

Asia: VN/20544/2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta hyvinvointialueiden tehtäviä koskeviksi valtakunnallisiksi tavoitteiksi vuosille 2025-2029

Lausunnonantajan lausunto

Voitte kirjoittaa lausuntonne alla olevaan tekstikenttään

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen lausunto luonnoksesta hyvinvointialueiden tehtäviä koskeviksi valtakunnallisiksi tavoitteiksi vuosille 2025-2029

Kiitämme mahdollisuudesta lausua merkittävään, koko toimintaamme koskevaan tavoiteasetantaan.

Tavoitteiden kokonaisuus (s. 10) on kuvattu selkeästi sekä sanallisesti että kuviona 1. Tavoitteet on jaoteltu toiminnan tavoitteisiin (7 kpl) ja toimintaedellytysten tavoitteisiin (3 kpl). Taulukossa 1. lienee virhe, sillä tavoitteet 2 ja 3 ovat sanoitettu samalla tavalla.

Yksityiskohtaiset kommentit esitetään seuraavassa tavoitteiden esitysjärjestyksessä.

Kohdassa 3.1.1 tavoitteen kuvauksessa käytetty lause Taloudellinen kestävyys ja henkilöstöressurssien riittävyys sekä inhimillinen kärsimys ovat sidoksissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn tuloksellisuuteen jää lukijalle merkitykseltään epäselväksi. Ajatusta tulisi selventää.

Väestön hyvinvoinnin tavoitteissa liikutaan ylätasolla nimeämättä mitään väestönosaa. Olisi mielestämme tarpeen kuitenkin huomioida lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdekriisi ja palvelujen riittämättömyys, johon myös STM kiinnittää huomiota luonnoksessaan selvitykseksi hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2024, s. 8). Lasten ja nuorten hyvinvoinnilla on strateginen merkitys Suomen tulevaisuudelle, nuorten sukupolvien kyvylle kouluttautua ja tehdä työtä sekä ylipäättään yhteiskunnan sosiaaliselle ja taloudelliselle kestävyydelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kyky ratkaista lasten ja nuorten pahoinvointiin liittyviä ongelmia on kuitenkin rajallinen, ja suuri merkitys on muilla lasten ja nuorten kehitystä tukevilla palveluilla, kuten kasvatus- ja opetuspalveluilla, sekä ylipäättään perheiden hyvinvoinnilla ja riittävällä toimeentulolla.

STM:n selvitysluonnoksessa (s. 14) todetaan, että ”Sosiaalisesti kestävässä talouden suunnittelussa panostetaan ylisukupolvisen huono-osaisuuden ennaltaehkäisyyn, hyvinvoinnin mahdollistamiseen, eriarvoisuuden kaventamiseen muun muassa ennalta ehkäisevien palvelujen avulla”.

STM toteaa edelleen, että ”keskeinen hyvinvointialueiden ratkaistava ongelma on lasten ja nuorten palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja se, että ehkäisevän terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä puuttuvat riittävät palvelut lapsille ja nuorille”. Tilanteen korjaamiseksi STM ehdottaa ”kaikilla hyvinvointialueilla lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamista huomioiden erityisesti ennalta ehkäisyn ja perustason palvelujen nykyistä parempi toimivuus”. Varha kannattaa tämänkaltaista tavoitteen tarkennusta tavoitteisiin.

Tavoiteasetannassa jää huomiotta myös henkilöstövajeesta johtuva erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn vaikeus, jota ei voida ratkaista pelkästään perustason ja erikoistason välisen työnjaon tai hoitoketjujen kehittämisen alueellisin keinoin. Erikoissairaanhoidon mukaisen hoidon toteuttaminen edellyttää riittävää määrää erikoislääkäreitä, diagnostisia palveluja ja muuta erityisosaamista (esim silmätaudit, psykiatria, radiologia, kirurgia). Julkisen erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn turvaamisessa tarvitaan myös kansallisen palvelujärjestelmän tasoisia ratkaisuja, priorisointia ja riittävää rahoitusta.

Varha toteaa edelleen, että nykyinen rahoitusmalli ei ohjaa väestön terveyshyödyn maksimointiin ja vaikuttavuuteen. Luonnostellut tavoitteet ovat pääosin aivan oikeita, mutta keskeinen ohjausväline eli rahoituslaki ei tue tavoitteiden saavuttamista. Rahoituslaki ohjaa tekemään diagnooseja ja palkitsee sairauksien hoitamisesta, ei niiden ennaltaehkäisystä.

Kohdasta 3.2.1 Varha huomauttaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluketjuissa, joissa hyvinvointialue toimii yhdessä kuntien ja järjestöjen kanssa, neuvottelukumppanien suuri määrä voi komplisoida ja hidastaa palveluketjutyötä. Tätä ei kuitenkaan huomioida hyte-työn rahoitusmallissa. Hyte-rahoituksen ollessa nollasummapeliä, jossa parhaat indikaattoritulokset omilla käytännöillään saavuttava alue saa parhaan rahoituksen heikommin menestyvien menettäessä rahoitusosuuttaan, saattaa syntyä tilanne, jossa menestyjä ei halua jakaa käytäntöjään muille oman rahoituksensa menetyksen pelossa. Hyte-rahoituksen tulisi kannustaa kansallisesti parhaisiin käytäntöihin ja niiden jakamiseen.

Kohdassa 3.2.2 Palvelutasoa määriteltäessä on otettava huomioon myös toiminta valmiuslain mukaisissa poikkeusoloissa Varha muistuttaa, että pelastustoimeen ei ole erikseen määritetty poikkeusolojen suorituskykyvaatimuksia.

Tavoitteissa huomioidaan yhdenvertaisuus, mutta kielellinen näkökulma jää liian yleiseksi. Kaksikielisillä hyvinvointialueilla yhdenvertaisuus tarkoittaa palveluiden saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden seuranta molemmilla kansalliskielillä. Kansalliskielilautakunnan tehtävänä on arvioida vähemmistökielellä tarjottavia palveluita (Hyvinvointialuelaki 611/2021, 33 § 2 mom.), mutta kaksikielisten organisaatioiden vertailukelpoista tietoa ei systemaattisesti koota. Tavoitteisiin tulisi sisällyttää velvoite seurata ja arvioida kielellistä yhdenvertaisuutta, jotta kansalliskielten tasavertaisuus toteutuu käytännössä.

Taloudellisen kestävyys tavoite kohdassa 3.3. Hyvinvointialueiden rahoitusta ja taloutta koskevan sääntelyn on tapahduttava suunnitelmallisesti ja kattavien vaikutusarvioiden perusteella herättää kysymyksen siitä, onko kyse ainoastaan hyvinvointialueiden suunnitelmien vaikutusarvioista, vai tulisiko myös ministeriöiden esittää kattavia arvioita mm. käyttämänsä sääntelyn vaikutuksista. Kannatamme tavoitetta Hyvinvointialueiden investointien tulee tukea palvelutuotannon

kustannusvaikuttavuutta, mutta on todettava, että hyvinvointialueiden tietopohja ja arviointiresurssit eivät vielä riitä kattaviin ja luotettaviin vaikutusarvioihin vaan vaiheittainen eteneminen on hyväksyttävä ja kustannusvaikutusarviointikykyä kehitettävä kaikilla tasoilla.

Tavoitteen Rahoitusmallin kannustavuuteen ja ohjaavuuteen tähtäävät rakenteelliset muutokset tehdään hallitusti ja ennakoitavasti turvaten palveluiden ja rahoitusperiaatteen toteutuminen esitämme kritiikkiä koskien äskettäin lausunnolla olleita rahoituslain muutoksia, joissa e.m. tavoitteen kannalta riskinä on hyte-rahoituksen määräytymisen heikko tietopohja ja hyte-indikaattoreiden todellisen kannustavuuden kyseenalaisuus.

Pelastustoimen taloudellisen kestävyys osalta Varha toteaa, että SM:n ohjaus ja siihen perustuva aluehallintoviraston valvonta rajoittavat pelastuspalvelujen kehittämistä. Uusia palveluita tai palvelumuotoilua on haasteellista kehittää, kun vanhasta ei ole mahdollisuus luopua. Jotta tavoitteeseen päästään, tulee ohjausta ja valvontaa kehittää aiempaa kannustavammaksi.

Taloudellisen kestävyys ja yhdenvertaisten, lakisääteisten palvelujen tavoitteiden yhteensovittaminen tulee olemaan vaikeaa. Talouden tasapainotusvelvoite tekee haasteelliseksi siirtää palvelutuotannon painopistettä ennaltaehkäisyyn sekä varhaisen tuen ja perustason palveluihin samanaikaisesti, kun vaativan tason palveluista puuttuu resursseja turvata palvelujen lainmukainen saatavuus. Vaikka hyvinvointialueen rahoituksen yleiskatteellisuus mahdollistaa painopisteiden valinnan alueella, molempien tavoitteiden yhtäaikainen saavuttaminen ei ole mahdollista ainakaan lyhyellä aikavälillä. Tämä tulisi yleisesti ymmärtää ja huomioida ohjauksessa sekä rahoituksessa.

Samaan johtopäätökseen tulee STM luonnoksessaan selvitykseksi hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2024 (s. 15) toteamalla, että ”alijäämien kattaminen hyvinvointialueilta edellytetyssä aikataulussa edellyttää useilla alueilla sopeutustoimenpiteitä, jotka saattavat vaarantaa lakisääteisten sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen”.

Vaikuttavuutta koskeva tavoite kohdassa 3.4 toteaa, että Sosiaali- ja terveystaloudet järjestetään ja niitä ohjataan siten, että palvelut ovat sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta vaikuttavia. Koemme tässä ristiriitaa nykyisen rahoitusohjauksen kanssa, joka ei perustu toiminnan vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arviointikykyä tulee aktiivisesti kehittää kansallisella tasolla valtion rahoituksella. Vaikuttavien menetelmien tutkiminen ja kehittäminen hyvinvointialueella on merkittävästi riippuvainen ulkoisesta rahoituksesta. Hyvinvointialueille tulisi rahoitusmallissa luoda positiivnen kannuste ulkoisen rahoituksen hankkimiseen (esim. vastinrahoitus) sen sijaan, että ulkoisesti saatu rahoitus pienentää valtion rahoitusta.

Hyvinvoivan ja riittävän henkilöstön tavoitteiden asetannassa mainitaan, että Hyvinvointialueiden henkilöstön tulee olla osaavaa, hyvinvoivaa ja hyvinvointialueiden tehtäviin riittävää. Sivulla 21 todetaan, että palvelurakennetta ja henkilöstön työnjakoa on muutettava niin, että palvelut kytetään järjestämään tosiasiallisesti saatavilla olevalla henkilöstöllä. Muiksi keinoiksi mainitaan koulutuksen kehittäminen ja hyvinvointialueiden vetovoimainen henkilöstöpolitiikka: hyvä johtaminen, rekrytointien kehittäminen sekä osaamisesta, urakehityksestä ja toimintakyvystä huolehtiminen. Näiden rinnalla tuodaan yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden tavoitteet, jotka ovat sinänsä kannatettavia mutta merkitykseltään paljon vähäisempiä kuin tavoitteet saada palveluihin riittävä ja osaava henkilöstö ja vähentää työn nykyistä kuormittavuutta.

Kohdan 4.1 tavoite Koulutuksen järjestämisessä turvataan kansalliskieliset palvelut jää merkitykseltään epäselväksi. Tarkoitetaanko sillä, että järjestetään koulutusta, jotta turvataan kansalliskieliset palvelut? Esitämme tämän tavoitteen sanoittamista selkeämmin.

Pelastustoimessa asetetaan tavoitteeksi nuoriso-osastojen aktiivinen toiminta. Tätä ei ole huomioitu alueen rahoituksessa, joten rahoituksen osoittaminen jäänee hyvinvointialueen itsehallinnon varaan.

Kohdassa 4.2. todetaan, että Pitkän aikavälin tavoitteena on, että merkittävät investoinnit ja sopimukset, esimerkiksi tietojärjestelmistä tai tukipalveluista, toteutetaan ensisijaisesti yhteistyöaluetasoisesti tai perustellusta syystä muutoin yhteistyössä hyvinvointialueiden kesken. Varha huomauttaa, että jos tällä tarkoitetaan, että yhteistyötä tehdään myös merkittävien investointien ja sopimusten osalta jo hankintavaiheessa, on huomioitava, että hyvinvointialueilla on suurina hankkijoina merkittävä vaikutus alueensa markkinoihin. Jos markkinat keskittyvät hankintayhteistyön takia, se voi pitkällä aikavälillä johtaa kustannusten nousuun (oligo/monopoli).

Digitaalisten menetelmien vaikuttavuus ja kustannushyödyt jäävät epävarmoiksi, koska järjestelmävalintoja tehdään edelleen puutteellisin perustein. Kansallinen tuki hankinnoille on tarpeen, esimerkiksi yhteinen arviointikehikko. Digitalisaation edistämistä kannustaisi myös se, että skaalahyödyt toiminnon laajentamisesta tulisivat hyvinvointialueelle itselleen.

Varha muistuttaa, että yliopistosairaaloissa tehtävä korkeatasoinen tutkimus, kehittäminen ja opetus ovat keskeisiä sote-järjestelmän tulevaisuudelle. Näiden edellytysten turvaaminen jatkossakin on tärkeää tavoitteiden saavuttamiseksi. Yliopistollinen erikoissairaanhoido on koko olemassaolonsa ajan kasvattanut tutkimusorientoitunutta henkilöstöä, mikä nyt toimii tärkeänä voimavarana koko hyvinvointialueelle. Tältä pohjalta voidana myös tukea peruspalvelujen, ml. sosiaalipalvelujen tutkimusta erityisesti vaikuttavuuden näkökulmasta. Toki tarvitaan myös kansallista tukea, kuten vaikuttavuusosaamisen kehittämistä ja rahoitusta. TKIO-toiminnan kirittämiseksi ja edistämiseksi soten kaikilla sektoreilla tulisi luoda suoritepohjainen rahoituksellinen kannustinmalli.

Kohdassa 4.2.2. asetetaan tavoitteeksi, että Pelastustoimen sisäisten ja ulkoisen tehtävien toteuttamiseen tarvittavat ICT-palvelut järjestetään kansallisesti yhtenäisen ja keskitetyn järjestelmän avulla. Tässä työssä on huomioitava pelastustoimen järjestelmien kansallisen kehityksen lisäksi toimialan tietojen hyödyntämisen mahdollisuus ja integraatio hyvinvointialueiden tietojärjestelmiin ja –altaisiin. Lisäksi Varha muistuttaa, että kansalliset kehittämishankkeet tehdään hyvinvointialueiden pelastuslaitosten henkilöstöresursseilla.

Kohdan 4.3. osalta kommentoimme, että hyvinvointialueiden keskinäinen yhteistyö on ratkaisevaa kielellisten oikeuksien toteutumiselle, erityisesti harvinaisempien ruotsinkielisten palvelujen osalta. Alueet pyrkivät usein tuottamaan palvelut itse ja minimoimaan ostot, mikä voi vaikeuttaa yhteistyötä. Tämä voi estää ruotsinkielisten erityispalvelujen tehokasta ja taloudellisesti kestävää järjestämistä. Siksi hyvinvointialueita on kannustettava ja veloitettava yhteistyöhön käytännön tasolla, kun se on palveluiden saavutettavuuden ja laadun kannalta välttämätöntä.

Tavoitetta Yhteistyötä on tehtävä yli hallinnonalojen ja -rajojen myös hyvinvointialueiden sekä kuntien, yritysten ja kolmannen sektorin kesken hankaloittaa se, että lainsäädäntö ei välttämättä tue rajat ylittävää yhteistyötä esim. hyvinvointialueiden ja kuntien välillä. Mm. hyvinvointikertomukseen tarvittavia kuntakohtaisia tietoja saadaan niukasti, ja hyvinvointialueen keskiarvojen avulla ei ole mahdollista tunnistaa kuntien erilaisia tarpeita ja kohdentaa kehittämistoimintaa.

Toimivan yhteistyön turvaamiseksi tulisi ohjausmekanismien luomisessa ehkäistä sellaisten insentiivien syntyminen, jotka aiheuttaisivat hyvinvointialueiden keskinäistä epätervettä tai kansallisen kehityksen kannalta haitallista kilpailua.

Lakisääteisten osallisuutta toteuttavien rakenteiden ohella käyttöön otettavaksi ehdotettujen kansalais- tai asiakasraatien toiminta edellyttäisi hyvinvointialueella henkilöresursseja, joiden osoittaminen ei ole helppoa talouden tasapainotusvelvoitteiden sitoessa resurssit korkeamman prioriteetin palveluihin.

Yhteenveto

Yhteenvetona Varha katsoo, että kansalliset tavoitteet ovat pääsääntöisesti oikean suuntaiset, mutta ylätasoiset. Tavoitteita voisi rikastaa tunnistamalla ja priorisoimalla keskeiset ajanjaksolla 2025–2029 ratkaistavat haasteet. Lainsäädännön uudistamisen ja ohjauksen insentiivien tulisi tukea kansallisia tavoitteita eikä synnyttää ristiriitaa. Vaikuttavuustiedon nykyinen vajavuus ohjauksessa on huomioitava ja vaikuttavuuspohjaisen ohjauksen kehittämiseen on panostettava kaikilla tasoilla.

Esitettyjä mittareita koskevat Varhan kommentit:

Mittari 2 Ennaltaehkäistävässä oleva sairastavuus: Kannatettava indikaattori, jos siihen saadaan uskottavat ja läpinäkyvät laskentaperusteet? Ilman niitä indikaattoria ei ole tarkoituksenmukaista nostaa kansalliseen seurantaan.

Mittari 3 Hyvinvointialueen HYTE-kerroin (ind 3815): Pohjautuu hyvinvointialueiden keskinäiseen sijoittumiseen, eikä suoraan kerro siitä, miten hyvin HVA tekee HYTE-työtä ja parantaa sitä. Osa kertoimen tulos- indikaattoreista ei mittaa hyvinvointialueiden hYTE-työtä.

Mittari 4 HYTE-työn aktiivisuus, hyvinvointialueilla: THL:n arvio vai alueen subjektiivinen näkemys? miten tietoa tulitisiin käyttämään ja miten sitä voitaisiin käyttää hyvinvointialueiden ohjaukseen?

Mittari 6 Valmiuskeskukset kykenevät tuottamaan yhteistyöalueellaan luotettavan ja kattavan tilannekuvan päätöksenteon tueksi (STM Valmius-yksikön arvio): Miten arvioidaan? Valmiuskeskuksen käytettävissä olevan tiedon (ja sen laadun, kattavuuden ja ajantasaisuuden) mukaan vai tiedon hyödyntämisen ja käytön mukaan? Arvioidaanko erikseen, onko tieto yhteistyöaluetasosta vai hyvinvointialuetasosta?

Mittari 9 Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä: Mitattavissa oleva, vertailukelpoinen mittari. Kattaa vain osan palveluun pääsystä mutta väestöllisesti massapalvelu.

Mittari 10 Erikoissairaanhoitoa yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta (ind. 3 332 ja 4 771) : Mitattavissa oleva, vertailukelpoinen mittari. Kattaa vain osan palveluun pääsystä mutta väestöllisesti massapalvelu.

Mittari 12 Lastensuojelun valmistuneet palvelutarpeen arvioinnit 3 kuukaudessa % : Lakisääteinen ja siten kuitenkin ainoa sosiaalihuollon palveluiden saatavuutta kuvaava mittari kattava vain yhden asiakassegmentin.

Mittari 13 Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnillä: Avosairaanhoidon lääkärikäyntien COCIn lisäksi tulisi seurata monisairaiden, mutta myös yhtä kroonista sairautta sairastavien sekä yli 75-vuotiaiden hoidon jatkuvuutta. Hyvinvointialueiden kesken toimintamalleissa eroja, voivatko ne aiheuttaa tulkintavääristymiä?

Mittari 14 Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, %
terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä: Paljon palveluita käyttävien mittaaminen kannatettavaa, kuitenkin tulisiko etäkäynnit huomioida, kun palvelujen digitaalisuuden aste kasvaa.

Mittari 15 Yli 10 lähetettä erikoissairaanhoitoon saaneet asiakkaat, % lähetteen saaneista: Lasketaanko hyvinvointialueiden tiedot sinne kohdistetuista lähetteistä vai sieltä lähetetyistä lähetteistä? Huomioidaanko tässä myös esh:n sisäiset konsultaatiot/lähetteet jotka osin korvaavat ulkoisia läheteitä

Mittari 16 Osuus psykiatrisessa sairaalahoidossa vuonna 2023 olleista, joilla ensimmäinen avohoitokontakti toteutuu 1) yhden viikon TAI 2) yhden kuukauden kuluessa sairaalahoidon päättymisestä: Vuoden 2023 tapahtumien mittaaminen ei ole enää relevanttia. Avohoitokontakti erikoissairaanhoidossa vai perusterveydenhoidossa, missä? Määrittely tarvitaan.

Mittari 17 Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi kokeneet lääkärit, % vastanneista. (kerätään 3 vuoden välein): Kysely, kuka tuottaa? Otanta on yhden hetken tilannekuva, johon vaikuttavat ulkopuoliset tekijät voivat vääristää tuloksia.

Mittari 18 Siirtoviiveet palveluiden välillä (mittari kehitteillä, otetaan käyttöön, kun tuotannossa): Arvioitavissa, kun mittari on olemassa ja sen päättelysäännöt julkistetaan. Minimoitava hyvinvointialueiden kirjaamiserot.

Mittari 19 Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta (TTL:n arvio): Tämän raportoinnin esteenä ovat toistaiseksi olleet tietojärjestelmien puuttuvat ominaisuudet. Onko ne voitettu?

Mittari 20 Etäasioinnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä (5004) : Selkeä mittari, mutta jatkossa tulisi voida erotella etävastaanotot puheluista. Myös sosiaalihuollossa tulisi ottaa käyttöön Kanta-määritysten mukainen tapa seurata digitalisoitumista. Huomioitava kuitenkin, että kirjaamisessa on pysyteltävä oikeasti käynnin korvaavissa etäasioinneissa, jotta kaikenlaiset yleistyvät chat-kyselyt eivät ala vääristää tilastoja.

Mittari 21 Etähoivakäynnit, % kotihoidon käynneistä: Määriteltävä, tulee perustua jo kerättäviin Avohilmo-tietoihin.

Mittari 22 Etäasiointikäynnit, % erikoissairaanhoidon avohoidon käynneistä: Määriteltävä, tulee perustua jo kerättäviin Terveysilmo-tietoihin.

Mittari 23 Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien käyntisyiden kirjausaste, % toteutuneista vastaavista käynneistä: Määriteltävä, huomioidaanko vain ICD10 vai myös ICPC2 ja huomioidaanko myös etäkäynnit vai pelkät fyysiset käynnit. Diagnoosikirjauksissa potilasturvallisuudessa korostuu etenkin pitkäaikaisdiagnoosien kirjaaminen.

Mittari 24: Vältettäviä lääkkeitä (korvattavat ja ei korvattavat reseptiläkkeet) hankkineet 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä: Tulee valita tarkastelukohde: annetut reseptit vai lunastetut reseptit, kuvaavat eri asiaa.

Mittari 25 Ratkaistut korvattavat potilasvahingot / 100 000 hoitojaksoa: Hoitojaksolle tarvitaan yhtenevä määritelmä, jotta vertailukelpoinen. Huomioidaanko vain erikoissairaanhoido?

Mittari 26 Toimintavalmiuden toteutuminen riskiluokat 1-4 vai 1-3? - Ensimmäinen yksikkö % - Pelastustoiminta %: 1-4, muuten jää kattavuuteen aukkoja

Mittari 27 Valvontasuunnitelman toteutuminen A1-A6-kohteet %: Ei kansallisesti vertailtavissa, koska valvontasuunnitelmat ja -tavoitteet poikkeavat toisistaan. A1-A6 määrällinen mittaaminen on ristiriidassa riskiperusteisuuden kanssa.

Mittari 28 Väestönsuojeluun varautumisen edellyttämä suunnittelu %. Tarkat määritelmät tarvitaan. Käytännössä tarkoittaa sitä, että varautumisen ja väestönsuojelun suorituskky pitää määrittää, jotta saadaan tarvittavat viitearvot.

Mittari 29 Tulipalojen määrä/1000 as.: Raportoivat tulipalot täytyy määritellä yksiselitteisesti. Harkittava tulipalojen luokittelua raportoinnin sisällä, palovaarat, rakennuspalot, maastopalot jne) vertailun mahdollistamiseksi.

Mittari 30 Muut onnettomuudet/1000 as.: Tarvitaan tarkempi määritelmä, mitä ovat muut onnettomuudet? Kaikki pelastustoimelle tehtäviä tuottavat? Ensihoidon tehtäviä tuottavat?

Mittari 31 Ohjaus ja turvallisuusviestintä toteutuu suunnitellusti %: Ongelma, jos palvelutasopäätöksessä/suunnitelmassa ei ole määriteltyä tavoitetta. Vaikuttavuutta ei mitata eli määrä korvaa laadun.

Mittari 32 Pelastustoiminnan suunnitelmat ovat ajan tasalla, %: "Ajan tasalla oleminen" ja muut vaatimukset määriteltävä ensin selkeästi

Mittari 33 Pelastustoiminnan suorituskky: Ei ole validi mittari, jos ei ole suorituskvyn tasolle määriteltyä tavoitetta

Mittari 33 Väestönsuojeluun varautuminen - Suunnitelmien ajantasaisuus: sisältö päällekkäinen mittarin 28 kanssa

Mittari 38 Tarvevakioidut kustannukset, indeksi palvelukokonaisuuksittain: Läpinäkyvyyttä tarvitaan laskentaan päättelyn selvittämiseksi.

Mittari 40 Suomen tulojakauman alimman ja ylimmän tulokymmenyksen tulojen keskiarvot, Tilastokeskus, Tulon-jakotilasto, indikaattori 11wh: Mikä on tämän indikaattorin tarkoitus, miten se kuvaasi hyvinvointialueen taloudellista kestävyyttä? palvelutarpeen ennakointiin vaikuttava (esim. yksityisten palvelujen käyttö)?

Mittari 41 Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista: Määriteltävä ensin peruspalvelut ja kokonaiskustannukset (määrittely Aura-palveluluokituksen mukaan?) Selkeillä määrittelyillä mahdollisesti hyvin kuvaava mittari.

Mittari 42 Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset yhteensä, euroa / asukas (ind. 5 956). Jos määrittely Aura-palveluluokituksen mukaisesti, on kuvaava ja vertailukelpoinen mittari yhdessä Pelastustoiminnan vastaavan kanssa

Mittari 43 Pelastustoimen nettokäyttökustannukset yhteensä, euroa / asukas: Jos määrittely Aura-palveluluokituksen mukaisesti, on kuvaava ja vertailukelpoinen mittari yhdessä ylemmän Soten vastaavan kanssa

Mittari 45 Verisuoni- ja sydänsairauksia sairastavien osuus, joilla LDL-kolesteroli yli 3,0 mmol/mol: Tärkeä sekundääripreevention vaikuttavuusmittari, joka koskee sepelvaltimotauti-, aivoverenkiertohäiriö- ja ASO-tautipotilaita sekä diabetesta. Kalliita, suuria potilasryhmiä ja merkittäviä kuolleisuutta aiheuttavia sairauksia. Myös verenpaine- ja sokeritasot tulisi ottaa indikaattoriksi.

Mittari 46 Lihavien osuus, joilla BMI yli 35 (vaikea lihavuus) väestössä: Vaikka tieto on tärkeä, koko väestön kattavaa BMI-tietoa ei ole kenelläkään saatavilla. Käytettävissä on vain potilastietojärjestelmiin syötetty tieto, jota ei todellakaan jokaisella käynnillä kirjata. Vaikka kirjattaisiin, se olisi hetken päästä vanhentunutta. BMI-tieto voidaan kirjata hyvin erilaisiin paikkoihin järjestelmissä. Kattavin tieto saadaan lasten vuositarkastuksissa, joissa tieto ylipainosta on hyvin merkityksellinen.

Mittari 48 Myönteinen asiakaskokemus viimeksi käytetyssä sosiaalipalvelussa (%) : Asiakaskokemuksen mittaaminen on haastavaa mutta kannatettavaa. Tietopohja pohjautuu tällä hetkellä hyvin suppeaan kyselyyn verkkopalautteessa, jossa korostuu negatiivinen palaute, ja tekstiviestipalautteeseen, joka on vahvemmin positiivista. Palautekanava vaikuttaa siis tulokseen ja sen vertailtavuuteen.

Mittari 49 Myönteinen asiakaskokemus viimeksi käytetyssä terveystieteissä (%) : Kts yllä. Kun mittaaminen on kattavaa ja vakioitua (samalla menetelmällä tehtyä), ”päivän fiilis”- vaihtelujen merkitys pienenee.

Mittari 50 Toistuvasti sijoitetut 0 - 17-vuotiaat lapset / 10 000 vastaavan ikäistä: Määrittelyä tarkennettava. Mikä on "toistuvasti, mitä sijoituksia huomioidaan, kiireellisesti sijoitetut, avohuollon jne?

Mittari 53 Muiden onnettomuuksien määrän muutos % (tavoite: väheneminen): Tarvitaan tarkempi määrittely, mitä ovat muut onnettomuudet? Kaikki pelastustoimelle tehtäviä tuottavat? Ensihoidon tehtäviä tuottavat?

Mittari 54 Henkilövahinkojen muutos % (tavoite: väheneminen eli ihmisten turvallisuuden paraneminen) : Voidaan seurata, mutta mitä tämä kertoo? Yhteiskunnassa liikaa muuttuvia tekijöitä, jotka tähän voi vaikuttaa, ts. ei todellakaan yksiselitteinen mittari kuvaamaan hyvinvointialueiden toimintaa.

Mittari 55 Kustannusten muutos %: Määriteltävä, mitä kustannuksia seurataan? Pitäisikö sitoa johonkin toiminnan mittariin?

Mittari 57 Henkilöstön ikärakenne (suhteessa hva väestö): Henkilöstön ikärakenne kuvaa lähinnä eläke-ennusteen kautta henkilöstön riittävyyttä tulevaisuudessa, ei kerro henkilöstön hyvinvoinnista tai riittävyydestä

Mittari 58 Sairauspoissaolot (suhteessa hva väestö): Sairauspoissaolo% hyvä mittari, mutta miksi suhteutus väestöön, mikä olisi lisäarvo?

Mittari 60 Ostopalvelujen käyttö (suhteessa henkilöstökulut): Selkeillä määrittelyillä hyvä mittari (ostopalvelut määriteltävä), mutta tuloksesta huomaitava, että ostojen suuri osuus ei välttämättä huono asia, joskus tehokkaampaa ostaa kuin tehdä itse

Ehdotus uudeksi toimintaedellytysten mittariksi Yleislääketieteen erikoislääkärien osuus perusterveydenhuollon lääkärikunnasta. Indikaattori kertoo osaamisesta ja vaikuttaa epäsuorasti sekä vaikuttavuuteen että hoidon jatkuvuuteen (vähäisempi vaihtuvuus)

Mittari 63 Työhyvinvointi: Ok, mutta sisältövaatimuksia tarkennettava

Mittari 64 Pelastustoimen vapaaehtoistoiminnan kehittäminen %: Alueen sopimuspalokunnalla on nuoriso-osasto – mitä tällä indikaattorilla haetaan? Muutkin osa-alueet ovat staattisia/kertaluontoisia, paremmin kuvaavia mittareita olisi kehitettävä.

Mittari 65 Tutkimus- ja kehittämistoiminnan toteuma (HVA selvitys): Mitattava suure, tehtyjen tutkimusten määrä, tehtyjen lääketieteellisten tutkimusten määrä, käytetyt eurot? Vaiko sanallinen arvio, mikä subjektiivinen ja voi painottaa eri alueilla eri asioita.

Mittari 67 Tiedon saatavuuden parantaminen Kanta-palvelujen uusien toiminnallisuuksien ja tietosisältöjen käyttöönotoilla (Kelan raportointi). Tärkeä indikaattori, Kanta-palveluja tulisi kehittää tavalla, joka hyödyttää myös hyvinvointialueita. Summatason raportointi ei aidosti mahdollista tietojen validointia, kirjaamisen ongelmakohtiin puuttumista, omaan tietoon yhdistämistä.

Mittari 68 Tekoälyn ja muun uuden teknologian käyttö palvelutoiminnan tehostamiseksi (HVA selvitys): Mitä indikaattori oikeastaan kertoo? Tekoälyä voidaan käyttää pieniin arkipäiväisiin asioihin tehostaen (hallinnon) päivittäistoimintaa, toisaalta voidaan investoida kalliisiin tekoälyratkaisuihin, laajaan analytiikkaan ja päätöksenteon tuen ratkaisuihin. Nämä eivät ole samalla viivalla

Mittari 70 Johtamisessa on käytössä tiedolla johtamisen ratkaisu (HVA selvitys) Indikaattorin vertailtavuus? Hyvin erityyppisiä ratkaisuja voi kutsua tiedolla johtamisen ratkaisuiksi, ne voivat olla eri kypsyystasolla / tietopohjan kattamisen tasolla ja niillä voi olla hyvin erilainen kyvykkyys analytiikkaan, tietojen yhdistelyyn, eri näkökulmien tarkasteluun.

Mittari 77 Pelastustoimen yhteistyösuunnitelmat % (PETO): Suunnitelmille oltava tarkat vaatimukset, sekä myös päivitysvälille, jotta voidaan sanoa olevan ajan tasalla. Muuten ei vertailuarvoa.

Mittari 78 Onnettomuuksien ehkäisyä koskeva yhteistyö (OE) - Järjestöjä ja erilaisia yhteisöjä hyödynnetään turvallisuustyössä: Vaikeasti määriteltävä, ei kansallista vertailuarvoa juurikaan alueellisten erojen takia

Mittari 79 Pelastustoimen viranomaisten vastuulla olevien väestönsuojelutehtävien edellyttämän toiminnan ja suunnitelmien yhteensovittaminen % (VS): Suunnitelmille oltava tarkat vaatimukset, sekä myös päivitysvälille, jotta voidaan sanoa olevan ajan tasalla. Muuten ei vertailuarvoa.

Setälä Leena
Varsinais-Suomen hyvinvointialue