

Johtamisen ja toiminnanohjauksen mittareiden määrittämisessä ja valinnassa tulee kiinnittää erityistä huomiota mittarin pätevyteen (validiteetti, tarkoituksenmukaisuus), mittarin luotettavuuteen (reliabiliteetti) ja siihen, että otetaan käyttöön vain ehdottoman tarpeelliset mittarit ja otetaan ensin käyttöön kustannustehokkaat (käytännöllisyys) mittarit. Erityisen pulmallista on muutosherkkyden ja mittarin arvoon kohdistuvan vaikutuksen tiedostaminen, esimerkiksi asiakasrakenteen muutostilanteissa. Useilla organisaatioilla on kuitenkin hyvä tietämys, miten ja missä tilanteissa tulee mittaritietoja vakioita (tekijät ja laskenta), tuottaa asiakassegmentitasolla tai suhteuttaa. Mittariston on tuettava sote-uudistuksen tavoitteita, ja käytettävät termit tulee perustua lainsäädäntöön. On mitattava mitä saavutetaan, ei pelkkiä suoritteita, mitattava esimerkiksi kokonaisarvoa asiakkaille. Tarvetta on myös tulevaisuuden suunnittelussa hyödynnettäviin ennakoiviin indikaattoreihin. (2)

Väliraportin valmistuttua päätettiin tuottaa tarkasteltavaksi erikseen kaksi mittarisettiä: ne, joiden tiedot ovat nykytietopohjasta tuotettavissa ja ne, joissa se ei ole mahdollista. Todettiin, että varhaisessa vaiheessa on keskeistä tehdä arvio siitä, onko uusi mittari kehitettävissä ja missä aikataulussa ja tarvitaanko välivaiheistusta. Sisällöllisesti hyvä mittari kannattaa hyväksyä listoille, vaikka nykytuotannossa sen datan laatu ei olisi hyvää esimerkiksi huonon kirjaamisen vuoksi. Mittari käyttöön ottamalla on mahdollista kehittää datan laatua, vaikka se nyt tuotannossa olisikin ”huono”. (2)

### 5.1.2 KUVA-toimeenpanoryhmän työ 2017–2018

Joulukuussa 2016 perustettiin KUVA-toimeenpanoryhmä jatkamaan mittariston valmistelua, ryhmän tehtävät on kuvattu luvussa 1.1. Työryhmä päätti ryhtyä korjaamaan väliraportissa olevien tuotosten päällekkäisyyksiä ja toistoja tiivistetyimmällä ryhmitellyllä, joka olisi helpommin hahmotettavissa sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden näkökulmasta. Mittarikokonaisuus havaittiin hyödylliseksi ryhmitellä niin, että nähdään helposti mihin kaikkiin ryhmiin kukin mittari voidaan sijoittaa, mutta kukin mittari tulisi sisältyä mukaan vain kertaalleen.

Toimeenpanoryhmä kävi kevään 2017 aikana läpi väliraportissa esitetyt ehdotukset työryhmässä edustettuina olevien organisaatioiden asiantuntijatuken avulla. Palautteen

kerääminen ja käsittely on kuvattu tarkemmin luvussa 5.1.3. Työryhmä on vuosien 2017 ja 2018 aikana kokoontunut noin kuukauden välein ja käsitellyt sihteeristön ja kutsuttujen asiantuntijoiden valmistelemia muutosehdotuksia KUVA-mittaristoluonnokseen. Verkkosivuilla on ollut kokousten päätösten mukaisesti päivitettyjä versioita avoimesti kommentoitaviksi. Työskentelyssä on pyritty viemään valmistelua eteenpäin aihekokonaisuuksina, mittaristoa on samalla päivitetty myös muutoin, kun esimerkiksi saadun palautteen tai ilmenneiden teknisten ongelmien vuoksi on todettu tarpeelliseksi muuttaa määrittelyjä tai lisätä tai poistaa mittareita.

### 5.1.3 Mittariston valmistelun aikaiset kuulemiset ja saadun palautteen käsittely

KUVA-toimeenpanoryhmä (KUVA-TPA) aloitti väliraportissa olevan ehdotuksen jatkovalmistelun hakemalla omista taustaorganisaatioistaan (STM, THL, Valvira, Kela, Tilastokeskus, Valtionkonttori, VM, Sitra, Etelä-Karjala, Kainuu, Lappi, Pohjois-Savo, Satakunta) asiantuntijanäkemyksiä. Valvira kokosi oman organisaationsa lisäksi palautteen aluehallintovirastoista. THL ja Kela kokosivat palautetta laajalta asiantuntijajoukolta organisaatioissaan. Tämän palautekierroksen jälkeen KUVA-TPA ryhmä vahvasti kesäkuussa 2017 ensimmäisen julkisesti kommentoille annetun luonnoksen mittaristosta, joka julkaistiin alueuudistus.fi- ja THL:n verkkosivuilla. Samalla perustettiin avoimen palautteen antamista varten THL:n oma sähköpostiosoite sekä annettiin THL:n verkkosivuilla ohjeita palautteen antamista varten. Palautteena pyydettiin jatkokehittämistä koskevia yleisiä kommentteja ja näkemyksiä ryhmittelystä sekä yksityiskohtaisia mittarikohtaisia kommentteja.

Mittaristosta on koottu palautetta useilla eri tavoilla. Työryhmäkokouksissa on ollut eri tahoja kuultavana, ehdotetut muutostarpeet on käsitelty kokouksissa ja mittaristosta on julkaistu useita päivitettyjä versioita. Palaute ja sen käsittely on ollut jatkuva prosessi, ei niinkään virallisten lausuntokierrosten kautta koottu palaute.

#### Mittaristopalautteen keräämisen tavat:

1. Mahdollisuus avoimesti antaa kommentteja palaute-sähköpostilaatikkoon. Työryhmän jäsenet ja sihteeristö ovat viestittäneet palautteenantokanavasta mm. erilaisissa tilaisuuksissa, joissa mittariston valmistelua on esitelty.
2. Työryhmässä keskeisiksi todetuilta tahoilta on pyydetty kirjallinen palaute ja kutsuttu työryhmän kuultavaksi kokouksiin.
3. Valmistelun vieminen tilaisuuksiin, joissa osallistujat ovat voineet osallistua mittariston käsittelyyn (sote- ja maakuntavalmistelijoiden työpaja, KUVA-ryhmän työpajat)

4. Mittariston pilotoinnin yhteydessä saadun palautteen hyödyntäminen: pilotoinnissa mittaristolistassa olevista mittareista on tuotettu maakuntien vertailudataa. Käytännön toimivuutta on saatu testattua maakunta-sotevalmistelun yhteydessä alueilla ja ohjauksen simulointiharjoituksessa, jossa THL on käyttänyt tietopohjaa arviointiraporteissa. STM ja VM ovat kokeilleet tietopohjan käyttöä omissa ohjausprosesseissaan, joita ovat neuvottelut maakuntien kanssa ja palvelujen saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden arviointi sekä JTS-prosessi.
5. Muiden mittaristovalmistelujen hyödyntäminen: mm. Sitran Tietopaketti-työ, Ikäihmisten laatusuosituksset, Lasten-nuorten ja perheiden kärki-hanke, Aluekehittämisen mittareiden selvitys -hanke.

Liitteessä 2 on lista palautetta antaneista tai kuultavana olleista tahoista, joilta on saatu palautetta jollain edellä esitetyllä tavalla. Saatua palautetta esitellään sisällöllisesti KUVA-TPA ryhmän mittaristoesityksen perustelujen yhteydessä. Tähän muistioon on koottu tuloksia muutamista keskeisistä mittariston valmisteluun ja muutosohjelmaan laajemmin liittyneistä tilaisuuksista.

*Asiakkaan tietotarve valinnanvapauden käyttämisen tueksi, KUVA -työpaja toukokuu 2017*

Valinnanvapauden tueksi asiakkaalle tarjottavaa tietoa käsiteltiin KUVA-työryhmän työpajassa 3.5.2017. Osallistujina olivat KUVA- ja KUVA-TPA -ryhmän jäsenet ja kutsuttuja henkilöitä yhteistyöverkostoista. Potilaita tai asiakkaita edustavien organisaatioiden edustajia ei ollut paikalla. Osallistujia pyydettiin asettumaan potilaan/asiakkaan asemaan ja miettimään mitä tietoja he itse, tai omaisen, tarvitsisi käytännön palvelun valintatilanteessa. Käsiteltävinä palveluina olivat sote-keskusten palvelut, suun terveydenhuolto, kotihoito, kaihileikkaus, fysioterapia ja palveluasuminen. Suurimmalle osalle palveluryhmistä yhteiset tietotarpeet olivat: aukiolo, kieli, sijainti, toimipisteiden määrä, palvelun sisältö, asiakaskokemus, jonotusaika, lisäpalvelut, täydentävät palvelut, esteettömyys, ammattirakenne, osaamisalueet, henkilöstön kokemus, koulutus ja erityysoasaaminen, henkilöstömitoitus, hinta, asiakaspalautejärjestelmä ja palvelujen laatu (infektiot, komplikaatiot, kantelut, potilasvahingot, tähtiluokitus, uusintaleikkaukset, valvontaviranomaisten toimet).

Edellä lueteltujen lisäksi löytyi tietotarpeita, jotka kohdentuivat vain kahteen ryhmään. Nämä tietotarpeet olivat: asiakasprofiili, siisteys, teknologian taso, välineiden laatu, henkilöstön työhyvinvointikyselyt, henkilöstön vaihtuvuus, elämänlaatu- ja/tai toimintakyky mittaukset, palvelusuunnitelman toteutuminen, palvelun liittyminen hoitokokonaisuuteen, yhteistyöketjut, suosittaleeko henkilöstö, hoidon jatkuvuus, onko sähköistä asiointia, välitön vastaaminen yhteydenottoon, olosuhteiden yksityiskohdat, ammatti-

taidon ylläpito, täydennyskoulutuspäivät. Työryhmien tuotoksista käytiin palautekeskustelu ja materiaalit koottiin jatkovalmistelua varten. Materiaalista on sisältöanalyysillä koottu keskeiseksi todetut sisällöt. Osa tietotarpeista oli yhteisiä lähes kaikille palveluryhmille. Yksikään sama tietotarve ei esiintynyt kaikissa kuudessa ryhmässä. Puute johtunee osin palvelun luonteesta, mutta osin myös siitä, että työryhmytön aikana ei ryhmässä ehditty koota kaikkia näkökulmia.

*Asiakkaan tietotarve valinnanvapauden käyttämisen tueksi, KUVA -työpaja kesäkuu 2017*

KUVA- ja KUVA-TPA -ryhmien yhteisessä työpajassa 5.6.2017 käsiteltiin valinnanvapautteen liittyviä asioita hyödyntämällä muiden maiden esimerkkejä, miten tietoa käytetään valinnanvapauden toteutumisen seurantaan kansallisessa ja alueiden ohjauksessa (Englanti ja Ruotsi) sekä mitä tietoa kansalliseen ja alueiden ohjaukseen tarvitaan valinnanvapauden näkökulmasta. Taustamateriaalin avulla työpajassa käytiin läpi mittaristolistoja eri ryhmissä tehtävänä tarkastella mittareiden toimivuutta mm. suhteessa arkkitehtuurikuvaan; mitä Englannin ja Ruotsin kokemuksista voi oppia ja hyödyntää, järjestelmien yhtäläisyys tai erilaisuus; kansallinen valinnanvapauden toteutumisen seuranta; mitä järjestäjän tulisi tietää valinnanvapauden toimivuudesta sekä järjestäjän rooli tiedon tuottajana sekä tuottajat tiedon tuottajana ja tiedon käyttäjänä.

*Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon valtakunnallisten valmisteluryhmien ja sote- ja maakunta-uudistuksen vastuuvastavalmistelijoiden ja muutosjohtajien yhteiskokous, kesäkuu 2017*

Työpajassa 13.6.2017 käsiteltiin mittaristoluonnosta pienryhmissä, joissa oli mukana maakuntien- ja sotemuutosjohtajia sekä valmistelun asiantuntijoita alueilta sekä mm. STM:n, VM:n ja THL:n edustajia.

*Työpajasta koottuja keskeisiä näkemyksiä olivat:*

Kansalliset terveystavoitteet on huomioitava maakunnan palvelustrategian tavoitteissa, mittariston on oltava ensisijaisesti valtakunnallinen, jotta tavoitteiden toteutumisen seuranta voidaan tehdä. Maakuntakohtaisia seurantatietoja on saatava kansallisten lisäksi. Järjestäjän on tiedettävä syy-seuraussuhteet, väestön palvelujen käytön ja terveyden sekä hyvinvointitiedon välistä korrelaatiota on seurattava, seuranta ei toimi nykyisin. Alueellisesti spesifin tiedon tuottamiseen on valmistauduttava ja tehtävä yhteistyötä korkeakoulujen kanssa. Yhteistoiminta-alueiden rooli tiedon tuottajina tulevaisuudessa on arvioitava ja varmistettava, ettei tuoteta päällekkäistä tietoa.

Nelikentän mukainen seuranta: hoidon piirissä tai ei, terve tai sairas. Tarvitaan uudenlaista laadullista, mitattavaa tietoa, myös tuotannosta. Kansallisten standardien luominen sille, mikä on ”oikea taso”, esimerkiksi kansallinen keskimääräinen palvelun käyttö, mikä pitää yhdistää tutkimustietoon. Sovittava minkälaisia tietoja käytetään lähtökohtana, valtion ja maakuntien tietojen oltava kohtalaisen samanlaisia ja yhtenäisessä rakenteessa. Yleistettävyyden mahdollisuus on oltava, muuttujien on oltava summatiivisia. Liian yksityiskohtaiset tiedot eivät palvele ennakointia/mihin ollaan menossa. Paikkatietojen merkitys on arvioitava, alueiden rajat muuttuvat, miten palvelujärjestelmä pystyy reagoimaan tähän.

Järjestäminen rakennetaan nykytiedon varassa, hyvinvointitieto on usein historiatietoa. Tiedon ajantasaisuuden on oltava parempi ja pitää olla ennustetietoa (ennustemallit, perälauta, resursoinnit, allokointi /uudelleen allokointi). Tarveperustaiset tiedot, mistä pitää lähteä liikkeelle, mikä on aitoa järjestämistä, ettei tehdä entisten rakenteiden ym. pohjalta? Tarpeen määrittely on vaikeaa, miten paljon tarvitaan rahaa esimerkiksi suun terveyteen/ mistä ko. tieto tulee? Tarve ja kysyntä ovat kaksi eri asiaa, kysyntä on suurempi kuin varsinainen tarve. Rekisteritieto kertoo vain julkisten palvelujen palvelukäytöstä, siksi tarvitaan väestötutkimustietoon perustuvaa tarpeiden ennustamista. Uusien palvelutarpeiden määrittely on tehtävä.

Tärkeitä mittareita ovat perustiedot kuten suoritiedot, asiakastiedot, kustannustiedot, sekä palvelujen saatavuustieto. Vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa eikä siihen päästä heti alkuvaiheessa. Sote-rahaman käytön suunnittelua on helpompi ymmärtää, kun paloitellaan iso kokonaisuus järkevästi pienempiin osiin, esimerkiksi suun terveydenhuolto. Tietojohdamisesta on vielä hajanainen kuva, raportoinnit epäyhtenäisiä ja palvelee etupäässä keskushallintoa. Eksoten mallissa perusraportoinnista on siirrytty optimointiin, jossa keskeistä on mallintaminen ja ennustaminen. Käsitteiden ja tietojen määrittelyä on tehtävä, kun samoja indikaattoreita käytetään poikkihallinnollisesti (MAKU-VAKU) ja KUVA -työssä. Eri hallinnonalojen mittareita on vaikea arvioida. Sote-tietopakettien käyttöönnotosta esitettiin puoltavia näkemyksiä.

#### KUVA-työpaja syyskuu 2018

KUVA-työpajassa 6.9.2018 käytiin läpi ei-tuotannossa olevia tietopohjan tuotantolinjoja ja ohjaukseen tarvittavia mittareita. Esittelijöinä toimivat THL:n asiantuntijoiden lisäksi Työterveyslaitos ja Valvira. Työpajassa priorisoitiin tuotantolinjat seuraavaan järjestykseen skaalalla 1. tärkein prioriteetti, 5. vähiten priorisoitu: RAI-mittariston hyödyntäminen (1,5), Asiakaskyselyt (2,6), Valvonnan tiedot (2,8), TEA-tiedonkeruut (3,5), Työhyvinvointitiedot (4,25). Työpajan ehdotuksia käsiteltiin KUVA-TPA -kokouksissa.

*Työpajan ehdotukset:*RAI-mittariston hyödyntäminen

Suomessa ei ole yhdenmukaisesti mitattua tietoa iäkkäiden henkilöiden toimintakyvystä, mikä aiheuttaa merkittäviä ongelmia ohjaukseen, rahoitukseen ja järjestelmän kehittämiseen. Kansallisesti yhdenmukaisin menetelmin mitatun toimintakykytiedon avulla pystyttäisiin paremmin suunnittelemaan ja kehittämään asiakkaiden hoitokäytäntöjä, vähentämään eriarvoisuutta, keskittymään ennaltaehkäisevään toimintaan sekä karsimaan kustannuksia, jotka johtuvat teottomista hoitokäytännöistä tai epäoikeudenmukaisesta rahoituksen kohdentamisesta maakunnille ja tuottajille. Kansallisesti yhdenmukaisin menetelmin mitattu toimintakykytieto edesauttaa kaikkien merkittävimpien sote-tavoitteiden saavuttamista.

RAI-kokonaisarviointi (RAI, alun perin Resident Assessment Instrument) -järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Vaikka RAI on ensisijaisesti potilas- ja asiakastiedon käyttöä asiakkaan hoidon tueksi, se tuottaa erittäin tärkeää vertailutietoa ohjaukseen ja järjestelmän kehittämiseen. RAI-arviointi pohjautuu lukuisiin (n. 300) kysymyksiin. Yksittäiset kysymykset eivät ole relevantteja KUVA-mittaristossa, mutta kysymyksistä tehty aggregaattitasoinen koostetieto toimisi KUVA-mittarina ja ohjauksen välineenä. KUVA-toimeenpanoryhmän linjauksena on, että RAI-arviointivälineistön hyödyntämistä ja käyttöönottoa kansallisen ohjaustiedon keräämisessä selvitellään, ml. tietotekniset ratkaisut, kustannukset ja tietojen julkaiseminen.

Asiakaskyselyt

THL:n nykyisten (neuvolat, suu, synnytys, perusterveydenhuollon vastaanotto) tiedonkeruiden jatkaminen mm. ohjauksen tietotarpeisiin. Kansallisen asiakaskyselyjen kysymystietopankin perustaminen THL:ään. Jatketaan palvelutilanteista kerättävän asiakaspalautteen huomioimista kansallisessa arkkitehtuurityössä ja uudenlaisen tietotutnantoputken toteutusmahdollisuutta arvioidaan uudelleen kun valinnanvapauden tiedonhallintapalvelujen rakentaminen on edennyt. Asiakaskyselyihin lisätään jotain tiettyä pitkäaikaissairautta sairastavien tyytyväisyys vastaanottopalveluihin ja hoidon jatkuvuuteen.

### Valvonnan tiedot

Määritellään valvontaviranomaisten kanssa tarkemmin, mitkä valvonnassa kertyvät tiedot, ovat sellaisia että niistä kannattaa muodostaa kansallisia mittareita. Huomioidaan näiden tietojen tuotanto, raportointi ja tiedonvaihtotarve osana kansallista, valmisteilla olevaa sote-tiedon raportointihanketta. Sote-KUVA-mittaristoon voidaan jo nyt nykytietotuotannosta mahdollisesti ”tuoda käsin” joitakin tärkeitä tietoja.

### TEA-tiedonkeruut

Työpajatyön tuloksena työryhmän näkemys oli, että kuntien TEA-tiedonkeruuta jatketaan maakuntien toiminnan käynnistymisen jälkeenkin huomioiden kysymyksissä kuntien tehtävien muutokset. Maakunnilta kerättävän vastaavan tiedon käyttöönotto vaatii vielä lisää tarpeellisuusarvioita, koska kyselyt eivät ole nykymuodossa toimivia. Työpajan tuloksena todettiin, että THL tarkastelisi erityisesti TEA-perusterveydenhuollon tiedonkeruun tuottamien tietojen tarpeen ja mahdollisen käytön tulevassa toimintaympäristössä ja tekisi ehdotuksia tietopohjan tuottamisen mahdollisuuksista.

### Työhyvinvointitiedot

Työterveydestä ja työhyvinvoinnista tarvitaan tietoa, mutta maakuntiin siirtyvälle henkilöstölle kyselyn tekeminen maksaisi erittäin paljon ja mittauksen saavutukset eivät ole selkeitä. Vertailukelpoiset työhyvinvointitiedot ovat työnantajille ja järjestäjille niiden omassa toiminnassa tarpeellista tietoa. Tiedon käyttökelpoisuutta ei ole helppo hahmottaa kansallisella ohjauksen tasolla, jossa maakuntia vertaillaan järjestäjinä. Mikäli työnantajaorganisaatiot ottavat työkalun laajaan käyttöön, voidaan tiedon hyödyllisyyttä testata ja arvioida uudestaan. Tässä valmisteluvaiheessa kansallisen tietotuotantoputken rakentamista ohjaustarkoituksiin ei voida priorisoida huomioiden käytännön toteutuksen rasitteet. Työhyvinvoinnin mittausta tulee ensisijaisesti kehittää järjestelmistä kerättäväksi (mm. henkilöstörakenne, sairauspoissaolot, henkilöstön vaihtuvuus, vajaus). KUVA-TPA -ryhmän päätöksen mukaisesti esitettyjä työhyvinvointia koskevia tietoja ei lisätä KUVA-mittareihin.

## 5.2 Mittaristotarkastelun lähtökohdat

Lähtökohta mittaristovalinnalle ovat yleiset hyvän mittarin rakentamisen periaatteet kuten valideiteetti, reliabiliteetti, käytännöllisyys ja relevanttius. Käyttötarkoitus kansallisessa ohjauksessa on ollut valmistelua ohjaava periaate. Valmistelussa on yleisiä hyvän mittarin periaatteita jouduttu soveltamaan siihen, että mittaristo soveltuu makrotasolle, koko palvelujärjestelmän tai sen keskeisten osien tarkasteluun valtakunnallisella

ja maakunnallisella tasolla. Makrotason tarkastelussa ei ole mahdollista rakentaa mittareita samalla tavoin kuin muodostettaessa mittareita rajatusta täsmällisesti mitattavissa olevasta tiedosta. Tässä muistiossa käytetystä terminologiasta huolimatta KUVA-listan mittarit voidaan hahmottaa indikaattoreiksi (ks. 1.2).

Seuraavaksi kuvataan valmistelun lähtökohdan keskeiset linjaukset:

- Mittarilla on perusteltavissa oleva käyttötarkoitus sote-järjestelmän ohjauksessa järjestelmätasolla.
- Mittarin yksityiskohtainen määrittely on annettavissa ja tuotantoprosessi kuvattavissa ja mittari on vietävissä tuotantoon viimeistään ensimmäiseen varsinaiseen ohjau skierrokseen mennessä (kevät 2019).
- Kuvataan sisällöllisesti ohjauksessa välttämättömäksi todettu, mutta toistaiseksi ei-tuotettavissa olevan mittarin kehityspolku, jolla se on tuotettavissa vuoteen 2025 mennessä.
- Mittarin tuotannon pitää olla niin vakiintunut, että sillä saadaan seurattua trendiä yli eri neljävuotisten strategiakausien.
- Mittarilla kyetään mittaamaan vähintään maakuntien eroja, pelkästään valtakunnallisen tason tieto ei riitä. Havaintomäärä/maakunta asettaa rajoja joidenkin teoriassa sisällöllisesti hyväksi todettujen indikaattoreiden tuottamiselle.
- Mittarista nykyisin tuotettavan tiedon laatua ei oteta poissulkukriteeriksi, silloin kun mittari on sisällöllisesti hyvä, mutta ongelma liittyy puutteelliseen kirjaamiseen. Tarpeellisen tiedon kirjaaminen tulee saattaa asianmukaiseksi.
- Mittaristoon mukaan otettavat luvut ovat aina suhteutettuja. Tiedot tapausmääristä ja suhteutuksesta tulee olla saatavissa. Absoluuttisia lukuja, kuten käyntien lukumäärä (kappale), ei käytetä mittareina.
- Mittaristossa ei tarkastella ilmiötä kaikissa eri ikäryhmissä, vaan valitaan tärkein rajattu ikäryhmä mittarin muodostamiseen. Kun tarkastelu useammassa ikäryhmässä on todettu palvelujärjestelmän ohjauksen kannalta välttämättömäksi, on jokaiselle mukaan otetulle ikäryhmälle tehty oma mittari. Linjaus ei sulje pois mittarin tarkastelua ikäryhmittäin, useita mittareita voi eri tilastotietokannoissa katsoa itse valitsemallaan ikäryhmittelyllä.
- Mittaristoon otettiin mukaan kaikki maakuntien rahoituksen laskemisessa käytetyissä tarvetekijöissä mukana olevat tiedot, koska näitä pidetään valtioneuvoston antamien asetusten tasolla niin tärkeinä ilmiöinä, että ne vaikuttavat maakuntien saaman rahoituksen suuruuteen.

Mittarivalinnoissa on pohdittu yleisyyden ja yksityiskohtaisuuden merkitystä. Yksityiskohtiin liittyviä mittareita on valittu listalle vain silloin, kun niiden tiedetään indikoivan



jotain laajempaa palvelujärjestelmän toimintaan liittyvää asiaa. Esimerkiksi synnytyksen aikaiset repeämät voi asiaa tuntemattomasta vaikuttaa pieneltä yksityiskohdalta, mutta sen tiedetään olevan laajasti eri maissa käytössä oleva mittari, joka osoitetusti liittyy synnytystoiminnan yleiseen laatuun.

Valitun mittariston lähtökohtia ovat lainsäädännöstä tulevat tietotarpeet ja palvelujärjestelmän tarkastelu kokonaisuutena, jonka hahmottumisen lähtökohdaksi on otettu JHS-palveluluokituksen lähestymistapa palvelujärjestelmän eri osiin. Kun kustannukset raportoidaan tässä rakenteessa, on palvelutarvetta ja toimintaa sekä toiminnan asianmukaisuutta ja laatua helpompi tarkastella vasten palveluihin käytettyjä resursseja. Kuviossa 1 on uudistuksen tavoitteet ja niiden eri näkökulmat ja kuvioon 2 on kuvattu ohjauksen näkökulmasta tietopohjan eri käyttötarkoituksia eri toimijatasoilla.

## Sote-uudistuksen tavoitteet



Kuvio 1. Sote-uudistuksen tavoitteet (alueuudistus.fi)



Kuvio 2. Tietopohjan käyttö ohjauksen eri tasoilla

Mittaristoon on otettu ohjauksessa, lakiluonnoksista merkittäviksi todetut, taulukossa 8, listatut ulottuvuudet, joiden taustaa kuvataan seuraavissa luvuissa tarkemmin. Taulukossa 8 on listattu palveluluokkiin perustuva ryhmittely, jossa samoja mittareita voidaan tarkastella eri palveluryhmien näkökulmasta. Uudessa JHS-palveluluokituksessa on noin 70 palveluluokkaa ja osa näistä ulottuu melko yksityiskohtaisiin palveluihin erityisesti sosiaalihuoltolainsäädännön mukaisissa palveluissa. Palvelujärjestelmän kokonaisseurannassa joudutaan käyttämään näiltä osin hiukan karkeampaa ryhmittelyä, kuitenkin niin että ryhmät sopivat otsikoiden alle. Aluksi KUVA-mittarit ryhmiteltiin ja niitä tarkasteltiin valmistelun aikana eri ulottuvuuksien mukaisesti, ja ne kiinnitettiin lisäksi Sitran luomasta tietopakettimallista johdettuihin kokonaisuuksiin. Mittareiden simulointi ja harjoitusneuvottelut maakuntien kanssa osoittivat, että palvelujen järjestämistä tehdään palvelukokonaisuuksilta lähtien usein elinkaarimallin mukaisesti. Mittariston avulla luodun tilannekuvan saamisen helpottamiseksi työryhmä päätti vaihtaa mittariston ensisijaisen järjestyksen noudattamaan palvelukokonaisuuksia, jotka ovat liitettyinä lainsäädäntöuudistuksen keskeisiin ulottuvuuksiin. Simuloiduilla ohjauskierroksilla todettiin, että valtionvarainministeriö odottaa STM:n raportoivan maakuntien tehtävien toteutumista ja palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja rahoituksen riittävyyttä, joita on vaikea raportoida rakentamatta raportointia eri palvelukokonaisuuksien mukaan.

Taulukko 8. Palvelujärjestelmän tarkastelu.

Palvelujärjestelmän tarkastelu palveluryhmien näkökulmasta	Palvelujärjestelmän tarkastelu uudistuksen tavoitteiden ja lakiluonnoksista nousevien tietotarpeiden näkökulmasta (ulottuvuudet, luku 5.3)
Perustiedot ja elinolot Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta koskevat tiedot Aikuisten terveys ja hyvinvointi (pl. mielenterveys ja päihteet) Perusterveydenhuolto Suun terveydenhuolto Erikoissairaanhoido, aikuiset Ensihoito Lapset, nuoret, perheet Aikuissosiaalityö ml. työllistymistä tukevat toimet Ikääntyneet Mielenterveys ja päihteet Vammaisuus Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio ja asiantuntijatyö	Perustiedot ja elinolot Hyvinvoinnin ja terveydentila Palvelujen tarve Palvelujen käyttö Palvelujen saatavuus Yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät Laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys Vaikuttavuus Kustannukset ja tuottavuus Osallistuminen ja oikeudet Integraation toteutuminen Valinnanvapaus

Luvussa 5.3 kuvataan mittareiden valintaa yleisellä tasolla ryhmiteltynä lakiehdotuksiin perustuviin näkökulmiin. Luvussa 6 esitellään mittarit ryhmiteltynä palvelukokonaisuuksiin. Useat mittarit ovat käyttökelpoisia useamman kuin yhden näkökulman tarkasteluun. Mittarit luetellaan listassa vain kertaalleen, mutta niille on merkitty myös muut ulottuvuudet, joihin ne liittyvät. Mittaritietojen tarkastelu Tietoikkunassa voidaan rakentaa siten, että kaikki kuhunkin ulottuvuuteen liittyvät mittarit nousevat esiin. Jokaisella mittarilla on mittarikohtainen, muistion liitteessä, oleva perustelu. Työryhmä tunnisti valmistelutyön aikana kustakin ryhmästä useita ohjauksen ja järjestämisen kannalta tärkeitä mittareita, joita ei ole tuotettavissa nykyisistä tietopohjista. Uusien tiedon tuotantolinjojen rakentaminen edellyttää aina resursseja ja usein myös organisaatorakenteita sekä lainsäädäntömuutoksia. Tästä syystä on tärkeä arvioida, kuinka tärkeää ja missä aikataulussa näiden mittareiden saaminen käyttöön on. Mittaristolissa mukana olevien ehdotettujen "ei tuotannossa" olevien mittareiden valmistelussa on varmistettu, että niiden tuotantoon saamiselle noin vuoteen 2025 mennessä on olemassa konkreettiset mahdollisuudet, jotka on kuvattu kunkin mittarin yksityiskohtaisissa perusteluissa. Luvussa 7 ovat työryhmän ehdotukset uudistuksista, joita tarvitaan, jotta mittaristo saadaan kokonaisuudessaan tuotantoon.

## 5.3 Valittujen mittareiden kuvaaminen ja perustelut ulottuvuuksittain

### 5.3.1 Perustiedot ja elinolot

#### *Tietojen käyttötarkoitus ohjauksessa*

Perustiedot väestörakenteesta ja alueen maantieteestä ovat välttämättömät alueen palvelutarpeen ymmärtämiseksi. Ikäryhmävalinnat noudattavat palvelutarpeen määrittelyn ja palvelutuotannon suunnittelun kannalta keskeisiä tietoja. Merkittävät alueen väestön sosioekonomista tilaa kuvaavat tiedot liittyvät alueen erityispiirteiden ja palvelutarpeen ymmärtämiseen. Osa tämän kokonaisuuden mittareista on poikkihallinnollisesti yhteisiä. Tämän ryhmän mittareille on oleellista se, ettei sote-palvelujärjestelmällä ole suoraa päävastuista vaikutuskanavaa näihin asioihin, vaikka yhteistyössä muiden hallinnonalojen kanssa joitakin vaikuttamiskeinoja voi olla. Mittarit ovat taustoittavia ja niitä tarvitaan palvelutarpeen ymmärtämisessä.

Sote-järjestämislainsäätöä koskevan hallituksen esityksen mukaan kunnan on, edistäessään asukkaitensa hyvinvointia kuntalain (410/2015) mukaisesti, *seurattava asukkaitensa elinoloja*, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Tietoa käytetään kunnan valmistellessa vuosittaista raporttia terveyden ja hyvinvoinnin tilasta sekä neljän vuoden välein valtuustolle annettavaa kunnan hyvinvointikertomusta. Hyvinvointikertomus toimitetaan maakunnalle ja julkaistaan julkisessa tietoverkossa. Taustatiedot ja elinoloja kuvaavat tiedot esitellään taulukossa 9 luvussa 6.1. Valmistelun aikana mittareista on keskusteltu poikkihallinnollisessa yhteistyössä muiden hallinnonalojen kanssa mm. MAKU-VAKU-ryhmän kanssa. TEM:in edustaja on ollut kuultavana KUVA-työryhmässä työllisyyteen liittyvistä tiedoista ja liikenne- ja viestintäministeriön poikkihallinnollisen mittaristotyön valmistelija on tuonut esiin asumiseen liittyvät, huomioitavat näkökohdat.

Yleistä tähän mittaristoryhmään kohdentuvaa palautetta on annettu melko vähän. Palautteessa korostettiin näiden mittareiden merkitystä taustoittavina mittareina ja mahdollisuutta tarkastella tietoja sukupuolittain sekä käyttää ikäryhmä- ja väestöryhmittäisiä tietoja terveyden ja hyvinvoinnin tietojen ja muiden vastaavien tietojen tarkastelussa. Työryhmän näkemys oli, että mittariston kokonaismäärää joudutaan rajoittamaan sukupuoli- ja ikäryhmäkohtaisessa tarkastelussa, koska sukupuolitarkastelu kaksinkertaistaisi mittareiden määrän. On tärkeä huolehtia, että tietopohjissa on, aina kun se on tilastoteknisesti mahdollista, saatavilla tiedot eri väestöryhmittäin mukaan lukien eri ikäryhmät ja sukupuolittainen tieto.

## 5.3.2 Hyvinvoinnin ja terveydentila sekä palvelujen tarve

Palvelujärjestelmän kokonaistarkastelussa terveyden ja hyvinvoinnin tila ja palvelujen tarve kietoutuvat kokonaisuudeksi, jossa mittareita on monilta osin mahdotonta erottaa toisistaan. Nämä mittariryhmät ovat yhdessä THL:n raportoinnin kokeiluversiossa ([proto.thl.fi/tietoikkuna](http://proto.thl.fi/tietoikkuna)), jossa on maakunnan sisäistä kunnittaista vertailutietoa kartta-muodossa. Muutos terveyden ja hyvinvoinnin tilassa tai palvelutarpeen väheneminen voidaan nähdä palvelujärjestelmän vaikuttavuutta kuvaavana tietona. Vaikutusmekanismit ovat tosin niin monisäikeisiä ja aikajänneet pitkiä, että akateemisen syy-seuraussuhteen todentaminen on usein vaikeaa. Viitekehyksenä on näkemys palvelujärjestelmän avulla tavoiteltavasta terveys- ja hyvinvointihyödyistä, minkä tulisi näkyä positiivisena muutoksena väestön terveyden- ja hyvinvoinnin tilassa. Tässä mittaristoryhmässä mukana olevat mittarit ovat sellaisia, joihin palvelujärjestelmällä ainakin teoriassa on jonkinlainen vaikutuskanava. Mittaristossa ei ole tässä kohdassa mukana sellaisia suoraan palvelujen käytöstä kertovia mittareita, joita ei voida pitää oikeina tietolähteinä palvelutarpeen ja siihen liittyvän terveyden ja hyvinvoinnin tilan mittaamiseen. Nämä mittarit löytyvät kohdasta palvelujen käyttö. (103)

Terveyden- ja hyvinvoinnin mittaristoon on valittu mukaan useita väestökyselyllä koottavia tietoja, joita ei ole muulla tavoin mahdollista saada. Muutokset väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilassa eivät ole nopeita. Johtopäätösten tekemisessä pitkän aikavälin trendit ovat tärkeitä, eikä vuosittain kerättävää tietoa nähdä tarpeellisena. FinSote-kyselyllä kerättäviä maakuntatason vertailuun ulottuvia tietoja saadaan vain neljän vuoden välein, mikä saadun palautteen ja työryhmän näkemyksen mukaan on ohjauksen ja palvelujen suunnittelun kannalta liian pitkä tiedonkeruuväli. Väestökyselyillä kerättävä tieto on hitaasti päivittyvää, eikä siitä saada uusia näkökulmia kaikille ohjauksen kierroksille, joten näiden mittareiden määrä on rajattava vain kaikkein oleellisimpiin. Lisäksi on tarkasteltava, mitkä indikaattorit on keskeistä tuottaa myös kuntatasoisena, jotta maakunta voi tukea kuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävässä.

Väestön sairastavuudesta ei toistaiseksi kyetä hoitoilmoitusrekisteritiedoista keräämään luotettavaa tietoa. Kelan lääkehoitoon myöntämien erityiskorvausoikeuksien tietoa pidetään parhaimpana kuvaamaan kansansairauksiin liittyvää sairastavuutta, joka on tästä syystä valittu mukaan kuntien valtiosuukien ja tulevien maakuntien tarvekertoimen muodostamiseen. Kaikki tiedot, jotka ovat mukana tarvekertoimen muodostamisessa, on otettu mukaan KUVA-mittaristolistaan. Kelan erityiskorvaustiedot riippuvat siitä, mitkä sairaudet ovat hallinnollisella päätöksellä erityiskorvausoikeuden piirissä. Tulevaisuuden kehityspolkuna on olennaista saada luotettavia sairastavuustietoja muista lähteistä. Dementiaan liittyvät sairastavuustiedot on jouduttu jättämään

pois tuotettavissa olevista tiedoista, koska korvausperusteet ovat muuttuneet. Demen-tiaindeksi tai muu tapa kuvata dementiaan sairastavuutta on edelleen mukana mittari-stossa, mutta se on kehitettävien, ”ei tuotettavissa” olevien mittareiden joukossa.

Sairastavuuteen liittyvistä tiedoista on pääsääntöisesti mukana sekä vakioitu että va-kioimaton arvo. Vakioitu arvo kertoo sairastavuudesta verrattuna muihin alueisiin ja ajallisessa muutoksessa poistamalla väestörakenteesta, esimerkiksi eri alueiden eri-laisesta ikääntymisestä aiheutuvat erot. Vakioidun arvon käyttö on keskeistä erityi-sesti terveyden ja hyvinvoinnin yleisessä tarkastelussa, mm. hyvinvointikertomuk-sessa. Vakioimaton luku kertoo ”tosiasiallisen” sairastavuuden eroista ja sitä käyte-tään palvelutarpeen arvioimisessa, kun suunnitellaan palveluja. Joissakin sairasta-vuusmittareissa on mukana vain vakioimaton arvo, koska vakioitu ja vakioimaton luku ovat kaikilla alueilla hyvin lähellä tosiaan ja maakunnan toiminnan sekä suunnittelun kannalta vakioimaton arvo on käyttökelpoisempi.

Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaan liittyvät mittarit on ryhmitelty palvelukokonai-suuksiin luvussa 6 siten, että yleinen tai pääasiassa työikäisiä koskeva terveystieto on koottu omaksi ryhmäkseen. Lapsia, nuoria ja perheitä, aikuisväestön sosiaalista hy-vinvointia sekä ikääntyneitä, mielenterveys- ja päihdeasioita sekä vammaisuutta kos-keva hyvinvointi- ja terveystieto on osana kutakin kokonaisuutta. Mittariluettelot löyty-vät luvusta 6. Työryhmä piti joitakin terveyden ja hyvinvoinnin tilaa ja palvelutarvetta kuvaavia mittareita tarpeellisina, vaikka ne eivät ole toistaiseksi tuotettavissa maakun-tien väliseen vertailuun. Tuotantomahdollisuudet kuvataan mittarikohtaisissa peruste-luissa.

### 5.3.3 Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

THL seuraa lain velvoitteiden mukaista oikea-aikaista hoitoon pääsyä. Seurantavel-voitteet eivät toistaiseksi koske kaikkia palvelumuotoja samalla tavoin. Palveluun pää-syä on seurattava hoidon laadun ja palvelujen toimivuuden seurannan ohella. Näitä tietoja on mahdollista saada asiakkailta väestö- ja asiakaskyselyillä, mutta ajantasai-sen kaikkia palveluja koskevan palveluun pääsyn seuraaminen edellyttää tietojärjes-telmien kehittämistä.

Hoitoon pääsyn oikea-aikaisuuden seuranta on yksi laadun seurannan ulottuvuus. Hoitoon tai palveluun pääsyssä on odotusajan lisäksi muita tärkeitä näkökulmia. Ai-kaulottavuuden, odotusaikojen, mittauksen lisäksi merkityksellistä on mitata koko-naisprosessia eli ns. läpimenoaikaa. Merkittäviä saatavuuteen liittyviä tekijöitä ovat li-säksi palvelujen tarjonta, eli olemassaolo, ja saavutettavuus. Saavutettavuus ei ole pelkästään maantieteellinen, myös esteettömyys on saavutettavuutta. Saatavuuden

mittaamisessa sen eri ulottuvuuksissa on jatkossa paljon kehitettävää. Palvelurakenteen uudistus muuttaa palveluprosesseja eikä kaikkia uusia seurantamahdollisuuksia ole vielä mahdollista tunnistaa. Palvelujen tuottajille tulee nykytilaan verrattuna tarkennettuja velvoitteita ilmoittaa odotusaikojaan.

### 5.3.4 Palvelujen käyttö

Tiedot palvelujen käytöstä kuvaavat sitä, mitä palvelujärjestelmässä tapahtuu. Nämä tiedot ovat välttämättömät kokonaisuuden hahmottamiseen ja suunnitteluun. Vaikka varsinaista laskettua kustannus-vaikuttavuustietoa on hyvin vaikea muodostaa vaikutavuuden mittaamisen vaikeuden vuoksi, on yleisellä tasolla mahdollista tarkastella maakuntia vertailemalla, paljonko eri palveluluokkiin ryhmiteltyjen palvelujen tuottamiseen on käytetty resursseja. Kun palvelujärjestelmän eri osakokonaisuuksia vertaillaan keskenään ja tarkastellaan maakuntien eroja ja muutoksia ajassa, on kokonaisuuden onnistumisesta ja ongelmista mahdollista muodostaa kokonaiskuva. Palvelujen käyttötiedot ovat välttämätöntä pohjatietoa mm. palvelujen toimivuuden ja laadun mittareiden ymmärtämiselle.

Palvelujen käytöstä tuotettavissa oleva tieto noudattelee tällä hetkellä voimassa olevaa JHS-palveluluokitusta. Palvelujen kustannuksia kuvaavat tiedot ja palvelujen käyttöä kuvaavat tiedot on yritetty yhteen sovittaa siinä määrin kuin se on nykytietotuotannossa mahdollista. Palvelujen käyttöä kuvaavissa mittareissa on jo nyt voitu jossain määrin ottaa huomioon uusi maakuntien taloustiedon raportointia varten laadittu JHS palveluluokitus, jonka avulla tullaan saamaan vastaavat kustannustiedot. (104)

### 5.3.5 Yhdenvertaisuus palveluissa ja haavoittuvat asiakasryhmät

Yhdenvertaisuus, tasa-arvo ja eriarvoisuus ilmenevät aina suhteessa johonkin, esimerkiksi vertaamalla heikommassa asemassa olevaa väestöryhmää koko väestöön. Yhdenvertaisessa yhteiskunnassa henkilöön liittyvät tekijät, kuten kieli, vamma tai asuinpaikka, eivät vaikuta ihmisten mahdollisuuksiin saada koulutusta, työtä ja palveluja. Tasa-arvolla viitataan usein sukupuolten väliseen tasa-arvoon, mikä sisältää sukupuolivähemmistöjen aseman. Eriarvoisuudella taas tarkoitetaan yleensä sosioekonomiseen asemaan ja/ tai eri väestöryhmiin liittyvää huono-osaisuutta.

Yhdenvertaisuus ja tasa-arvo voivat ilmetä palvelujärjestelmässä eri tavoin. Yhdenvertaisissa palveluissa palveluun pääsy, palvelujen laatu ja lopputulokset sekä palvelujen asiakaslähtöisyys toteutuvat yhtä hyvin riippumatta siitä, mihin väestöryhmään henkilö kuuluu (sukupuoli, ikä, sosioekonominen asema, kieli, uskonto, alkuperä ym.).

Tilanteen raportointia rajoittaa usein tarkasteltavan väestöryhmän koko. Väestörekisterikeskus antaa luvan raportoida vain, jos lukumäärä on yli kymmenen ( $n > 10$ ), jolloin esimerkiksi pienen kielivähemmistön vertaaminen maakuntatasolla on hankalaa. Yhdenvertaisuus palveluissa ei tarkoita samanlaista palvelua kaikille, vaan sitä että palvelut vastaavat eri väestöryhmien erilaisiin tarpeisiin ja mahdollisuuksiin hyödyntää palveluita. Tästä syystä hyvä palvelujärjestelmä tuottaa tarpeen mukaisesti erityispalveluja niitä tarvitseville ryhmille. Näitä erityispalveluja ovat esimerkiksi mielenterveys-, päihde-, vammais- ja lastensuojelun palvelut. Viranomaisten velvollisuutena on arvioida yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon toteutumisen edistämiseksi. Sote-KUVA-mittaristossa kutsutaan haavoittuviksi asiakasryhmiksi sellaisia erityisryhmiä, joiden palvelutarpeen toteutumisen katsotaan yhdenvertaisuuden toteutumisen seurannassa edellyttävän erityistä huomiota.

Mittareiden kehittäminen yhdenvertaisuuden tosiasialliseen mittaamiseen on vaikeaa, koska asiaa ei voida irrottaa erilliseksi ilmiöksi. Mikä tahansa palveluja koskeva indikaattori voi mitata yhdenvertaisuutta, jos sillä on riittävä määrä relevantteja taustamuuttujia. Jos taustamuuttujina on tiedon tarkastelu haavoittuvien asiakasryhmien näkökulmasta, joudutaan monissa tiedonkeruissa, kuten väestö- ja asiakaskyselyissä tilanteeseen, jossa tapausmäärät eivät riitä mittareiden muodostamiseen maakuntatasoisina. Yhdenvertaisuuden seuranta hankaloittaa mm. rekisteritiedon käytössä se, että monia väestöryhmiä erottavia taustatietoja ei yksityisyyden suojan vuoksi merkitä rekistereihin. Esimerkiksi romaniväestön saamien palvelujen vertaaminen muun väestön palvelujen käyttöön ei ole rekisteritiedoin mahdollista. Saamelaisväestön tunnistaminen rekistereistä on vaikeaa. Sitä kokeiltiin KUVA-mittariston pilotoinnissa (ks. luku 4.2).

Yksi tapa kuvata yhdenvertaisuutta, on käyttää prosessi-indikaattoreita, joilla seurataan maakuntien ja kuntien lakisääteisiä, yhdenvertaisuutta ja sukupuolten tasa-arvoa edistäviä toimia, kuten erilaisia suunnitelmia. Tämä edellyttää omaa maakunnille kohdistettua organisaatiokyselyä tai muuta tapaa kvalitatiivisesti selvittää tilannetta.

Sote-KUVA -mittaristoesityksen yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät -kokonaisuudessa on tuotettavissa olevina mittareina pääasiassa haavoittuviin asiakasryhmiin liittyviä tietoja. FinSote-kyselyllä ei ole mahdollista päästä erityisryhmien tilanteen tarkastelussa maakuntatasolle kovinkaan monessa mittarissa. Rekistereihin perustuvia, tulo- tai koulutusryhmien välisiä eroja on mahdollista tuottaa joistakin asioista mittareiksi. Tätä mittaustapaa on mahdollista kehittää edelleen, mikäli rekisterien yhdistämiseen liittyvät juridiset, hallinnolliset ja käytännölliset vaikeudet saadaan ratkaistua, niin että tietojen tuottamiseen käytetty työaika ei muodostu kohtuuttomaksi. Tietoläh-



teet mahdollisesti monipuolistuvat tulevaisuudessa. Yhdenvertaisuuteen ja haavoittuvien asiakasryhmien tarkasteluun soveltuvaksi katsotut mittarit on luetteloitu luvussa 6 kunkin palvelukokonaisuuden kohdalla.

### 5.3.6 Integraation toteutuminen

Integraatio tarkoittaa palvelujärjestelmän eri osien saumatonta toimimista yhteen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio sekä sosiaali- ja terveystoimen integraatiot ovat yhteentoimivuuden osatekijöitä. Maakunnat tulevat olemaan poikkihallinnollisia, joten yhtenä uutena tärkeänä integraationäkökulmana on sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden maakunnan hallinnonalojen integraatio silloin kun niillä on yhteisiä asiakasprosesseja. Yhteisiä prosesseja on esimerkiksi kasvupalveluissa mm. osatyökyisten tukeminen työllistymään. Kuntien ja maakuntien yhdyspinnoille jää yhteisiä osa-alueita asiakasprosessien tasolla. Tärkeimmät näistä ovat kouluihin ja opiskeluun liittyvät palvelut.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation tarkastelussa voidaan hyödyntää tiettyjä sairausryhmiä koskevia rekisteritietoja erikoissairaanhoidosta. Käytetään perusterveydenhuollon avohoidon toimenpitein vältettävissä olevia erikoissairaanhoidon hoitajaksoja indikaattorina terveys- tai sote-keskusten tarjoaman perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation laadulle. Tarkasteltavia sairausryhmä voidaan valita usealla eri tavalla. OECD:n laatuindikaattoriyössä on validoitu ja otettu käyttöön kroonisia sairauksia koskeva edellä esitetty seuranta. Mukana niissä ovat diabetes, astma, keuhkohtaumatauti, sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti. Sairaanhoidotaijaksoihin voivat vaikuttaa perusterveydenhuollon kyvykkyyden lisäksi useat muut tekijät, kuten potilaiden sairastuvuus, erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuus, laatu ja resurssit sekä potilaiden elintavat ja halukkuus noudattaa hoitoa. OECD kuitenkin näkee, että karkeana mittarina näitä voidaan käyttää ikävakioituna integraation ja laadun tarkasteluun. Näitä on kokeiltu alueellisesti Suomessa sairaanhoidopiiritason erojen tarkasteluun. (105)

Integraation kuvaaminen mittareilla ei ole helppoa. Onkin tärkeä tehdä näkyväksi johdopäätösketjut siitä, miksi jokin indikaattori kuvaa integraatiota. Listaan mukaan otetut mittarit on lueteltu luvussa 6 eri palvelukokonaisuuksien yhteisessä ja yksityiskohtaiset perusteltu ovat mittaristoehdotuksessa (liite 3).

### 5.3.7 Valinnanvapaus

Terveydenhuollossa on olemassa jonkun verran nykyisten lakien edellyttämää valinnanvapautta ennen hallituksen valinnanvapautta lisäävän esityksen vahvistamista ja toimeenpanoa. Lakiuudistusten toimeenpanoon asti valinnanvapauden seuraaminen

tehdään voimassa olevan lainsäädännön sisällön mukaan. Valmistelussa voidaan pohtia jo nyt niitä elementtejä, jotka olisivat oleellisia uuden valinnanvapausratkaisun toimivuuden seurannassa. Valinnanvapautta tulee uudessa ratkaisussa olemaan useissa eri muodoissa, sote-keskuksina, asiakaseteleinä ja henkilökohtaisena budjettina. Vaihtoehtojen seuranta vaatii jonkun verran omia mittareita kullekin valinnanvapausmuodolle, lisäksi nykyisessä lainsäädännössä olevat palvelumuodot tulevat säilymään. Lopullisen valinnanvapautta koskevan esityksen yksityiskohdat ovat vielä vahvistumatta, joten valinnanvapauden mittariston kehittäminen jatkuu tämän valmisteluvaiheen jälkeen. Seurantaa ja mittareita tarvitaan, kun valinnanvapaus astuu asteittain voimaan. Valinnanvapauskokeilujen käynnistyttyä niiden toteutumisen seurannassa mittareita tullaan tarvitsemaan jo aiemmin. Kokeilut antavat mahdollisuuden testata mittareiden toimivuutta.

Sote-KUVA -mittaristoesityksessä on mukana nykyisen valinnanvapauden seuranta siinä laajuudessa kuin se on mahdollista rekisteritietojen ja väestökyselytietojen pohjalta tehdä. Ei-tuotannossa olevien mittareiden kokonaisuuteen on lisäksi hahmotettu joukko mittareita, jotka valmistelun perusteella olisivat käyttökelpoisia valinnanvapauden seurannassa. Tällä hetkellä tietopohja on melko rajallinen, mutta tulevaisuudessa on tavoitteena saada seurantatietoja käyttöön Kelaan rakennettavan valinnanvapauden seurantapalvelun kautta. Ehdotetut mittarit on listattu luvussa 6 niihin eniten liittyvien palvelukokonaisuuksien yhteyteen.

### 5.3.8 Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus

Järjestämislakiluonnoksessa (HE laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä) ei määritellä sosiaali- ja terveyspalvelujen *laatua* yksiselitteisesti. Siinä käsitellään laatua kolmesta näkökulmasta: yleisenä tavoitteena, kriteerinä hallinnollisiin toimiin tai tiedonkeruun näkökulmasta. Järjestämislakiluonnoksessa sanotaan, että ”sosiaali- ja terveydenhuolto on suunniteltava ja toteutettava sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisina kuin asiakkaiden tarve maakunnassa edellyttää.” Useissa pykälissä on mukana valtion oikeus puuttua, mikäli maakunnan järjestämien palveluiden laatu ei ole tyydyttävä. Lakiluonnoksissa esitetään, että sosiaali- ja terveysministeriö laatisi vuosittain selvityksen, jossa arvioidaan mm. palvelujen toteutunutta laatua ja tulevaa kehitystä kussakin maakunnassa. Edelleen selvityksessä tulee arvioida toimenpiteitä, joilla sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus ja laatu turvataan. Maakunnan on seurattava järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ja vaikeuttavuutta. Maakunnan on lisäksi verrattava oman palvelutuotantonsa laatua muiden tuottamien palveluiden laatuun.

Sote-palvelujen järjestämisestä annetussa lakiesityksessä laadulla tarkoitetaan useimmiten koko palvelujärjestelmän asianmukaista toteutumista eikä niinkään sitä, mitä esimerkiksi laaturekistereillä mitattava erilaisten hoitotoimien kliininen laatu on. Kysymys on osin järjestelmän yleisestä toimivuudesta. Laadun seurannan mittareiden valitsemisessa joudutaan miettimään valintaa yleisen ja yksityiskohtaisen välillä. Joissain tapauksissa yksittäinen, kliininen, toiminta indikoi laajempaa palvelujärjestelmän jonkun osakokonaisuuden onnistumista ja näissä tilanteissa, voi tällaisen mittarin seuraaminen olla palvelujärjestelmän kokonaislaadun arvioinnissa avuksi.

*Potilas- ja asiakasturvallisuus* sisällytetään sote-KUVA -mittaristotarkastelussa samaan kokonaisuuteen, niitä ei ryhmitellä erikseen. Saatavuus ja saavutettavuus nähdään yleensä osana laatua. Sote-kokonaisuuden onnistumisen seurannassa saatavuus kuitenkin nousee monella tapaa erityisasemaan ja siksi se on eroteltu omaksi mittaristoryhmäkseen (ks. luku 5.3.3.). Monia integraation seurantaan ryhmitellyistä mittareista on luokiteltavissa laatumittareiksi. Tähän on priorisoitu integraationäkökulma, koska sille on uuden palvelujärjestelmän tarkastelussa annettu oma tärkeä asema. Tietoikkunassa mittareita voidaan nostaa tarkasteluun molemmista näkökulmista.

Perusterveydenhuollon laadun arviointi on hankalaa. Se on monitahoista, laadusta voivat kertoa asiakaspalaute, henkilöstön vaihtuvuus, potilasvahingot, aluehallintovirastojen muistutukset, hoidon komplikaatiot, hoitoviiveet, saatavuusongelmat jne. Yksi näkökulma on perusterveydenhuollon laadun tai laatumuutosten arviointi erikoissairaanhoidon rekisteritietojen kautta tavalla, joka on kuvattu edellä kohdassa integraatio.

OECD on kehittänyt ja ottanut käyttöön kansainvälisessä tilastotuotannossa erikoissairaanhoidon potilasturvallisuuden indikaattoreita. Niistä useimmat perustuvat ns. AHRQ-mittareihin, jotka alun perin kehitettiin Yhdysvalloissa. Joistakin OECD-mittareista on jo kokemuksia Suomessa sairaanhoitopiirien välisten erojen tarkastelussa. KUVA-valmistelussa mittarit ehdotetaan otettavaksi käyttöön sille tuotannon tasolle saakka kuin tilastollisesti on tapausmäärät huomioiden mahdollista. Joistakin teoreettisesti erittäin hyvistä mittareista joudutaan luopumaan, koska tapausmäärät eivät riitä maakuntien vertailuun. (105, 106)

Terveystuotolaki edellyttää potilasturvallisuussuunnitelman laatimista. Potilasturvallisuussuunnitelma taas on osa omavalvontasuunnitelmaa, jonka laatiminen on tuotajalakiehdotuksessa esitetty sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon velvoitteeksi. Indikaattorit, joista on mahdollista tuottaa tietoja palveluntuottajatasolle asti, on tärkeä määritellä niin, että ne ovat osa palveluntuottajan välitöntä omavalvonnan toteutumisen seuranta ja omaa laadunhallintaa sekä soveltuvin osin sopi-

vat asiakkaan valinnanvapauden tueksi. Asiakasturvallisuuden ja muiden sosiaalihuollon palvelujen laatutekijöitä on listalla niukasti, koska niitä ei toistaiseksi ole tuotettavissa. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen rakenteistuminen Kanta-arkistoinnin kehityksessä ja tosiokäytön lakiuudistusten jälkeen mahdollisiksi tulevien sosiaalihuollon rekisterien uudistukset ovat asioita, joista odotetaan ratkaisuja tietotuotannon puutteellisuuksiin. Tällä hetkellä ainoat tiedonkeruumahdollisuudet ovat väestökyselyt, joista on rakennettu yhdistelmämittari mukaan listaan.

*Osaaminen* vaikuttaa laatuun, työryhmän työskentelyssä ja saadussa palautteessa on ehdotettu mukaan osaamista kuvaavia mittareita. Muun muassa Kuntaliiton laatuoppaassa on ehdotettu mittareiksi uusien työntekijöiden perehdytyksen toteutumista, nuorten työntekijöiden tutor-toiminnan järjestämistä ja täydennyskoulutukseen osallistumisen seuranta. Osaamiseen liittyville mittareille ei toistaiseksi ole olemassa tietotuotantolinjoja.

*Sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuus* on yksi näkökulma laatuun ja sen mittaaminen voi olla osin yksinkertaisempaa kuin syvällisempien laatu- ja vaikuttavuustekijöiden. Nämä mittarit ovat pääosin prosessimittareita. Niillä seurataan, tehdäänkö palvelujärjestelmässä ”niin kuin pitäisi”. Esimerkiksi ikäihmisille tarjotun ja suositellun maksuttoman influenssarokotuksen sekä lapsien rokotusohjelman toteutumista voidaan seurata tarkastelemalla kuinka moni on saanut rokotuksen. Varsinaisen rokotusohjelman vaikuttavuuden seuraaminen edellyttäisi mittarin kehittämistä sille, kuinka monta sairastapausta rokotusohjelmalla on saatu estettyä tai vähintään seuraamalla tautitapausten määrää. Vastaavaa seuranta on neuvoloiden ja muiden terveystarkastusten toteutuminen. Mukana on hyviin palvelu- ja hoitokäytäntöihin liittyviä mittareita, jotka liittyvät hoito- tai palvelusuositukseen eikä niinkään suoraan substanssilainsäädäntöön.

*Asiakastytyväisyyden* mittaaminen kuuluu laadun seurantaan. THL on kehittänyt monipuolisia asiakaskyselyjä, joita on toteutettu joissakin kunnissa systemaattisesti ja säännöllisesti. Yliopistosairaaloiden laatuasiantuntijat ovat laatineet viiden kysymyksen sarjan selvittämään potilaiden tyytyväisyyttä. Eksotessa on käytössä tekstiviestipalautekysely. Erityisen tärkeää on mitata sitä, miten asiakas kokee pystyvänsä toteuttamaan oman osuutensa hoidostaan saamiensa ohjeiden ja tuen avulla. Sote-KUVA -mittaristoehdotuksessa on mukana niitä asiakaskyselyjen tietoja, joita on tällä hetkellä kansallisessa tietotuotannossa. Lisäksi nähdään tarpeelliseksi laajentaa asiakastytyväisyyskyselyjä niihin asiakasryhmiin, joista ei toistaiseksi ole kansallisia tietotuotantolinjoja.

Mukana on mittareita, joilla seurataan sitä, toimitaanko tavalla, jota ei hyvien hoitokäytäntöjen mukaan pidetä asianmukaisena. Esimerkiksi potilaan toistuvat käynnit samassa palvelussa, voi viitata siihen, että kokonaisvastuu ja hoidon suunnittelu eivät

ole kohdallaan. Palvelujen toimivuuden yhtenä osana on sähköisten palvelujen toimivuus. Terveydenhuollon digitalisaation oletetaan olevan työväline terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitsemisessä. Tästä syystä digitaalisten palvelujen toimivuuteen liittyviä seurantamittareita on oltava ehdotuksessa.

### 5.3.9 Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus on käsitteenä jokseenkin vaikea erottaa palvelujen laadusta, koska laadukkaan palvelun odotetaan olevan vaikuttavaa eli tuottavan terveys- ja hyvinvointihyötyä. Vaikuttavuuden mittaaminen on niin ongelmallista, että käytännössä tyydytään pääsääntöisesti mittaamaan vaikutuksia. Koko palvelujärjestelmän vaikuttavuuden tarkastelu on vielä monimutkaisempaa, koska palvelujärjestelmän tarkoituksena on tuottaa terveys- ja hyvinvointihyötyä sekä asiakkaille että laajemmin koko yhteiskunnalle, esimerkiksi veroja maksavia, työkykyisiä ja mahdollisimman pitkäikäisiä kansalaisia, yhteiskunnassa toimintakykyisiä nuoria aikuisia varmistamaan Suomen asema maailmanmarkkinoilla jne.

Palvelujärjestelmällä on melko rajallinen rooli monissa terveyden ja hyvinvoinnin positiivisissa muutoksissa. Suurempi merkitys on useimmiten sosiaali- ja terveystaloudella tai sitä laajemmin yhteiskuntapolitiikalla. Uudessa palvelujärjestelmärakenteessa osa vaikuttamisen keinoista jää kuntiin ja maakunnille jää vain rooli tukea niitä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistehtävissä.

Vaikuttavuusmittareiden rakentamisen suurin ongelma on rakentaa osoitettavissa oleva asiayhteys jonkin sosiaali- tai terveystoiminnon ja vaikutuksen välille, vaikuttavuudesta puhumattakaan. Sote-KUVA -mittaristoesityksen vaikuttavuusotsikon alle on koottu niitä muutamia harvoja indikaattoreita, joista on olemassa jonkinlaista näyttöä ohjattavissa ja resursoitavissa olevasta sote-toiminnasta, jonka vaikutuksia jollain tarkkuudella voidaan mitata. Kunkin mittarin mittarikohtaiset perustellut löytyvät liitteenä olevasta Excel-muotoisesta mittaristoesityksestä. (liite 3)

### 5.3.10 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ja resurssit

Sote-järjestämislakiesityksen mukaan sote-ohjausta tulee tukea kustannusten hallintaa koskevalla tiedolla. Järjestämislakiesityksessä kiinnitetään huomiota suurten kustannusten hallintaan, mikä korostaa tarvetta tunnistaa suuria kustannuksia aiheuttavat tekijät hyvissä ajoin. Kustannustietojen tarvekaiointia tarvitaan erityisesti maakuntien välisessä kustannusvertailussa. Järjestämislakiluonnoksen mukaan maakuntien arviointimenettelyssä tullaan hyödyntämään tätä tietoa.

Maakuntalakiesitys asettaa kustannusten hallintaan ja kustannuskehitykseen liittyvän sekä tehtävä- ja palvelukohtaisen tiedon tuottamiselle lukuisia vaatimuksia. Tämä koskee sekä seuranta- että ennustetietoa. Maakuntien rahoituslakiesityksessä edellytetään tietoa sekä toteutuneesta kustannuskehityksestä että ennustetietoa tulevasta sote-menojen kehityksestä. Jälkimmäisessä tarvitaan hyvä tietopohja laskennallisten kustannusten määrittelylle, joka muodostaa perustan palvelutarpeeseen perustuvalla sote-menokehityksen arvioinnille.

Maakuntien tulee järjestämislaki- ja maakuntalakiesityksen mukaan seurata toteutuneita ja tulevia investointitarpeita. Seurannan tarve koskee sekä kaikkia sote-investointeja yhteensä, että maakunnan tasolla tapahtuvien investointien seuranta. Järjestämislakiesitys edellyttää, että maakunta seuraa kustannuksia, vaikuttavuutta ja tuottavuutta. Järjestämislakiesityksen ohella maakuntalakiesityksessä korostetaan tuottavuus- ja kustannustehokkuustiedon tuottamista maakuntien väliseen vertailuun. Järjestämislakiesityksessä korostetaan pyrkimystä kustannusvaikuttavaan palvelurakenteeseen ja tässä toimiva palvelurakenteen ohjaus on keskiössä. Sekä järjestämislakiesityksen että maakuntien rahoituslakiesityksen mukaan mittariston tulee tarjota seurantatietoa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, hoito- ja hoivapalveluista saaduista korvauksista sekä erilaisista käyttömaksuista.

Vaikka maakunnalla on velvollisuus tuottaa sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluja itse, maakunta ei järjestäjänä tuota palveluja, joten maakuntatasolla ei tarkastella sote-palvelujen tuotantokustannuksia. Toisaalta maakunnat saavat tiedon kaikkien palvelujen tuottajien tuotantokustannuksista, mikä on tarvittava tieto alueen palvelujen tuottavuuden tarkastelulle. Näkökulman ollessa maakuntajärjestäjän ja valtion ohjauksen tasolla, on mittaristolista keskeistä pyrkiä muodostamaan listaus maakunnan kustannusten (eli rahoituksen) kohdentumisesta sosiaali- ja terveystaloudellisiin palveluluokittain mahdollisimman tarkalla tasolla. Rahoittajatahon sisällyttäminen tarkasteluun on tärkeää (maakunta, yksityiset vakuutukset, asiakas tms.). On varmistettava, että taloutta koskevia mittareita voidaan muodostaa maakuntien talouden rutiiniraportoinnissa kerätyvästä tiedosta. Kaikki taloustiedot, joita maakuntien on raportoitava valtionhallintoon Valtionkonttorin kautta, määritellään JHS-valmistelun yhteydessä (ks. luku 3.4).

Toimitiloihin liittyvien kustannusten tarkasteluun vaikuttaa se, että ne ovat nyt osa kunnallisen palvelujen järjestäjän omaa toimintaa ja niihin liittyy paljon investointikustannuksia, koska rakennusinfra uusiminen on korjausvelan vuoksi vilkasta. Esitetyn maakuntauudistuksen mukaan tilojen hallinta siirtyisi tilakeskukselle ja seurattavaksi asiaksi maakunnan toiminnan kustannuksissa tulevat vuokratulot. Henkilöstön määrä ja palkkojen osuus kustannuksista ovat asioita, joiden täsmällistä mittaamista joudutaan vielä myöhemmin tarkemmin valmistelemaan. Maakunnalla tulee olemaan tarkka tieto oman liikelaitoksensa toiminnasta, mutta tiedon kerääminen muualla tapahtuvasta palvelusta on vielä epäselvä.

Yliopistosairaaloiden toiminnan maakunnallisia vaikutuksia koulutuksen ja muiden voimavarojen tarkastelussa pitäisi kyetä ottamaan huomioon, mutta tämä voi olla hankalaa yo-sairaaloiden toiminnan ulottuessa yli maakuntarajojen. Voimavaroja koskevaa kokonaisuutta ”maakuntatalouden tasapaino” voisi tarkastella noudattamalla maakuntien talouden seurantaan sopeutettuja nk. kriisikuntien kriteereitä.

Sote-mittariston avulla on kyettävä analysoimaan samoja palveluryhmiä, sekä kustannusten että tuotettujen palvelujen, eli palvelujen käytön näkökulmista. Tästä syystä palvelujen käyttöä (luku 5.3.4.) käsitellään ryhmiteltynä vastaaviin palveluluokkiin kuin toteutuneita kustannuksia.

Kelan korvaustoiminnassa syntyneestä kustannustiedosta mukaan on otettu tietoa niistä kustannuksista, joista lakiesityksen perusteella tiedetään, että niiden julkisrahoitteinen toiminta ehdotetaan maakuntien toiminnaksi ja Kela-korvaukset päättyvät. Mukana on valmistelun tueksi joitakin muitakin monikanavarahoituksen purkua koskevissa keskusteluissa esillä olleita, Kela-korvaustietoja, mutta asiasta ei ole vielä tehty linjauksia. Tiedot Kelan myöntämiin etuuksiin liittyvät tiedot ovat mukana mittaristossa, koska ne kuvaavat jonkun ilmiön yleisyyttä. Nämä mittarit on ryhmitelty palvelutarve-mittareiksi. Kustannuksia ja resursseja koskevat mittarit on lueteltu luvussa 6 kunkin palvelukokonaisuuden yhteydessä. (63, 107)

### 5.3.11 Osallistuminen ja oikeudet

Maakuntien kyky osallistaa asukkaita on oma tietokokonaisuutensa, jossa on kyse siitä, miten hyvin maakunnassa sen asukkaiden ja maakuntajärjestäjän vuorovaikutus onnistuu muutenkin kuin vaaleissa neljän vuoden välein. Asiakkaan osallistuminen omaan palveluprosessiinsa on eri asia ja liittyy palvelun laatuun. Tähän kokonaisuuteen liittyviä, nykyisten kuntien ja kuntayhtymien toimintaan liittyviä, kansallisia mittareita kerätään jonkun verran THL:n Terveiden edistämisen aktiivisuus (TEA) -tiedonkeruun yhteydessä. Maakunnilla on velvollisuus seurata jatkossa kuntien hyvinvoinnin ja terveydenedistämistyön onnistumista. On vielä hahmottumatta mikä olisi maakuntien rooli kuntien väestön osallistumisen ja oikeuksien toteutumisen seurannassa. Maakunnat tarvitsevat näitä seurantatietoja oman toiminnan tarkastelussa. Vaihtoehtoja uusiksi tiedonkeruutavoiksi ovat organisaatiokyselyt maakuntajärjestäjälle ja asukaskyselyt sekä näiden yhdistelmä: Maakuntien odotetaan tekevän itse selvityksiä asiakaskyselyillä ja raportoivan toiminnastaan kansallisesti. Tietoja tullaan saamaan sekä maakuntien omavalvontasuunnitelmista, omista raporteista THL:lle ja STM:lle, että THL:n tekemistä arviointiraporteista. Oikeuksien toteutumista seuraa myös valvontaviranomainen, joka tekee oman raporttinsa maakunnista. Jää vielä auki, riittääkö tämä kvalitatiivinen tarkastelu vai onko erillinen strukturoitu kysely 18 maakunnan johdolle tämän lisäksi tarpeellinen. Strukturoitu kysely helpottaisi maakuntien vertailua, mutta sen lisäarvo suhteessa syvempään tarkasteluun on valmistelun aikana nähty

rajalliseksi, joten sellaista ei suoraan esitetä uudeksi tietotuotantolinjaksi. Asia on poikkihallinnollinen ja tietotarve on syytä käydä läpi kaikkien maakuntien ohjaukseen osallistuvien hallinnonalojen kanssa.



## 6 Mittarikokonaisuuksien tarkastelu palvelukokonaisuuksittain

Tässä luvussa esitellään mittarit palvelukokonaisuuksittain ryhmiteltynä. Taulukoissa näkyvät myös mittareiden tarkastelunäkökulmat, ns. ulottuvuudet, joihin kukin mittari kuuluu, esimerkiksi palvelujen saatavuus tai käyttö. Ulottuvuudet on kuvattu luvussa 5.3. Taulukossa on ensisijaisen palvelukokonaisuusryhmän lisäksi kerrottu ne muut palvelukokonaisuudet, joihin mittari liittyy. Palvelukokonaisuudet noudattavat osittain elinkaarimallia. Luvut suhteutetaan siihen ikäryhmään, jota palvelut koskevat. Lapsia, nuoria ja perheitä koskevat tiedot ovat kohdassa 6.8, aikuisväestön terveys- ja hyvinvointitiedot kohdassa 6.3, aikuisten erikoissairaanhoidon 6.6, aikuissosiaalityö 6.9 sekä ikääntyneitä koskevat tiedot kohdassa 6.10. Näistä erillisiä palvelukokonaisuuksia ovat perustiedot ja elinolot 6.1, sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta koskevat tiedot 6.2, perusterveydenhuolto 6.4, suun terveydenhuolto 6.5, ensihoito 6.7, mielen-terveys ja päihitteet 6.11, vammaisuus 6.12 sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio ja asiantuntijatyö 6.13.

Suurin osa mittareista on tuotannossa, osa viedään tuotantoon vuoden 2019 aikana. Taulukossa ovat mukana myös kaikki ne KUVA-työryhmän hyväksymät mittarit, joita ei ole vielä mahdollista viedä tuotantoon, mutta suunnitelma toteutuksesta viimeistään vuonna 2025 on olemassa. Taulukoissa mittarit ovat neljässä luokassa, tuotannossa olevat ja valmistumisajankohdan mukaisesti. Myöhemmin valmistuvat on merkitty tähdillä sekä kirjoitettu kursivilla:

*\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana*

*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana*

*\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana*

### 6.1 Perustiedot ja elinolot

Perustietoihin ja elinoloihin liittyvien mittarivalintojen perusteita on kuvattu edellä luvussa 5.3.1. Perustiedot ovat väestöön ja sen sijoittumiseen liittyviä tietoja, ja elinolo-kohdassa on väestön sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön liittyviä tietoja. Tiedot eri ikäryhmien suuruudesta, työttömyydestä ja vastaavat tiedot ovat listassa ensisijaisesti sen ikäryhmän tai palvelukokonaisuuden kohdalla johon ne liittyvät eniten. Ulottuvuudet on kiinnitetty mittareihin ja esim. Tietoikkunassa kaikki perustiedoiksi tai elinoloiksi tulkittavat tiedot saadaan yhdessä esiin haluttaessa tarkastella ulottuvuuksia. Esitetyt mittarit on koottu taulukkoon 9. Tarkemman tiedot mittareista määrittelyineen löytyvät liitteestä 3.

Taulukko 9. Perustietoihin ja elinoloihin liittyvät yleiset mittarit

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuuudet
<i>Perustiedot</i>		
Pinta-ala, km <sup>2</sup>	perustieto	
Väestö 31.12.	perustieto	
Väestötiheys, asukkaita/km <sup>2</sup>	perustieto	
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	palvelutarve	
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	palvelutarve	
Muu kuin suomi, ruotsi tai saame äidinkielenä / 1 000 asukasta	palvelutarve	
<i>Elinolot</i>		
Huoltosuhde, demografinen	perustieto	
Taloudellinen huoltosuhde (elatusuhde)	perustieto	
Koulutustasomittain	perustieto	
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot	perustieto	
Kunnan yleinen pienituloisuusaste	perustieto	
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvien osuus, % (20 vuotta täyttäneet)	perustieto, osallistuminen ja oikeudet	
Pienhiukkaspitoisuuden väestöpainotettu vuosikeskiarvo	perustieto	

## 6.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta koskevat tiedot

Tähän ryhmään on koottu ne mittarit, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää tarkastellaan kokonaisuutena eikä tietoa voi kohdentaa johonkin sen osa-alueeseen. Lisäksi mukana on jokunen mittari, joille ei ole olemassa omaa ryhmää. Tiedot liittyvät pääosin resursseihin, mutta mukana on myös saatavuuteen, valinnanvapauteen ja yhdenvertaisuuteen liittyviä tietoja.

Taulukko 10. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset mittarit

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokoukset
Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas	kustannukset	
Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekaioidut menot, indeksi	kustannukset	
Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekaioidut menot, indeksi	kustannukset	
Muun sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Ympäristöterveydenhuollon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (Mittari muuttuu myöhemmin uuden JHS-luokituksen mukaiseksi mittariksi Terveydensuojelu ja tupakkalain valvonta €/asukas).	kustannukset	
***Asiakasmaksujen osuus alueen nettokustannuksista + asiakasmaksusta	kustannukset	
***Alueen maksutulot	kustannukset	
*** Alueen sote-menojen ennakoitu kehitys, 5 vuoden keskimääräinen menojen vuosikasvu, %	kustannukset	
***Alueen sote-menojen ennakoitu kehitys, 10 vuoden keskimääräinen menojen vuosikasvu, %	kustannukset	
*** Alueen sote-menojen ennakoitu kehitys, 15 vuoden keskimääräinen menojen vuosikasvu, %	kustannukset	
***Sote-menojen tavoiteura, 5-vuoden keskimääräinen vuosikasvu %	kustannukset	
***Sote-menojen tavoiteura, 10-vuoden keskimääräinen vuosikasvu %	kustannukset	
***Sote-menojen tavoiteura, 15-vuoden keskimääräinen vuosikasvu %	kustannukset	
***Sopeutustarve, 5 vuoden keskimääräinen vuosimuutos, %	kustannukset	
***Sopeutustarve, 10 vuoden keskimääräinen vuosimuutos, %	kustannukset	
***Sopeutustarve, 15 vuoden keskimääräinen vuosimuutos, %	kustannukset	
Kelan korvaamien sairaanhoitomatkojen kustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Kelan korvaamien sairaanhoitomatkojen korvaukset, euroa / asukas	kustannukset	
Peruspalkan muutos toimialalla terveys- ja sosiaalipalvelut, %	kustannukset	

Sote-henkilöstön määrä/10 000 asukasta (Sosiaali- ja terveydenhuollon alueella työssä käyvä henkilöstö /10 000 asukasta)	saatavuus	
Sähköisesti palveluja käyttäneiden kansalaisten vuoden aikana säästyneet käynnit, keskiarvo	kustannukset	
E-asiointiin esteitä kokeneet kansalaiset, % vastanneista	saatavuus, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Käyttänyt palveluseteliä terveyspalvelujen hankkimiseen, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%)	valinnanvapaus	
***Palvelujen järjestäjän kustantamat asiakassetelipalvelut palvelut e/as	kustannukset, valinnanvapaus	
Riittävästi vertailutietoa palveluntuottajista (%)	valinnanvapaus	
*Saanut palvelun ymmärrettävästi omalla äidinkielellään, osuus henkilöistä, joiden äidinkieli ei ole Suomi	yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
***Sosiaali- ja terveysalan tutkimus-kehittämisen ja innovaatiotoiminnan (TKI) kustannukset €/asukas	kustannukset	
Korkeat asiakasmaksut haitanneet hoidon saantia, koulutusryhmien välinen eriarvoisuus, eriarvoisuusindeksi RII (relative index of inequality)	yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa	Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosastotoiminta
***Paljon palveluita käyttävät ja palveluiden yhteensovittamista tarvitsevat, osuus palvelujen käyttäjistä	integraatio, käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.3 Aikuisväestön terveys ja hyvinvointi (pl. mielenterveys ja päihteet)

Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaava tieto on samalla sekä palvelutarve- että vaikuttavuustietoa. Vaikka syy- ja seuraussuhteita on yleensä mahdoton todeta, lähtö-

kohtana palvelujärjestelmän olemassaololle on, että sairaus ja huono-osaisuus vähenvät ja terveys sekä hyvinvointi lisääntyvät. Aikuisväestön/työikäisten sosiaalista hyvinvointitietoa on kohdassa 6.9. Taulukossa 11 olevassa listassa on erityisesti aikuisväestön terveydentilaan liittyvää tietoa, joka luo perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle yhteisen palvelutarpeen. Osa tiedoista koskee työikäistä väestöä, osassa on mukana ikääntyneet tai tieto on ikävakioitu ikääntyneet huomioiden. Mittareiden määritelmässä on aina mukana tieto siitä, mistä ikäryhmästä on kysymys. Mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvä palvelutarve on kohdassa 6.11. Vaikka mittarit ovat listassa vain yhdessä kohtaa, on tarkoitus, että Tietoikkunassa niitä voi halutessaan tarkastella niin, että ne ovat mukana eri näkökulmissa. Tuotannossa olevien mittareiden ikäjakaumat vaihtelevat, mutta aina kuin mahdollista on pyritty esittämään tiedot erikseen alaikäisille, aikuisväestölle, jonka määritelmä hiukan vaihtelee ja ikääntyneille.

Aikuisväestön terveydentilaa kuvaavissa tiedoissa on mukana THL:n ja Kelan laatimia indeksejä. Kela on luopumassa indeksien laskemisesta ja suunnitelmissa on, että Kela ja THL yhdessä muodostaisivat kansalliset indeksit. Kelan lääkehoidon erityiskorvausoikeuksiin liittyvää tietoa on runsaasti, koska nämä kaikki tiedot ovat mukana terveydenhuollon tarvekertoimissa. THL on parhaillaan kehittämässä tarvekertoimien muodostamista ja KUVA-lista tulee myöhemmin päivittää siten, että siinä on mukana tarvekertoimien laskennassa käytettävät, terveydentilaa koskevat tiedot. Tietoa on saatu lisäksi väestökyselyistä ja tartuntatautirekisteristä. Rekisteripohjainen sairastavuuden mittaaminen vaatii uudistumista myös muita tietotarpeita varten.

**Taulukko 11. Aikuisväestön terveysriskit ja palvelutarve (mielenterveys ja päihteet ovat erikseen)**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
Elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
Työkykynsä heikentyneeksi arvioivien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> ) %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuosittelujen mukaisesti käyttävien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet	hyvinvointi ja terveys	
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
100 metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia, osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	

Päivittäin tupakoivien osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
Kelan työkyvyttömyysindeksi, ikävakioitu (-2017)	palvelutarve	
Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16 - 64-vuotiaista	palvelutarve	
Kelan kuolleisuusindeksi, ikävakioitu (-2017)	palvelutarve	
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta	palvelutarve	
Kelan sairastavuusindeksi, ikävakioitu (-2017)	palvelutarve	
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioitu	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton	palvelutarve	
Kelan lääkekorvausoikeusindeksi, ikävakioitu (-2017)	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut, % väestöstä	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja, % väestöstä vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin kroonisen keuhkoastman ja sitä läheisesti muistuttavien kroonisten obstruktiivisten keuhkosairauksien vuoksi oikeutetut 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja, % väestöstä, vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin Crohnin taudin vuoksi oikeutetut, % väestöstä ikävakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin Crohnin taudin vuoksi oikeutetut 31.12., ikävakioitu väestöosuus(%)	palvelutarve	
Epilepsian vuoksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut, % väestöstä; vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin epilepsian vuoksi oikeutettuja 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Neurologisen taudin vuoksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut 31.12., % väestöstä, ikävakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin neurologisen taudin vuoksi oikeutetut 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutetut, % väestöstä, vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutetut 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 40 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä, vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Sepelvaltimotauti-indeksi, ikävakiomaton	palvelutarve	
Sepelvaltimotauti-indeksi, ikävakioitu	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sydämen rytmihäiriöiden vuoksi oikeutetut, % väestöstä ikävakiomaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sydämen rytmihäiriöiden vuoksi oikeutetut 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 25 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä, vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Aivoverisuonitauti-indeksi, ikävakiomaton	palvelutarve	
Aivoverisuonitauti-indeksi, ikävakioitu	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin syövän vuoksi oikeutetut 31.12., % väestöstä	palvelutarve	
Syöpäindeksi, ikävakiomaton	palvelutarve	
Syöpäindeksi, ikävakioitu	palvelutarve	
Tuki- ja liikuntaelinsairausindeksi, ikävakiomaton	palvelutarve	
Tapaturmaindeksi, ikävakiomaton	palvelutarve	
Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidetut potilaat / 10 000 asukasta	palvelutarve	
Klamydiainfektioita / 100 000 asukasta	palvelutarve	
Tuberkuloositapauksia / 100 000 asukasta	palvelutarve	

## 6.4 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon mittarijoukko on melko runsas. Palvelujen toteutumista tarkastellaan eri näkökulmista ja esimerkiksi käyntisyytietojen avulla saadaan kuvaa siitä, minkälaisiin sisältöihin alueen perusterveydenhuolto painottuu. Näitä painotuksia on mahdollista tarkastella suhteessa palvelutarpeesta muodostettuun kuvaan (kohta 6.3); onko palveluja kohdennettu tarpeenmukaisesti niillä alueilla, joissa on paljon sairastavuutta kansansairauksiin, vai painottuuko terveydenhuolto esimerkiksi ylähengitystieinfektioiden hoitoon ja tapaturmien ehkäisyyn. Mukana mittarilistassa on perinteiset hoitoon pääsyn tiedot. Hoitoon pääsyn seurannan asianmukaisuus saa osakseen paljon kritiikkiä, mutta vertailukelpoista ja luotettavaa muuta tapaa mitata ei ole toistaiseksi saatu kehitettyä. Mikäli uusi mittaustapa onnistutaan luomaan, voidaan saatavuusmittaristo vaihtaa siihen. Mukana on myös paljon väestökyselytietoja. Perusterveydenhuoltoon saadaan rakennettua maakuntavertailun mahdollistava tietopohja paremmin kuin sosiaalipalveluihin, koska perusterveydenhuollosta on enemmän kokemustietoa ja valinnanvapaus on otettu väestökyselyssä huomioon. Asiakaskyselytieto terveyskeskusten vastaanotto toiminnasta on tulossa 2019 raportointiin ja huomioitu mittaristossa. Seulontojen tiedot ovat tässä ryhmässä. Syöpiin liittyvät vaikuttavuustiedot ovat osa tätä kokonaisuutta eikä esimerkiksi erikoissairaanhoidon hoitotuloksina. Toinen ”erikoisuus” listassa on perus- ja erikoistason integraatiota kuvaavat mittarit, jotka on kehitetty OECD-yhteistyössä. Kustannuksia koskevat tiedot tulevat tarkentumaan uuden JHS-palveluluokituksen myötä, joka noudattelee sote-keskuksille lakiehdotuksissa valmisteltua toiminnan sisältöä.

**Taulukko 12. Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosastotoiminta**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuuudet
<i>Palvelujen käyttö</i>		
Perusterveydenhuollon asiakkaiden (avohuolto ja vuodeosastohoito) osuus väestöstä, %	käyttö	
Perusterveydenhuollon avohoidon asiakkaat / 1 000 asukasta	käyttö	
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaat/ 1000 asukasta	käyttö	
Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit / 1 000 asukasta	käyttö	



Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit / 1 000 asukasta	käyttö	
Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäynnit (kaikki yhteystavat)/ 1000 asukasta	käyttö	
Perusterveydenhuollon avohoidon sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakäyntien lukumäärän suhde lääkärikäyntien lukumäärään	käyttö	
Perusterveydenhuollon fysioterapian käynnit yhteensä / 1 000 asukasta	käyttö	
Sähköiset asiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä	käyttö	
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnit, indeksi (tarvevakiointi) (koko maa 100)	käyttö	
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ammattihenkilöillä käynnit (ei sisällä lääkärikäyntejä), indeksi (tarvevakiointi) (koko maa 100)	käyttö	
Astma perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Keuhkohtaumatauti perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Dementia perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Diabetes perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Verenkiertoelinten sairaudet perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Verenpainetauti perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Tapaturma perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Ylähengitysteiden akuutti infektio perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	

Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa ml. yhteispäivystys / 1000 asukasta	käyttö	
<b>Saatavuus, saavutettavuus, valinnanvapaus</b>		
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 3 kk yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä	saatavuus	
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä	saatavuus	
*Perusterveydenhuollon fysioterapiakäynnin odotusaika yli 3 kk yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä	saatavuus	
*Perusterveydenhuollon ravitsemusterapiakäynnin odotusaika yli 3 kk yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä	saatavuus	
*Perusterveydenhuollon apuvälinepalvelukäynnin odotusaika yli 3 kk yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä	saatavuus	
Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista	saatavuus	
Sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista	saatavuus	
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa, saatavuus	saatavuus	
Perusterveydenhuollon asiakkaiden terveysasemavalinnat, uudeksi asiakkaaksi tulleet / 10 000 asukasta; mittari tällaisena käytössä 31.12.2019 asti (vaihtuu sote-keskukseksi?)	valinnanvapaus	
Tietää mahdollisuudesta valita terveysasema (%)	valinnanvapaus	
Kokee, että on vaihtoehtoja valita terveysasema (%)	valinnanvapaus	
Riittävästi tietoa, miten toimia jos vaihtaa terveysasemaa (%)	valinnanvapaus	
Tietää mahdollisuudesta valita terveydenhuollon ammattihenkilö (%)	valinnanvapaus	
Kokee, että on vaihtoehtoja valita lääkäri (%)	valinnanvapaus	
Kokee, että on vaihtoehtoja valita hoitaja (%)	valinnanvapaus	
Julkisia terveyden e-itsearviointipalveluja tarjolla, % vastanneista organisaatioista	saatavuus	
***Matka-aika henkilöautolla lähimpään sote-keskukseen, osuus väestöstä jolla ylittää 30 min	valinnanvapaus	
***Sote-keskuksia ylläpitävien tuottajien määrä/väestö	valinnanvapaus	
***Sote-keskusten palvelupisteiden määrä/väestö	valinnanvapaus	

<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus</i>		
Myönteinen asiakaskokemus terveyspalveluissa (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun hyödyllisyys	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Osallistuminen päätöksentekoon	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>*Terveysasemien vastaanottojen asiakastyytyväisyys: Hoidon jatkuvuus lääkärillä (pitkäaikaissairaat)</i>	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Antibiottien vuosikulutus DDD/1000 as/vrk	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Osuus potilaista, joilla on epäspesifisen ylähengitystieinfektio dg (J06.9) ja, joille on samassa palvelutapahtumassa määrätty antibiootti (ATC J01)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>**Elintapaneuvonnan toteutuminen tyypin 2-diabetes-riskissä oleville Käypä hoito – suosituksen mukaisesti</i>	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Kohdunkaulasyövän seulontaan (papa) osallistuneiden osuus kutsutuista, %	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Kohdunkaulan syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	vaikuttavuus	
Rintasyövän seulontaan (mammografia) osallistuneiden osuus kutsutuista, %	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Rintasyövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	vaikuttavuus	
Paksunsuolen syövän sairastaneiden viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	vaikuttavuus	
Terveyskeskuksen lääkärivastaanoton käyntisyiden kirjausaste	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät</i>		

Verenkiertoelinten tautien vuoksi ikävälillä 25 - 80 menetettyjen elinvuosien eriarvoisuus tulojen mukaan, eriarvoisuusindeksi RII (relative index of inequality)	sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
<i>Palvelutuotannon integraationäkökulma</i>		
Koki palvelun sujuvaksi, (%) terveyspalveluja käyttäneistä	integraatio, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla astman vuoksi / 100 000 asukasta, vakioitu	integraatio	
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi / 100 000 asukasta, vakioitu	integraatio	
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla diabeteksen vuoksi / 100 000 asukasta, vakioitu	integraatio	
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi / 100 000 asukasta, vakioitu	integraatio	
Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi kokeneet lääkärit, % vastanneista	integraatio	Erikoissairaanhoido
<i>Kustannukset</i>		
Perusterveydenhuollon avohoidon (pl. hammashoito) nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Korvattujen lääkkeiden kustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Lääkekorvaukset, euroa / asukas	kustannukset	
***Perustason vastaanottopalvelut (palvelukokonaisuus) €/asukas	kustannukset	
***Perustason vastaanottopalvelut €/asukas	kustannukset	
***Perustason muiden kuin yleislääketieteen erikoisalan vastaanottopalvelut €/asukas	kustannukset	
***Perustason lääkinnällinen avokuntoutus €/asukas	kustannukset	
*** Työterveyshuolto, alueen julkisten palvelujen tuottajien tuottama €/asukas	kustannukset, hyvinvointi ja terveys	
***Perusterveydenhuollon tuottavuus	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.5 Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollosta on saatavissa palvelutarvetietoa hyvin. Ikäryhmät, joissa lasten suun terveyttä tarkastellaan, on arvioitava myöhemmin uudestaan, koska ikäluokat, joille tehdään ikäluokkatarkastus, eivät ole kaikilla alueilla samat. Palvelujen käyttöä kuvaavaa tietoa on täydennettävä kiireellisen hoidon käytön tiedoilla, kiireellisen hoidon runsas käyttö saattaa heijastaa ongelmia perustason palveluissa. Saatavuustieto on perinteistä ja suoraan laatuun liittyvää tietoa on vain asiakaskyselyistä. Uusi JHS-palveluluokitus ei juuri muuta tapaa jolla kustannustiedot saadaan. Jatkossa osa palveluista on todennäköisesti suoritepohjaisia, jolloin niistä saattaa olla mahdollista saada tarkempaa kustannustietoa, mikäli tarpeellista.

**Taulukko 13. Suun terveydenhuolto**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
<i>Palvelutarve</i>		
Hampaiden harjaus harvemmin kuin kahdesti päivässä, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys, palvelutarve	
Tervehampaiset 12-vuotiaat, % vastaavanikäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä	palvelutarve, vaikuttavuus	
Tervehampaisten 12-vuotiaiden osuuden muutos, %-yksikkö	palvelutarve, vaikuttavuus	
12-vuotiaat, joilla runsaasti kariesta, % vastaavanikäisistä suun terveydenhuollossa tarkastuksessa käyneistä	palvelutarve	
Suun terveydenhuollon DMF-indeksi, 12-vuotiaat	palvelutarve, vaikuttavuus	
Suun terveydenhuollon asiakkaat, joilla ei karies- eikä ienhoidon tarvetta, %	palvelutarve	
Suun terveydenhuollon 18 vuotta täyttäneiden asiakkaiden CPI-indeksien keskiarvo	palvelutarve	
<i>Palvelujen käyttö</i>		

Suun terveydenhuollon kaikki potilaat terveyskeskuksissa / 1 000 asukasta	käyttö	
Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä / 1 000 asukasta	käyttö	
Suun terveydenhuollon aikuiset asiakkaat, joilla yli viisi hammaslääkärikäyntiä vuodessa, % hammaslääkäreiden aikuisista asiakkaista	käyttö	
Suun terveydenhuollon aikuiset asiakkaat, joilla yli viisi suun terveydenhuollon käyntiä vuodessa, % suun terveydenhuollon aikuisista asiakkaista	käyttö	
Oikomishoitoa käyttäneen 12-vuotiaat, % vastaavanikäisistä suun terveydenhuollon asiakkaista	käyttö	
Kelan 18 vuotta täyttäneille korvaamat yksityisen hammashoidon käynnit (hammaslääkäri ja suuhygienistikäynnit yhteensä) / 1000 asukasta	käyttö	
<i>**Kiireellisen hoidon käynnit suun perusterveydenhuollossa / 1000 asukasta</i>	käyttö	
<i>**Päivystyksen (päivystysyksikkö) suun terveydenhuollon käynnit / 1000 asukasta</i>	käyttö	
<i>Saatavuus, saavutettavuus</i>		
Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkäriin kiireettömän käynnin odotusaika yli 21 pv yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä (lokakuu)	saatavuus	
Hammaslääkäriin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus,(%) tarvinneista	saatavuus	
Suun terveydenhuollon asiakkaiden palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	saatavuus	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: palvelun hyödyllisyys	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: kohtaaminen, asiakaspalvelu	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: osallistuminen päätöksentekoon	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	

<i>Kustannukset</i>		
Suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset, euroa / suun terveydenhuollon potilas	kustannukset	
Yksityisen hammashoidon korvaukset, euroa / asukas	kustannukset	
Yksityisen hammashoidon kustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
***Suun terveydenhuolto palvelukokonaisuus €/asukas	kustannukset	
***Suun terveydenhuollon perustason palvelut €/asukas	kustannukset	
***Suun terveydenhuollon erityistason palvelut €/asukas	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.6 Erikoissairaanhoito, aikuiset

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelutarve on yhteinen ja siksi palvelutarpeeseen liittyvät tiedot on koottu yhteen ja ne ovat pääosin kohdassa 6.3. Hilmo-tiedonkeruiden pitkän historian vuoksi erikoissairaanhoidosta on saatavissa kaikista palvelukokonaisuuksista parhaiten tietoja. Palvelujen laatuun liittyvissä tiedoissa pienen väestöpohjan alueilla tapausmäärä jää niin pieneksi, että syntyy tilastoteknisiä mittariarvojen muodostamisvaikeuksia, mistä syystä kaikkia kansainvälisesti suurissa maissa käytössä olevia laatumittareita ei ole tuotavissa Suomeen maakuntavertailun tasolle. Uusi JHS-luokitus ei tuo kustannusten tarkasteluun muuta uutta, kuin mahdollisuuden eritellä päivystyksen kustannukset sekä luultavasti myös lääkehankintojen kulut.

Taulukko 14. Erikoissairaanhoito

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
---------	--------------	---------------------------

<i>Palvelujen tarve</i>		
<i>*Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvekerroin</i>	palvelutarve, kustannukset	
<i>Palvelujen käyttö</i>		
Erikoissairaanhoidon saapuvat lähetteet /asukas	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon 18 vuotta täyttäneet potilaat/1000 asukasta (peitto)	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitu käyttö, indeksi (koko maa 100)	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 18-vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Päiväkirurgian 18 vuotta täyttäneet potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon päiväsairaalan 18v vuotta täyttäneet potilaat /1000 vastaavanikäistä	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon 18 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavanikäistä	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäivät 18 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksot 18 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä	käyttö	
Toimenpiteellisten hoitojaksojen (kirurgiset toimenpiteet) potilaat / 1 000 asukasta	käyttö	
Kaihiileikkaukset / 10 000 asukasta, ikävakiomaton	käyttö	
Sepelvaltimoiden pallolaajennukset / 100 000 asukasta	käyttö	
Lonkan kokotekonivelen ensileikkaukset / 100 000 asukasta	käyttö	
Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa / 1000 asukasta	käyttö	
Ikä ja sukupuoli vakioidut painotetut päivystyskäynnit / asukas, indeksi	käyttö	



Erikoissairaanhoidon päivystyksessä hoidetut potilaat, joita ei siirretty vuodeosastolle, % päivystyksessä hoidetuista potilaista	käyttö	
Päivystyksenä erikoissairaanhoidon tulleet, % kaikista päättyneistä erikoissairaanhoidon hoitajakoista	käyttö	
<i>Saatavuus, saavutettavuus, valinnanvapaus</i>		
Erikoissairaanhoidon saapuneet yli 21 vrk:ssa käsitellyt läheteet, % saapuneista läheteistä	saatavuus	
Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta	saatavuus	
Erikoissairaanhoidon 31.12. odottavien odotusaika, mediaani	saatavuus	
Toisen sairaanhoitopiiriin alueella asuvat sairaanhoitopiiriin asiakkaat, % sairaanhoitopiiriin asiakkaista	valinnanvapaus, käyttö	
Sairaanhoitopiiriin alueella asuvat, joita hoidettu muun kuin asuinkunnan sairaanhoitopiiriin alueella, % erikoissairaanhoidon asiakkaista	valinnanvapaus, käyttö	
Tietää mahdollisuudesta valita erikoissairaanhoidon hoitopaikka (%)	valinnanvapaus	
Riittävästi tietoa, miten toimia, jos vaihtaa sairaalaa (%)	valinnanvapaus	
Tietää mahdollisuudesta hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan (%)	valinnanvapaus	
Kokee, että on vaihtoehtoja valita sairaala (%)	valinnanvapaus	
<i>***Matka-aika henkilöautolla lähimpään ympärivuorokautiseen päivystykseen, osuus väestöstä jolla ylittää 30 min</i>	saatavuus, valinnanvapaus	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
Ratkaistut korvattavat potilasvahingot / 100 000 hoitajaksoa	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Kirurgisen ja muun lääketieteellisen hoidon komplikaatiot, % hoitajakoista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis), 100 000 hoitajaksoa kohti, vakioitu	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	

Toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotromboosi tai keuhkoembolia, 100 000 hoitojaksoa kohti, vakioitu	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet 18 vuotta täyttäneet potilaat, % päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista vastaavankäisistä potilaista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Sepelvaltimotautikohtauspotilaiden 30 päivän kuolleisuus, vakioitu osuus (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Aivoinfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus, vakioitu osuus (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Polven tekonivelleikkauksen uusinta potilaille 2 v aikana, vakioitu osuus (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Lonkan tekonivelleikkauksen uusinta potilaille 2 v aikana, vakioitu osuus (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Lonkkamurtumapotilaat, jotka on leikattu 0 - 2 päivän kuluessa sairaalaan tulosta, % lonkkamurtumapotilaista, vakioimaton	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Niiden lonkkamurtumapotilaiden osuus, jotka elossa ja kotiutuneet 90 päivän kuluessa (%), vakioitu	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Lonkkamurtumapotilaiden 365 päivän kuolleisuus, vakioitu %	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus	
Clostridium difficile -ripulitapauksia / 100 000 asukasta	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Terveystuotannon henkilöstön influenssarokotuskattavuus	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Yli 10 lähetettä vuodessa erikoissairaanhoidon saaneet asiakkaat, % lähetteen saaneista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, käyttö	
<i>Palvelutuotannon integraationäkökulma ks.pth kohta</i>		
<i>*Päivystyksen suurkuluttajat: Vähintään 5 päivystyskäyntiä vuoden aikana</i>	integraatio, käyttö, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Kustannukset</i>		
Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset, indeksi (koko maa 100)	kustannukset	
Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuus, indeksi (koko maa 100)	kustannukset	
***Aikuisten somaattinen erikoissairaanhoido, €/18 vuotta täyttänyt asukas	kustannukset	
***Ympäri vuorokautiset päivystyspalvelut, , €/asukas	kustannukset	
*** Alueen palvelujen järjestäjien omat lääkekustannukset €/as	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.7 Ensihoito

Ensihoidon tietokokonaisuuden tiedot koostuvat Hätäkeskuslaitoksesta saataviin tietoihin ja tulevaisuudessa ensihoidon potilaskertomuksesta saataviin tietoihin. Tämä edellyttää uutta tietotuotantolinjaa, josta on ehdotus luvussa 7. Uusi JHS-palveluluokitus tulee mahdollistamaan kustannustietojen keräämisen.

**Taulukko 15. Ensihoito**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
Ensihoitotehtävät /1000 asukasta	käyttö	
Ensihoitotehtävät /km <sup>2</sup>	käyttö	
Potilaiden tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävässä riskialueella ydintaajama	saatavuus	
Potilaiden tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävässä riskialueella muu taajama	saatavuus	
Potilaiden tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävässä riskialueella taajaman ulkopuolinen asuttu alue	saatavuus	

**Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa X-koodauksesta	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
**Ensihoidon potilaiden sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
**Ensihoidon palvelukokonaisuus €/asukas	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.8 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuudessa on hyvin runsaasti mittareita. Mittareiden valmistelua on tehty aktiivisessa yhteistyössä LAPE-kärkihankkeen kanssa. Kokonaisuudessaan LAPE-kärkihankkeessa nähtyä lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuden tietotarvetta ei ole siirretty mittaristoon. Näitä tietoja on koottuna muissa asiayhteyksissä. KUVA-mittaristoon on valittu tietoja, jotka on havaittu palvelujärjestelmän arvioinnin ja ohjauksen kannalta tarpeelliseksi. Valinnoissa on huomioitu erityisesti lasten, nuorten ja perheiden palvelujen ja opetustoimen sekä muiden, kuntiin jäävien perheille tärkeiden palvelujen rajapintayhteistyön tärkeys. Tarvitaan niitä tietoja, joiden avulla voidaan käydä yhdyspintakeskustelua, jolla on tärkeä rooli terveyden ja hyvinvoinnin varmistamisessa. Tämä selittää mittareiden runsasta määrää. Tietoja tästä palvelukokonaisuudesta on melko hyvin saatavissa. Suunnitteilla oleva sosiaalihuollon avopalvelujen henkilörekisteri täydentäneet tulevaisuudessa tietoaukkoja. Uusi JHS-palveluluokitus palvelee tätä palvelukokonaisuutta hyvin, käytössä tulee olemaan nykyistä tarkempaa tietoa kustannusten kohdentumisesta.

**Taulukko 16. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
Palvelutarve		
0 - 1-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot

0 - 6-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
7 - 15-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
0 - 17-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
16 - 24-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku)	palvelutarve	Perustiedot
Lasten pienituloisuusaste	perustieto	Elinolot
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	perustieto	Elinolot
Ahtaasti asuvat lapsiasuntokunnat, % kaikista lapsiasuntokunnista	perustieto	Elinolot
Kokee terveydentilansa kesinkertaiseksi tai huonoksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
Tuntee itsensä yksinäiseksi %, 8. ja 9. lk oppilaista	hyvinvointi ja terveys	Mielenterveyspalvelut
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista	palvelutarve	Mielenterveyspalvelut
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys	Mielenterveyspalvelut
Lapsen tavallisuudesta poikkeava epäsosiaalinen käytös, % 4. ja 5. luokkalaisista	palvelutarve	Mielenterveyspalvelut
Ylipaino, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys, palvelutarve	
Niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syövät nuoret, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-)	hyvinvointi ja terveys	
Harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan 1 h viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys	
Käyttää päivittäin jotain tupakkatuotetta tai sähkösavuketta, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys	
Tupakoi päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys	

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys	Päihdepalvelut
Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % 4. ja 5. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys, palvelutarve	Päihdepalvelut
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % 8. ja 9. luokan oppilaista	hyvinvointi ja terveys	Päihdepalvelut
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % ammatillisten oppilaitoisten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista	hyvinvointi ja terveys	Päihdepalvelut
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % lukioiden 1. ja 2. vuoden opiskelijoista	hyvinvointi ja terveys	Päihdepalvelut
Toimintarajoite, % 8. ja 9. luokan oppilaista	palvelutarve	
Alle 16-vuotiaan vammaistuen saajat (korotettu ja ylin tuki) / 100 000 vastaavanikäistä	palvelutarve	Vammaisten palvelut
Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 16 - 24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä	palvelutarve	Mielenterveyspalvelut
<i>Palvelujen käyttö</i>		
Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä	käyttö	
Lapsiperheet, joilla pitkäaikainen toimeentulotuen käyttö	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, palvelutarve	
Kasvatus- ja perheneuvoloiden 0 - 21-vuotiaat asiakkaat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut, % vastaavanikäisistä	käyttö	
Perheitä kodin- ja lastenhoitopalveluissa, % lapsiperheistä	käyttö	
0 - 17-vuotiaat lapset, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Perheitä lastensuojelun kodin- ja lastenhoitopalveluissa, % lapsiperheistä	käyttö	

Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0 - 17-vuotiaita vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Huostassa vuoden aikana olleet 0 - 17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, joiden sijoituspaikkana laitos, % kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat lapset, joiden sijoituspaikkana perhe, % kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Kiireellisesti sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, % vastaavanikäisistä	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria / 1 000 0 - 12-vuotiasta	käyttö	
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, nuorisopsykiatria / 1 000 13 - 17-vuotiasta	käyttö	
Psykiatrian laitoshoidon 0 - 12-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Psykiatrian laitoshoidon 13 - 17-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 0 - 17-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Turvakotien asiakkaat/10000 asukasta	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit yhteensä / 1 000 0 - 7-vuotiasta	käyttö	
Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan käynnit yhteensä / 1 000 15 - 44-vuotiasta naista	käyttö	

Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit / 1 000 7 - 18-vuotiaista	käyttö	
Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon käynnit yhteensä / 1 000 16 - 25-vuotiaista	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 0 -17-v / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon 0 - 17-vuotiaat vuodeosastohoidon potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 0 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Päiväkirurgian 0 - 17-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Henkilökohtaisen avun 0 - 17-vuotiaita asiakkaita vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut / 100 000 vastaavanikäistä	käyttö	Vammaisten palvelut
<i>Saatavuus, saavutettavuus</i>		
Seuranta-aikana lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa aloitetut lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, %	saatavuus	
Seuranta-aikana lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, %	saatavuus	
Kasvatus- ja perheneuvonnan 1. käynnin keskimääräinen odotusaika, päivää	saatavuus	
Lastenneuvola, 0 - 6-vuotiaita / terveydenhoitajien henkilötyövuosi	saatavuus	
Lääkäreiden henkilöstömitoitus kouluterveydenhuollossa oppilasta / henkilötyövuosi	saatavuus	
Lääkäreiden henkilöstömitoitus toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa, opiskelijoita / henkilötyövuosi	saatavuus	



Ei ole päässyt kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % perusopetuksen 8. ja 9. lk oppilaista	saatavuus	
Ei ole päässyt kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-)	saatavuus	
Ei ole päässyt kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-)	saatavuus	
Ei ole päässyt koulukuraattorille yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % 8. ja 9. luokan oppilasta (2017-)	saatavuus	
Psykologien opiskelijamäärä per henkilötyövuosi, lukio	saatavuus	
Neuvolan asiakkaiden palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa, asiakaskysely	saatavuus	
Äitiysneuvola, syntyneitä / terveydenhoitajien henkilötyövuosi	saatavuus	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
Papilloomavirus- eli HPV-rokotuskattavuus, tytöt	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Kurkkumätä-, jäykkäkouristus-, hinkuyskä-, polio- (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Tuhkarokko-, vihurirokko- ja sikotautirokotuskattavuus eli MPR-rokotteen 1. annoksen kattavuus	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Tuhkarokko-, vihurirokko- ja sikotautirokotus, MPR-rokotteen 2. annoksen kattavuus	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Neuvola-asiakastyytyväisyys: kohtaaminen, asiakaspalvelu	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Neuvola-asiakastyytyväisyys: palvelun hyödyllisyys	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Neuvolan asiakastyytyväisyys: osallistuminen päätöksentekoon	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Lastenneuvolan laajojen terveystarkastusten peittävyys 4-vuotiailla	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	

**Lastenneuvolan 4-vuotiaiden terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten peittävyys (8. luokka)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
**Kouluterveydenhuollon 8-luokkalaisten terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet alle 18-vuotiaat potilaat, % päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista vastaavanikäisistä potilaista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Toistuvasti sijoitetut 0 - 17-vuotiaat lapset / 10 000 vastaavanikäistä	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Raskaudenkeskeytykset alle 20-vuotiailla / 1 000 15 - 19-vuotiasta naista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Osuus raskauden keskeyttäneistä naisista, joilla on aikaisempi raskaus samana tai edellisellä vuonna, %	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Äitiysneuvolan määräraikaisten terveystarkastusten peittävyys	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen tupakoineet, % synnyttäjistä	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
5 minuutin Apgarin pisteet 0 - 3, %	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Synnytyssairaalan asiakastytyväisyys: kokonaisarvio synnytyssairaalaista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Synnytyssairaalan asiakastytyväisyys: osallistuminen päätöksentekoon	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät avustamattomissa alatiesynnytyksessä, %	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Kustannukset</i>		
***Lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuus €/asukas	kustannukset	
***Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, € / 0 - 7 v asukas	kustannukset	

***Kouluterveydenhuollon palvelut, €/7 - 15 v asukas	kustannukset	
***Toisen asteen opiskeluterveydenhuollon palvelut, €/16 - 25 v asukas	kustannukset	
Lastensuojelun avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Muiden lasten ja perheiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
***Lastenpsykiatrinen ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido, €/0 - 17 v asukas	kustannukset	
***Lasten ja nuorten somaattinen erikoissairaanhoido, €/0 - 17 v asukas	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.9 Aikuissosiaalityö ml. työllistymistä tukevat toimet

Tässä mittaristoryhmässä ovat mukana aikuissosiaalityö ja työllistymistä tukevat toimet, jotka liittyvät kiinteästi toisiinsa. Lisäksi mukana on muutamia sosiaalihuollon yleismittareita. Palvelutarve kytkeytyy työllisyyteen, koulutukseen, toimeentuloon ja asumiseen. Muuta palvelujen käyttöä kuin toimeentulotukia kuvaavat tiedot jäävät puutteelliseksi ilman suunnitteilla olevaa sosiaalihuollon avopalvelujen henkilörekisteriä. Tietojen käsittely on kunnissa ollut hyvin erilaista, joten tulee viemään aikaa ennen kuin yhteismitalliset tiedonkeruut on mahdollista tehdä. Väestökyselyillä maakuntavertailua voi tehdä ainoastaan sosiaalipalveluihin kohdennetuilla kysymyksillä. Kustannusten muodostumista kuvaavat tiedot ovat myös vajavaisia. Uusi JHS-palveluluokitus on aikuissosiaalityöhön liittyvien palvelujen osalta epäselvä eikä tule juurikaan parantamaan tilannetta, ellei luokituksen sisältöjä vielä tarkisteta suhteessa toteutettavien palvelujen sisältöön. Kustannusten tarkasteluun tulee vaikuttamaan myös

se, miten kustannusten jako järjestetään tulevaisuudessa niissä perustoimeentulotukea ja työllisyyttä tukevissa palveluissa, joiden rahoitukseen kunnat tällä hetkellä osallistuvat.

Taulukko 17. Työikäisten sosiaalipalvelut, työllistymistä tukevat toimet ja yleiset sosiaalipalvelut

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
<i>Palvelutarve</i>		
25 - 64-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
Työlliset, % väestöstä	palvelutarve	Elinolot
Työttömien työnhakijoiden % -osuus työvoimasta	palvelutarve	Elinolot
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	palvelutarve	Elinolot
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15 - 64-vuotiaista	palvelutarve	
Nuorisotyöttömät, % 18 - 24-vuotiaasta työvoimasta	palvelutarve	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Syrjäytymisriskissä (ei työssä, ei opiskele, ei ole varusmiespalveluksessa) olevat 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisistä	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Ulkomaalaiset työttömät työnhakijat, % ulkomaalaisten työvoimasta	palvelutarve	Elinolot
Asunnottomat yksinäiset / 1 000 asukasta	palvelutarve, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Ulkona, yömajoissa, tilapäissuojissa ja laitoksissa olevat yksinäiset asunnottomat / 1 000 asukasta	yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
Niiden osuus, jotka uskovat, että todennäköisesti eivät jaksakaan työkennellä vanhuuseläkeikään saakka %, 20 - 64-vuotiaat	palvelutarve	
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	palvelutarve	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
***Sosiaalihuoltoon vireille tulleiden asioiden määrä/ 10 000 asukasta (sisältää kaikki eri vireilletulotavat)	palvelutarve	

***Sote-keskuksissa annettu sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus, asiakastapahtumat/10 000 asukasta	palvelutarve	
Palvelujen käyttö		
Työttömien terveystarkastukset, % työttömistä	käyttö	
Työttömien aktivointiaste, %	käyttö	
Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuneet, asiakkaita / 100 15 - 64-vuotiaasta	käyttö	
Ehkäisevää toimeentulotukea vuoden aikana saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Ehkäisevää toimeentulotukea vuoden aikana saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Perustoimeentulotukea vuoden aikana saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Perustoimeentulotukea vuoden aikana saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Täydentävää toimeentulotukea vuoden aikana saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Täydentävää toimeentulotukea vuoden aikana saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Saatavuus, saavutettavuus		
Kelaan osoitettujen perustoimeentulotukihakemusten käsittely 7 arkipäivän kuluessa, % hakemuksista (huhtikuu tai lokakuu)	saatavuus	

Kuntiin osoitettujen täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen hakemusten käsittely 7 arkipäivän kuluessa, % hakemuksista (huhtikuu tai lokakuu)	saatavuus	
Julkisia hyvinvoinnin e-itsearviointipalveluja tarjolla, % vastan-neista organisaatioista	saatavuus	
***Sosiaalihuollon hallintopäätöksen keskimääräinen käsittelyaika vireille tulosta	saatavuus, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa</i>		
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 20 - 64-vuotiaat	sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
Myönteinen asiakaskokemus sosiaalipalveluissa (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Palvelutuotannon integraatio</i>		
Koki palvelun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluita käyttäneistä	integraatio, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Kustannukset</i>		
Ehkäisevä toimeentulotuki, euroa / asukas (reaalihinnoin)	kustannukset	
Täydentävä toimeentulotuki, euroa / asukas (reaalihinnoin)	kustannukset	
Perustoimeentulotuki, euroa / asukas (reaalihinnoin)	kustannukset	
Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki, euroa / asukas	kustannukset	
Työllistymistä tukevien palvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset yhteensä €/asukas	kustannukset	

***Aikuisten sosiaalipalvelujen palvelukokonaisuus, €/18 v täyttänyt asukas	kustannukset	
---	--------------	--

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.10 Ikääntyneiden palvelut

Ikäihmisten palvelutarpeesta on saatavissa tietoja, joista osa perustuu väestökyselyihin. Nämä tiedot ovat tietotuotantofrekvenssinsä ja otosten onnistumisen näkökulmasta epätarkkoja, ja vaativat muuta tietojen tarkastelua rinnalleen. Valmistelussa on tunnistettu uusi tapa, jolla voisi olla mahdollista saada tarkka kuva ikääntyneiden toimintakyvystä, mutta tämä edellyttää uuden, tässä muistiossa (luku 7) esitetyn, tietotuotantolinjan rakentamista. Ikääntyneiden palveluista saadaan melko hyvin tietoja, sen sijaan palvelujen saatavuudesta ei ole olemassa suoria mittareita. Palvelujen laadua on mahdollista seurata tarkastelemalla tilannekuvaa, joka muodostuu joukosta mittareita. Kustannuksista saadaan eri palvelumuotoihin kohdennettua tietoa jo nyt ja tilanne säilyy uuden JHS-palveluluokituksen käyttöönoton jälkeen. Jatkossakin jää ongelmaksi se, että uusi JHS-palveluluokitus ei anna mahdollisuutta tarkastella ikääntyneiden erikoissairaanhoidon kustannuksia osana ikäihmisten palvelukokonaisuuden kustannuksia. Tällaista tarkastelua varten on rakennettava muunlainen tiedonmuodostus, mikäli se halutaan mukaan ohjaus- ja arviointitietoihin. Omissa järjestelmissään palvelujen järjestäjät saattavat kyetä muodostamaan tämän em. tiedon, esimerkkinä nykyinen palvelujen järjestäjätuottaja Eksote.

**Taulukko 18. Ikääntyneiden palvelut**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
<i>Palvelutarve</i>		
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
65 - 74-vuotiaat, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
85 vuotta täyttäneet, % väestöstä	palvelutarve	Perustiedot
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	perustieto	Elinolot



Yksin asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä asuntoväestöstä	palvelutarve	
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus %, 75 vuotta täyttäneet	palvelutarve	Mielenterveyspalvelut
Elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus %, 65 vuotta täyttäneet	hyvinvointi ja terveys	
500 metrin matkan kävelemisessä suuria vaikeuksia kokevien osuus %, 65 vuotta täyttäneet	palvelutarve	
Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus %, 75 vuotta täyttäneet	palvelutarve	
Itsestä huolehtimisessa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus %, 75 vuotta täyttäneet	palvelutarve	
Muistinsa huonoksi kokevien osuus %, 75 vuotta täyttäneet	palvelutarve	
<i>**Arkisuoriutumisen yhdistetyn mittarin (FUNH) keskiarvo, 75 vuotta täyttäneessä väestössä</i>	palvelutarve	
<i>**Arkisuoriutumisen yhdistetyn mittarin (FUNH) keskiarvo 75 vuotta täyttäneillä säännöllisen tai jatkuvan palvelun saajilla</i>	palvelutarve	
<i>**Kognition heikkenemisen mittarin (CPS) keskiarvo 75 vuotta täyttäneillä säännöllisen tai jatkuvan palvelun saajilla</i>	palvelutarve	
<i>**Arkisuoriutumisen heikkous, joka saattaa viitata kognition heikkenemiseen, % 75 vuotta täyttäneistä</i>	palvelutarve	
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) %, 65 vuotta täyttäneet	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	Päihdepalvelut
Alkoholiuolleisuus 65 vuotta täyttäneillä / 100 000 vastaavanikäistä	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	Päihdepalvelut
Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä	palvelutarve	
Eläkettä saavan hoitotuen saajat (korotettu ja ylin tuki) / 100 000 asukasta (ind. 5107)	palvelutarve	
<i>**Dementiaindeksi, ikävakioitu (dementiasairastavuus)</i>	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	

<i>Palvelujen käyttö</i>		
Toimeentulotukea saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	Työikäisten sosiaalipalvelut ja työllistymistä tukevat toimet
65 vuotta täyttäneiden terveystarkastukset, % vastaavanikäisistä	käyttö, hyvinvointi ja terveys	
Henkilökohtaisen avun 65 vuotta täyttäneitä asiakkaita vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut 100 000 vastaavanikäistä kohden	käyttö	Vammaisten palvelut
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 85 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 60 - 89 kertaa kuukaudessa (%)	käyttö	
Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 65 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Vanhainkotien 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	

Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa 75 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä	käyttö	Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosasto-toiminta
Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa 75 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä	käyttö	Erikoissairaanhoido
Kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät hoitajaksot 65 vuotta täyttäneillä / 10 000 vastaavanikäistä	käyttö, hyvinvointi ja terveys	
75 vuotta täyttäneiden kotihoidon asiakkaiden päivystyksestä alkaneet sairaalajaksot, % vastaavanikäisistä kotihoidon asiakkaista	käyttö, vaikuttavuus	
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	Erikoissairaanhoido
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	Erikoissairaanhoido
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon 75 vuotta täyttäneet potilaat osuus 18 v täyttäneiden potilaista, %	käyttö	Erikoissairaanhoido
Somaattisen erikoissairaanhoidon 75 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoitopäivien osuus 18 v täyttäneiden vastaavista hoitopäivistä, %	käyttö	Erikoissairaanhoido
Psykiatrian laitoshoidon 65 vuotta täyttäneet potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	Mielenterveyspalvelut
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 65 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	Mielenterveyspalvelut
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat / 1 000 asukasta	käyttö	Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosasto-toiminta
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät / 1 000 asukasta	käyttö	Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosasto-toiminta
<i>Sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa</i>		

Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 65 vuotta täyttäneet	sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
Influenssarokotuskattavuus, 65 vuotta täyttäneet	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Monilääkittyjen 75 vuotta täyttäneiden osuus, % vastaavanikäisestä väestöstä	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
lääkille sopimattomien lääkkeiden käyttö 75 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 90 tai enemmän kertaa kuukaudessa (%)	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>*Kotihoidon asiakkaan tilanne 2 kk akuuttisairaanhoidon joutumisen jälkeen (onko takaisin kotihoidossa)</i>	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, integraatio, vaikuttavuus	
<i>**Arki-suoriutumisen arvioinnin väestöpeittävyys 75 vuotta täyttäneistä</i>	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, integraatio	
<i>**Arki-suoriutumisen arvioinnin peittävyys 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen palvelun saajista</i>	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, integraatio	
<i>Kustannukset</i>		
<i>***Ikääntyneiden palvelukokonaisuus, €/75 vuotta täyttänyt asukas</i>	kustannukset	
Kotihoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Ikääntyneiden laitospalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja

		vuodeosasto- toiminta
***Kotisairaahoito €/asukas	kustannukset	
***Omaishoidon kustannukset €/asukas	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.11 Mielensterveys- ja päihdepalvelut

Mielensterveys- ja päihdepalvelumittarit ovat KUVA-listassa erikseen, jotta on helpompi varmistaa kaikkien näkökulmien mukana olo. Mielensterveys- ja päihdepalvelut muodostavat yleensä yhtenäisen kokonaisuuden sekä palvelujen järjestämisen tarkastelussa että toteutuksessa. Lapsia ja nuoria sekä ikääntyneitä koskevat mielensterveys- ja päihdeasiat ovat listassa ikäryhmäkohtaisten palvelukokonaisuuksien yhteydessä, listassa on jokainen mittari vain yhden kerran. Kun mittareilla tuotettuja tietoja haetaan tietokunnasta, saadaan mielensterveys- ja päihdetiedot kaikista ikäryhmistä katsottua yhtenä kokonaisuutena niin halutessa.

Mielensterveyden- ja päihdepalvelujen tarpeesta on olemassa tietoja, joskaan ne eivät kerro koko palvelutarvetta, koska osa tarvitsijoista ei ole missään kontaktissa palvelujärjestelmään. Mielensterveys- ja päihdepalvelujen ulkopuolelle jäävistä ongelmista saadaan tietoa mm. itsemurhakuolleisuustilastoista ja huumeiden alueellisesta esiintyvyydestä jätevesitutkimuksista. Mielensterveyspalvelujen käytöstä on tietoa. Päihdepalvelujen avopalvelutieto on puutteellista, kunnes sitä on mahdollista täydentää suunnitellun sosiaalihuollon avopalvelujen rekisterin avulla. Yhdenvertaisuus- ja sosioekonomisista eroista löytyy hieman tietoa. Mielensterveyspalvelujen laadusta, ja integraatiosta on myös joitakin tietoja, mutta päihdepalveluista ei saada tietoja ilman tietopohjan parantamista. Mielensterveyspalvelujen kustannuksista ei ole ollut tietoja ja päihdepalveluistakin se on ollut rajallista. Uuden JHS-palveluluokituksen käyttöönoton jälkeen mahdollisuudet saada kustannustietoa paranevat.

Taulukko 19. Mielenterveyspalvelut

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
<i>Palvelutarve</i>		
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys	
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus %, 20 - 64-vuotiaat	hyvinvointi ja terveys, palvelutarve	
Itsemurhakuolleisuus / 100 000 asukasta	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys, vaikuttavuus	
Mielenterveysindeksi, ikävakiomaton	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
Mielenterveysindeksi, ikävakioitu	hyvinvointi ja terveys, palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä; vakioimaton	palvelutarve	
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	palvelutarve	
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 18 - 24-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä	palvelutarve	
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25 - 64-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä	palvelutarve	
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työttömyyseläkettä saavat 18 - 34-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	palvelutarve, vaikuttavuus	
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työttömyyseläkettä saavat 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	palvelutarve, vaikuttavuus	
Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 25 - 64-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä (ind. 2418)	palvelutarve	
* Alkoholin ja/tai huumeiden vaikutuksen alaisena tapahtuneet tapaturmat päivystykseen hakeutumisen käyntisyynä % kaikista päivystykseen tapaturman vuoksi hakeutumisista	palvelutarve, käyttö, hyvinvointi ja terveys	
<i>Palvelujen käyttö</i>		

Perusterveydenhuollon mielenterveyden lääkärikäynnit / 1 000 asukasta	käyttö	
Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkärit) / 1 000 asukasta	käyttö	
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt pl. päihteiden käytön ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	käyttö	
Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttäneitä (pth ja esh)	käyttö	
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, psykiatria / 1000 18 vuotta täyttäneitä	käyttö	
Psykiatrian laitoshoidon 18 - 24-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 18 - 24-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
Psykiatrian laitoshoidon 25 - 64-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 25 - 64-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 18 vuotta täyttäneet / 1 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Tahdosta riippumattomaan hoidon hoitokäynnit / 1000 asukasta	käyttö	
Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaat 31.12. yhteensä (ympäri vuorokautinen) / 10 000 asukasta	käyttö	
Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaat 31.12. yhteensä (ei-ympäri vuorokautinen) / 10 000 asukasta	käyttö	
Palvelu- ja tukiasunnot, mielenterveysongelmaiset asukkaat 31.12., kunnan kustantamat palvelut / 10 000 asukasta	käyttö	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleet psykiatrian potilaat / 1 000 asukasta	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	

Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa, % psykiatrian laitoshoidon potilaista	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
Mielenterveysperusteisten osasairauspäivärahojen käyttö /10 000 18 v täyttäneitä kohti	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Bentsodiatsepiinien kulutus DDD (defined daily dose) / 1 000 asukasta / vrk	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosastotoiminta, Päihdepalvelut
<i>Palvelutuotannon integraationäkökulma</i>		
Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista, vakioitu	integraatio, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista, vakioitu	integraatio, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa</i>		
<i>**Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus</i>	sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, vaikuttavuus	
<i>Kustannukset</i>		
<i>***Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelukokonaisuus, €/asukas</i>	kustannukset	
<i>***Aikuispsykiatrinen erikoissairaanhoido €/18 v täyttänyt asukas</i>	kustannukset	
<i>***Mielenterveys- ja päihdehuollon asumispalvelut, €/18v täyttänyt asukas</i>	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana



Taulukko 20. Päihdepalvelut

Mittari	Ulottuvuus 1	Muut palvelukokonaisuudet
<i>Palvelutarve</i>		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) %, 20 - 64-vuotiaat	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
Alkoholiuolleisuus / 100 000 asukasta	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys, vaikuttavuus	
Alkoholiuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25 - 80 v. /100 000 vastaavanikäistä	palvelutarve	
Alkoholijuomien myynti, 100 % alkoholia, litraa / 15 vuotta täyttäneet +C490	hyvinvointi ja terveys	
Poliisin tietoon tulleet kaikki huumausainerikokset / 1 000 asukasta	hyvinvointi ja terveys	
<i>**Kannabista 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden osuus %, 20 - 64-vuotiaat</i>	hyvinvointi ja terveys	
<i>*Stimulanttihuumeiden käyttö jätevesiverkoston alueella (maakunnat tai maakuntien keskuskaupungit)</i>	hyvinvointi ja terveys, palvelutarve	
C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
<i>Palvelujen käyttö</i>		
Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatuista käyntisyistä	käyttö	
Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta	käyttö	
Päihteiden vuoksi sairaaloissa ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidetut potilaat / 1000 asukasta	käyttö	
Päihdehuollon asumispalveluissa (ml. ensisuoajat) asiakkaita / 1 000 asukasta	käyttö	
Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta	käyttö	

Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä vuoden aikana asioineet asiakkaat / 100 000 asukasta	käyttö	
<i>*Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt päiivystykseen hakeutuminen käyntisyyinä % kaikista päiivystykseen hakeutumisista</i>	käyttö	
<i>Sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa</i>		
Alkoholi kuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25 - 80 vuotta / 100 000 vastaavanikäistä, pienituloiset	yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät, sosioekonomiset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys</i>		
<i>**Alkoholin käytön mini-intervention toteutuminen AUDIT-tai AUDIT-C testin riskipistemäärän ylittävillä</i>	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus	
<i>Kustannukset</i>		
Päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	

*\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana*

*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana*

*\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana*

## 6.12 Vammaisten palvelut

Vammaisuuteen liittyvän palvelutarpeen mittaaminen on hyvin vaikeaa, eikä maakunnan alueen vammaispalvelujen tarpeesta ole mahdollista muodostaa selkeää käsitystä. Kelan tiedoista ei saada kovinkaan tarkkaa kokonaiskuvaa. Palvelujen käytöstä ja kustannuksista saadaan näkymä. Uusi vammaispalvelulaki muuttaa vammaisuuden käsitettä ja esimerkiksi kehitysvammaisuus ymmärretään uudessa lainsäädännössä uudella tavalla. Vaikka tässä selvityksessä on pyritty huomioimaan vammaispalvelu-uudistus, on vammaispalveluja kuvaavat mittarit tarkistettava suhteessa uuteen lakiin

sen vahvistamisen jälkeen. Mahdollisuus tarkastella palvelujen laatua odotetaan paranevan, mikäli maahan saadaan sosiaalihuollon palvelujen henkilörekisteri toisiokäyttölakien uudistuksessa.

**Taulukko 21. Vammaisten palvelut**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
<i>Palvelutarve</i>		
Apua riittämättömästi saavien osuus väestöstä (%)	palvelutarve, hyvinvointi ja terveys	
16 vuotta täyttäneen vammaistuen saajat (korotettu ja ylin tuki) / 100 000 vastaavanikäistä	palvelutarve	
Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajia / 1 000 asukasta	palvelutarve	
<i>Palvelujen käyttö</i>		
Vammaisille myönnettävät palvelut ja tuet / 100 000 asukasta	käyttö	
<i>***Myönteiset erityislakien nojalla tehdyt päätökset vammaisuuden perusteella suhteessa hakemusten määrään</i>	käyttö, laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>***Vammaispalvelutarpeen arviointien lukumäärä/ 10 000 as</i>	käyttö	
Henkilökohtaisen avun 18 - 64-vuotiaita asiakkaita vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut / 100 000 vastaavanikäistä	käyttö	
Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajia vuoden aikana / 100 000 asukasta	käyttö	
Tukipalveluja vuoden aikana saaneista kuljetuspalveluja saaneet, kunnan kustantamat palvelut / 100 000 asukasta	käyttö	
Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet / 100 000 asukasta	käyttö	

Omaishoidon tuen 0 - 64-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	käyttö	
Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä asiakkaita vuoden aikana / 100 000 asukasta	käyttö	
Kehitysvammaisten ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaita 31.12. / 100 000 asukasta	käyttö	
Kehitysvammaisten autetun asumisen asiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta	käyttö	
Kehitysvammalaitosten asiakkaat 31.12. yhteensä/ 100 000 asukasta	käyttö, yhdenvertaisuus ja haavoittuvat asiakasryhmät	
***Henkilöt, joilla on vuoden aikana ollut henkilökohtainen budjetti käytössä/ 1000 asukasta	käyttö	
<i>Palvelujen laatu, turvallisuus ja asiakaslähtöisyys</i>		
***Vammaispalvelujen asiakkaiden osuus, joilla on voimassa oleva palvelusuunnitelma	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
***Toimenpiteisiin johtaneet hallintokantelut vammaissosiaalityössä	laatu, turvallisuus, asiakaslähtöisyys	
<i>Kustannukset</i>		
Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä, euroa / asukas	kustannukset	
Henkilökohtaisen avun kustannukset vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannuksista, euroa / asukas (2015 alkaen)	kustannukset	
Kuljetuspalvelujen kustannukset vammaispalvelulain mukaisen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannuksista, euroa / asukas (2006 alkaen)	kustannukset	
Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	

Vammaisten laitospalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	kustannukset	
***Vammaisten palvelukokonaisuus €/asukas	kustannukset	
***Sosiaalihoitolain mukainen liikkumista tukeva palvelu €/asukas	kustannukset	
***Henkilökohtaisen budjetin palvelut alueella €/asukas	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## 6.13 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio ja asiantuntijatyö

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio on maakuntien tehtävä, maakunnan on seurattava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tilannetta kunnissa. KUVA-mittaristoon on koottu TEA-tiedonkeruulla kunnista saatavaa tietoa, tiedonkeruuta jatketaan kuntien tilanteen kuvaamiseksi. Toistaiseksi ei esitetä maakuntien oman toiminnan numeerista vertailua toisiin maakuntiin indikaattoreilla, koska maakuntien toiminnan tila ja aktiivisuus kuvataan THL:n laatimissa arviointiraporteissa. Mikäli maakunnista ryhdytään keräämään kyselyllä numeerista, hallinnollista tietoa, voidaan hyte-aktiivisuuden numeroseurannan tarve arvioida uudestaan. Talousraportoinnista tullaan uuden JHS-palveluluokituksen avulla saamaan tieto siitä, paljonko maakunta käyttää taloudellisia resursseja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijapalveluun, kuten kuntien tukemiseen.

**Taulukko 22. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio ja asiantuntijatyö**

Mittari	Ulottuvuudet	Muut palvelukokonaisuudet
Hyte-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % tiedot toimittaneista alueen kunnista	hyvinvointi ja terveys	
Hyvinvointikertomus hyväksytty valtuustossa, % tiedot toimittaneista alueen kunnista	hyvinvointi ja terveys	
Asukkaiden osallistumiskeinot kuvattu kunnan verkkosivuilla, % tiedot toimittaneista alueen kunnista	hyvinvointi ja terveys, osallistuminen ja oikeudet	
Väestöryhmien välisten terveyserojen raportointi valtuustolle % tiedon toimittaneista alueen kunnista	hyvinvointi ja terveys	
Osallistumisen edistämistoimet, keskiarvo	hyvinvointi ja terveys, osallistuminen ja oikeudet	
<i>Kustannukset</i>		
***Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijapalvelut €/asukas	kustannukset	

\*Mittari valmistuu vuoden 2019 aikana

\*\*Mittari valmistuu vuosien 2020 – 2023 aikana

\*\*\*Mittari valmistuu vuosien 2024 – 2025 aikana

## **7 Sote-uudistuksen edellyttämä tietopohja, ehdotukset tietopohjan varmentamisesta, kehittämistarpeista sekä kehittämistyön organisoinnista ja resursoinnista**

### **7.1 Nykyisen tietopohjan varmentaminen ja työryhmän ehdotukset**

Maakunta- ja sote-uudistuksessa palvelujärjestelmän rakenne muuttuu eivätkä kaikki toistaiseksi vakiintuneet tiedonkeruun ja raportoinnin tavat ole mahdollisia tai enää palvele uuden palvelujärjestelmän tietopohjan muodostumista parhaalla mahdollisella tavalla. Tiedontuottajaorganisaatiot ovat käynnistäneet erilaisia, luvussa 3, kuvattuja kehittämistoimia, jotka nykyisen lainsäädännön ja käytettävissä olevien resurssien puitteissa ovat olleet mahdollisia ja kehittämistoimista aletaan saada tuloksia. Osa nykyisen tietopohjan varmentamistoimista odottaa vielä lainsäädäntöpohjaa tai resursseja toteutuakseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toisiokäyttöön liittyvä lakiuudistus on nykyisen tietopohjan kehittämismahdollisuuksien näkökulmasta hyvin keskeinen. Sen voimaantuloon liittyvät viiveet ovat merkittävä riski tietopohjan varmentamiselle koska useita muutoksia ei voida toimeenpanna ilman lakiuudistusta. Nyt voimassa olevassa lainsäädännössä ei tietojen keräämisoikeutteen liittyviä asetustasoisia määräyksiä ole siirretty lain tasolle kuten moderni henkilötietojen käsittely edellyttää, minkä vuoksi vakiintuneen tiedonkeruun muutoksilla ei ole juridista tukea. Lukuun 7 on koottu työryhmässä tunnistettua kehittämistyötä ja työryhmän näkemyksiä, joissa toimenpide-ehdotukset lähtevät olettamuksesta, että HE mukaiset toisiokäyttöön liittyvät lakiuudistukset on vahvistettu.

## 7.1.1 Nykyisen tietopohjan varmentamistyö THL:ssä ja työryhmän näkemykset jatkotoimista

THL:n tietotuotannossa on mukana merkittävä osa tiedoista, joita tarvitaan kansallisessa ohjauksessa käytettävien seurantaindikaattoreiden (KUVA-mittarit) tuottamisessa. Palvelujärjestelmän muuttuessa osa tietotuotannosta joutuu muutoksen kohteeksi eikä voi jatkua entisellään. Osa tietotuotannosta voi periaatteessa jatkua lähes sellaisenaan, mutta tuotanto ei kuitenkaan parhaalla mahdollisella tavalla palvele uuden palvelujärjestelmän ohjausta ja tietotuotannolle on ilmeisiä kehittämistarpeita. Jotkut tietotuotantolinjat palvelevat suoraan myös uutta palvelujärjestelmää, mutta niissäkin voi mm. tiedontoimittajaorganisaatioiden muuttuminen vaatia joitain kehittämistoimia. THL:n tiedonkeruut, joita tarvitaan KUVA-mittareiden muodostamisessa, on koottu taulukkoon 23 ja tarkemmat tiedot kunkin tietotuotantolinjan tilanteesta ja työryhmän näkemykset sen kehittämisestä on kuvattu luetteloissa taulukoiden jälkeen.

**Taulukko 23. THL:n nykyiset tietotuotantolinjat, joita tarvitaan työryhmän ehdottamien KUVA-mittareiden muodostamisessa**

"Tietotuotantolinja"	Tietotuotannon tyyppi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitoilmoitusrekisteri yhdistetty Hilmo ja Avohilmo</li> <li>• Tartuntatautirekisteri</li> <li>• Sairaalaainfektioirekisteri</li> <li>• Rokotusrekisteri (Avohilmosta)</li> <li>• Sosiaalihuollon kotihoidon laskenta</li> <li>• Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri</li> <li>• Lastensuojelurekisteri</li> <li>• Toimeentulorekisteri</li> <li>• Syntyneiden lasten rekisteri</li> <li>• Raskauksien keskeyttämisrekisteri</li> <li>• Implanttirekisteri</li> <li>• Syöpärekisteri ja joukkotarkastusrekisteri</li> </ul>	<b>Henkilörekisteri</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• THL:n sairastavuusindeksit</li> <li>• Sydän ja verisuonitautirekisteri</li> <li>• Perfect laskelmat</li> <li>• Sairaaloitten tuottavuus</li> </ul>	<b>Henkilörekisterien tietoja yhdistelemällä</b> muodostetut tietotuotannot. Tiedot yhdistetään muiden tiedontuottajien rekisteritietoihin ja muihin tietoihin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasvatus- ja perheneuvolatilasto</li> <li>• Lastensuojelun käsittelyajat</li> <li>• Toimeentulotuen käsittelyajat</li> <li>• Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa</li> <li>• Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa -kyselytutkimukset (THL)</li> <li>• Lastensuojelun avohuollon asiakkaat</li> <li>• Terveysneuvontapisteet-tiedonkeruu</li> <li>• Sosiaalipalvelujen toimintatilasto</li> <li>• Kuntakysely sosiaalipalveluista (Kuntouttava työtoiminta)</li> </ul>	<b>Palvelujen tuottajilta tai kunnilta tilasto- tms. kyselyllä</b> kerättävät tiedot



<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEA-viisarin kysely</li> <li>• Terveydenhuollon henkilöstön influenssarokotteittavuus</li> <li>• Henkilöstötilastot</li> <li>• (Vanhustenpalvelujen tila -tutkimus, ei hyväksytty mukaan)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä -kyselytutkimus</li> </ul>	Sote- <b>henkilöstöltä kyselyllä</b> kerättävät tiedot
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finsote-väestökysely</li> <li>• Kouluterveyskysely</li> <li>• Asiakaspalautekysely (neuvolat, suu, synnytys, TK)</li> </ul>	<b>Väestöltä ja asiakkailta kyselyllä</b> kerättävät tiedot
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholijuomien kulutus</li> <li>• THL tarvekertoimet</li> <li>• Tarvekiodut menot</li> <li>• SOME-mallin maakunnallinen laskelma</li> </ul>	<b>Muut</b> tietotuotannot

## 7.1.2 Yleiset kaikkia tai useita tietotuotantolinjoja koskevat kehittämistoimet ja tarpeet

1. *Palvelurakennemuutuksesta johtuvien teknisten ja hallinnollisten muutosten tekeminen kaikkiin tiedonkeruisiin*, joissa tarvitaan tiedot palvelujen tuottajasta. Tietojärjestelmiin tarvitaan uudella tavalla tietoa palveluja järjestävästä maakunnasta sekä kuntatasolta. Palvelurakennemuutuksessa tulee muuttumaan suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavista organisaatioista, joista kerätään tiedot joko rekistereistä tai kyselyillä, jolloin tietojen käsittelyn pohjana olevat tietoarkkitehtuurin rakenteet joudutaan muuttamaan vastaavasti. Aikajanojen jatkuvuus on tärkeää ottaa huomioon, jotta sote-uudistuksen seurannassa ja ohjauksessa tarvittavat trendit on mahdollista muodostaa palvelurakennemuutuksesta huolimatta.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* kaikkien tietotuotantolinjojen sopeuttaminen uuteen palvelurakenteeseen on kiireellinen ja priorisoitava tehtävä. Samalla on varmistettava, että keskeisistä tiedoista on saatavilla sellaiset aikasarjatiedot, joiden avulla on mahdollista seurata uudistuksen aiheuttamia muutoksia palvelujärjestelmän toimintaan ja ennakoita tulevaa.

2. *Metatietokuvausten täsmällisyys*  
THL on Tietopohjahankkeessa työskennellyt metatietojen parantamiseksi ja mm. KUVA-mittareihin on systemaattisesti lisätty mittarin muodostamisesta kertovia metatietoja. Varsinais-Suomen pilottihanke kokeili syyskaudella 2018 KUVA-mittareiden poimintaa tietoaltaastaan.

Tämän työn yhteydessä ilmeni, että THL:ssä tehdyt, KUVA-mittarit muodostamisen metatietokuvaukset eivät olleet riittävän tarkkoja sen ymmärtämiseksi, miten mittarit on poimintaa varten tosiasiallisesti muodostettu. Uuden sote-palvelurakenteen tietojohdantamisen ja ohjauksen perustana on, että kaikki toimijat käyttävät vertailukelpoista tietoa. Tietoa pitäisi pystyä muodostamaan sekä valtakunnallisesti, että maakunta- ja palvelujen tuottajatasolla, jolloin muutoksen seurantafrekvenssin on tarkoituksenmukaista olla nopeasyklisempää kuin kansallisessa ohjauksessa joissain tilanteissa (esim. laatu, hoitoon pääsy jne.).

*Työryhmän näkemyksen mukaan* kansalliseen ohjaukseen valittujen mitareiden täsmälliset metatiedot tulee olla julkisesti saatavilla THL:stä ja sama koskee THL:n määrittämää minimitetosisältöä.

### 3. Kirjaamisen laadun parantaminen

Tietopohjan laatua ei voi parantaa pelkästään tiedonkeruuta ja käsittelyä parantavilla toimenpiteillä, koska tiedon laadun perusta on tietolähteisiin muodostuvan tiedon täsmällisyys, joka syntyy kirjaamistapahtumassa. Tietojenkäsittelyprosessien tavoitteena on, että tieto kirjataan mahdollisimman tarkkaan ja oikein osana sitä normaaliprosessia, johon kyseisen tiedon käsittely liittyy. Käytännössä tämä tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastapahtumissa asiakas- ja potilasasiakirjoihin tehtäviä merkintöjä. Vastaavasti esimerkiksi kustannusten osalta kyse on taloustiedon käsittelyyn liittyvistä perustoiminnoista. Kun tieto saadaan perusprosessissa tehdystä kirjauksesta, ei tarvita erillistä henkilötietoa toisiokäyttötarkoitusta varten kirjaamiseen. Tietojen poimintaa varten on välttämätöntä tunnistaa se prosessin paikka, josta tieto on viisainta poimia toisiokäyttöön.

Tiedon pitää jo tallennushetkellä tallentua sellaiseen määriteltyyn (rakenteiseen) muotoon, että se on aina poimittaessa tunnistettavissa samaksi tiedoksi ja sama muoto on käytössä kaikkien organisaatioiden samoissa prosesseissa. Tiedon tallentaminen, eli kirjaaminen oikeassa muodossa oikeaan paikkaan osana asiakas- ja hallintoprosesseja, ei ole itsestäänselvyys. Sen onnistuminen edellyttää koulutusta ja tietojärjestelmien suunnittelua oikean kirjaamisen tukemiseksi. Lisäksi tarvitaan motivaatiota, joka syntyy siitä, että kirjatun tiedon käyttö sekä ensisijaisessa käytössä että toisiokäytössä koetaan mielekkääksi. Mielekkyyttä vahvistaa mahdollisuus saada kirjattua tietoa omaa toimintaa hyödyntämään käyttöön.

Vastuu täsmällisestä kirjaamisesta on kaikilla palvelujärjestelmätasoilla. Palvelujen järjestäjän on huolehdittava siitä, että sopimuksiin sisältyy kirjaamiseen laatua koskevat ehdot ja palveluntuottajilla on vastuu tarkasta ja oikeasta kirjaamisesta.

Työryhmän näkemyksen mukaan Hyvä kirjaaminen on tiedon laadun keskeisin elementti. Kirjaamisen laadun paranemisen edellytys on selkeä ohjeistus ja siihen liittyvä jatkuva koulutus sekä tietojärjestelmien suunnittelu tukemaan kirjaamista oikeassa muodossa oikea-aikaisesti oikeaan paikkaan. Raportointijärjestelmät on suunniteltava sellaisiksi, että tiedon kirjaajalla on mahdollisuus mahdollisimman paljon omassa toiminnassaan hyötyä hyvällä kirjaamisella syntyvästä tiedosta esimerkiksi oman toimintansa kehittämisessä.

4. *Terveystietojärjestelmien, sosiaalihuollon asiakastietojen ja muun Kantaan tallennettavan sote-tiedon tietosisältöjen ja rekistereihin kerättävän tiedon sisältöjen yhteensovitus*

Terveystietojärjestelmien henkilörekistereillä ja sosiaalihuollon laitoshoidon rekistereillä on vuosikymmeniä pitkä historia ja tietosisältömuutosten tekeminen on jouduttu pitämään rajallisena, jotta tilasto- ja tutkimustoimintaan tarvittavat aikasarjat, olisi mahdollista muodostaa. Terveystietojärjestelmien potilasasiakirjojen muuttaminen rakenteiseksi käynnistettiin 2000-luvun alkupuolella ja sosiaalihuollon 2000-luvun puolivälissä. Rekisterissä tarvittavien tietojen poiminta sähköisten potilas- ja asiakasasiakirjojen tietorakenteita hyödyntämällä on ollut pitkäkestoinen kehittämiskohde, jossa tietorakenteiden yhteensovittamisen vaikeus on ollut ratkaiseva hädäntekijä. Harmonisointi on kuitenkin asteittain edennyt ja mm. sisältynyt THL:n tietopohjahanketyöhön.

Työryhmän näkemyksen mukaan sähköisten potilas- ja asiakasasiakirjojen ja muiden sote-tietosisältöjen sekä sosiaali- ja terveystietojärjestelmien tietosisältöjen harmonisointia tulee viedä eteenpäin. Pitkän tähtäimen tavoitteena tulee olla kertaalleen asiakasprosessissa kirjattun tiedon toisiokäyttö ilman erilliskirjaamista.

5. *Mahdollisuus tuottaa karttapohjaisia raportointia koordinaattien perusteella*

Nykyisessä tietotuotannossa pienin alue, johon tiedot kartoissa kohdennetaan, on kunta. Tietojen on oltava saatavissa kunnittain myös tulevaisuudessa kaikista kuntatasolle ulottuvasta tiedosta. Sen lisäksi tarvitaan myös muita tarkastelutapoja. Maakuntien sisällä tullaan palveluverkon suunnittelussa tarkastelemaan väestön sijoittumista niin, että kuntarajat eivät ole enää merkityksellisiä. Nykyaikaisilla karttapohjaisilla rapor-

toinneilla voidaan tehdä karttakuvia asukkaiden kotiosoitteiden koordinaattien avulla. Nämä tiedot ovat väestörekisterikeskuksessa ja niitä on asianmukaisin luvuin mahdollista käyttää tilastolliseen tietotuotantoon. Periaatteena on suurentaa raportoinnin kartan ”neliö”-tarkkuutta tietosuojasyistä, silloin kun asutus on harvempaa. Vastaavasti kaikkien palvelujen tuottajien fyysisillä palvelupisteillä on koordinaatit, joita voidaan viedä karttapohjaiseen raportointiin.

Työryhmän näkemyksen mukaan tietopohjan raportointiin tulee ottaa mukaan ominaisuus, jossa tietoja voidaan tarkastella karttapohjaisesti karttakuvin, jotka on muodostettu osoitekoordinaattien avulla. Kansallinen poikkihallinnollinen yhteistyö karttaratkaisuissa olisi hyödyllinen.

#### 6. *Talous- ja toimintatiedon yhteensovittaminen*

Maakuntien taloutta kuvaavia tietoja tarvitaan laajasti eri tarkoituksiin. Taloutta kuvaavien tietojen tulisi olla yhdistettävissä toimintatietoihin. Tämä edellyttää sitä, että taloutta ja toimintaa kuvaavia tietojärjestelmiä kehitetään systemaattisesti ja yhtenäisesti siten, että niistä on saatavissa tarvittavalla tasolla toisiinsa yhteensovitettavia tietoja. Tällä hetkellä taloustietojärjestelmät ja henkilöstö-, asiakas- ja toimintatietoja kuvaavat tietojärjestelmät kehittyvät eritahtisesti, mikä tuo kehittämistyöhön haasteita. Toiminta- ja taloustiedon yhdistäminen toisiinsa on välttämätöntä tulevaisuuden tiedolla johtamiselle. Näin voidaan tunnistaa nykyistä paremmin eri asiakasryhmien palvelutarpeet ja palvelujen käyttö sekä näiden tuottamiseen käytetyt resurssit. Asiakas- ja väestöpohjaiseen toiminta- ja kustannustarkasteluun voidaan liittää laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia tarkasteluja.

Työryhmän näkemyksen mukaan tietosisällöt tulisi määritellä ja tietojärjestelmät suunnitella siten, että taloutta kuvaavia tietoja vastaavat toimintatiedot ovat poimittavissa ja toimintaa kuvaavalle tiedolle voidaan mahdollisimman usein löytää toiminnan kustannuksiin liittyvät tiedot.

### 7.1.3 Nykyisten tietotuotantolinjojen kehittäminen ja kehittämistarpeet ohjauksen tietopohjan varmistamiseksi

#### 7. *Yksityisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon tietojen lisääminen Hilmo-rekisteriin*

THL on yhdistänyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon Hilmo-rekisterit yhdeksi rekisteriksi ja julkaissut vuoden 2019 tiedonkeruuta koskevan uuden Hilmo-oppaan. Mahdollisuuksia kerätä myös yksityisten palveluntuottajien ja työterveyshuollon tietoja on selvitetty. Siltä osin kuin yksityiset palveluntuottajat tuottavat julkisesti rahoitettuja palveluja (ostopalvelut, setelit), on tiedon kerääminen jo nykyisen lainsäädännön puitteissa mahdollista.

Työryhmän näkemyksen mukaan Hilmo-rekisterin laajentaminen yksityisten palvelujen tuottajien ja työterveyshuollon käyntitiedoilla on palvelujärjestelmän kokonaisu seurannan kannalta välttämätöntä ja voitaisiin toteuttaa Avohilmo-tiedonkeruuna. Maakuntien ohjauksessa on tiedettävä, miten suuri osa maakunnan väestön terveystietopalveluista hoidetaan työnantajien kustantamassa sairaanhoidossa ja, miten asukkaiden valinnanvapauskäyttäytyminen ja mm. työterveyshuollon rahoittamisen Kela-korvausperusteiden muutokset muuttavat tilannetta. Työterveyshuollon toiminnan yksityiskohtainen seuraaminen kuuluu substanssiohjaukseen. Työterveyslaitos olisi luontevasti tämän tiedon käyttäjä ja raporttija, mutta työnjako edellyttää lainsäädännön tarkentamista.

#### 8. *Hilmo-rekisterien erikoissairaanhoidon tiedonkeruun nopeuttaminen ja laajentaminen hoidon saatavuuteen*

Perusterveydenhuollon Avohilmo -tieto kerätään THL:ään päivittäin. THL on tietopohjahankkeessa valmistellut vastaavasti erikoissairaanhoidon kerran vuodessa tapahtuvasta tiedonkeruusta siirtymistä kohti jatkuvampaa tiedonkeruuta. Työ on vielä kesken erityisesti sen vuoksi, että erikoissairaanhoidon toimijoiden järjestelmät eivät ole olleet valmiita nopeaan tiedon toimitukseen. Siinä vaiheessa, kun tieto saadaan esim. päivittäin tai kuukausittain kerätyksi, tarvitaan valmius käsitellä ja raportoida tietoa nykyistä nopeammin. Hoidon saatavuuden tiedot on teknisesti mahdollista kerätä erikoissairaanhoidosta rekisteripohjaisesti nykyisen erilliskeräyksen sijaan.

Työryhmän näkemyksen mukaan kunkin toimintavuoden tietojen tulisi olla käytettävissä ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin mahdollisimman pian toimintavuoden päättymisen jälkeen. Joistakin tiedoista, kuten hoitoon

pääsyn tiedoista, on tarve saada informaatiota myös ohjausvuoden aikana. Erikoissairaanhoidon Hilmo-tiedot, mukana hoitoon pääsyn rekisteripohjainen seurantatieto, tulisi kerätä Avohilmon tapaan jatkuvana tiedonkeruuna tai muulla soveltuvalla nopeutetun tiedonkeruun tavalla ja raportoida mahdollisimman nopeasti.

9. *Päivystystoimintaa koskevan tiedon parantaminen osana Hilmo-kehitystyötä.*

Päivystysasetuksessa ja hallituksen esityksen mukaisessa sote-uudistuksessa päivystyksen käsite ja toimintamuodot muuttuvat; päivystystä tarjotaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ja ympärivuorokautisten laajojen päivystysten tai muiden ympärivuorokautisten päivystysten toimipisteissä. Vielä ei ole varmuutta, miten laajasti ja missä muodossa tulevat sote-keskukset ja suun terveydenhuollon palvelujen tuottajat tarjoavat palveluja kiireellisen palvelutarpeen tilanteissa. Maakuntien tekemissä hallintopäätöksissä tulee todennäköisesti olemaan eroja, jotka johtuvat alueiden väestön palvelulogiikan eroista esim. maantieteellisten seikkojen vuoksi. Päivystyksellä tarkoitetaan tässä yhteydessä terveydenhuoltolain ja asetusten mukaista kiireellisestä hoitoa ja päivystystä. (109)

THL saa tällä hetkellä Hilmojen tiedonkeruussa päivystystietoja, mutta niistä ei ole eroteltavissa luotettavasti erikoissairaanhoidon, yhteispäivystyksen ja perusterveydenhuollon päivystystietoja toisistaan. Tämä johtuu siitä, että toiminta on järjestetty eri paikoissa eri tavoin ja kirjaimiskäytännöt eroavat eri alueilla. Käytännön tasolla on lisäksi luokitteluongelmia siitä, milloin käynti kirjataan muuksi akuuttivastaanotoksi ja milloin päivystyskäynniksi. Päivystyksestä aiheutuvat kustannukset kirjataan kokonaisuutena päivystystoiminnaksi JHS-palveluluokituksen mukaisesti. Tästä tiedosta ei pystytä erottamaan kuinka paljon erisisältöinen päivystystoiminta taloudellisesti kuormittaa päivystystä. Tämä joudutaan päättämään päivystyksen käytön Hilmo-tiedoista, esimerkiksi suun terveydenhuollon päivystystoiminta.

Työryhmän näkemyksen mukaan päivystystä koskevassa Hilmo-tiedonkeruussa tulee tarkistaa tiedonkeruuhjeet ja tietosisältömäärittelyt vastaamaan päivystyksen palvelujärjestelmämuutoksia, siten, että kerättävä ja raportoitava tieto antaa mahdollisimman vertailukelpoisen kuvan maakuntien järjestämästä päivystystoiminnasta.

10. *Nykyisten sosiaalihuollon rekisterien kehittäminen.*

THL kerää nykyisen lainsäädännön puitteissa ns. kotihoidon laskentatiedot kunkin vuoden marraskuun tilanteesta ja sosiaalihuollon laitoshoidon

rekisteripohjaiset asiakastiedot. Lastensuojelun laitoshoidon ja toimeentulorekisterin tiedot ovat myös sosiaalihuollon rekisterejä. Sosiaalihuollon avo- ja laitospalvelujen tiedonkeruuprosessit edellyttävät THL:n mukaan edelleen paljon manuaalista työtä ja sosiaalihuollon rekisterien tiedonkeruu- ja käsittelyprosessien (ETL) kehittäminen ja yhtenäistäminen olisivat tarpeen.

Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaalihuollon hoitoilmoitus (Sosiaalihilmo) -rekisteristä saatava tieto valmistuu ohjaus- ja arviointiprosessin tarpeeseen liian myöhään suhteessa ohjauksen vuosikelloon. Nykyisten sosiaalihuollon rekisterien tiedonkeruun ja tiedonkäsittelyn prosesseja on tarve kehittää tiedon käsittelyn nopeuttamiseksi samalla huomioiden yhteentoimivuus tulevien uusien sosiaalihuollon rekisterien kanssa. Kotihoidon laskennan ja Avohilmon kotihoitoa koskevan tiedonkeruun yhdenmukaistaminen on tarpeen huomioiden toisiokäytön lainsäädännön uudistuksen tuomat mahdollisuudet. Kiireisin asia ohjaukseen tarvittavissa lastensuojelun laitoshoidon ja toimeentulotuen tiedoissa on varmistaa, että edellisen vuoden tiedot ovat käytettävissä kunkin vuoden alkupuoliskolla.

11. *Tartuntatautirekisteriin* kerättävää tietoa on mukana KUVA-mittaristossa ja tiedot on simulaatioharjoituksissa todettu ohjaukseen soveltuviksi. Lisäksi THL on perustanut tartuntatautilainsäädännön uudistuttua valtakunnallisen sairaalainfektioirekisterin. KUVA-mittaristossa olevat sairaalainfektioihin liittyvät mittarit perustuvat toistaiseksi tartuntatautirekisteriin ja Hilmo-rekisteriin ja ovat vain suuntaa-antavia. Työryhmätyöskentelyssä on asiantuntijoiden esityksiin perustuen päädytty siihen, että täsmällisempiä sairaalainfektioihin liittyviä mittareita ei oteta ohjaukseen mukaan mittaristolistaan ennen kuin niitä saadaan sairaalainfektioirekisteristä luotettavasti maakuntavertailua varten.

Työryhmän näkemyksen mukaan tartuntatautirekisteri on tarpeellinen ja käyttökelpoinen tietolähde ohjaukseen. Sairaalainfektioirekisterin arvioidaan olevan ohjauksessa hyödyllinen tietolähde siinä vaiheessa, kun rekisterin tiedonkeruu on saatu kattavaksi ja maakunnallisesti vertailukelpoiseksi. Ohjaukseen soveltuvat mittarit on tuossa vaiheessa erikseen valittava ja validoitava.

#### 12. *Rokotustiedot Avohilmosta*

THL muodostaa rokotusten peittävyttä kuvaavat tiedot Avohilmo-rekisterin tiedoista. Näitä tietoja on käytetty useissa KUVA-mittareissa ja ne antavat kansallisessa ohjauksessa tärkeää tietoa, joka kuvaa neuvolatoiminnan ja perusterveydenhuollon toimivuutta, sekä palvelujärjestelmän ja väestön välisiä suhteita. Mittarit todettiin simulaatioharjoituksissa

toimiviksi ja esim. ikäihmisten rokotuspeittävyttä on joissain maakunnissa pohdittu elementiksi tuottajien kannustuspalkitsemiseen.

Työryhmän näkemyksen mukaan Avohilmosta poimittavat rokotustiedot ovat hyvä tietopohja. Tietojen raportoinnin ajantasaisuutta on mahdollista kehittää.

### 13. FinSote-kysely

Aiempi Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH-kysely) ja palvelujen toimivuutta koskeva kysely yhdistettiin FinSote-kyselyksi, jonka ensimmäinen tiedonkeruu ja raportointi on tehty vuonna 2018. FinSote-kyselystä esitetään mukaan KUVA-mittaristoon useita indikaattoreita, joita on pilotoitu ohjauksen simulointiharjoituksissa. Kokemusten mukaan väestökyselyillä ei ole mahdollista kerätä maakuntatasoista yksityiskohtaista tietoa otoskokoon liittyvien rajoitusten vuoksi. Erityisesti pieniä erityisryhmiä, yhdenvertaisuutta ja eriarvoisuutta koskevaa tietoa on vaikea ulottaa maakuntavertailun tasolle.

Maakunnilta ja suurilta kaupungeilta saadun palautteen mukaan vuoden 2018 tiedonkeruun menetelmä ei palvellut riittävästi maakuntien, erityisesti suurten maakuntien, tarpeita. Väestökyselyillä on tietolähteenä muuttuvissa olosuhteissa monia metodologisia haasteita mm. alhaisten ja mahdollisesti vinoutuvien vastausprosenttien vuoksi. Ongelmistaan huolimatta väestökyselyt ovat edelleen ainoa tapa saada tietoa, miten väestö kokonaisuutena, jota otos edustaa, kokee hyvinvoinnin ja terveydentilansa ja palvelunsa.

Työryhmän näkemyksen mukaan väestökyselyillä saadaan maakuntatasoisessa vertailussa vain karkeaa suuntaa antavaa tietoa, jonka tulkinta ja luotettavuuden arviointi suhteessa palvelujärjestelmän toimintaan on osin vaikeaa. Terveiden ja hyvinvoinnin tilan väestötasoiset muutostrendit eivät ole nopeita, jolloin vuosittainen tiedonkeruu ei ole tarpeen. FinSote-kyselyyn on otettu mukaan palvelujärjestelmän toimintaa mm. saatavuutta, valinnanvapautta ja sähköisten palvelujen käyttöä koskevia kysymyksiä, joissa neljän vuoden välein tehtävä kyselyfrekvenssi ei ole riittävä tiedon käyttämiseksi ohjaustarkoituksissa. Kyselyllä tuotetut mittarit ovat tarpeellisia tarkasteltuna rinnakkain palvelujärjestelmästä muutoin saatavissa olevan tiedon kanssa. Maakuntatasolle yltävä, palvelujärjestelmää koskeva tieto, olisi hyödyllistä saada ohjauksen tarpeisiin kahden vuoden välein.

Työryhmä ehdottaa, että yhteistyössä maakuntien kanssa otoskoko suhteutetaan maakunnan väestömäärään siten, että mahdollisimman monella maakunnalla olisi vähintään valtuustokausittain mahdollisuus



saada oman toimintansa kehittämiseen ja alueen kuntien tueksi ainakin joiltain osin kuntatasoista tietoa mm. terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitteluun ja seurantaan. Tietosisällön kehittäminen mm. kysymysten selkokielisyys ja validointi, on tärkeä pitää osana tiedonkeruun jatkuvaa kehittämistä.

14. *Kouluterveyskyselyä* tehdään kahden vuoden välein. LAPE-kärkihankkeen rahoituksella tiedonkeruuseen on lisätty 4.- ja 5.-luokkalaisia koskeva osio. Kouluterveyskyselyn tietoja on useissa KUVA-mittareissa, ja joitakin 4.–5.-luokkalaisten tietoja on otettu mukaan listalle. Maakuntien ja kuntien hyvinvointikertomukset hyödyntävät laajasti kouluterveyskyselyn tietoja.

Työryhmän näkemyksen mukaan kouluterveyskyselyjen jatkaminen kahden vuoden välein tapahtuvana tiedonkeruuna on ohjauksen tietopohjan kannalta välttämätöntä ja palvelee erityisesti rajapintayhteistyötä kuntiin jäävän opetustoimen kanssa. Laajennus 4.–5.-luokkalaisiin on tuottanut jonkin verran käyttökelpoista tietoa ohjaukseen, mutta se ei ole ohjauksen kannalta kaikkein keskeisintä. Tietotuotannossa on priorisoitava ja varmistettava, että 8. ja 9. luokkalaisten sekä ammattikoulujen ja lukioiden tiedonkeruun laatu pysyy hyvänä ja tietotuotanto säilyy.

15. *THL:n kansallisissa asiakastytyväisyysmittauksissa (asiakaspalautekyselyissä)* on kerätty tietoa äitiys- ja lastenneuvoloista, synnytyssairaaloista ja julkisesta suun terveydenhuollosta. Vuonna 2018 kyselyihin liisättiin valtakunnallisesti kattavana terveyskeskusmoduuli. Tuoreimmat tiedot asiakaspalautekyselyistä on kerätty syksyllä 2018 ja saadaan julkaistuksi vuoden 2019 alkupuolella. KUVA-mittaristossa on useita kysymyksiä asiakaspalautekyselyistä ja terveyskeskusmoduulin kysymyksiä on hyväksytyt mukaan mittaristolistaan. Simulaatioharjoituksessa tehdyn mittaristopilotoinnin perusteella kysymysten saamien pisteiden keskiarvo toimii maakuntavertailun tasolla melko heikosti, koska erot jäävät pieniksi ja tyytyväisyyskeskiarvot kokonaisuudessaan ovat pääsääntöisesti korkeita.

Työryhmän näkemyksen mukaan asiakaspalautekyselyt tuovat oman väestökyselyjä ja palvelujärjestelmästä kerättävää tietoa täydentävän näkökulman ohjauksen tietopohjaan. THL:n toteuttamat kansallisesti kattavat asiakaspalautekyselyt kahden vuoden välein ovat ainakin keskipitkällä aikavälillä edelleen tarpeellisia. Mittareiden muodostamisessa tulee kehittää paremmin haasteita tunnistavia tarkastelutapoja (esim. kuinka suuri osa palvelujen tuottajista maakunnassa saa heikkoja pisteitä). Kansallisen asiakaspalaute-/asiakastytyväisyystiedonkeruuta sosiaali- ja terveysministeriön palveluista pidetään tarpeellisena.

THL:n asiakaspalautekyselyn syvemmän tiedonkeruun rinnalle on kehitettävä ns. nopean palautteen tiedonkeruuta, jossa kerättävä tieto olisi suoraan palvelujen tuottajien ja maakunnan oman järjestäjäohjauksen käytössä ja mahdollisesti asiakkaiden hyödynnettävissä valintatilanteissa (ks. kohta 7.2. uudet ohjauksen tietotarpeet). Jatkossa on arvioitava erikseen missä vaiheessa nykyiset kansalliset asiakastyytyväisyysmittaukset ja uusi tiedonkeruu olisi tarkoituksenmukaista yhteensovittaa. Uudet mahdolliset kansalliset tiedonkeruut, esimerkiksi erikoissairanhoidosta ja sosiaalipalveluista, voi olla tarkoituksenmukaista rakentaa pelkästään uudentyyppisen tiedonkeruun varaan.

#### 16. *Terveydenedistämisasiivisuus, TEA-viisari*

THL on kerännyt kyselyillä kunnista kahden vuoden välein tietoja terveyden edistämistyön toteuttamisesta ja terveyden edistämiseen liittyvien tehtävien henkilöstöstä. Kyselyjä tehdään kuntajohdolle, liikuntatoimelle, lukio- ja ammatilliseen koulutukseen, perusopetukseen, perusterveydenhuoltoon ja ikääntyneiden palveluihin. KUVA-mittaristoehdotukseen on hyväksytty ja ohjausprosessin simuloinnin yhteydessä pilotoitu, kuntien johdolle tehdystä kyselystä muodostettuja terveyden edistämisen strategiseen johtamiseen liittyviä mittareita. Lisäksi THL:n arvioinnin harjoituksessa ja Tietoikkunassa oli mukana neuvoloiden ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstöön liittyviä TEA-kyselyillä kerättyjä tietoja, joita STM testasi osana harjoitusneuvotteluja. Sote-uudistuksessa palvelujärjestelmän rakenne ja kuntien rooli tulevat muuttumaan. Kunnille jää edelleen tehtäväksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyö, jonka tukeminen on maakuntien tehtävä.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* maakunnat ja maakuntien ohjaus tarvitsevat jatkossakin tietoa siitä, miten maakunnan alueen kunnissa hoidetaan kuntien vastuulle jääviä terveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä. Tietoja tarvitaan sekä kuntien että maakuntien hyvinvointikertomukseen. Kuntien kuntajohdon, liikuntatoimen, lukio- ja ammatillisen koulutuksen, sekä perusopetuksen TEA-tiedonkeruuta tulee jatkaa. Osa nykyisestä TEA-viisariin kerättävästä kuntatiedosta ei enää uudessa palvelurakenteessa sovellu kunnista kerättäväksi, koska tehtävät ovat siirtyneet maakunnille ja ohjauksessa tarvittava tieto tulee kerätä muuta kautta. Tämä liittyy erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä mukana olevan henkilöstön resurssitietoihin, joiden kokoaminen on järjestettävä uudella tavalla. Kansallisessa ohjauksessa ei tarvita henkilöstöltä tai johdolta kysyttyä prosessitietoa siitä, noudattavatko he hyviä käytäntöjä tai voimassa olevaa lainsäädäntöä tai tekevätkö he suunnitelmia.

Tarvitaan tietoa myös siitä, miten maakunnat toteuttavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä omassa toiminnassaan. Henkilöstöä koskevat numeeriset tiedot voidaan kysyä maakunnista. Maakuntien johdon strategiset näkemykset terveyden edistämisen koordinoinnin onnistumisesta on tarkoituksenmukaista kerätä kvalitatiivisina johtoa haastattelemalla ja raportoida osana THL:n arviointiraporttia eikä erillistä numeerista mittaritietoa maakuntajohdon näkemyksistä tarvita.

17. *Terveydenhuollon henkilöstön influenssarokotuspeittävyys* on erillinen palvelujen tuottajille suunnattu tiedonkeruu, joka on uusi, mutta hyväksytty mukaan ohjauksen mittaristoon.

Työryhmän näkemyksen mukaan tiedonkeruu on tarpeellinen maakuntien ohjauksessa, mutta ennen tuotannon vakinaistamista tulee arvioida ensimmäisen tiedonkeruukierroksen tulokset.

18. *Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisoitumisen ja sen vaikutusten seurannan mittarit (STePS)*

Terveydenhuollon organisaatioiden digitalisaatiokehitystä on seurattu systemaattisesti vuodesta 2003 alkaen ja sosiaalihuollossa vuodesta 2010. Tietojärjestelmien käytettävyyteen liittyvää kyselyä on tehty lääkäreille vuodesta 2010 ja hoitajille ensimmäisen kerran vuonna 2017. Kansalaisten kokemuksia digitalisaatiosta on kysytty vuodesta 2010 alkaen. Kyselykokonaisuus on tehty kolmen vuoden välein vuodesta 2003 alkaen ja se on asteittain laajentunut useamman kyselyn kokonaisuudeksi. Sähköisten ratkaisujen nähdään olevan avainasemassa parannettaessa kansalaisten mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan omatoimisesti mm. STM:n sote-tieto hyötykäyttöön -strategian 2020 mukaan. (110)

Organisaatioiden välinen sujuva tiedonvaihto on edellytys vahvalle palvelujen integraatiolle ja kansalaisten valinnanvapauden toteutumiselle. Valikoiduista, kyselyillä kootuista, tiedoista on tuoreimman vuoden 2017 tiedonkeruun yhteydessä rakennettu tietokanta, missä tuloksia pääsee tarkastelemaan eri näkökulmista. Digitaaliset ratkaisut ovat tärkeässä roolissa palvelujärjestelmämuutoksissa. Digitaalisuuteen liittyvien asioiden seuranta on nostettu omaksi tärkeäksi erillisteemakseen tulevien maakuntien poikkihallinnollisessa ohjauksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan kyselyjä on tarkoitus säännönmukaisesti jatkaa ja niissä syntyvää tietoa viedään syvällisempää analyysiä sisältävien raporttien lisäksi avoimeen tietokantaan rutiinitietotuotannoksi. Tiedoista on ollut mahdollista muodostaa ohjausmittareita, jotka olivat mukana ohjauksen harjoittelukierroksella. Mittareiden toimivuutta ja valintoja voi-

daan tarkastella ja kehittää edelleen sekä huomioida seuraavien kyselykierrosten tiedonkeruuvaiheessa ohjauksen tietotarpeita nykyistä paremmin.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisoitumisen ja sen vaikutusten seurannan säännöllisiä kyselyjä ja tulosten avointa raportointia tulee jatkaa. Seuraavan kyselykierroksen valmistelussa voidaan varmistaa, että kyselyjen tiedonkeruissa on huomioitu ohjauksen tietotarpeet, jotta ohjauksessa käytettävät mittarit ovat optimaalisia ja ne saadaan luotettavasti vertailukelpoisina tuotettua.

### 7.1.4 Nykyisen tietopohjan varmentamistyö Kelassa, Tilastokeskuksessa ja muissa tiedontuottajaorganisaatioissa ja työryhmän näkemykset jatko-toimista

**Kansaneläkelaitos** on systemaattisesti kehittänyt tietojenkäsittelyprosessejaan. Kela rakentaa parhaillaan tietoallasta, joka helpottaisi Kelan sosiaalivakuutustietojen ja Kanta-järjestelmän kautta kerättävien tietojen poimimista tutkimuskäyttöön ja muuhun toisiokäyttöön. KUVA-mittaristossa on useita mittareita jotka yksinään tai yhdistettynä toisten rekisterinpitäjien tietoon muodostavat palvelujärjestelmän ohjauksessa käyttökelpoisia indikaattoreita. Kela on ilmoittanut, että se ei aio jatkaa vuotta 2017 koskevien tietojen julkaisemisen jälkeen enää omien Terveyspuntarissa olevien indeksiensä tuottamista. Kela ja THL tekevät yhteistyötä, jonka tavoitteena ovat yhdessä kehitetyt yhteiset kansalliset indeksit nykyisten THL:n ja Kelan omien indeksien sijaan. Monikanavarahoituksen ja kuntoutuksen rahoittamisesta tehtävissä ratkaisuisa Kelan rooli suhteessa maakuntiin voi muuttua, mikä vaikuttaa mittareissa käytettäviin tietoihin. Taulukkoon 24 on koottu ne Kelan tietotuotantolinjat, jotka ovat käytössä KUVA-mittareiden muodostamisessa.

**Taulukko 24. Kansaneläkelaitoksen nykyiset tietotuotantolinjat, joita tarvitaan työryhmän ehdottamien KUVA-mittareiden muodostamisessa**

Tietotuotantolinja	Tietotuotannon tyyppi
Lääkkeiden erityiskorvausoikeusrekisteri Sairauspäivärahan saajat Kelan vammaisetuuksien ja palvelujen saajat Sairaanhoitokorvaukset Matkakorvaukset Lääkehoidon korvaukset Työttömyyspäivärahat Psykoterapian saajat Kuntoutuspalvelujen saajat Toimeentulotuen saajat Toimeentulotuen käsittelyajat	Sosiaaliturvaetuustietoja
Sairastavuus, kuolleisuus, työkyvyttömyys, lääkekorvaus indeksit (Terveyspuntari)	Muodostetaan yhdistämällä muiden rekisterien tietoja, tuotanto päättyi vuoteen 2017

**Tilastokeskuksen** tietotuotantolinjat, joita tarvitaan ehdotettujen KUVA-mittareiden muodostamiseen, on koottu taulukkoon 25. Ne kaikki liittyvät perustilastotuotantoon. Tilastokeskuksella on ollut käynnissä hanke maakunta- ja sote-uudistuksen tilastotutunnolle tuomien muutosten hallitsemiseksi. Tilastojen kannalta suuria muutoksia ovat esimerkiksi sote-henkilöstön suuren volyymin työnantajamuutokset ja julkista sekä yksityistä koskevien sektoriluokitusten käyttötavat. Lisäksi on rakenteilla taloutta koskeva tiedonkeruu ja raportointialustan luominen datojen jatkohyödyntämiseen on **Valtiokonttoriin**, joten taloutta koskevalta tietotuotantolinjalta siirtyy sinne. Työssäkäyntiin liittyvissä tarvittavissa tiedoissa myös **Työ- ja elinkeinoministeriöllä** on tiedontuotantolinja. Taulukkoon kootuista tietotuotantolinjoista on tuotannossa suoraan tietoja, jotka voidaan koota raportoitavaksi maakuntien vertailutietona Sotkanet-Tietoikkuna raportointialustaan tai tulevaisuuden vastaavaan tietokantaan. Osa tiedoista taas on sellaisia, että ne ovat tarpeen THL:ssä, joka muodostaa tarvittavat mittaridatat yhdistämällä tietoja omiin rekisteritietoihinsa.

**Taulukko 25. Tilastokeskuksen ja TEM:in nykyiset tietotuotantolinjat, joita tarvitaan työryhmän ehdottamien KUVA-mittareiden muodostamisessa ja Valtiokonttorin osalta jatkossa**

Tietotuotantolinja	Tietotuotannon tyyppi
Väestötiedot (Tilastokeskus)	Rekisteri- ja kyselytietoja sekä muista aineistoista koottuja tilastotietoja
Työssäkäyntitilasto (Tilastokeskus)	
Työvoimatutkimus (Tilastokeskus)	
Työnvälitystilasto (TEM)	
Tulonjaon kokonaistilasto (Tilastokeskus)	
Rikos- ja pakkokeinotilastot (Tilastokeskus)	
Kuolemansyyt (Tilastokeskus)	
Tutkintorekisteri (Tilastokeskus)	
Asunnot ja asuinolot (Tilastokeskus)	
Kuntasektorin palkat (Tilastokeskus)	
Taloustiedot (nyt Tilastokeskus, jatkossa Valtiokonttori)	

Monen ohjauksessa tarvittavan tiedon muodostamisessa tarvitaan eri tiedontuottajatahojen tietojen yhdistämistä. Yhdistämisen onnistumiseen vaikuttavat sekä lainsäädäntö, että rekisteritietojen yhdistämisen tekniset kysymykset. Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen toisiokäytöstä sisältää uusia mahdollisuuksia tiedolla johtamisessa tarvittavan yhdistetyn rekisteritiedon muodostamiseen. Laki tuo mukanaan myös uutena toimijana Palveluoperaattorin, joka toimii lupia hallinnoivana ja teknisenä yhdistäjänä. Palveluoperaattorin käytännön rooli kansallisessa (tilasto-) viranomaistoiminnassa tarvittavassa rekisteritiedon yhdistämisessä on vielä epäselvä. Sen rooli voi vaikuttaa muun muassa tiedonmuodostuksen nopeuteen ja kustannuksiin.

Edellä esitettyjen tiedontuottajatahojen lisäksi on joukko muita nykyisen tietotuotannon tietolähteitä, joita esitetyn mittariston muodostamisessa tarvitaan. Osassa näitä tietoja ei ole olemassa vakiintunutta tiedon raportoinnin ja avoimen rajapinnan tietotuotantoa, vaan tietojen kokoaminen joudutaan nykytilassa tekemään käsityönomaisen poimintana. Tietotuotantolinjat on koottu taulukkoon 26.

**Taulukko 26: Muiden tiedontuottajien tietotuotantolinjoja, joita tarvitaan työryhmän ehdottamien KUVA-mittareiden muodostamisessa**

Tietotuotantolinja	Tietotuotannon tyyppi
Eläketilastot, Eläketurvakeskus	Vakiintunut rekisteritietoon perustuva tietotuotanto
Suomen lääketilasto, Fimea ja Kela Asunnottomuus selvitykset, ARA Potilasvahinkotilasto, Potilasvakuutuskeskus Hätäkeskusilmoitukset, Hätäkeskuslaitoksen tietojärjestelmä	Toisiin käyttötarkoituksiin koottuja tietoja, joista on mahdollista "käsityönä" muodostaa maakuntaa koskevaa vertailutietoa

1. Työryhmän näkemyksen mukaan ohjauksessa tarvittavien mittareiden muodostamisessa on ohjauksen vuosikellon huomioiva nopea tietotuotantoprosessi keskeinen. Toisen viranomaisen tuottaman tiedon raportoinnissa THL:n Tietoikkunan kautta olennaista on tiedon nopea valmistuminen viranomaisessa ja avoin rajapinta sen jatkohyödyntämiseen. Nykyiset tietojen yhdistämiseen liittyvät tietojen pyytämisen, poiminnan ja käsittelyn prosessit ovat hitaampia kuin mikä olisi kunkin tiedon optimaalinen valmistumisaika. Ohjauksessa säännönmukaisesti käytettävä ja raportoitava tieto tulisi nähdä tilastollisena perustietotuotantona ja maksimoida tietotuotannon nopeus organisaatioyhteistyöllä.
2. Tiedontuottajien välistä yhteistyötä on mahdollista kehittää nykyistä toimivammaksi.

Työryhmän näkemyksen mukaan:

- Jokaisen ohjauksessa tarpeellista maakuntatietoa tuottavan tahon tulisi muodostaa ja raportoida oman tietotuotantonsa maakuntia vertailevaa tietoa helposti saatavassa muodossa, mieluiten avoimien rajapintojen kautta, jotta se voidaan mahdollisimman nopeasti viedä maakuntaohjauksen työkaluna tietoja kokoavaan THL:n Tietoikkunaan.
- Silloin kun kyseessä on tilasto- tai rekisterimuotoinen data, jota THL tai joku toinen tiedontuottajaviranomainen tarvitsee toiselta muodostaakseen tarvittavat indikaattorit, tulee ohjauksen tietotuotanto nähdä osana tilastoviranomaisprosesseja ja luoda tiedon antamiselle vakiintuneet, yksityisyyden suojan turvaavat, nopeat prosessit, joilla kunkin tiedon tuotanto ja optimaalinen julkaisuajankohta turvataan.
- Vakiintuneessa tilastotyyppisessä indikaattorituoannossa tarvittavien tietojen poimiminen ja luovuttaminen tilasto-organisaatioiden välillä tulisi sopia tapahtuvaksi niin, että tietojen poiminnasta syntyvien kustannusten rahoittaminen/korvaaminen on sovittu yhteisymmärryksessä pitkäjänteisellä tavalla. Tietoaltaita hyödyntämällä voi olla mahdollista luoda

laillisuuskysymykset huomioon ottavia menettelytapoja, joissa organisaation ei tarvitse ”tilata” poimintaa toiselta.

3. *Sairastavuutta ja työkyvyttömyyttä kuvaavat erilaiset kansalliset indeksit*  
THL tuottaa THL:n sairastavuusindeksiä ja sen osakokonaisuuksina keskeisten kansansairauksien sairastavuusindeksejä. Nämä tiedot ovat väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä palvelutarpeen arvioinnissa kansallisen ohjauksen tasolla osoittautuneet hyvin keskeisiksi. Kela on tuottanut ”Hyvinvointipuntariin” sairastavuus-, työkyvyttömyys- ja kuolleisuusindeksejä, jotka ovat olleet hyödyllisiä ohjausharjoituksessa. Kela on ilmoittanut luopuvansa indeksien tuottamisesta. Tietojen käyttäjillä on ollut hämmennystä siitä, miten THL:n ja Kelan samankaltaisia indeksejä tulisi yhdessä tai erikseen käyttää. Sekä Kelan että THL:n indeksit käyttävät osin Kelan erityskorvausoikeustietoja ja tilastokeskuksen kuolin-syytietoja. Lisäksi niissä tarvitaan mm. THL:n rekisteri- ja eläketietoja.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* THL:n ja Kelan tulisi yhteistyössä Tilastokeskuksen kanssa rakentaa kansalliset sairastavuus-, työkyvyttömyys- ja kuolleisuusindeksit kehittämällä olemassa olevia indeksejä joilla on vakiintunut rutiiniin kiinnitetty tietotuotanto. Indeksien julkaisemisen ”kotipaikaksi” sopisi THL:lle, jolla on lakisääteinen tehtävä seurata väestön terveyttä ja hyvinvointia. Indeksien tulisi olla avoimien rajapintojen kautta raportoitavissa kaikkialla, missä se on tarpeen (esim. hyvinvointikertomukset). Myöhemmin voidaan arvioida mahdollisuutta kehittää indeksejä muista näkökulmista, esimerkiksi hyvinvointia ja toimintakykyä kuvaavia indeksejä sekä sukupuolijaolla, ammattiryhmittäin yms.

4. *Tarvemittareiden käytön laajentaminen*  
Maakuntien ohjauksessa ja arvioinnissa tarvitaan tietoa palveluiden tarvevakioidusta kustannuksista ja tarvevakioidusta käytöstä. Tarvevakioitua tarkastelua on tärkeä kehittää sen nykyiseen käyttöön verrattuna siten, että tarvevakioinnissa käytettävät tarvekertoimet uudistetaan paremmin vastaamaan nykyistä väestörakennetta, sosiaalisia tilanteita ja sairastavuuskirjoa. THL on uudistamassa tarvekertoimia maakuntarahoituksen ja tuottajakorvausten tarpeisiin. Tarvekertoimien muodostamisessa pitää etsiä eri tietolähteistä parhaiten tarvetta kuvaavia tietoja ja yhdistää niitä uusien tarvekertoimien laskentaperiaatteiden muodostamiseksi.

Tarvevakioituna palvelujen käytön ja kustannusten tarkastelutasona sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä kokonaisuutena ei riitä, vaan tarvevakioitujen käytön ja kustannusten tietojen on ulotuttava eri palvelukokonaisuuksiin tarkemmalle tasolle. Nykyisistä tietovarannoista



on mahdollista määrittää tarvevakioitu käyttö ja menot erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Tulevina vuosina voidaan laskea myös ympärivuorokautisen hoivan vastaavat tarvevakioidut menot, kun hoivan tarpeen KUVA-indikaattorit saadaan käyttöön. Samaa laskentamenetelmää on mahdollista soveltaa muihinkin sote-palveluihin, kun niitä koskevat tietovarannot saadaan ohjauksen ja arvioinnin käyttöön. Tarvevakioitu tarkastelu on muun muassa rahoituksen riittävyyden arvioinnissa keskeistä.

Työryhmän näkemyksen mukaan tarvevakioinnin tarvekertoimet pitää uudistaa. Uusien tarvekertoimien tulee soveltua erilaisten palvelukokonaisuuksien tarkasteluun siten, että tultaisiin saamaan tietoa palvelujen tarvevakioidusta käytöstä ja kustannuksista vertailukelpoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden lisäksi eri palvelukokonaisuuksien tasolta.

#### 5. *Hätäkeskustiedot*

Hätäkeskuslaitoksen tietojärjestelmistä saadaan nykytietotuotannossa mittaritietoja kertahakuina. Tavoitettavuusdataa on jo KUVA-mittaridatana tuotettu Sotkanetiin/Tietoikkunaan. Poiminta joudutaan tekemään ”käsityönä”. Ensihoidon mittareiden alueluokituksessa on hyödynnetty Suomen Ympäristökeskuksen (SYKE) tekemää yhdyskuntarakenteen taajamamäärittelyä. Hätäkeskusten tietojärjestelmiä ollaan uudistamassa. Uusi ERICA-järjestelmä sisältää tiedot Hätäkeskuksiin tulevista ilmoituksista ja tehdyistä hälytyksistä. ERICA-järjestelmän tuotantokäyttö alkoi Oulun hätäkeskuksessa 29.11.18. ja loput viisi hätäkeskusta aloittavat ERICAn tuotantokäytön 7.5.2019. Tämä tulee parantamaan tiedon laatua ja helpottamaan tiedon poimintaa.

Työryhmän näkemyksen mukaan on tärkeää, että ohjauksessa tarvittavat, Hätäkeskuslaitoksen ERICA-tietojärjestelmästä poimitut tiedot, saadaan rutiinikäyttöön siten, että ne päivittyvät vähintään ohjauksen vuosikellon mukaan. STM seuraa tietoja substanssiohjauksessa kvartaaleittain. Kun ensihoidon viranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä, KEJO-järjestelmä, valmistuu, voidaan muodostaa ensihoidon kansallinen tietovaranto ja laajentaa ohjauksessa käytettävää tietosisältöä (ks. kohta 7.2/2 uudet tietotuotantolinjat). Mikäli THL pystyy teknisesti vastaanottamaan tilastollista raportointia varten tiedot ERICA:sta jo aiemmin, ei tiedon muokkaukselle raportointiin soveltuvaksi THL:ssä ole esteitä. Kyseessä ei ole tunnisteinen henkilötieto.

## 7.2 Ohjauksessa ja arvioinnissa tarvittavan tietopohjan uudet kehittämistarpeet ja työryhmän ehdotukset

Kaikkia sote-KUVA-mittaristoesityksessä mukana olevia mittareita ei voida tuottaa valtakunnallisesti vertailukelpoisella tavalla nykyisen tietopohjan kautta, vaan tarvitaan kokonaan uusia tietotuotantolinjoja. Vaikka KUVA-mittareihin muodostetaan vain yksittäisiä, valittuja indikaattoreita, syntyy uusista tietotuotantolinjoista samalla laajempi tietotuotanto, jota tarvitaan arviointityössä, järjestämistehtävässä ja laajemmin.

Joistakin mittareista on tunnistettavissa, että ne ovat tuotettavissa jossain muodossa nykypohjastakin, mutta tietotuotanto voisi olla kustannustehokkaampaa tai muutoin parempaa jollain toisella tietotuotannon tavalla. Seuraavaksi esitetään työryhmän näkemyksiä ja työryhmissä tunnistettuja kehittämistarpeita mittarien muodostamisessa. Jotkut kehittämistarpeista liittyvät ensisijaisesti laajempaan tietopohjaan ja muihin uuden sote-palvelurakenteen käyttötarkoituksiin, eikä varsinaisesti KUVA-mittareiden muodostamiseen. Niistä voi olla hyötyä myöhemmin muodostettaessa ohjauksessa tarvittavaa tietoa.

### Tarvittavat ensisijaiset viranomaisten vastuulla olevat uudet tietotuotannot

1. *Sosiaalihuollon avopalvelujen rekisteripohjaiset tiedot, mukaan lukien lastensuojelun ja lasten sosiaalihuollon muut avopalvelujen tiedot*  
Sosiaalihuollon avopalveluista saatava tieto, mukaan lukien lastensuojelun avopalvelut ja kasvatus- ja perheneuvolapalvelut, on tällä hetkellä tunnistettomana kerättyä tilastotietoa käyntimääristä jne. eikä sen avulla kyetä tarkastelemaan palvelujen käyttöä tai hoitoketjua tarkemmin. Yksilötasoista sosiaalihuollon asiakastietoa tarvitaan laskettaessa palvelujen korvauksiin liittyviä tarvekertoimia. Rekisteritietoa ei ole voitu kerätä, koska siitä on puuttunut lakipohja.

Työryhmän näkemyksen mukaan niistä kaikenikäisten sosiaalihuollon palveluista, joista saadaan tällä hetkellä vain perustilastotietoa, tulisi nopealla aikataululla lakiuudistuksen salliessa saada käyttöön rekisteripohjaista tietoa vähintään sille tietosisällön laajuudelle, josta nykyisin kerätään perustilastotiedot. Työikäisten sosiaalipalveluissa tietoaukko on erityisen suuri, koska näistä palveluista puuttuu nykyinen perustilastotieto. Tietoa tarvitaan palvelujärjestelmäuudistuksen välittömässä ohjaamisessa ja tarvekertoimissa. Sosiaalihuollon rekisteritietojen tietosisällöt on rakennettava yhdenmukaiseksi sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen tieto-

sisällön kanssa. Pitkällä aikavälillä se mahdollistaa rekisteritietojen poiminnan tietoaltaasta suoraan kansalliseen sosiaalihuollon arkistoon tallennetuista asiakirjoista. Tilasto- ja rekisterin perustietosisältöjen poimimista tietoaltaasta on kokeiltava pilotteina heti kun se on mahdollista. Sosiaalihuollon avopalvelujen rekisteriä ei ole mahdollista toteuttaa ennen kuin terveyden- ja sosiaalihuollon tietojen toisiokäyttöä koskeva lakipaketti on eduskunnassa hyväksytty.

## 2. *Ensihoidon tiedonkeruu*

KEJO on pelastustoimen operatiivinen kenttätietojärjestelmä. KEJO-järjestelmää valmistellaan siten, että kentän toiminnassa syntyvät sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan ensihoitokertomustiedot tallennetaan Kanta-järjestelmään ja potilaskertomusjärjestelmät lukevat tiedot Kantaan kautta. Valmistelussa on myös ensihoitopalvelun kansallinen tietovaranto, johon koottaisiin Kantaan vietävän ensihoitokertomustiedon lisäksi Hätäkeskuslaitoksen ERICA-järjestelmässä syntyvää hallinnonalan tietoa. KEJO-järjestelmän rakentamiseen on saatu rahoitus. KEJO-Kanta rajapintatoteutus toteutuu pääosin KEJO:n käyttöönoton yhteydessä. Järjestelmän arvioidaan olevan teknisesti käyttöönottovalmis vuonna 2020.

STM toimialan tavoitteena ovat KEJO:n ja sieltä Kantaan tallennettavan kansallisen sähköisen ensihoitokertomuksen (EHK) käyttöönotto ensimmäisissä sairaanhoitopiireissä heti kun teknisen valmiudet siihen on saatu sekä laajennus muihin sairaanhoitopiireihin vuoden 2020 aikana. Ensihoitokertomuksen tietosisältömäärittelyt on tehty. Ensihoitopalvelun kansallisen tietovarannon valmistelussa on suunniteltu tietovarannosta saatavien tietojen raportoinnin sisältöä. Tietovarannon toteutus on THL-Kela-STM -yhteistyötä. Tietovarannossa tarvittavan ERICA-Kanta rajapintatoteutuksesta on käyty neuvotteluja. Tietovarannon ja sen ERICA-rajapinnan rakentamisella ei toistaiseksi ole vahvistettua rahoitussuunnitelmaa.

Työryhmän näkemyksen mukaan ensihoitoa koskevia Hätäkeskuslaitoksen ja ensihoitokertomuksen tietoja on katsottava kokonaisuutena ensihoitojärjestelmän toimivuuden seuraamiseksi. Tiedon toisiokäyttö on perusteltua tehdä tiedot kokoavasta tietovarannosta. Syntyviä tietoja voidaan hyödyntää kansallisessa ohjauksessa. Koska ERICA ja KEJO käyttöönoton aikataulut ovat vahvistuneet, voidaan arvioida, että toisiokäytön tietovarannosta olisi mahdollista saada tietoja ohjauskäyttöön 2025 mennessä. Valmistelun aikana on varmistettava kustannustehokain ja kestävin tapa muodostaa tietovaranto, johon kansallinen raportointi rakentuu.

### 3. *Valvonnan tiedot*

Valvontaviranomaisten toiminnasta syntyvän tiedon seuraaminen osana ohjaustoimintaa on oleellista. HE sote-järjestämislakiluonnoksen mukaan valvontaviranomainen tekee oman raporttinsa kunkin maakunnan tilanteesta THL:lle ja STM:lle. STM:llä on mahdollisuus ohjata valvontaviranomaisen raportin sisällön painotuksia. Valvontatoiminnasta ohjaukseen tuotavalle tiedolle on olemassa oma prosessi ja valvonnan näkökulma saadaan mukaan arviointiin ja ohjaukseen. KUVA-listalle ei tois-taiseksi ole välittömästi mukaan otettavia valvonnassa syntyviä tietoja.

Valvontaviranomainen on sitoutunut mukaan viranomaisten yhteisen tietopohja- ja raportointiratkaisun kehittämiseen (Toivo-ohjelman Valtava-hanke). Valvontaviranomaisen odotetaan valmistelun aikana luovan uusia mahdollisuuksia saada valvontatoiminnan tietoja käyttöön. Myöhemmin on erikseen ratkaistava, tuleeko valvonnassa syntyvä tieto riittävällä tavalla mukaan ohjausprosessiin osana valvontaviranomaisen omaa raporttia, vai onko sieltä nostettava joitain tietoja erikseen KUVA-mittareina Tietoikkunassa raportoitavaksi maakuntavertailuksi.

Työryhmän näkemyksen mukaan valvontaviranomaisen kokoaman valvontatiedon käsittelylle ja raportoinnille on tehtävä sille soveltuva järjestely ja tietoja tulee saada julkiseen käyttöön osana ohjausprosessia, jossa valvontaviranomainen on raportointivelvollinen. Julkisen tiedon tarve on laajempi kuin muutama yksittäinen indikaattori. Myöhemmin on ratkaistava, tuleeko jotain näistä tiedoista raportoitavaksi ohjauksen maakuntavertailumittariston (KUVA) osana. Mikäli jotain tietoja otetaan KUVA-raportointiin, niiden on oltava mahdollista saada suoraan uudesta tietopohjaraportoinnin ratkaisusta ohjauskäyttöön ilman erillisten ”tuotantoputkien” rakentamista.

### 4. *Ikäihmisten toimintakyvyn seuranta*

Tällä hetkellä Suomessa ei ole yhdenmukaisesti mitattua tietoa iäkkäiden henkilöiden toimintakyvystä, mikä aiheuttaa merkittäviä ongelmia ohjaukseen, rahoitukseen ja järjestelmän kehittämiseen. Kansallisesti yhdenmukaisin menetelmin mitatun toimintakykytiedon avulla pystyttäisiin paremmin suunnittelemaan ja kehittämään ikääntyneiden hoitokäytäntöjä, vähentämään eriarvoisuutta, keskittymään ennaltaehkäisevään toimintaan sekä karsimaan kustannuksia, jotka johtuvat tehottomista hoitokäytännöistä tai epäoikeudenmukaisesta rahoituksen kohdentamisesta maakunnille ja tuottajille. Kansallisesti yhdenmukaisin menetelmin mitattu ikääntyneiden toimintakykytieto edesauttaa merkittävimpien sote-tavoitteiden saavuttamista.

Toimintakyvyn osittaisarviointi arkisuoriutumisesta tehtäisiin kaikille 75 vuotta täyttäneille henkilöille, jotka tulevat jonkun sote-työntekijän vastaanotolle tai ikäryhmälle tarjottavaan terveystarkastukseen. Arviointi tehtäisiin kerran vuodessa tai kun herää epäily, että jokin asia on muuttunut. Lisäksi arviointi tehtäisiin joka kerta, kun henkilö kotiutetaan sairaalasta. Arkisuoriutumisen osittaisarvioinnissa voitaisiin käyttää RAI-välineistön ADL- ja IADL-kysymyksiä (18 kysymystä), jotka mittaavat asiakkaan arkisuoriutumista. Kysymysten vastaamiseen kuluu aikaa arviolta 5–10 minuuttia. Arvioinnin pohjana voitaisiin mahdollisesti käyttää myös kansalaisen itse kirjaamaa tietoa (esim. WHODAS), jolloin arviointiin käytettävä aika puolittuisi.

RAI-kokonaisarviointi tehtäisiin niille asiakkaille, jotka saavat jatkuvaa ja säännöllistä palvelua, tai joiden palvelutarpeita on syytä selvittää laaja-alaisesti siten kuin vanhuspalvelulaissa tarkoitetaan. RAI-kokonaisarviointiin menee aikaa puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. RAI on ensisijaisesti työkalu potilas- ja asiakastiedon käyttöön asiakkaan hoidon tueksi, mutta siitä on mahdollista poimia tärkeää vertailutietoa ohjaukseen ja järjestelmän kehittämiseen. RAI-arviointi pohjautuu n. 300 kysymykseen. Yksittäiset kysymykset eivät ole relevantteja KUVA-mittaristossa, vaan näistä kysymyksistä johdetuista mittareista muodostetaan aggregaattitasoinen koostetieto, jota voidaan hyödyntää ohjauksen välineenä.

RAI (alun perin Resident Assessment Instrument) -järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-välineistön sisältöä ylläpitää ja sen oikeuden omistaa kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI. RAI on otettu kansallisesti käyttöön useammassakin maassa. THL valvoo RAI-välineiden suomalaisia versioita. RAI-seurannassa on mukana (2015 tieto) puolet vanhainkodeista ja terveyskeskusten vuodeosastoista ja noin kolmannes palveluasumisen tarjoajista ja neljännes kotihoidon tuottajista. Kansallinen InterRAI:n lisenssi on maksullinen, arvioilta joitain kymmeniä tuhatta euroja. Myös tarvittavat tietojärjestelmät maksavat. RAI on jo integroitu moniin tärkeisiin potilastietojärjestelmiin.

THL on alustavasti selvitelty, millainen kansallisen RAI-tietoa kokoavan tietojärjestelmän tulisi olla. Omien tietojärjestelmien integroiminen RAI-järjestelmään on myös mahdollista. Osittaisarviointi olisi yhteensopiva RAI-tietojärjestelmän kanssa, joka taas on integroitu tärkeimpiin potilastietojärjestelmiin. Mitään sellaista ratkaisua, joka ei ole yhteensopiva järjestelmän muiden osioiden kanssa, ei tulisi ottaa käyttöön. RAI on kansainvälinen arviointi- ja seurantajärjestelmä, jolloin saadaan ohjauksen

käyttöön ja järjestelmän kehittämiseen myös tärkeää kansainvälistä vertailutietoa. Kun arviointi, suppea tai laaja, on tehty, tiedot tallentuvat arviointijärjestelmään ja osaksi potilastietoja. Tällä hetkellä THL kokoaa kaikista Suomessa tehdyistä RAI-arvioinneista tutkimusperustaisen tietovarannon ja jalostaa siitä vertailutietoa RAI-välineiden käyttäjäorganisaatioille.

Jos tieto saataisiin osaksi kansallista tietopohjaa, tietoa voitaisiin hyödyntää kapitaatorahoituksen tarvetekijänä, jolloin rahoitusta voidaan jakaa oikeudenmukaisemmin ja tietoa voidaan hyödyntää tuottajien korvausten tarvetekijänä, jolloin voidaan vähentää mm. ns. kermankuorintaan liittyviä kustannuksia. Vaikka toimijoilla on nykyisin käytössä myös muita ikäihmisten toimintakyvyn seurannan järjestelmiä, ne eivät vaikuta RAI:n tavoin yhtä valmiilta järjestelmiltä kansalliseen käyttöön yllä kuvatussa käyttötarkoituksessa. Tietoja voidaan käyttää hyödyksi maakuntaja kansallisella tasolla vain, jos päästään yhdenmukaiseen kirjaamiseen ja raportointiin, johon RAI antaisi työkalun.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* RAI-arviointi on tarpeellinen ja kannatettava. On tärkeää saada käyttöön systemaattisesti tietoa RAI-arviointimenetelmän avulla. Järjestelmän valtakunnallinen käyttö edellyttää kansallisen lisenssin hankintaa sekä paljon koulutusta ja tukea. Ikäihmisten palvelutarpeen arviointivälinettä tarvitaan maakuntien väliseen vertailuun, ml. kustannusvaikuttavuusvertailuun. Valmistelussa pitäisi selvittää miten ja kenen kustannuksella arviointiväline kustannustehokkaimmin saadaan käyttöön kaikille sekä lyhyitä että pitkiä arviointeja tekeville (tietojärjestelmähankinta/hankinnat). Valmistelussa pitäisi tietosuojaesäädökset ja tiedonkäsittelyn kustannustehokkuus huomioiden ratkaista mihin tietovarantoon arviointitietoa kootaan toisiokäyttöä varten. Järjestelmän rakentamisen edellytys on sote-tiedon toisiokäyttöä koskevan lakiuudistuksen vahvistuminen.

##### 5. *Valinnanvapauden toteutumisen seuranta tiedonhallintapalveluista*

Hallituksen esityksen mukaan asiakkaan valinnanvapauteen liittyvän tiedonhallinnan toteuttamiseksi rakennetaan valtakunnalliset tiedonhallintapalvelut. Kaikkien palveluntuottajien on käytettävä näitä palveluja. Kokonaisuus sisältää 1) asiakkaan valinnan toteuttava palvelu, jonka välityksellä asiakas voi ilmoittautua haluamansa suoran valinnan palveluntuottajan ja tämän palveluyksikön ja maakunnan liikelaitoksen ja sen palveluyksiköiden asiakkaaksi, 2) valinnanvapauden tietopalvelu, jossa on tiedot kaikista tämän lain mukaisista valinnanvapauspalvelujen tuottajista ja niiden palveluista, 3) tuottajahallintapalvelu, jonka välityksellä tuottajat tekevät lain mukaiset ilmoitukset ja jossa on suoran valinnan palveluntuottajat ja yksityisten suoran valinnan palveluntuottajien kanssa tehdyt sopimukset, 4) palvelutuotannon seurantapalvelu, jolla toimitetaan tiedot

asiakkaiden saamista palveluista maakunnalle sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla saaduista palveluista myös ne antaneelle maakunnan liikelaitokselle, 5) palveluntuottajien yhteiskuntavastuun tietopalvelu, jossa on säädetyt tiedot yksityisen palveluntuottajan toiminnasta ja taloudesta.

Valinnanvapauden tiedonhallintapalvelun lisäksi maakunta vastaa asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia koskevista tiedonhallintaratkaisuksista. Väestörekisterikeskus toteuttaa edellä 2) kohdassa tarkoitetun valinnanvapauden tietopalvelun osana hallinnon yhteisistä sähköisen asiainnin tukipalveluista annetussa laissa tarkoitettua palvelutietovarantoa ja palvelunäkymää. Muut valinnanvapauden tiedonhallintapalvelun osat rakennetaan Kelaan.

Maakunnat rakentavat itse asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia koskevan tiedonhallintansa. Valinnanvapauden tiedonhallintapalveluun syntyy suuri tietovaranto erilaisista valinnanvapauteen ja palvelurakenteeseen liittyvistä tiedoista. Palvelutuotannon seurantalvelu ei sovellu toisiokäytön tietojen poimintaan. Muissa valinnanvapauden seurantalvelun osissa tämä on mahdollista. Valinnanvapauden tietopalvelun tiedot ja yhteiskuntavastuun tiedot tulee olla avoimesti verkossa, joten niissä olevan tiedon käytölle valinnanvapauden seurannassa ei ole mitään rajoituksia. Valinnanvapauden tiedonhallintapalvelun osia 1–4 edellä on jo alettu rakentaa käytettäväksi valinnanvapauden piloteissa, jotka voivat alkaa lakiesityksen hyväksynnän jälkeen.

Työryhmän näkemyksen mukaan monia valinnanvapauden seurannassa tarvittavia tietoja tullaan saamaan palvelujärjestelmän toiminnan ja talouden rekisteri- ja tilastotietojen kautta niiden peruslähteistä osana perustietotuotantolinjoja eikä niitä ole tarkoituksenmukaista poimia valinnanvapauden tiedonhallintapalvelun kautta, joka itsekin saa ne muista lähteistä. Palvelu sisältää myös sellaisia, mm. palvelujen tuottajiin liittyviä, KUVA-mittareina tarpeelliseksi määriteltyjä tietoja, joiden tietolähteenä siitä tulee paras paikka poimia tiedot. Asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia koskevat tiedot voidaan joutua keräämään maakuntien liikelaitosten tietojärjestelmistä.

Lainsäädännön yksityiskohtien vahvistuminen on vielä avoin eivätkä valinnanvapauden tiedonhallintapalvelun eri osien, maakuntien asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin järjestelmien tietosisältömäärittelyjen ja kaikkien ohjauksessa tarvittavien tietosisältöjen tallentumisen paikan määrittelyt ole vielä sillä tasolla, että kaikkia mahdollisuuksia ohjausmittareiden muodostamiselle voitaisiin vielä tunnistaa. On tärkeää, että ensisijaisia käyttötarkoituksia varten tehtävät tietosisältömäärittelyt ja jär-

jestelmät valmistuvat ja niissä huomioidaan KUVA-työssä todetut toisio-käytön tietotarpeet. Lainsäädännön vahvistuttua voidaan myöhemmin tarkistaa, korjata ja täydentää KUVA-mittaristolilla esiteltävät, ei vielä tuotettavat, mittarit suhteessa ohjaustarpeisiin.

## 7.3 Maakuntien järjestämistoimintaan liittyvät kansalliset, keskeiset tietopohjan kehittämistoimet, joissa ensisijainen valmisteluvastuu on maakunnilla / Sote-digillä

Tässä luvussa esitetyissä tiedonkeruissa järjestäjän tietotarve on ensisijainen. Ohjausmittareiden tarve voidaan arvioida, kun järjestäjien yhteistyöllä on syntynyt kattava vertailukelpoista dataa.

### 1. Asiakaskyselyt osana palvelurakennetta

Asiakaskyselyt on tärkeä nähdä kiinteänä osana palvelutuotannon jatkuva seurantaa ja kehittämistä. Jokainen palvelujen tuottaja tarvitsee asiakailtaan palautetta toiminnastaan. Tietoja tarvitsee palvelujen järjestäjä ja korostuneesti valinnanvapaustilanteissa asiakkaat itse. Pienemmillä palveluntuottajilla asiakaspalautetieto on lähes ainoa, käyttökelpoinen laatu-tieto. Valinnanvapaustilanteessa eri palveluntuottajien keräämä ja raportoima asiakaspalautetieto on oltava vertailukelpoista, eikä esimerkiksi käytettyjä kysymyksiä valikoida oman toiminnan positiivisuutta korostaviksi. Koska tiedon tarve on olla vertailukelpoista, pitää tiedonkeruun sisältömääritysten olla standardoituja. Ei ole mielekäästä, että jokainen palveluntuottaja tai edes maakunta rakentaa omat järjestelmänsä irrallisina muusta tiedon infrastruktuurista.

THL on valmistellut ratkaisumallin, jonka pohjalta kansallisesti yhtenäisen toiminta-alustan rakentamisen mahdollisuuksia ollaan kartoittamassa. THL:ssä olisi kysymyspankki ja ”koneäly” lähettäisi asiakkaille kysymyksiä, kun se saa tiedon palvelutapahtuman toteutumisesta. Vastaukset menisivät tunnisteettomina vastausten keruupalveluun, josta ne olisivat raportoitavissa palvelujen tuottajille sekä järjestäjille ja toimitettavissa asiakkaan nähtäville Suomi.fi palveluun. Kysymyksiä ei voisi olla kovin monta, mutta kysymyksiä vaihtelemalla saataisiin riittävät otoskoot laajemmalle sisällölle. (111)



Työryhmän näkemyksen mukaan jatkuvan asiakaspalautetiedonkeruun tulisi olla osa palvelujärjestelmän infrastruktuuria. Tieto on hyödyllinen asiakkaalle, palvelujen tuottajalle ja järjestäjälle. Kansallisessa ohjauskäytössä on ensimmäisessä vaiheessa välttämätöntä saada vakiintunutta tietoa kansallisista asiakaspalautetiedonkeruista, koska ne saadaan heti maakuntavertailukäyttöön. Ne antavat kuitenkin tietoa vain rajatuista palveluista. Kansallisen asiakaspalauteinfrastruktuurin rakentaminen maakuntien (SoteDigi) ja THL:n yhteistyönä nähdään positiivisena. Siinä vaiheessa, kun järjestelmä olisi kattavasti käytössä koko maassa, voidaan harkita erillisistä kansallisista asiakaspalautekyselyistä luopumista. Asiakaspalautetiedonkeruussa olisi tärkeä ottaa mukaan kaikki erilaiset palvelut. Esimerkiksi erikoissairaanhoidosta, synnytyksiä lukuun ottamatta tai sosiaalipalveluista, ei ole olemassa kansallista asiakaspalautetiedonkeruuta.

## 2. *Laaturekisterit*

Kliinisiä seurannan laaturekisterejä on lisääntyvässä määrin käytössä, mutta ne eivät ole sisällöllisesti yhteismitallisia ja liittyvät pääasiassa erikoissairaanhoidon laadun kehittämiseen. Sosiaalihuollossa vastaavia rekistereitä ei toistaiseksi ole. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) aloitti eduskunnan määrärahan turvin helmikuussa 2018 hankkeen, jossa selvitetään, miten Suomeen voitaisiin rakentaa terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. STM:n työryhmä valmistelee raporttia asiakasryhmäkohtaisen laatu-tiedon käytöstä terveydenhuollon tiedolla johtamisessa. Se sisältää selvityksen laatu-tiedon asemasta ja ehdotukset kansallisten tietovarantojen hyödyntämisestä ja laaturekisterien kehittämisestä. Toistaiseksi ei ehdoteta KUVA-mittareiden ohjaustietoihin mukaan sellaiselle yksityiskohtaisuuden tasolle meneviä terveydenhuollon laatumittareita, joita kliiniset laaturekisterit tarkastelevat.

Työryhmän näkemyksen mukaan terveydenhuollon laaturekisterien ensisijainen käyttötarkoitus on toiminnan laadun seuranta ja kehittäminen palvelujen tuottajan tai vertaisryhmän, esimerkiksi jonkun erikoisalan, omassa toiminnassa. Positiivisena suuntauksena on valmistelutyö, joka johtaisi rekisterien tietosisältöjen yhdenmukaistumiseen ja kansallisten terveydenhuollon rekisterien mahdolliseen laajentumiseen laaturekisterien suuntaan joissain valikoiduissa keskeisissä sairausryhmissä. Pitkällä aikavälillä, mikäli kaikki alkavat käyttää yhdenmukaisia tietosisältöjä ja -prosesseja, voidaan saada ohjauskäyttöön soveltuvia mittareita. Kehittämisen jatkolinjauksia odotetaan esitettävän STM:n valmistelussa muistiossa, joka sisältö ei ole KUVA-TPA työryhmän käytössä.

### 3. *Tietopaketit*

STM ja Sitra ovat kehittäneet ja arvioineet sosiaali- ja terveydenhuollon sote-tietopaketteja yhdessä kevästä 2015 lähtien. Ne on otettu mukaan järjestäjien tietomalliin. Sote-tietopaketeissa yhdistyvät kansallisen tason ohjaamiseen JHS-pohjalta tarkasteltavat ja maakunnallisen palvelujen järjestämisen ja tuottajien ohjaamiseen tarvittavat tietorakenteet ja määrittelyt.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* Tietopaketit ovat luonteva osa järjestäjän tietomallia ja auttavat varmistamaan kustannustietojen maakunnallista vertailtavuutta, kun ne raportoidaan JHS:n mukaisesti Valtionkonttoriin. Tietopakettien määrittelyssä on oltava yhteen toimiva virallinen raportointijärjestelmä JHS määritysten kanssa. Tietopaketit ovat järjestäjän työkalu, ja siksi niiden käytön kehittäminen tapahtuu luontevimmin järjestäjien yhteistyönä, joka soveltuu maakuntien niin halutessa, esim. SoteDigi koordinoimaksi.

### 4. *Potilasluokittelu- ja tuoteistusjärjestelmät*

Potilasluokittelu- ja tuoteistusjärjestelmät (NordDRG ja pDRG, EPR ja kehittämisvaiheiset suun drg ja sosiaalihuollon luokittelu) ovat Kuntaliiton hallinnoimia jotka Finnish Consulting Group Oy (FCG) Oy omistaa ja kehittää. Potilasluokittelu, johon voidaan yhdistää eri muodostettavien luokituskokonaisuuksien (ryhmien) kustannukset, on palvelujen tuottajalle ja järjestäjälle tärkeä työkalu. NordDRG:tä käytetään apuna erikoissairaanhoidon tuottavuustietojen (benchmarking tieto) laskennassa myös kansallisen ohjauksen tasolle ulottuvissa mittareissa. pDRG on tarpeen, kun lähdetään rakentamaan perusterveydenhuollon tuottavuuden tietotuotantopohjaa. Vastaavaa käyttöä voisi olla suun terveydenhuollossa. Diagnostisten ryhmittelijöiden ylläpito ja kehittäminen on jatkuvaa asiantuntijatyötä vaativa tehtävä, jossa parhaita asiantuntijoita ovat ne, jotka tuntevat kliinisten tilojen luokittelun sisällön ja kykenevät muodostamaan taudeista käsitteellisesti mielekkäitä ryhmiä. Sekä diagnostiset koodit että toimenpidekoodit päivittyvät jatkuvasti ja muutokset pitää pystyä huomioimaan diagnostisten ryhmien määrittelyssä.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* potilasluokittelulla ja tuoteistusjärjestelmillä on paikka kansallisen tietopohjan muodostamisessa ja siksi niiden olisi hyödyllistä olla kaikkien toimijoiden käytössä esimerkiksi kansallisella lisenssillä. Niiden kehittäminen on tehtävä kansallisessa yhteistyössä. Käyttö painottuu palvelujen tuottajien ja järjestäjien tehtäviin. Jatkuva ylläpito vaatii hyvää kosketuspintaa kliinisten ongelmien ymmärtämiseen, työkalun käyttäjien tulisi olla vahvasti osana ylläpito-organisaatiota.

## 6. Henkilöstön työhyvinvointitiedot

Työterveyslaitos on kehittänyt pitkäjänteisesti henkilöstön työhyvinvoinnin mittaamista. Parhaillaan on käynnissä Maakunta 18 – hanke, jossa on mukana organisaatioita useista maakunnista osallistumassa henkilöstön standardoidun työhyvinvointikyselyn tiedon keräämiseen. Myös Keva kehittää työhyvinvoinnin seuranta- ja kyselyjä. KUVA-työryhmä tutustui erityisesti Työterveyslaitoksen koordinoimana tehtyyn työhön, jonka tavoite on saada vertailukelpoinen kyselypatteristo mahdollisimman laajaan käyttöön maakunnissa. Vertailukelpoiset oman toiminnan työhyvinvointitiedot ovat palvelujen järjestäjille ja kaikille työnantajille tärkeää tietoa. Oman toiminnan henkilöstöä yleisemmällä tasolla työterveyshuollosta vastuussa olevan maakunnan työhyvinvointitietojen käyttö kansallisessa ohjauksessa maakuntien järjestämistehtävän vertailussa ei ole keskeinen. Tässä valmisteluvaiheessa ei voida priorisoida kansallisen tietotuotantoputken rakentamista perusteluna kansallinen maakuntien ohjaus. Tiedolle on monia muita erittäin perusteltuja käyttötarkoituksia eikä tämä ohjauksen näkökulma ole tarkoitettu vähentämään työhyvinvointikyselyjen merkitystä ja perusteita kyselyjen kehittämiseen muissa käyttötarkoituksissa. (112)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö sote- ja maakuntauudistuksessa on yleisestä työhyvinvoinnista erillinen kysymys. Uudistuksen toimeenpanon alkuvaiheessa siirtyvälle henkilöstölle tehtävät seurantakyselyt toisivat tietoa muutoksesta ja samalla loisivat pohjaa sote-henkilöstön työkyvyn ja työhyvinvoinnin jatkuvalla seurannalla muutosvaiheessa ja toiminnan vakiintuessa, sekä mahdollistaisivat valtakunnallisen seurannan tarpeen mukaan myös jatkossa. Mikäli sote-työnantajat ottavat työkalun laajaan käyttöön, voidaan tiedon hyödyllisyyttä testata ja arvioida ohjauksen näkökulmasta.

Valmisteilla olevan maakunta- ja sote-uudistuksen osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki mahdollistaa myös sen, että maakuntia voitaisiin velvoittaa keräämään sote-henkilöstön työhyvinvointiin liittyvää tietoa osana muuta seurantatiedon keräystä. Maakunnat voivat edellyttää vastaavan tiedontuottamista myös yksityisiltä tuottajilta, jotka tuottavat maakunnan järjestämiä palveluja. Ongelmana kyselyiden toteuttamisessa on niiden kustannukset ja tiedontuotanto, jota ei ole kansallisella tasolla valmiina.

Työryhmän näkemyksen mukaan työhyvinvointikyselyt yleisenä tietona koottuna kaikilta alueiden työntekijöiltä eivät kansallisessa maakuntien ohjauksessa ole keskeisiä. Ne ovat muissa käyttötarkoituksissa tärkeitä, eikä kannanotto ole tarkoitettu vähentämään työhyvinvointikyselyjen ar-

voa yleensä. Järjestämisvastuulla tapahtuvan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työhyvinvointi on maakunnille tarpeellista tietoa. Jos maakuntien keräämä tieto sote-henkilöstön työhyvinvoinnista olisi kaikki maakunnat kattavaa ja vertailukelpoisessa muodossa, sitä voisi käyttää vertaiskehittämiseen ja selvittää olisiko siitä muodostettavissa kansallisessa ohjauksessa hyödynnettäviä mittareita. Maakuntien kiinnostus yhdenmukaisten tiedonkeruun työkalujen käyttöön kannattaa selvittää. Kansallinen yhdenmukaisten kysymysten kysymyspankki olisi suositeltava ja mahdollistaisi vertailukelpoisen tiedon käytön ja tarvittaessa palaamisen ohjauksen tarpeisiin. Ohjausnäkökulmasta työhyvinvoinnin tarkastelussa on arvioitava suoraan järjestelemistä kerättävän tiedon käytökelpoisuus (henkilöstörakenne, sairauspoissaolot, henkilöstön vaihtuvuus, vajaus...).

## 7.4 Työryhmän työssä esiin nousseet muut asiat

Työryhmän työssä on noussut esiin runsaasti erilaisia tietotarpeita, joiden kehittämiseen on tärkeä kiinnittää huomiota. Kehittämisehdotukset eivät ole vielä niin valmiita, että niitä voitaisiin ensimmäisessä vaiheessa ehdottaa kansallisten uusien tietotuotantolinjojen rakentamiseen. Lisäksi työryhmä on toimintansa aikana käsitellyt lukuisia erilaisia tietopohjaan liittyviä kysymyksiä, joista työryhmälle on syntynyt näkemyksiä. Osa asioista on laajoja, toiset taas liittyvät keskusteluissa korostuneisiin yksityiskohtiin. Työryhmän näkemyksiä on koottu tähän lukuun.

### 1. Kuntoutuspalveluihin liittyvät tiedot

Nykyisessä tietopohjassa on hyvin vähän kuntoutustoimintaan liittyviä tietoja. Kuntoutuksen uudistamiskomitea on kiinnittänyt asiaan huomiota. (91) Nykyiset tietovarannot ovat täysin puutteelliset tuottamaan mittaritietoa kuntoutuksen asiakasprosessien alkamisesta, kohdentumisesta, sisällöstä, kestosta tai lopputuloksesta. Kuntoutuskomitean ehdotuksiin sisältyy toimia tämän tilanteen korjaamiseksi. Julkisen perusterveydenhuollon terapiapalveluihin liittyviä tietoja on teoriassa jonkun verran saatavissa Avohilmon kautta, mutta tiedon laatu ei vielä riitä mittareiden muodostamiseen. Perustietoa saadaan joistakin Kelan korvaamista kuntoutuspalveluista ja kuntoutuksena annettavasta psykoterapiasta. Kuntoutuksen rahoitusjärjestelyt uudessa palvelujärjestelmässä ovat vielä avoimia ja toimintamalli voi muuttua nykyisestä. Kuntoutuspalvelujen seuraamista vertailukelpoisin indikaattorein vaikeuttaa palvelujärjestelmän epäyhtenäisyys ja standardoituja seurannan ja vertailun kohteita on vaikea löytää.

Työryhmän näkemyksen mukaan ensimmäinen askel kuntoutuksen tietopohjan kehittämisessä on kartoittaa nykyisen tietopohjan tilanne ja selvittää, miltä osin ja missä muodossa voitaisiin indikaattorein seurata vertailukelpoisesti sitä, miten maakunnat ovat onnistuneet järjestämään kuntoutuspalvelut alueensa asukkaille.

## 2. *Työikäisten toimintakyvyn seurantatiedot*

Toimintakyvyn arviointi ja muutoksen seuranta on olennainen osa yksilön saamaa hoidon prosessia. Hoitoprosessien laadun seurannassa valikoitujen potilasryhmien toimintakyvyn muutokset jonkun standardoidun hoitoprosessin yhteydessä on keskeistä ja soveltuu hyvin mm. kliinisissä laaturekistereissä seurattavaksi. Väestötasolla väestön toimintakykyä on tarkasteltu väestökyselyillä, joista valikoituja mittareita on mukana KUVA – mittaristoehdotuksessa, mittarit liittyvät palvelutarpeeseen. Kansallisessa palvelujärjestelmän ohjauksessa toimintakyvyn muutoksia on vaikea hyödyntää mittareina, ellei niitä saada kiinnitettyä johonkin vertailukelpoiseen riittävän laajaan asiayhteyteen, kuten kuntoutuksen, merkittävän kansansairauden hoidon tai työllistymistoimien vaikuttavuuden seurantaan. Kiinnittämistä ei ole mahdollista tehdä ilman soveltuvien asiayhteyksien tunnistamista. Työ- ja toimintakyky kasvun tekijänä – hankkeen toimenpide-ehdotusten mukaan maakunnat tarvitsevat valtakunnalliset linjaukset ja mittarit väestön työ- ja toimintakyvyn seurantaan. (113)

Työryhmän näkemyksen mukaan työikäisten toimintakyvyn mittaamisen vertailukelpoiset menetelmät, joita mm. TOIMIA-hanke on koonnut, ovat lähtökohtaisesti hyödyllisiä. Kansallisissa ohjaus- ja arviointiprosesseissa niitä ei kuitenkaan voida käyttää ennen kuin soveltuvia palvelujärjestelmän toimivuuteen liittyviä asiayhteyksiä tunnistetaan. Tämä olisi esimerkiksi kuntoutuksen onnistumisen seurannan kehittämisen ensimmäinen vaihe. Työ- ja toimintakyky on huomioitava väestökyselyissä ja validoitava käytössä olevia kysymyksiä. Työkyky on yksi keskeinen näkökulma työikäisten toimintakykyyn. Sen seurannassa on selvitettävä, löytyykö ohjausmittaristoon soveltuvia muitakin tarkasteluja, kun mukana jo ovat työkyvyttömyysmittarit.

## 3. *Henkilöstötiedot*

Nykyisessä tietopohjassa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötietoja saadaan tilastollisina selvityksinä, jotka erottelevat vain julkisen ja yksityisen palvelun henkilöstön. Tiedot henkilöstöstä ovat koulutuksen mukaisesti eikä tiedoista ilmene paljonko henkilöstöä on mukana eri palveluprosesseissa. Jotkut ammattiryhmät, mm. lääkärit, tuottavat järjestötoimintansa puitteissa jäsenistöään koskevia julkisia tilastotietoja. Ikäihmis-

ten laatusuositusten myötä on eri ikäihmisten palvelujen henkilöstömääristä tehty erilliskyselyjä. THL:n TEA-viisaritiedoissa on kysytty neuvoloiden, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja vastaavien terveyden edistämiseen liittyvien toimien henkilöresursseja.

Palvelujärjestelmän muuttuessa mitkään näistä tiedonkeruista eivät enää voi sellaisenaan jatkua tai niiden antama informaatio muuttuu olosuhteiden muuttumisen vuoksi. Osa sote-palveluja antavasta henkilöstöstä tulee olemaan maakuntien liikelaitosten palveluksessa. Henkilöstön siirtymää julkisten palvelujen ja yksityisen sektorin välillä tulee tapahtumaan. Henkilöstöä koskevilla tiedoilla on yhteys resurssina palvelujen saatavuuteen ja palvelujen laatuun. Resursoinnissa henkilöstömitoituksilla voi joissain tilanteissa olla merkitystä. Simuloidussa ohjausprosessissa käytettiin mm. neuvoloiden ja koulu- sekä opiskeluterveydenhuollon tietoja. Henkilöstön poissaolojen määrää voisi tarkastella suhteessa toiminnan laatuun.

*Työryhmän näkemyksen mukaan* maakuntien liikelaitoksissa työskentelevää henkilöstöä koskevat, ohjauksessa tarpeelliset tiedot, tulee saada käyttöön maakunnista, joilla kyseinen tieto on omissa henkilöstöhallinnon järjestelmissään. Palvelurakenteen muotoutuminen on vielä siinä vaiheessa, ettei ole mahdollista sanoa, mitkä kaikki tiedot saadaan vertailukelpoisina, esimerkiksi neuvola- ja kouluterveydenhuollon henkilöstömäärät. Rekisteripohjaista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötilastojen perustuotantoa on tarve jatkaa. Maakuntajärjestäjä tarvitsee itse tietoja henkilöstöstä mahdollisesti myös omaa palvelutuotantaan laajemmin järjestämissään palveluissa ja siksi ohjauksessa tarvittava henkilöstötieto ja tavat sen keräämiseksi valmistellaan ja sovitaan maakuntien kanssa vasta palvelurakennemuutoksen toimeenpanon myöhemmässä vaiheessa.

#### 4. *Tulorekisterin hyödyntäminen työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä olemisen ja muun henkilöstötiedon seuraamisessa*

Kokonaiskuvan saamiseksi palvelujärjestelmästä olisi maakunnan ohjauksessa ja järjestäjätehtävässä saatava tietoa siitä kuinka suuri osa alueen väestöstä on sairaanhoitopalveluja antavan työterveyshuollon piirissä. Tällaista tietoa ei ole tällä hetkellä saatavissa. Työnantajalla on laakisääteinen velvollisuus järjestää työntekijöilleen työterveyshuolto. Kela maksaa korvauksia työterveyshuollon järjestäjille, mutta tässä yhteydessä ei synny tarkkaa tietoa siitä, ketkä ovat palvelujen piirissä. Työterveyshuolto Suomessa – tutkimuksen perusteella tiedetään, että työterveyshuollon piiriin kuuluvilla työntekijöillä on 91 %:sti myös sairaanhoito

osana sopimusta. Velvollisuus järjestää työterveyshuolto kytkeytyy työ-sopimuksen perusteella tehtävään työhön eli käytännössä työhön, josta maksetaan palkkaa ja on palvelussuhde.

Suomessa on otettu käyttöön tulorekisteri, johon työsuhteeseen ja palkanmaksuun liittyvät tiedot kirjataan tulotietojärjestelmästä annetun lain perusteella. Tieto työterveyshuollon palvelun piirissä olosta ei sisälly näihin tietoihin, mutta tämä olisi paikka, jonne tieto olisi mahdollisesti teknisesti vietävissä osana palkanmaksutietoja ja liittyisi henkilöön, jolloin esimerkiksi työsuhteiden vaihtuminen ei muuttaisi tiedon kattavuutta. Tieto auttaisi myös työsuojelun valvontatehtävää. Rekisteriin tarvittaisiin tieto työterveyshuollon järjestämisestä vaihtoehtoina ennaltaehkäisevä työterveyshuolto tai ennaltaehkäisevä työterveyshuolto ja sairaanhoito sekä palvelun tuottajan nimi. Tulorekisterissä olevaa tietoa voi olla mahdollista hyödyntää myös muiden henkilöstöön liittyvien asioiden tarkastelussa. Tällaisia ovat esimerkiksi henkilöstömäärät ja –vaihtuvuus. (114)

Työryhmän näkemyksen mukaan kokonaiskuvan saamiseksi palvelujärjestelmästä ja muutoksista, tietopohjaan tulisi sisältyä tieto siitä, kuinka iso osa väestöstä on sairaanhoitoa antavan työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuoltoa koskevien ja muiden vastaavien tietojen saamiseksi tulisi selvittää uusia hallinnollisia mahdollisuuksia, kuten tulorekisteriä.

5. *Lääkehoidon ja lääkehuollon tietopohja* on nykytilassa hajanainen ja monimutkainen. Virkamiesnäkemyksen mukaan uudessa sotessa sekä kansallinen että järjestäjätason ohjaus edellyttävät nykyistä parempaa lääkehoidon tietopohjaa. Tunnistettuja tietopohjan kehittämisen osa-alueita ovat lääkitystiedonhallinta ja järjestäjän tietotarpeiden määrittely lääkehuollon osalta, lääkehoidon kustannusvaikuttavuusindikaattoreiden työstäminen, lääkehuollon tietopakettien käyttöönotto seurannassa ja johtamisessa, lääkkeiden käyttöön ja kulutukseen liittyvän seurannan ja raportoinnin kehittäminen sekä lääkkeen määräämistä ja lääkehoidon toteuttamista ohjaavien työvälineiden kehittäminen. KUVA-mittaristoon on valmisteltu mukaan muutamia lääkityksen käyttöön liittyviä Kelan lääkekorvaustietoja ja Fimean lääketukkukauppatietoon liittyviä mittareita. Valmistelutyön yhteydessä tuli ilmeiseksi, että rationaalisen lääkehoidon (vaikuttavuus, turvallisuus, laatu, yhdenvertaisuus ja taloudellisuus) oleellisten tietojen tietopohjan kartoitus on tarpeellinen ennen kuin pystytään arvioimaan ratkaisuvaihtoehtoja erilaisiin tietotarpeisiin. Sähköisen lääkemääräyksen tiedot Reseptikeskuksessa, Kelan lääkekorvaustiedot etuusrekisterissä, Fimean lääkkeiden tukkumyyntitilastot, ja julkisen terveydenhuollon ja potilaiden lääkeostoihin käyttämät rahamäärät ovat ainakin tarkastelun sisältöjä, joiden käytettävyyttä ja rajoitteita tulisi arvi-

oita. Tietopohjan tarkastelussa on huomioitava Kanta-järjestelmään rakenteilla olevan valtakunnallisen lääkityslistan valmistumisen myötä syntyvät tiedon keruun ja raportoinnin mahdollisuudet. Mikäli lääkehoidon korvausjärjestelmään tulee nykyistä sairausperusteisuutta muuttavia muutoksia, ne vaikuttavat tietopohjaan, mikä edelleen lisää tarvetta ymmärtää lähtötilanne.

Työryhmän näkemyksen mukaan lääkehoidon ja lääkehuollon tietopohjan kehittämisen ensimmäinen tehtävä on nykytilan kuvaaminen. Sen pohjalta on mahdollista tunnistaa tietopohjan kehittämismahdollisuudet ja kehittämisen tiekartta, jota tulisi toimeenpanna mm. Toivo-ohjelman kautta. Tiedonhallinnan ja sähköisten työvälineiden kehittämistarvetta on kuvattu tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa virkamiesmuistiossa Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista. Työ on tehtävä yhteistyössä STM:n aloitteesta käynnistyneen lääkehoidon kokonaisarkkitehtuurityön kanssa.

#### 6. *Palveluintegraatioon liittyvät tiedot*

Palveluintegraatioon eli palveluiden yhteensovittamiseen liittyvän tiedon merkitys kasvaa. Kansallisessa ohjauksessa ja maakuntien tietojohtamiseen tarvitaan tietoa siitä, millä tavoin eri alueilla (maakunnissa) palveluintegraatiota edistetään sote-valmistelutyössä, miten palveluintegraatio toteutuu ja mitä vaikutuksia sillä on. Maakuntien on pystyttävä seuraamaan ja vertailemaan integraation edistymistä ja toteutumista. KUVA-mittaristoon on valmisteltu mukaan muutamia palveluintegraatiota kuvaavia mittareita. Syksyllä 2018 toteutettiin kysely kaikkiin maakuntiin integraatiovalmistelusta. THL:n asiantuntija-arvioon sisällytetään vuodesta 2019 lähtien tietoa palveluintegraation toteutumisesta maakunnissa. Näistä elementeistä olisi mahdollista koota mittaristo ohjauksen ja seurannan tarpeisiin. (vrt. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisoinnin ja sen vaikutusten seurannan mittarit, STePS)

Työryhmän näkemyksen mukaan olisi oleellista, että tietopohjaan sisältyisi tietoa palveluintegraation edistämisestä, palveluintegraation toteutumisesta ja vaikutuksista. Tietoa voitaisiin kerätä kyselyillä, mutta toisiokäyttökäytännön voimaantulo mahdollistaisi myös rekistereiden avulla tapahtuvan integraatioseurannan.

#### 7. *Vanhuspalveluiden tilanteen seuranta*

Vanhustenpalvelujen tila-seurantatutkimuksessa on kerätty tietoja vuosina 2013 ja 2014. Kyselytoiminta jatkui vuosina 2016 ja 2018 osana ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O)” – kärkihanketta. THL:n tekemä kysely jakautui kahteen



osaan: vuoden 2016 kuntakyselyyn, johon saatiin 200 vastausta kunnista, kuntayhtymistä ja yhteistoiminta-alueista sekä toimiyksikkökyselyyn, johon vuonna 2018 vastasi 865 kotihoidon ja 1910 ympärivuorokautisen hoidon toimiyksikköä. Kysely ei ole osa vakiintunutta THL:n perustiedonkeruuta. Tiedonkeruussa koottuja tietoja on käytetty THL:n harjoitusarviointiraporteissa ja niitä on harjoittelun aikana julkaistu maakuntavertailuna ohjauksen ja arvioinnin Tietoikkunat -indikaattorin protossa. Tiedonkeruusta ei ole hyväksytty mittareita KUVA-listalle. Tietoja kuitenkin pilotoitiin osana STM:n valmistautumista harjoitusneuvotteluihin maakuntien kanssa. (116)

Työryhmän näkemyksen mukaan Vanhuspalvelujen tilan seuraaminen on tärkeä asia. Vanhustenpalvelujen tila- tutkimuksen avulla kerätty tieto ei kuitenkaan sellaisenaan sovellu uuteen palvelurakenteeseen. Hoito-ohjeiden ja muiden hyvien käytäntöjen noudattamista kyselevä prosessitieto ei sovellu maakuntien ohjauksen käyttöön vaan liittyy järjestäjän ja valvontaviranomaisen tason palvelutuottajan ohjaukseen. Henkilöstön määrää koskeva tieto on ohjauksessa tarpeen, mutta tulisi saada järjestelmistä muulla tavoin joko suoraan järjestelmistä, tai mikäli se ei onnistu, osana laajempaa eri toimintojen henkilöstötietoja koskevaa kyselyä järjestäjälle. Rekisteritiedonkeruun laajentuessa sosiaalihuoltoon, tulisi palvelujen käyttöön ja toiminnan laatuun liittyvästä tiedosta mahdollisimman suuri osa saada rekisteritietona ilman erilliskyselyjä. Edellä kohdassa 7.2 (4) esitetty ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen mittaaminen yhdistettynä rekisteripohjaiseen tietoon palvelujen toteutumisesta ja hallintojärjestelmäpohjaiseen tietoon henkilöstöstä olisi luotettava tietopohja vanhuspalvelujen tilanteen seurantaan.

#### 8. Sukupuolinäkökulman huomioiminen mittareissa

Terveydessä ja hyvinvoinnissa on suuria sukupuolieroja, joiden taustalla on monenlaisia biologisia, sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä. Miehillä ja naisilla on erilaisia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia sekä palvelutarpeita. Sairauksien sosiaaliset ja taloudelliset vaikutukset sekä interventioiden vaikuttavuus vaihtelevat miesten ja naisten välillä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjän tulee edistää tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti sukupuolten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden toteutumista palveluissa (tasa-arvolaki, yhdenvertaisuuslaki). Hallituksen tasa-arvo-ohjelmassa 2016–2019 on sitouduttu arvioimaan sote-uudistuksen sukupuolivaikutuksia valmistelussa, toimeenpanossa ja seurannassa. Sukupuolten tasa-arvon edistäminen edellyttää sukupuolisensitiivisyyttä sote-palveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä. Asian moninaisuuden vuoksi yksittäiset indikaattorit eivät helposti riitä kuvaamaan ongelmaa ja anta-

maan eväitä ohjaukselle. Monimutkaisuutta lisää se, että sukupuolisuu- den käsite on muutoksessa. Esimerkiksi Saksassa hyväksytään viralli- sesti myös kolmas sukupuoli. (117)

Sukupuolinäkökulmaa on käsitelty KUVA-TPA ryhmässä THL:n asian- tuntijavalmistelun pohjalta. Asiantuntijat totesivat tarpeelliseksi pohtia vielä tarkemmin sitä, haetaanko indikaattoreita, joissa tiedetään olevan isoja sukupuolieroja vai sellaisia, joiden muutoksia ja alueellisia eroja tu- lisi seurata sukupuolittain. Asiantuntijanäkemyksen mukaan mittarien käyttökelpoisuutta ohjauksen välineenä pitäisi testata valikoidulla jou- kolla indikaattoreita mittariston eri osa-alueilta ja käydä neuvotteluja mm. tuotantovalmiudesta ja rutiinituotantoon sitoutumisesta. Lisäksi toimin- nallisten tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelmien olemassaoloa ja laatua maakunnissa tulisi seurata, arvioida ja kehittää osana sote-uudis- tuksen toimeenpanoa. Asiantuntijat esittelivät joitain alustavia mahdolli- suuksia mittareiksi, mutta niitä ei ehditty valmistella työryhmään varsinais- seen päätöskäsittelyyn.

Työryhmän näkemyksen mukaan ohjauksessa käytettyjä mittareita ei voida rutiininomaisesti käyttää ”tuplana”, miehet ja naiset erikseen. Tämä tieto tulisi olla saatavissa Sotkanetistä niistä mittareista, jotka on mahdollista tuottaa sukupuolittain. Ohjaustilanteessa olisi hyödyksi, jos KUVA-mittaristolistalle tuotettaisiin muutama sukupuolisensitiivinen mit- tari, joiden kautta asia on mahdollista tuoda keskusteluun. THL:ssä tehty asiantuntijavalmistelu olisi hyvä lähtökohta mahdollisten mittareiden va- linnalle KUVA-mittaristoa päivitettäessä. Samalla on tarkasteltava laa- jemmin väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen seurantaa ja varautua sukupuolikäsitteen uudistumiseen.

#### 9. *Opiskeluterveydenhuolto*

Toisen asteen opiskeluterveydenhuollosta tullaan saamaan tietoja maa- kunnan liikelaitosten kautta. Korkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto on ollut jakautuneena ammattikorkeakoulujen palveluihin, joissa on ollut alueellista vaihtelua ja tiedeyliopistojen opiskeluterveydenhuoltoon, josta on huolehtinut Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. YTHS on tuottanut tilastotietoa omasta toiminnastaan, mutta sitä ei ole julkaistu osana kan- sallista tietopohjaa. Ammattikorkeakouluista saatava tieto on ollut hyvin hajallaan. Hallitus on antanut esityksen, jonka mukaan kaikkien korkea- koulujen opiskeluterveydenhuollon järjestäjäksi tulisi Kela.

Työryhmän näkemyksen mukaan olisi toivottavaa Kelan varmistavan, että sen järjestämisvastuulle siirtyvästä opiskeluterveydenhuoltotoimin- nasta on saatavissa tilastomuotoisia tietoja. Kokonaiskuvan luominen kunkin maakunnan palvelujärjestelmästä edellyttää, että maakunnassa

on käsitys siitä, millainen väestönosa saa terveysterveystietopalvelunsa korkeakoulujen opiskeluterveydenhuollosta. Mikäli maakunta osallistuu ratkaisun rahoittamiseen, tarvitaan myös kustannuksiin liittyviä tietoja.

#### 10. Erikielisyyden huomioiminen

Väestöryhmien yhdenvertaisuutta ja kielilain noudattamista palvelujärjestelmässä on seurattava. Suomessa asuvista äidinkielenään ruotsia ja saamen kieltä puhuvia on muutamaa aluetta lukuun ottamatta niin pieni väestöosuus, että rekisteripohjainen yhdenvertaisuuden toteutumisen seuranta on vaikeaa. Tilanne on sama niiden kohdalla, joiden äidinkieli on jokin muu kuin edellä mainitut kielet. Myös väestökyselyissä näiden asiakasryhmien vertailukelpoinen tavoittaminen on vaikeaa. Asiakaskyselyillä voidaan onnistua paremmin, erityisesti jos on kyse jatkuvasta tiedonkeruusta.

Työryhmän näkemyksen mukaan ohjausta varten tulisi osana arviointia tehdä soveltuvasti rekisteripohjaisia erillistarkasteluja kieliryhmien yhdenvertaisuuteen palveluissa. Väestökyselyissä tulisi yrittää päästä maakuntavertailun mahdollistamaan tietoon soveltuvassa muodossa. Asiakaspalautekyselyissä tulisi selvittää erikielisyyteen liittyviä mahdollisten ymmärretyksi tuleminen ongelmia.

#### 11. Hyvinvointikertomukset

Hallituksen esityksen mukaan maakuntien ja kuntien on laadittava valtuustokausittain julkisesti raportoitavat hyvinvointikertomukset ja THL:n on määrättävä niiden minimietosisältö. THL on esittänyt sisällöistä avoimesti kommentoitavat versiot, joissa merkittävä osa tiedoista on sellaisia, joissa maakunnat ja kunnat ovat riippuvaisia THL:n ja muiden tilastotuottajien tietotuotannosta.

Työryhmän näkemyksen mukaan hyvinvointikertomusten minimietosisällön ja kansallisen ohjauksen mittareiden tietosisällön tulisi olla sisällöltään yhdenmukaisesti määriteltyjä aina kun se on mahdollista, jotta maakunta ei joudu tilanteeseen, jossa se käyttäisi samaa tietoa eri muodoissa osana ohjausprosessia ja laatiessaan hyvinvointikertomusta. Tietotuotannon tulisi olla varmistettua, vakiintunutta ja helposti julkisista raportointipalveluista saatavilla hyvinvointikertomukseen soveltuvassa muodossa silloin kun hyvinvointikertomukseen määrätään tietosisältöjä, joiden saamiseksi maakunta ja kunta ovat riippuvaisia THL:n ja muiden tiedontuottajien tietotuotannosta. Hyvinvointikertomusten laatimista tukevat, maakuntien ja kuntien sähköiset kansallisesti yhdenmukaiset, työkalut sopisivat osaksi maakuntajärjestäjien ja kuntien työkalupakkia.

## 12. *Perusterveydenhuollon tuottavuustiedot*

Perusterveydenhuollon tuottavuustietoja on nykyisin tietopohjin vaikea tuottaa valtakunnallisesti vertailukelpoisella tavalla. Palvelujärjestelmän muuttuessa perusterveydenhuolto siirtyy sote-keskusten tuottamaksi ja niiden toiminnan sisältö vaihtelee maakuntien hallintopäätösten varioidessa. Tämä ei yksinkertaista tuottavuustiedon laskentaa. Jotta perusterveydenhuollon tuottavuutta voitaisiin mitata, tietopohjaa tulee parantaa monessa suhteessa: toimintayksiköistä tulisi saada yhtenäisellä tavalla määritetyt toiminnan kustannustiedot, Avohilmoon täytyisi tulla kaikkien toimintayksiköiden suoritiedot hyvällä ja yhtenäisellä kirjaamisella ja kansallisesti tulisi olla saatavilla tuotteistustyökalu suoritteiden määrittämiseen. Tuotteistustyökalun kehittäminen vaatii hyvää ja dokumentoituun kustannuslaskentatietoon perustuvaa suoritetaso-kustannustietoa, joka voidaan kytkeä suoritteisiin, ja millä voidaan laskea suoritteiden painokertoimet (vrt. DRG-painot erikoissairaanhoidossa).

Työryhmän näkemyksen mukaan tuottavuustietoja perusterveydenhuollosta ei ole tällä hetkellä mahdollista kerätä vertailukelpoisesti, mutta tietopohjaa ja laskennan työkaluja tulee kehittää edelleen. Mikäli kehittämistä tehdään riittävästi, perusterveydenhuollon tuottavuustiedon arvioidaan olevan maakuntavertailuun käytössä vuoteen 2025 mennessä.

## 13. *Ympäristöterveydenhuoltoon liittyvät tiedot*

Ohjausmittaristoon oli mahdollista liittää vain yksi tuotannossa oleva ympäristöterveydenhuoltoon liittyvä mittari, joka koskee ilman laatua. THL on ehdottanut ruoka- ja vesivälitteisiin epidemioihin liittyviä tietosisältöjä hyvinvointikertomuksiin. Mitään vakiintuneita tietotuotantolinjoja ei näistä ole olemassa, tieto pohjautuu selvitysraportteihin, joista se on käsin poimittava. Myöskään muista ympäristötekijöistä ei ole olemassa maakuntavertailuun soveltuvia rutiinitietotuotantoja, mutta tutkimustoiminnassa syntynyttä tietoa on olemassa.

Työryhmän näkemyksen mukaan ympäristöterveydenhuolto on merkittävä poikkihallinnollinen aihealue, jossa tilannekuvan muodostamista tulisi jatkossa kehittää yhteistyössä YM:n ja MMM:n kanssa.

## 14. *Maakuntien taloustilanteen seurannasta* laaditut KUVA-mittarit seuraavat kokonaiskustannuksia ja eri palvelukokonaisuuksien kustannuksia, jotka kertovat myös toiminnan volyyymistä. Lisäksi saadaan vertailua varten tarvevakioidut kustannus- ja erikoissairaanhoidon tuottavuustiedot. Taloustilanteen seurannassa tarvitaan monipuolisempaa tarkastelua. KUVA -mittaristoehdotuksessa on joitakin täydennyksiä tiedoista, joita odotetaan saatavan uudesta palvelurakenteesta. Maakuntien toiminnan arvioinnissa ja ohjauksessa taloustilanteen yksittäisiä mittareita laajempi

analyysi on välttämätön. Tarvitaan mm. sote-menojen ennustemalli. Yksi seurattava asia on ns. sote-perusura (eli paljonko sote-kustannukset ovat vuonna x, jos jatketaan, kuten nyt tehdään eli entiseen malliin). Toinen seurattava asia on maakuntien oma arvio siitä, kuinka paljon ne pystyvät menojaan/tulojaan sopeuttamaan: maakuntien oma näkemys, joka saataneen maakuntien omista raporteista ja ohjausneuvotteluissa. Kolmas näkökulma liittyy sote-kustannusten ennusteeseen, jossa voidaan arvioida muutosta, jos tiettyjä parametrejä muutetaan, esimerkiksi joidenkin toimenpiteiden seurauksena.

THL kehittää maakuntien sote-menojen ennustemallia. Malli rakentuu STM:n some-mallin pohjalle ja siinä katsotaan mm. maakunnan väestöennusteiden vaikutuksia tuleviin menoihin. Siitä on saatu jo ensimmäiset versiot ja tietoja oli mukana THL:n arviointiraporteissa. Tämä mallinnus tulee vielä kehittymään. Yhden ja kahden vuoden ennusteet saadaan todennäköisesti tarkemmin talousarvioista, mutta tällä mallilla voidaan katsoa viiden, kymmenen ja 15-vuoden ennustetta. Rahoituksen riittävyyden arviointiryhmässä voidaan tunnistaa uusia arviointitarpeita. Maakuntien välisen rahaliikenteen seuraaminen on todettu tärkeäksi, mutta maakuntien talousraportoinnin tämän hetken valmisteluvaiheessa ei ole onnistuttu muodostamaan määriteltyjä mittareita. Esimerkiksi toisen maakunnan palveluihin vaihtavat aiheuttavat muutoksia maakuntien maksuliikenteeseen.

Työryhmän näkemyksen mukaan seurantamenetelmiä on kehitettävä STM:n, VM:n ja THL:n yhteistyönä. Analysoitu THL:n raportti maakunnan taloustilanteesta ja ennusteesta on arvioinnissa ja ohjauksessa keskeinen. Myöhemmin voidaan täydentää KUVA-mittaristoa kehittämissä työssä tunnistetuilla yksittäisillä mittareilla, mm. maakuntien rahaliikennettä on olennaista seurata.

#### 15. Opetustoimeen liittyvät tiedot

Opetushallinto pitää yllä tilastopalvelua (Vipunen), johon on koottu pääosin Tilastokeskuksen, opetus- ja kulttuuriministeriön ja Opetushallituksen keräämiä ja rekistereistä poimimia tilastotietoja. Palvelusta löytyy mm. tilasto- ja indikaattoritietoa eri sektoreiden koulutuksesta ja koulutuksen jälkeisestä sijoittumisesta, korkeakouluissa tehdystä tutkimuksesta sekä väestön koulutusrakenteesta ja opiskelijoiden sosioekonomisesta taustasta. Hyvinvointikertomusten ehdotetussa tietosisällössä on joitakin opetustoimeen liittyviä tietoja. KUVA-työryhmä on ottanut mittareihin mukaan koulupsykologeihin ja koulukuraattoreihin liittyviä tietoja, mutta ei ole ehtinyt toimikautensa aikana arvioimaan onko opetustoimen

hallinnonalan tietovarannoissa sellaisia maakuntien kansalliseen ohjaukseen soveltuvia tietoja, silloin kun ohjauksessa tarkastellaan maakuntakunta hyvinvointityön rajapintakysymyksiä.

Työryhmän näkemyksen mukaan opetushallinnon tietovarantojen asian-  
tuntijoiden kanssa tulisi yhdessä arvioida, ovatko jotkut opetushallinnon  
tietovarantojen tiedot tarpeen maakuntien sote-ohjauksessa. Mikäli tieto-  
tarpeita todetaan, tulisivat tiedot saada, mikäli mahdollista, soten rapor-  
tointialustalle avointen rajapintojen kautta ilman erillisiä tietotoimituspro-  
sesseja. (118)

#### 16. Järjestötoiminnan seuraaminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuol-  
lon toiminnan tukena on Suomessa erilaisilla järjestöillä merkittävä rooli.  
Järjestökenttä on hyvin monimuotoinen ja mukana on sekä kansallisia,  
että alueellisia ja paikallisia toimijoita. Järjestöille annettavat avustukset  
ovat merkittävä aktiivisen järjestötoiminnan mahdollistaja. Sosiaali- ja  
terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) on sosiaali- ja terveysministe-  
riön yhteydessä toimiva itsenäinen valtionapuviranomainen, joka hallin-  
noi Veikkaus Oy:n pelituotoista sosiaali- ja terveysjärjestöjen yleis-  
hyödyllisiin, terveyttä ja hyvinvointia edistäviin hankkeisiin kohdistuvia  
avustuksia. Valtioneuvosto on asettanut STEA:n yhteydessä toimivan  
avustusasioiden neuvottelukunnan, joka koostuu sosiaali- ja terveysjär-  
jestöjen ehdottamista henkilöistä. Neuvottelukunta antaa lausuntoja  
avustustoiminnan yleisistä linjauksista ja strategisista suuntaviivoista  
sekä kehittää ja arvioi avustuspolitiikkaa ja järjestötoimintaa. Kunnat  
ovat merkittäviä järjestöavustusten antajia ja on odotettavissa, että myös  
maakunnilla on jatkossa tällainen rooli. Kuntien ja maakuntien tulevasta  
työnjaosta avustusten myöntämisessä ei toistaiseksi ole vielä selkeää  
kuvaa. STEA:n ja neuvottelukunnan toiminnan yhteydessä kertyy mo-  
nenlaista tietoa Suomen järjestökentästä. KUVA-työryhmä ei toimikau-  
tensa aikana ehtinyt arvioida onko STEA:n yhteydessä tietovarantoja,  
jotka olisivat hyödyllisiä maakuntien ja kuntien hyte-toiminnan seuran-  
nassa. Integraatiomuutosohjelmassa on mukana järjestyhteistyön huo-  
mioiminen.

Työryhmän näkemyksen mukaan on syytä kartoittaa yhteistyössä  
STEA:n ja järjestöjen kanssa millaisia tietovarantoja mahdollisesti olisi  
käytössä sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnasta ja sen rahoittami-  
sesta ja arvioida onko niistä saatavissa tietotuotantoon joitakin ohjauk-  
seen soveltuvia mittareita.

### 17. Raportoinnin kehittäminen

Ohjauksessa käytettävien yhteisesti sovitulla mittareilla tuotettujen tietojen tulisi olla oikea-aikaisesti saatavilla ja tarkasteluun sopivassa muodossa ryhmiteltynä kaikille ohjausprosessissa tätä tietoa hyödyntäville tahoille eli THL:lle, maakunnille, valvontaviranomaiselle, STM:lle, VM:lle ja poikkihallinnollisen yhteistyön tueksi kaikille muille maakuntien ohjaukseen osallistuville tahoille sekä avoimesti saatavilla myös kaikille. Tietoikkunan prototyyppi rakennettiin ohjausharjoitusten aikana tätä käyttöä varten. Kokeilukäytön myötä on selkiytynyt millaiset asiat ovat ohjaustietojen raportoinnissa tärkeitä. Kansallisessa tietopohjan raportoinnin kehittämisessä ohjaustietojen tarkastelun tulee olla selkeä oma tapansa tarkastella tietoja. Tiedontuottajien laajalla tietopohjalla on monia muitakin käyttötarkoituksia ja uusia raportointijärjestelmiä rakennettaessa tulee eri tietotarpeet ja tarkastelutavat ottaa huomioon ja rakentaa raportointi, joka muotoutuu erilaisiin käyttötilanteisiin.

#### Työryhmän näkemyksen mukaan:

- Ohjausmittareiden (KUVA) avulla tuotetun tiedon raportoinnin tulee maakuntien vertailun lisäksi mahdollistaa karttapohjainen tarkastelu, joka ulottuu kuntatasolle aina kun se on mahdollista.
- Raportointijärjestelmän tulee sisältää mahdollisuus tarkastella trendejä.
- Tiedon tulee olla jäsennelty siten, että informaatiota voidaan tarkastella ohjauksen näkökulmasta loogisessa järjestyksessä.
- Tietojen käyttäjillä tulee olla mahdollisuus hakea tiedot tarkasteltavaksi omissa järjestelmissään. (avoin rajapinta, Excel latausmahdollisuus)
- Ohjaustieto tulee raportoida myös ruotsinkielellä. Englanninkielistä raportointia suositellaan.

Työryhmän näkemyksen mukaan tarvitaan eri tietolähteistä muodostuva ja eri käyttötarkoituksia varten tietoa erilaisina näkyminä ohjausmittaritiedon näyttämistä paljon laajempi raportointialusta, josta kaikki julkisesti raportoitava sote-tietopohjan tieto löytyy tietoa tarvitsevalle, tiedon tuottajatahosta riippumattomasti. Raportointialustassa tulee ottaa huomioon poikkihallinnollinen yhteistyö siten, että sote-tarkasteluissa tarpeellista muiden hallinnonalojen tietoa löytyy oikeiden asiayhteyksien kohdalta. Lisäksi järjestelmän tulee ohjata käyttäjä löytämään eri tiedontuottajien omat raportointijärjestelmät ja erilaiset muut kansalliset tietoja kokoavat raportointijärjestelmät kuten OKM hallinnonalan järjestelmä ja esimerkiksi valmisteilla olevat raportointialustat Valtiokonttoriin ja kasvupalveluihin.

## 8 Ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista

### Tausta

Yksi Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmälle (KUVA) asettamispäätöksessä annettu tehtävä oli laatia ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista. Keväällä ja syksyllä 2018 harjoitelluilla ohjausneuvottelukierroksilla kokeiltiin KUVA-TPA ryhmän valmistelemaa ehdotusta mittaristoksi tuottamalla indikaattoreita vastaava data harjoittelukierroksia varten maakuntavertailutiedoksi. Tässä mittariston pilotoitinnissa tuli ilmeiseksi, että ohjausprosessi tarvitsee keskuhallinnon ohjauksen tarpeet kattavan kiinnitetyn mittaristoseitin, joka on maakuntien näkökulmasta hyödyllinen ja hyväksyttävä sekä yhteen sovitettu muiden hallinnonalojen ohjaustiedon kanssa. KUVA-mittaristo toimi simulaatioharjoituksissa tässä tarkoituksessa kehittämistarpeistaan huolimatta. Huomattiin, että mittariston pitää pysyä riittävän stabiilina pidemmänkin aikavälin trendien tunnistamiseen. Mittaristo tarvitsee kuitenkin sekä datapohjan kehittymisen, että tietotarpeiden fokuksen muutosten vuoksi jatkuvan päivitysmekanismin, joka pitää sitoa ohjauksen vuosikelloon. Mittariston pitää joustaa esimerkiksi nelivuotiskausien strategisten painopisteiden toimeenpanon seurantaan. Yhdessä sovitun mittariston todettiin olevan välttämätön THL:n arvioinnin ja STM:n ja keskushallinnon yhteisen ohjaustyön lisäksi myös maakuntien omien ja valvontaviranomaisten raporttien valmistelussa. Ehdotus sote-mittariston ohjaamisen ja kehittämisen valtakunnallisesta organisoinnista on käsitelty KUVA-TPA ryhmässä 22.11.2018 ja KUVA-ryhmässä 4.12.2018.

### Ehdotus

Työryhmien näkemyksen mukaan mittaristolla tulisi olla STM:n asettama ylläpidosta vastaava työryhmä, ”board”, jonka toimikaudet olisivat useampivuotisia. Työryhmän tehtävänä olisi päättää vuosittain mittaristoon tulevat muutokset (lisäykset, poistot ja määrittelyjen muutokset) ja vahvistaa kunakin ohjauskierrosvuonna käytettävä mittaristoseitti. Maakuntavertailutiedot julkaistaisiin THL:n kokoamina Tietokkunanassa ja annettaisiin maakuntien, valvontaviranomaisen ja THL:n arviointitoiminnon käyttöön niiden valmistellessa raporttejaan. Esitykset mittariston muutoksiksi toimitettaisiin ryhmän sihteeristön kautta valmisteltaviksi esityksiksi ja ryhmän käsittelyyn. Lisäksi työryhmän tulisi ohjauksen tietopohjan puutteita tunnistettuaan ehdottaa kehittämistoimia



tietopohjan parantamiseksi. Tietopohjan toimivuuteen ja raportointiin liittyvä kehittämistyö on tarkoitus vuosina 2019–2022 keskittää TOIVO-hankekokonaisuudelle (ks. 3.9) ja tänä aikana olisi perusteltua esittää kehittämissuhteet sinne.

Työryhmätyö tulisi nähdä osana vakiintuvaa ohjausprosessia ja siten sen vetovastuu sopisi STM:n ohjausosastolle. Siinä tulisi olla mukana ohjaukseen läheisesti liittyvät STM:n osastot ja THL:n arviointitoiminto, erityisesti arviointipäälliköt, sekä valvontaviranomainen ja maakuntien edustus vähintään yhteistoiminta-alueittain sekä VM. Kelan olisi tärkeä olla mukana asiantuntijana. Asiantuntijasihteeristöyö soveltuisi THL:n tietopohjasta vastaaville. Tarkempi ratkaisu sille, mitkä tahot ovat välttämättömiä osallistumaan ryhmään joko jäsenenä tai asiantuntijoina, on työryhmää valmisteltaessa tärkeä vielä täsmentää. Työryhmän jäsenillä tulisi kuitenkin olla riittävä ymmärrys tiedolla ohjauksesta, indikaattorityöstä ja tietopohjan käytöstä. Keväällä 2019 on vahvistettava vuonna 2019 alkavan ohjauskierron mittaristo, koska sen tulisi olla käytettävissä Tietoikkunassa toukokuussa 2019. Näin ollen tavoiteajankohta työryhmän asettamiselle olisi maaliskuu 2019.

Kansallisen ohjausmittariston ylläpidon ja kehittämisen lisäksi maakunnat tarvitsevat muuta laajempaa yhteistyötä omassa järjestämistoiminnassaan ja tuottajien toiminnan tukemisessa tarvittavan laajemman tietopohjan rakentamisessa. Tässä työssä maakuntien oma suora, mahdollisesti yhteistyöaluttain jäsentävä, yhteistyö on keskeistä. Siinä Sote-Digin kautta syntyvät mahdollisuudet yhteisten työkalujen rakentamiseen ja yhteistyö kansallisten asiantuntijalaitosten kanssa ovat keskeisiä.

Jokaisella kansalliseen tietotuotantoon liittyvällä viranomaistaholla on omat laissa säädettyihin tehtäviin liittyvät velvollisuutensa tuottaa tietoja esimerkiksi tilastoihin ja muuhun kansalliseen tietopohjaan. Sote-ohjausmittariston tietojen tuottaminen on sovitettava yhteen viranomaisten perustehtävissä olevaan tietotuotantoon, mutta se ei millään tavoin poissulje tai rajaa muita viranomaisten tietotuotantotehtäviä. Tiedon toimittajien ja tiedontuottajaviranomaisten on oltava vahvasti sitoutuneita ohjausmittareiden tuottamiseen, jotta kirjaamisen laatu saadaan paranemaan nykyisestä ja tietotuotanto aikataulutettua ohjausprosessin kannalta optimaaliseksi.

*KUVA-ryhmä ehdottaa*, että STM perustaa sote-ohjauksen valtakunnallisesti yhteisten indikaattoreiden ylläpidon ja jatkokehittämisen työryhmän osaksi ohjaustoimintaa. Työryhmän tehtävänä olisi päättää vuosittain ohjaukseen otettavan maakuntien vertailutiedon muutokset sekä esittää kehittämissuhteita ohjauksessa tarvittavan tietopohjan jatkuvassa kehittämisessä. Työryhmässä tulisi olla edustettuna ohjausprosessin asianosaiset tahot: STM, VM, THL, valvontaviranomainen ja maakuntien edustus vähintään yhteistoiminta-alueittain sekä päätöksentekoa tukemassa riittävä määrä keskeisiä asiantuntijatahoja.

## Liitteet

Liite 1. Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän toimeenpanoryhmä (KUVA TPA),  
asettamispäätös

Liite 2. Mittariston valmisteluun osallistuneet tahot ja palautteen antajat

Liite 3. Ehdotus sote-mittaristoksi mittarikohtaisine perusteluineen

# Liite 1. Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän toimeenpanoryhmä (KUVA TPA), asettamispäätös

STM091:00/2017

## **Sote-uudistuksen vaikuttavuus ja kustannustieto -ryhmän toimeenpanoalaryhmä**

Kustannus- ja vaikuttavuustietoryhmä on asettanut toimeenpanoalaryhmän toimikaudelle 1.12.2016 - 31.12.2018. Toimeenpanoalaryhmä jatkaa työtään Sote-uudistuksen vaikuttavuus ja kustannustieto -ryhmän ohjauksessa. Ryhmä huolehtii mittaristotyön käytännön organisoitumisesta ja valmistelee ehdotukset sote- vaikuttavuus ja kustannus -tietoryhmän käsittelyyn. Se valmistelee myös mittareihin ja niiden valmisteluun liittyviä kehittämissuhteita ja ehdotukset mittaristotoiminnan kansallisesta organisoimisesta osana pysyvää ohjausrakennetta. Työryhmä antaa esityksensä mittaristoksi ja mittaristotoimintaan liittyvät ehdotuksensa viimeistään 31.12.2018 mennessä.

### **Puheenjohtaja:**

Päivi Hämäläinen, hankejohtaja, STM

### **Varapuheenjohtaja:**

Tuomo Mäki, finanssineuvos, VM

### **Jäsenet:**

Heli Hätönen, neuvotteleva virkamies, STM  
Satu Karppanen, neuvotteleva virkamies, STM  
Sari Kauppinen, neuvotteleva virkamies, STM  
Taina Mäntyranta, lääkintöneuvos, STM  
Mika Kortelainen VATT  
Antti Saastamoinen VATT  
Päivi Koivuranta-Vaara, Kuntaliitto  
Mikko Peltola, THL  
Hanna Ahonen, Valvira  
Timo Hujanen, Kela  
Lea Vuorinen, Tilastokeskus  
Henri Seppänen, Tilastokeskus  
Olli Ahonen, Valtionkonttori  
Heikki Lukkarinen, Sitra  
Eija Peltonen, Pohjois-Savo  
Kaisa Kostamo-Pääkkö, Lappi  
Johanna Tulonen-Tapio, Etelä-Karjala  
Maire Ahopelto, Kainuu  
Sari Törölä, Satakunta

### **Asiantuntijasihteerit:**

Merja Kovanen, THL  
Outi Räikkönen, THL  
Eeva Ketola, THL

### **Tekninen sihteeri:**

Pia Söderholm, projektisihteeri, ST

### **Muutokset työryhmän jäseniin:**

- Sari Kauppinen virkavapaalle, sijainen 21.9.2018 alkaen Antti Saastamoinen, STM (siirtynyt VATTista)
- Mikko Peltolan, THL tilalle 21.9. 2018 alkaen Satu Kapiainen, THL
- Hanna Ahosen Valvira, tilalle 1.1. 2018 alkaen Sari Mehtälä, Valvira
- Lea Vuorinen, Tilastokeskus, tilalle 1.1. 2019 alkaen Mervi Koponen TK
- Henri Seppänen jäsen 31.12. 2017. asti.
- Sari Törölä Satakunta, tilalle 21.9. 2018 alkaen Mari Sanila, Satakunta
- Heikki Lukkarinen Sitra, siirtyi 1.1.2018. alkaen edustamaan Varinais-Suomen sairaanhoitopiiriä eikä Sitrasta ollut loppukaudella edustajaa.
- Asiantuntijasihteerinä päätöksessä mainittujen lisäksi toimivat:
- Sari Koskinen, STM 1.9.2017 – 31.12. 2018
- Sari Hanhinen, STM 22.11 2018 -31.1. 2019.
- Teknisenä sihteerinä vuonna 2018 -2019 ovat toimineet Sini Tuovinen ja Noora Manni, STM

## Liite 2. Mittariston valmisteluun osallistuneet tahot ja palautteen antajat

Työryhmässä olivat edustettuina: STM, VM, THL, Kuntaliitto, Kela, Valvira, Tilastokeskus, Valtiokonttori, VATT, Sitra ja alueiden edustajat: Pohjois-Savo, Varsinais-Suomi, Lappi, Etelä-Karjala, Kainuu ja Satakunta. Lukuisat asiantuntijat työryhmässä edustetuna olleista organisaatioista ovat osallistuneet mittariston valmisteluun ja antaneet siitä palautetta valmistelun eri vaiheissa. Lisäksi valmistelun aikana on kuultu kokouksissa tai kirjallisesti saatu palautetta seuraavilta henkilöiltä tai organisaatioilta:

Maakuntien kustannus-vaikuttavuustietoryhmä

Seppo Voutilainen

Aluehallintovirastot

Työ- ja elinkeinoministeriö

Kakita-hanke

Helsingin kaupunki, perusterveydenhuolto

Lyömätön Linja Espoossa ry

Rationaalisen lääkehoidon ohjelma

Suomen yleislääketieteen yhdistys

Suomen yleislääkärit ry

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit - pään ja kaulan kirurgia ry

Lapset, nuoret ja perheet Kärkihanke

Ympäristöministeriö

Suomen ihotautilääkäriyhdistys

Suomen verisuonikirurginen yhdistys

Talentia

Varsinais-Suomen maakunnan sote-valmistelu

Pirkanmaan maakunnan sote-valmistelu

Fysiatrian erikoisala, Keski-Suomen keskussairaala

Suomen gastroenterologiyhdistys

Suomen nefrologiyhdistys

Suomen nuorisopsykiatrinen yhdistys

Kliinisen fysiologian yhdistys

Suomen gynekologiyhdistys

Aarno Dietz, Dr.med., KYS. Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

Lääkäriliiton hallinto- ja johtajalääkärien alaosasto

Suomen Käsikirurginen yhdistys

Suomen Lääkäriliiton Lääkärityönohjaajat -alaosasto

Suomen Neurologinen yhdistys

Suomen Keuhkolääkäriyhdistys

Suomen Reumatologiyhdistys

Suomen Ortopediyhdistys

Ikäntyneiden palvelut kärkihanke -muutosagentit

Suomen Infektiolääkärit ry

Anne Santalahti, terveys- ja sosiaalijohtaja, Ylöjärven kaupunki

Suomen Ihotautilääkäriyhdistys

Erikoislääkäreiden tiimi, Tuula Arvonen, Outi Seppälä, Kristiina Patja, Marja-Liisa Portaankorva

Suomen työterveyslääkärit yhdistys

Picassos

SOCCA

SonetBotnia

Sosiaalitaito

Fimea

Työterveyslaitos

Pohjois-Pohjanmaa maakuntavalmistelu

Suomen potilasturvallisuusyhdistys

Esa Yritys, Oulun kaupunki

Pirjo Valtonen Varsinais-Suomen liitto 17.10.2018

## **Liite 3. Ehdotus sote-mittaristoksi mittarikohtaisine perusteluineen**

Erillinen Excel tiedosto, saatavissa <https://stm.fi/sotetiedonhallinta>.



## Lähteet

- 1) Vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmä (KUVA), <https://alueuudistus.fi/valmisteluryhmat/sote-uudistus>. Asettamispäätös
- 2) KUVA-ryhmä. (2016) Kustannus- ja vaikuttavuusryhmän väliraportti rahoitus- ja resurssiohjausryhmän kokoukselle 18.1.2017. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/3314862/Vaikuttavuus+ja+kustannustietoryhm%C3%A4n+v%C3%A4liraportti+sote-projektiryhmalle+%28tammi-kuu+2017%29.pdf/42e3fdd4-490f-4faa-b091-af30e6835b79>.
- 3) Vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmän toimeenpanoalaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Muistio 29.11.2016. <https://alueuudistus.fi/valmisteluryhmat/sote-uudistus#>.
- 4) <https://alueuudistus.fi/tietojohdaminen>
- 5) Kustannus- ja vaikuttavuustiedon kehittäminen ja tietopohjatarpeet 2017–2018 (muutosohjelma) 5.6.2017. Kustannus- ja vaikuttavuustiedon kehittäminen ja tietopohjatarpeet 2017-2018 (muutosohjelma)
- 6) Suomen sanakirja
- 7) Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika, Torvinen Anna, Klemola Katja, Sinivuori Kari, Larsio Antti, Hörhammer Iiris. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu-sarja 36/2017.
- 8) Häkkinen Unto, Peltola Mikko (2016). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ohjauksen edellyttämä tietopohja. Teoksessa Ilmo Keskimäki, Antti Moisio ja Markku Pekurinen (toim.). Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016.  
Niiranen Vuokko. Kunta-valtio suhde ja ohjauksen monet muodot. Teoksessa Kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunnan 40 ensimmäistä vuotta -juhla-julkaisu. Valtiovarainministeriö 4/2013. Juvenes Print 2013
- 9) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

- 10) Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 1704/2009. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta. HE 125/2018 vp. <https://vm.fi/kunnan-peruspalvelujen-valtiosuus>, <http://alueuudistus.fi>, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), <http://www.kunnat.net>.
- 11) Valtioneuvoston asetus kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 1446/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141446>.
- Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi/ Valtioneuvoston asetus kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf/05df0eec-7625-435a-b462-667279f2d029/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf.pdf>.
- [https://vm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/esiselvitys-kuntien-valtiosuusjarjestelman-uudistamisesta-kaynnistyy](https://vm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/esiselvitys-kuntien-valtiosuusjarjestelman-uudistamisesta-kaynnistyy).
- 12) Vaalavuo M, Häkkinen U, Fredriksson S. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. THL Raportti 24/2013, Helsinki. <http://www.julkari.fi/handle/10024/114577>. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/rahoitus/tarvevakioidut-menot>.
- 13) Valtioneuvoston asetus kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunnasta, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>, <http://vm.fi/kuntatalouden-ja-hallinnon-neuvottelukunta>.
- 14) Peruspalvelujen tila 2018. <https://vm.fi/julkaisu?pubid=25904> Kuntalaki 410/2015 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150410>.
- 15) Terveystalolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- 16) <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data>
- 17) <https://www.hyvinvointikertomus.fi>. <http://www.fcg.fi/shvk>
- 18) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3106-0>.

- 19) Sosiaali- ja terveysministeriö (2016), Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74745/RAP%202016\\_2.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74745/RAP%202016_2.pdf?sequence=1).  
  
19B) <https://palveluvalikoima.fi/etusivu>
- 20) Oikarinen T. (2015) Kuntien talous- ja toimintatietojen tiedonantovelvoitteiden ja raportoinnin säädösperusta. Nykytilan kuvaus ja analyysi, 26.11.2015
- 21) Tilastolaki 280/2004. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040280>.
- 22) <https://www.kuntaliitto.fi>. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/tilastot-ja-erillisselvitykset>.
- 23) <https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/tietoa-helsingista/tietoa-hel-fista/tilastot-ja-tutkimukset>
- 24) <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo>  
  
[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen\\_terveydenhuollon\\_luvat/toimintakertomus](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/toimintakertomus)  
  
[https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/yksityisen\\_sosiaalihuollon\\_luvat/toimintakertomus](https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/yksityisen_sosiaalihuollon_luvat/toimintakertomus)  
  
[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen\\_terveydenhuollon\\_luvat/kantapalvelut\\_ja\\_rekisteritiedot](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/kantapalvelut_ja_rekisteritiedot)
- 25) <https://www.kela.fi/sairaanhoitokorvaukset>
- 26) Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080668>.
- 27) <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data>
- 28) <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi>
- 29) <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/koodistopalvelu/tekni-set-ohjeet/sote-organisaatiorekisteri>

- 30) <https://julkiterhikki.valvira.fi/>  
  
<https://www.valvira.fi/-/kaikki-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palveluntuottajat-saamaan-rekisteriin-vuonna-2019>.
- 31) <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tilastot>,  
  
<http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-tilastoja>,  
  
<http://www.valvira.fi/alkoholi/tilastot>,  
  
<https://www.avi.fi/web/avi/julkaisut>.
- 32) Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntauudistuksen täytäntöönpanoa sekä valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien uudelleenorganisointia koskevaksi lainsäädännöksi. HE 14/2018 vp. Hallituksen esitys 8.3.2018
- 33) <https://tem.fi>
- 34) <https://tem.fi/tyollisyyskatsaus-ja-tyonvalitystilasto>
- 35) <https://tem.fi/maakuntauudistus>
- 36) Laki Kansaneläkelaitoksesta 731/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010731>
- 37) <http://www.kela.fi/tietosuoja>
- 38) <https://www.kela.fi/kelasto>,  
  
<http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain>
- 39) <https://www.kanta.fi/tilastot>
- 40) Laki tilastokeskuksesta 48/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920048>.
- 41) <http://www.tilastokeskus.fi/keruu/index.html>
- 42) <http://www.stat.fi/til/>

- 43) <http://www.stat.fi/til/aiheet.html#sos>
- 44) <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ennusteet/tilastot/etk-tilastojen-tuottajana/>
- 45) <https://vrk.fi/tietoa-meista#>
- 46) Asetus työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta 501/1978, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1978/19780501>. Valtioneuvoston asetus työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetun asetuksen muuttamisesta 1320/2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20151320>.
- 47) <http://www.julkari.fi/handle/10024/132321>
- 48) Työterveyshuoltolaki 1383/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>.  
  
<https://www.laatuportaali.fi/tietoa.html>.
- 49) Leino, T., Syynimaa, S., Hirvonen, M., Työterveyshuollon laatuksely ja laatusoluokitus 2018. Työterveyslaitos 2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136805>.
- 50) <https://www.ttl.fi/mitakuuluu/tyoterveyslaitos>
- 51) [https://www.fimea.fi/tietoa\\_fimeasta](https://www.fimea.fi/tietoa_fimeasta),  
  
[http://www.fimea.fi/tietoa\\_fimeasta/julkaisut](http://www.fimea.fi/tietoa_fimeasta/julkaisut).
- 52) [www.kela.fi/kelasto](http://www.kela.fi/kelasto),  
  
[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus),  
  
[https://www.fimea.fi/laakehaut\\_ja\\_luettelot/kulutustiedot](https://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/kulutustiedot).
- 53) <http://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki>,  
  
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>.
- 54) [http://www.112.fi/hatakeskusuudistus/uusi\\_tietojarjestelma](http://www.112.fi/hatakeskusuudistus/uusi_tietojarjestelma),  
[http://www.112.fi/hatakeskuslaitos/tilastot\\_ja\\_toiminnan\\_seuranta](http://www.112.fi/hatakeskuslaitos/tilastot_ja_toiminnan_seuranta)

THL. Työpaperi 31/2016 Ensihoitopalvelun kansallinen tietovaranto ja tiedolla johtaminen, [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131300/URN\\_ISBN\\_978-952-302-744-2.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131300/URN_ISBN_978-952-302-744-2.pdf?sequence=1).

- 55) <http://tilastot.migri.fi/#applications>
- 56) <https://www.maanmittauslaitos.fi/>
- 57) <http://www.pvk.fi/fi/tilastot-ja-tutkimukset/>
- 58) <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmäpalveluiden-seuranta-ja-arviointi-steps-2.0->
- 59) [http://www.syke.fi/fi-FI/Avoin\\_tieto/Paikkatietoaineistot](http://www.syke.fi/fi-FI/Avoin_tieto/Paikkatietoaineistot)
- 60) [https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies\\_fi](https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies_fi)
- 61) <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/kansainvaliset-tilastot>,  
<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/tilastojen-laatu-ja-periaatteet>,  
<https://www.stat.fi/>,  
<https://ec.europa.eu/eurostat>,  
[http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en),  
[https://www.oecd-ilibrary.org/education/data/education-database\\_edu-db-data-en](https://www.oecd-ilibrary.org/education/data/education-database_edu-db-data-en),  
<https://www.unodc.org/>,  
<http://www.icbdsr.org/>
- 62) Laki talous- ja rahaliiton vakaudesta, yhteensovittamisesta sekä ohjauksesta ja hallinnasta tehdyn sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta ja sopimuksen soveltamisesta sekä julkisen talouden monivuotisia kehyksiä koskevista vaatimuksista 869/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120869?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%28869%2F2012%29> .

Valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta 120/ 2014.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140120>.

- 63) Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi annetun hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) täydentämiseksi maakuntien rahoitusta koskevien ja eräiden muiden säännösten osalta. HE 57/2017 vp. <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170057>.

<https://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf/05df0eec-7625-435a-b462-667279f2d029/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf>

<https://alueuudistus.fi/lakiesitykset>

- 64) <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3118184/Hyvinvoinnin+ja+terveyden+edist%C3%A4minen+2016+08+30.pdf/5757363a-ea04-469c-aaee-555f0c410fa9>,

<https://alueuudistus.fi/hyte/kannusteet>.

<https://alueuudistus.fi/jarjestamisen-kasikirja/suunnittelu-ja-seuranta/hyvinvoinnin-edistaminen>,

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyte-kerroin-kannustin-kunnille>,

<https://alueuudistus.fi>,

<https://alueuudistus.fi/soteuudistus/hyvinvoinnin-edistaminen>,

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/kunnan-hyvinvointikertomus/tietolahteet>.

- 65) Tiedolla johtaminen aluekehittämisessä – ehdotus aluekehityksen tilannekuva-viitekehikseksi ja -mittaristoksi. Raportti Valtioneuvoston kanslia Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2018. <https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=24203>.

- 66) Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntauudistuksen täytäntöönpanoa sekä valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien uudelleenorganisointia koskevaksi lainsäädännöksi HE 14/2018 vp. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE\\_14+2018.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_14+2018.aspx).
- Laki valtion lupa- valvontavirastosta. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/4570327/Laki+Valtion+lupa+ja+valvontavirastosta/26420391-dfa5-4f42-89fa-d5b37e4a9d2e/Laki+Valtion+lupa+ja+valvontavirastosta.pdf>.
- Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. <https://alueuudistus.fi/lakiesitykset>.
- 67) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 26/2018. Selvityshenkilön raportti. Järjestöjen rooli maakunta- ja sote-uudistuksessa. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160957/STM\\_r26\\_18\\_Jarjestojen\\_rooli\\_maakuntajasoteuudistuksessa.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160957/STM_r26_18_Jarjestojen_rooli_maakuntajasoteuudistuksessa.pdf).
- 68) Hallituksen esitys HE 52/2017 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta.
- [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE\\_52+2017.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_52+2017.pdf).
- 69) THL.fi. Hyvinvointikertomusten minitietosisältö. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/tiedon-hyodyntaminen/hyvinvointikertomusten-minimitietosisalto>.
- 70) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 16/2018 vp. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE\\_16+2018.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_16+2018.pdf).
- 71) Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta. 1516/2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161516>.
- 72) <https://alueuudistus.fi/opiskeluterveydenhuolto>, Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta sekä eräksi siihen



- liittyviksi laeiksi. STM/1856/2018. <https://alueuudistus.fi/documents/1271139/7831888/HE+luonnos+fi.pdf/48769dda-644c-490e-84a0-14da59c4816b/HE+luonnos+fi.pdf.pdf>.
- 73) Mielenterveyslaki 116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- 74) Päihdehuoltolaki 41/1986. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.
- 75) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>.
- 76) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- 77) Hallituksen esitys eduskunnalle vammaispalvelulaiksi sekä laeiksi sosiaalihuoltolain ja varhaiskasvatuksen asiakasmaksuista annetun lain 13 §:n muuttamisesta. HE 159/2018 vp. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot/Valtiopaivaasia/Sivut/HE\\_159+2018.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot/Valtiopaivaasia/Sivut/HE_159+2018.aspx).
- <https://stm.fi/vammaislainsaadannon-uudistus>.
- 78) Hallituksen esitys eduskunnalle tartuntatautilaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi, HE 13/2016 vp. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2016/20160013.pdf>,  
Tartuntatautilaki 227/2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227>.
- 79) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. HE300/2018. <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/6184550/HE+Asiakastietolaiksi+280618.pdf/f3bbcbdb-7a63-4131-96c5-19e8c7ee6de4/HE+Asiakastietolaiksi+280618.pdf.pdf>.
- 80) Lääkelaki. 395/1987. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061>.
- 81) <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi/sote-tietopohja>,  
<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi> <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi/arviointi/arviointin-harjoitus-syksy-2018->.

<https://proto.thl.fi/tietoikkuna/#/chart>

- 82) Asiakaspalautteen kansallisen keruun yhtenäistäminen – sisällölliset ehdotukset Projektin loppuyhteenveto

<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalautte/asiakaspalautteen-kansallisen-keruun-yhtenaistaminen>.

- 83) Hämäläinen Päivi, 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 (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettiennäkökulmasta. Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi. Työpäpaperi 26/2016

- 84) Sitra. Ehdotus sote-tietopakettien laatu-, vaikuttavuus ja uudistumiskykymittareista. Työpäpaperi 14.12. 2017.

<https://media.sitra.fi/2018/01/15105634/ehdotussote-tietopakettienlaatuvaikuttavuusjauudistumiskykymittareista.pdf>

<https://alueuudistus.fi/sote-tietopaketit>

<http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs206>

- 85) <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>

<https://vm.fi/kuntatieto>,

<http://tilastokeskus.fi/keruu/kuntien-taloustilastojen-uudistus.html>

- 86) <https://alueuudistus.fi/maakuntatieto-ohjelma>,

<https://vm.fi/maakuntatieto>,

<http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs206>,

<http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/projects/kuntien-xbrl-taksonomian-laajennus-maakuntiin>

- 87) Maakuntien tiedolla johtamista ja sitä tukevan tiedonhallinnan kehittämistä koordinoiva ohjelma (Maakuntatieto-ohjelma). Asettamispäätös VM129:00/2017. <https://vm.fi/hanke?tunnus=VM129:00/2017>,

[https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/c234c750-77cb-4c05-8162-e669c81078f8/9f19a35b-f91a-4000-a94b-b0b01e03c10e/ASETTAMISPAA-TOS\\_20171124123036.pdf](https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/c234c750-77cb-4c05-8162-e669c81078f8/9f19a35b-f91a-4000-a94b-b0b01e03c10e/ASETTAMISPAA-TOS_20171124123036.pdf)

- 88) <https://stm.fi/hankkeet>,

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/karkihankkeet>,

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lasten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelut-lth-tutkimus>,

STM (2016). Kärkihanke. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap\\_ja\\_mui\\_2\\_2016\\_\\_.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ja_mui_2_2016__.pdf?sequence=1),

STM (2016) Kärkihanke, Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM\\_RAPORTTI.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1)

Kokonaisarkkitehtuurin kuvaus. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa -kärkihanke. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 50/2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4006-2>

- 89) [https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/sote-palvelujen-sisaltojen-uudistus-maakunnissa-jatkuu](https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-palvelujen-sisaltojen-uudistus-maakunnissa-jatkuu),

<https://www.innokyla.fi/web/tyotila6935078/tule-mukaan-integraatiofoorumiin-13.11.2018>

- 90) [http://shop.kuntaliitto.fi/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=2597)

- 91) STM. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi.

Helsinki 2017. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- 92) Kustannus- ja vaikuttavuustiedon kehittäminen ja tietopohjatarpeet 2017–2018 (muutosohjelma). Päivitetty 2.5.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4439893/Muutosohjelma.pdf/f871fdc9-5a09-40fa-af44-d780b9d216b9>

Maakunnan digipalvelut järjestämistehtävässä – Loppuraporttiluonnos 29.6.2018. <https://www.innokyla.fi/documents/6802229/3de0f36c-efa1-4048-baf6-2c2998f551e7>

- 93) Jari Porrasmaa, Anna Kärkkäinen, Marko Jalonen, Konstantin Hyppönen, Riitta Alkula, Raija Rahkila-Bergström, Maarit Rötsä, Joni Komulainen, Mikko Poutanen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisarkkitehtuuri - sote-yhteiset palvelut ja terveydenhuolto 2020. KAJAKKI-projektin loppuraporttiluonnos. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:28. Helsinki STM (2016) <http://stm.fi/documents/1271139/3206755/Kajakki-projektin+loppuraporttiluonnos+liitteineen+19.9.2016.pdf/9d162d7e-349b-47cf-8d0c-f5d07f9e52e2>.

- 94) Sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelma (Toivo). [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/sote-tiedolla-johtamisen-ict-ratkaisujen-valmistelu-kootaan-uuteen-ohjelmaan](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-tiedolla-johtamisen-ict-ratkaisujen-valmistelu-kootaan-uuteen-ohjelmaan).

- 95) Valtioneuvoston kanslia. Ehdotus sosiaali- ja terveystieteiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Raportti. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisu 36/2017. <https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=18701>.

- 96) Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta (VN TEAS). Tulevaisuuden tieto johtaminen maakunnissa. Väliraportti 26.10.2018.

[https://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/tietojohdaminen\\_v%C3%A4liraportti\\_2018.pdf/8d7260e9-1ae6-cb88-5f92-b62f0b66cb27/tietojohdaminen\\_v%C3%A4liraportti\\_2018.pdf.pdf](https://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/tietojohdaminen_v%C3%A4liraportti_2018.pdf/8d7260e9-1ae6-cb88-5f92-b62f0b66cb27/tietojohdaminen_v%C3%A4liraportti_2018.pdf.pdf)

[https://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset\\_publisher/tulevaisuuden-tietojohdaminen-maakunnissa](https://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset_publisher/tulevaisuuden-tietojohdaminen-maakunnissa).

- 97) Digitaalisten tietoaineistojen kansallinen kuvausjärjestelmä. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/digitaalisten-tietoaineistojen-kansallinen-kuvausjarjestelma>.

<https://www.sitra.fi/hankkeet/isaacus-esituotantohankkeet/>

<https://www.sitra.fi/julkaisut/huomisen-hyvinvointia-datasta/#3-oppeja-matkanvarrelta>

Kansallisen Kuva-mittariston pilotointi alueellisen tietoaltaan päällä loppuraportti. Versio 1.1. 31.1.2019. Sitra <https://github.com/Sitra-Isaacus/VSSHP---Kuva-mittariston-toteuttaminen>

- 98) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 159/2017.  
[https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE\\_159+2017.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_159+2017.aspx)
- 99) <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/4502691/Maakunnan+teht%C3%A4v%C3%A4t/9656098f-17ea-4544-8540-84bbda3adc53>
- 100) Valtteri Laasonen, Janne Antikainen, Susanna Haanpää, Timo Aro, Vesa Salminen, Anne-Mari Järvelin, Juha Koskinen, Eero Laesterä, Janne Huovari. Tiedolla johtaminen aluekehittämisessä – ehdotus aluekehityksen tilannekuvaviitekehikseksi ja -mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2018. [https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/2\\_2018\\_Tiedolla\\_johtaminen\\_aluekehitt%C3%A4miss%C3%A4.pdf/823471d8-b994-4f00-ad8b-4af1db2fa7b4?version=1.0](https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/2_2018_Tiedolla_johtaminen_aluekehitt%C3%A4miss%C3%A4.pdf/823471d8-b994-4f00-ad8b-4af1db2fa7b4?version=1.0)  
[https://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset\\_publisher/kasvua-ja-kilpailukyky-tiedolla-alueille-kakita-](https://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset_publisher/kasvua-ja-kilpailukyky-tiedolla-alueille-kakita)
- 101) Valtiokonttorin verkkosivut. [http://www.valtiokonttori.fi/fi-fi/Kansalaisille\\_ja\\_yhteisoille/Kunta\\_ja\\_maakuntatalouden\\_tietopalvelu](http://www.valtiokonttori.fi/fi-fi/Kansalaisille_ja_yhteisoille/Kunta_ja_maakuntatalouden_tietopalvelu)
- 102) Mäkäläinen, J., Maakuntien ohjauksen simuloinnin loppuraportti. Valtiovarainministeriö. <https://alueuudistus.fi/simulointi>,  
<https://alueuudistus.fi/documents/1477425/8406491/Simulointiraportti.pdf>.
- 103) Pekurinen Markku, Jonsson Pia Maria & Parhiala Kimmo (2017). THL:n uusi arviointitoiminto Valmistelun käynnistämissuunnitelma, 30.3.2017.  
  
Sote-tietopohja-hankesuunnitelma1.0, Toimeenpanosuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2017).

THL:n sote-tietopohjan uudistaminen. Suunnitelma vuosille 2017–2018.

<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi/arviointi>

<https://proto.thl.fi/tietoikkuna/#/chart>

- 104) <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs206>,
- <http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/projects/jhs200-paivitys/kuntien-ja-kuntayhtymien-palveluluokitus>
- 105) Gissler, Mika; Hämäläinen, Päivi; Jääskeläinen, Marke; Larivaara, Meri; Punto, Tomas; Rasilainen, Jouni; Vuori, Arto. Sairastavuus-tilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL 2012. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90835>.
- OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa 2011–2012, tilastoraportti <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/oecd-n-terveydenhuollon-laatuindikaattorit-suomessa>.
- 106) <https://www.ahrq.gov/>
- 107) <https://alueuudistus.fi/maakuntien-rahoitus-ja-ohjaus>
- 108) THL: Asiakaspalautteen kansallisen keruun yhtenäistäminen – sisällölliset ehdotukset Projektin loppuyhteenveto [https://thl.fi/documents/2616650/4249406/LIITE\\_1\\_asiakaspalautetiedonkeruu\\_sis%C3%A4lt%C3%B6ehdotukset\\_02181029.pdf/21ba0a75-c27d-4b90-b43f-36363926e7b2](https://thl.fi/documents/2616650/4249406/LIITE_1_asiakaspalautetiedonkeruu_sis%C3%A4lt%C3%B6ehdotukset_02181029.pdf/21ba0a75-c27d-4b90-b43f-36363926e7b2).
- 109) Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
- 110) <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmalveluiden-seuranta-ja-arviointi-steps-2.0-> ,  
Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön - strategia 2020. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3548-8.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf).

- 111) <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/asiakaspalautteen-kansallisen-keruun-yhtenaistaminen>.
- 112) <https://www.ttl.fi/mitakuuluu/>
- 113) Työ- ja toimintakyky kasvun tekijänä maakunnassa: Selvitysraportti. Työterveyslaitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/137517>.
- 114) Laki tulotietojärjestelmästä 53/2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/2018005>.
- 115) Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista. Virkamiesmuistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 15/2019.
- 116) <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>
- 117) Sosiaali- ja terveysministeriö. Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3775-8>,  
  
<https://www.hs.fi/ulkomaat/art-2000005951595.html>
- 118) <https://vipunen.fi/fi-fi>

## Tausta-aineisto

Lehto, Martti & Neittaanmäki, Pekka. (2017) Suomen terveystaympäristö. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja No. 35/2017. Jyväskylä 2017

Parikka Suvi & Martelin Tuija (toim.) Terveyttä, hyvinvointia ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavien indikaattoreiden tarve, käyttö ja ongelmat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 59/20111. Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino.

STM (2014). Aluehallintovirastojen ja Valviran työnjakoa ja yhteistyötä kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:24. Helsinki

STM (2016). Hallitusohjelman toimeenpano STM:n hallinnonalalle 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:2. Helsinki.





