



Olavi Kallio
Tampereen yliopisto
Kunnallistieteiden laitos

Alueellinen hyvinvointi ja tieto-ohjaus

Esiselvitys sosiaali- ja terveystalvelujen tietotarpeista ja tiedonhankinnan vaihtoehtoista Tampereen seutukunnan kunnissa

Tampere 2004

Raportti on julkaistu kunnallistieteiden laitoksen suunnittelusarjassa:

TAMPEREEN YLIOPISTO
KUNNALLISTIEIDEIDEN LAITOS

SUUNNITTELUSARJA 55/2004

Sisällysluettelo

Alkusanat	4
Tiivistelmä	4
1. Esiselvityksen tavoite.....	6
2. Asukkaiden hyvinvointi toiminnan ohjauksen näkökulmasta	7
3. Hyvinvointipalvelujen kysyntä on tilanne- ja ikäsidonnaista	13
4. Kuntien tiedonantovelvoite hyvinvointitiedon lähteenä	16
4.1. Kuntien talous- ja toimintatilasto (Stakes ja Tilastokeskus).....	16
4.2. Sairaaloiden ja terveyskeskusten avotoimintatilasto (Stakes)	17
4.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä HILMO.....	17
5. Muita mahdollisia tilastotiedon hankinnan lähtökohtia ja lähteitä	19
5.1. Evergreen 2000+ ohjelma vanhustyön ohjaukseen ja laadunhallintaan	19
5.2. Viiden suurimman kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen vertailu	19
5.3. SOTKA -tietokanta (Stakes)	21
5.4. SOTE -vertti (Efektia Oy).....	23
6. Vireillä olevia valtakunnallisia tilastotietoihin kohdistuvia uudistushankkeita.....	25
6.1. Indikaattoripankki -uudistus (Stakes)	25
6.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus 2005.....	26
7. Kysely - mitä tietoja Tampereen seutukunnan kunnat kokevat tarvitsevana	28
8. Vaihtoehtoja vanhushuollon tieto-ohjauksen kehittämiseksi.....	35
9. Johtopäätökset ja ohjausryhmän suositukset.....	36
Lähdeluettelo.....	38
Liitteet	39

Alkusanat

Hyvinvointiyhteiskunta on yleensä pohjoismaista yhteiskunnan ja sen palvelujen järjestämistä kuvaava käsite. Hyvinvointiyhteiskunnan luojia ovat etenkin valtio ja kunnat. Kuntien osa on tuottaa tai järjestää asukkailleen ns. hyvinvointipalvelut. Kunnat ovat vuosikymmenien ajan toimineet yhteistyössä näiden palvelujen tuottamisessa, esimerkiksi käyköön erikoissairaanhoidon kuntayhtymät.

Yhteistyö on viime vuosina alkanut tiivistyä uudella tavalla myös seuduittain. On ymmärretty, että kunnat joko menestyvät tai eivät menesty yhdessä niiden naapureidensa kanssa, jotka muodostavat luontevan ja yhtenäisen työpaikkojen ja palvelujen alueen. Siksi kiinnostus naapureiden tapaan tuottaa hyvinvointipalveluja on kasvanut. Uusia kuntayhtymiä ei kuitenkaan kaivata hyvinvointipalveluja tuottamaan, kunnat haluavat pitää päätöksenteon omissa käsissään.

Päätöksenteossa kuntien tavoitteena on yhä useammin saman tyyppiset toimintamallit ja tavoitteet kuin seutukunnan muilla kunnilla. Tällä hetkellä seutukunnan kunnista saatava tieto on kuitenkin satunnaista, hajanaista, usein sisällöltään hyödytöntä ja vertailukelpoisuudeltaan epäkuranttia sekä lisäksi toivottoman vanhentunutta.

Tämän hankkeen tarkoituksena on ollut tutkia, löytyisikö Tampereen seutukunnan kuntien yhteisin toimin parannusta hyvinvointipalvelujen vertailutietoihin. Malliksi selvittelyssä valittiin vanhustenhuolto. Mahdollisuuksia järkevään, nopeaan ja hyödylliseen seudullisen hyvinvointitiedon keräämiseen näyttää kyllä olevan olemassa.

Kari Virta
Ohjausryhmän puheenjohtaja

Tiivistelmä

Hankeen tavoitteena on kehittää toimintatapoja hyvinvointia kuvaavan vertailut mahdollistavan tiedon tuottamiseksi, jalostamiseksi ja jakamiseksi siten, että edellistä vuotta koskeva tieto olisi käytävissä strategisten suunnitelmien ja vuosittain tehtävien taloussuunnitelmien valmistelussa. Esimerkinomaisesti kohdealueeksi on valittu sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävältaeelta vanhusten tarvitsemat palvelut. Siitä saatuja tuloksia voidaan laajentaa koskemaan muita kuntien vastuulla olevia sosiaali- ja terveystalvelujen palveluja. Hanke on esiselvitys, jonka mahdollisesta jatkosta päätetään tulosten pohjalta.

Esiselvityksessä on kartoitettu hyvinvointitiedon valtakunnallista tarjontaa ja mahdollisuuksia Tampereen seutukunnan kuntien tilastoyhteistyötä ajatellen. Tarjonta on runsasta mutta ongelmina ovat pitkät aikaviiveet sekä heikko vertailtavuus, sillä valtakunnallisen tiedonkeruun pohjana olevia ohjeita ja käsitteitä tulkitaan eri kunnissa eri tavoin. Valtakunnallinen tietotarjonta perustuu pitkälti kuntien ja kuntayhtymien tiedonantovelvoitteelle: kunnat antavat tilastoviranomaisille (Tilastokeskus, STAKES) edellisen vuoden toimintaa ja taloutta kuvaavat tiedot alkuvuodesta (helmi – huhtikuu). Kunnittaiset tiedot ilmestyvät tilastoviranomaisten julkaisuissa ja tietokannoissa pitkähkön aikaviiveen, noin 4- 6 kuukauden kuluttua. Tällaisia ovat mm. kuntien talous- ja toimintatilasto, sairaaloiden ja terveyskeskusten avotoimintatilasto sekä sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitukset (HILMO).

Muita mahdollisia hyvinvointitiedon hankinnan valtakunnallisia lähteitä ovat Evergreen 2000 + ohjelma, SOTKA -tietokanta ja Efektia Oy:n SOTE –vertti ohjelma. Viisikko -työryhmän vertailut tarjoavat lupaavalta vaikuttavan menetelmällisen lähtökohdan Tampereen seutukunnan kuntien tilastoyhteistyön kehittämiseen. Viisikko -vertailut perustuvat tarkoin määriteltyihin tiedonkeruun periaatteisiin, joiden valikoiva soveltaminen parantaisi oleellisesti seutukunnan kuntien keräämien tietojen vertailukelpoisuutta.

Tilastotietoihin kohdistuvat valtakunnalliset uudistushankkeet on myös otettava huomioon. Tällaisia ovat Stakesin indikaattoripankki -uudistus, jonka toteutunee vuoden 2005 aikana, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus 2005, jonka pitäisi lisätä oleellisesti operatiivisista järjestelmistä tapahtuvaa sähköistä tiedonkeruuta. Seutukunnan kuntien tilastoyhteistyötä kehitettäessä on syytä seurata edellä mainittujen valtakunnallisten tilastouudistusten etenemistä yhteensopivuuden varmistamiseksi.

Esiselvityksessä kartoitettiin vanhushuollon vastuuhenkilöiden käsityksiä hyvinvointitiedon tarpeesta sekä valmiudesta yhteistyöhön tarvittavan tiedon hankinnassa. Yhteistyöhön suhtauduttiin myönteisesti Kangasalan, Lempäälän, Nokian, Pirkkalan ja Ylöjärven kunnissa. Tampereen ja Vesilahden edustajien näkemykset ovat edellisiä varauksellisempia.

Selvityksen tulokset tarjoavat selvän suunnan jatkotyölle. Keskeisiä yhteistyön kehittämisen lähtökohtia on useita. Esiselvityksessä tarkastellut vaihtoehdot eivät ole poissulkevia vaan ne ovat toisiinsa täydentäviä. Näin on erityisesti silloin, kun etsitään yhteistyön lähtökohtia koko sosiaali- ja terveydenhuollon aluetta koskevalle hyvinvointitiedon hankinnalle, jakelulle ja vertailevalle analyysille. Seutukunnallisen yhteistyön lähtökohtia ovat seuraavat:

- 1) kuntien ja kuntayhtymien tiedonantovelvoitteen piiriin kuuluvat tiedot päättyneen vuoden (ja edellisten vuosien) toiminnasta, suoritteista sekä menoista ja tuloista.
- 2) edellisen kohdan tietosisältöä laajennetaan kuntien edustajien – sosiaali- ja terveydenhuollon johdon – tärkeinä pitämällä muilla tiedoilla. Näitä tietoja ovat mm. asukkaiden elinoloja, hyvinvoinnin tilaa ja palvelutarpeita kuvaavat tiedot, jotka eivät kuulu tilastoviranomaisille annettavan tiedonantovelvoitteen piiriin.
- 3) aikaviiveen lisäksi ongelmana on tietojen vertailtavuus, sillä käsitteiden tulkinnassa on kuntakohtaisia eroja. Kuntien on sovittava yhteiset tiedonkoonnin perusteet vertailtavuuden varmistamiseksi. Määrittelytyössä voidaan soveltuvasti tukeutua Viisikko-työryhmän käytämiin tiedonkoonnin periaatteisiin.
- 4) Tampereen seutukunnan kunnissa on meneillään atk- järjestelmien uudistamishankkeita. Näiden, samoin kuin kunnissa käytössä olevien operatiivisten atk-järjestelmien mahdollisuudet ja rajoitteet on syytä huomioida jatkotyössä.
- 5) valtakunnallisten tilastouudistusten (indikaattoripankki ja tieto 2005 -hanke) etenemistä on syytä seurata yhteensopivuuden varmistamiseksi. Kunnat voivat osaltaan pyrkiä vaikuttamaan siihen, että uudistukset tulevat palvelemaan mahdollisimman hyvin myös kunnallisia ja seutukunnallisia tietotarpeita.

Ohjausryhmän käsityksen mukaan selvitystyötä tulisi jatkaa siten, että tulokset ovat käytettävissä vuoden 2005 alussa (tammi-helmikuu). Tällöin sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva hyvinvointitiedon ja muun tiedon hankinta, jakelu ja mahdollinen analysointi voisi käynnistyä keväällä 2005. Ajankohtaa määrittää se, että kunnat ja kuntayhtymät (ja muut palvelujen tuottajat) joutuvat antamaan vuotta 2004 koskevat tiedot toiminnastaan ja taloudestaan tilastoviranomaisille helmikuussa 2005.

1. Esiselvityksen tavoite

Kuntien tärkein tehtävä on tuottaa hyvinvointia asukkailleen. Tätä toiminta-ajatusta kunnat toteuttavat tuottamalla ja/tai järjestämällä erilaisia palveluja niitä tarvitseville. Tärkeimmät palvelut liittyvät koulutukseen, sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä teknisen infrastruktuurin ylläpitoon.

Tampereen kaupunkiseudun aluekeskusohjelmaan kuuluvan hyvinvointi ja tieto-ohjaus-hankkeen tarkoituksena on vahvistaa toiminnan ja päätöksenteon ohjausta. Tavoitteena on kartoittaa ja kehittää erilaisia toimintatapoja hyvinvointia kuvaavan tiedon tuottamiseksi, jalostamiseksi ja jakamiseksi siten, että edellistä vuotta koskeva tieto olisi käytettävissä kuntien talous- ja toimintasuunnitelmien valmistelussa.

Hankkeen ensimmäinen vaihe on luonteeltaan esiselvitys, jossa kartoitetaan mahdollisuuksia alueellisen, hyvinvointitiedon keräämiseen, käsittelyyn ja jakeluun yhtenäisin perustein. Kerätyn hyvinvointitiedon tulee antaa mahdollisuudet kuntien välisten vertailujen tekemiseen. Hankkeen jatkosta päätetään esiselvitysten tulosten pohjalta.

Esiselvityksen on tehnyt tutkija Olavi Kallio Tampereen yliopistosta. Hankkeen ohjausryhmään ovat kuuluneet Tampereen seutukunnan kuntien sekä Pirkanmaan liiton edustajat. Ohjausryhmän puheenjohtajaksi valittiin ensimmäisessä kokouksessa 3.2.2004 perusturvajohtaja Kari Virta Ylöjärven kaupungista. Tutkijan ja puheenjohtajan lisäksi ohjausryhmään ovat kuuluneet seuraavat henkilöt:

- Harju Raija, perusturvajohtaja, Kangasala
- Karila Alpo, talousjohtaja, Nokia
- Kuusilinna Pirjo, suunnittelusihteeri, Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi
- Männikkö Markku, maaseutuasiamies, Vesilahti
- Rimpelä Matti, professori, Stakes
- Siitonen Pia-Mari, aluekehityssuunnittelija, Pirkanmaan liitto sekä
- Sihteerinä Ritva Asula-Myllynen, Tampereen kaupunkiseudun aluekeskusohjelma.

Ohjausryhmä valitsi tarkemman selvityksen kohteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväalueelta vanhuspalvelut kokonaisuutena (sekä avo- että laitoshoidon) ja edelleen näkökulmaksi kuntakohtaisen tiedon tarpeen ja tarjonnan. Tällöin mm. kuntien osa-alueittaisen tiedon tarve jää tarkastelun ulkopuolelle. Vanhuspalveluista saatuja tuloksia voidaan yleistäen soveltaa sosiaali- ja terveystalv palveluja koskevaan tiedonhankintaan.

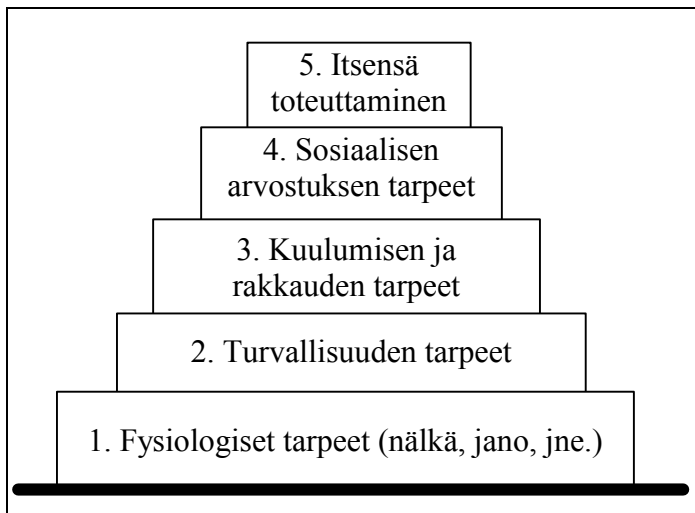
Sosiaali- ja terveydenhuolto kokonaisuutena muodostaa merkittävän osan asukkaiden peruspalveluista, jotka voidaan määrittää perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien tai laajemmin lakisääteisyden avulla. Peruspalveluilla ei kuitenkaan ole yksiselitteistä määritelmää. Tuorilan¹ mukaan voidaan puhua hyvinvoinnin ydinpalveluista. Kuntien näkökulmasta peruspalveluina on pidetty sosiaali- ja terveys- sekä sivistyspalvelujen lisäksi pelastuspalveluja ja teknistä infrastruktuuria (mm. liikenne, sähkö, vesi, lämpö). Käsitteenä hyvinvointi on vaikeasti lähestyttävä asiakokonaisuus. Kuntalain mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan (KuntaL 1 §).

¹ Tuorila (2001)

2. Asukkaiden hyvinvointi toiminnan ohjauksen näkökulmasta

Hyvinvointi on yksi keskeisimmistä ja samalla vaikeimmin määriteltävistä käsitteistä yhteiskunnassa. Periaatteessa kaikki taloudellinen toiminta - kotitalouksien, yritysten, valtion ja kuntien - tavoittelee hyvinvoinnin lisäämistä. Aluksi on syytä yrittää selvittää, mitä hyvinvoinnilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

Hyvinvointi liittyy kiinteästi ihmisten tarpeisiin ja niiden tyydyttämisen mahdollisuuksiin. Tarve - käsitteistä ilmeisesti tunnetuin lienee edelleen Abraham Maslowin vuonna 1954 esittämä tarvehierarkia. Siinä useat tarvetasot seuraavat toisiaan hierarkkisesti. Alimpana kerrostumahierarkiassa ovat elämiselle välttämättömät fyysiset tarpeet ja turvallisuuden tarpeet. Niiden toteutuminen on ehto ihmissuhteiden, arvostuksen ja itsensä toteuttamisen tarpeiden eli ns. kasvutarpeiden aktualisoitumiselle. Itsensä toteuttaminen on Maslowin käsityksen mukaan tarpeista korkein.²



Kuvio 1. Maslowin esittämä tarvehierarkia

Hyvinvointikeskustelussa on kiinnitetty huomiota hyvinvoinnin objektiiviseen sekä subjektiiviseen tunnistamiseen. ”Onko hyvinvointi jotakin objektiivisesti olemassa olevaa ja ulkoisesti arvioitavaa, vain onko siinä pikemminkin kyse ihmisen kokemuksista, jotka ovat vain subjektiivisesti arvioitavissa?”³ Objektiivisuutta korostaa hyvinvoinnin luonne asioiden tilana erotukseksi mielen tiloista. Toisaalta elämänlaadun tutkijat korostavat hyvinvoinnin ja siihen liittyvän tyytyväisyyden kokemuksen subjektiivista luonnetta.

² Maslow (1954)

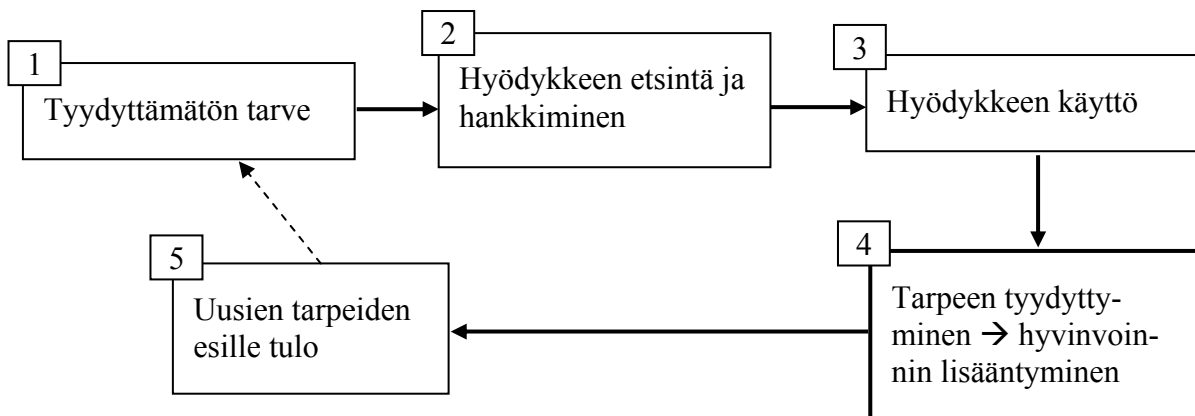
³ Karisto A. (1984), s. 22

	Hyvinvointi	Onnellisuus
Elintaso	Aineellisiin resursseihin perustuva tarpeentyydytys	Subjektiiiviset tunteet ja kokemukset yksilön materiaalisista ja ulkoisista elinehdoista
Elämänlaatu	Ihmisten välisiin, ihmisten ja yhteiskunnan sekä ihmisten ja luonnon välisiin suhteisiin perustuva tarpeentyydytys	Subjektiiiviset tunteet ja kokemukset suhteessa ihmisiin, luontoon ja yhteiskuntaan

Kuvio 2. Elintason, elämänlaadun, hyvinvoinnin ja onnellisuuden nelikenttä

Hyvinvointia voidaan lähestyä sekä yksilö- että yhteisötasolla tarpeiden tyydyttämisen näkökulmasta. Edellä olevaan kuvioon on merkitty viivoituksella alue, johon julkisen vallan toimenpiteet tavallisesti kohdistuvat - eli elintasaan ja hyvinvointiin.

Ihmisten tarpeista huomattava osa on sellaisia, että niiden tyydyttäminen tapahtuu erilaisten hyödykkeiden (palvelujen ja tavaroiden) avulla. Oleellista tällöin on se, onko ihmisellä resursseja – ts. mahdollisuus hankkia tai saada tarvitsemiaan hyödykkeitä.



Kuvio 3. Hyödyke ihmisen tarpeiden tyydyttämisen välineenä

Hyödyke (tavara tai palvelu) nähdään välineenä, jonka avulla ihminen tyydyttää tarpeita. Taloustieteissä on kiinnitetty huomiota hyödykkeiden ominaisuuksiin, jotka määrittävät niiden käyttöä ja käytöstä maksettavaa korvausta sekä näiden kautta myös tuotantoa. Hyödykkeiden ominaisuuksien jaettavuuden ja poissulkevuuden perusteella saadaan seuraava luokitus.

		JAETTAVUUS	
		Kyllä	Ei
POIS- SULKE- VUUS	Kyllä	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">3.</div> <p>Yksityiset hyödykkeet</p> <ul style="list-style-type: none"> • autot, kodinkoneet • henkilökoht. palvelut • puhelin, jne. 	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">2.</div> <p>Julkisluonteiset hyödykkeet</p> <ul style="list-style-type: none"> • opetus, terveydenhoito • vanhusten hoito • kirjasto, teatteri, jne.
	Ei	<p>Luonnonvarat</p>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">1.</div> <p>Julkiset hyödykkeet</p> <ul style="list-style-type: none"> • järjestys, turvallisuus • oikeuslaitos • maanpuolustus

Kuvio 4. Hyödykkeiden ominaisuuteen perustuva ryhmitys.

Kuviossa esitetyn jaotuksen mukaan taloudellisen vaihdannan piirissä olevat hyödykkeet voidaan jakaa kolmeen ryhmään.

- Varsinaisiin julkisiin hyödykkeisiin** (puhtaat kollektiiviset hyödykkeet)
Ne ovat jaottomia hyödykkeitä, joita jokainen voi käyttää vapaasti ja joiden käytöstä on vaikeaa tai jopa mahdotonta periä korvaus. Tunnusomaista tuotantoratkaisuissa on yhteiskunnallisten haitta- ja hyötyvaikutusten huomioon ottaminen sekä verorahoitus.
- Julkisluonteisiin hyödykkeisiin** (osittain kollektiiviset hyödykkeet)
Ne ovat jaollisia hyödykkeitä, joita käytetään sekä julkisten että yksityisten tarpeiden tyydyttämiseen. Koska hyödykkeet ovat sekä kohdennettavissa että mitattavissa, maksurahoitus on periaatteessa mahdollinen.
- Yksityisiin hyödykkeisiin** (markkinahyödykkeet)
Ne ovat jaollisia yksityiseen tarpeentyydytykseen tarkoitettuja hyödykkeitä, joiden hinta muodostuu kysynnän ja tarjonnan mukaan.

Huomattava osa kunnallisista palveluista sijoittuu ryhmään 2. Periaatteessa tähän ryhmään kuuluvia palveluja voidaan tuottaa myös vapailla markkinoilla. Mutta julkinen valta on ottanut varsin laajasti tehtäväkseen tuottaa tai järjestää näitä palveluja. Palvelut ovat luonteeltaan nk. meriittihyödykkeitä ja ne ovat toivottavia kulutuksesta aiheutuvien positiivisten ulkoisvaikutusten vuoksi. Julkista interventiota perustellaan myös tulonjaon ja hyvinvoinnin tasoittamistarpeen näkökulmista. Siksi tuotannon rahoitus pyritään järjestämään pikemminkin verovaroin (kunnallisvero ja valtionosuus) kuin käytöstä perittävin maksuin. Tällöin myös sellaisella henkilöllä, jolla ei ole riittävästi omia resursseja (ostovoimaa), saa käyttää tarpeensa tyydyttämisen edellytyksenä olevaa hyödykettä. Talouden näkökulmasta tämä synnyttää eräitä ongelmia, jotka on pakko ratkaista poliittisen päätöksenteon avulla:

- hintamekanismi ei toimi; palvelun näennäinen halpuus käyttäjälleen saa aikaan ylimääräistä lisäkysyntää, johon ei ehkä ole todellista tarvetta
- tuotantoratkaisuja (mitä tuotetaan ja miten) ei voida tehdä pelkästään kysyntäperusteisesti kuten markkinahyödykkeiden kohdalla.

Ratkaisut on tehtävä poliittisen päätöksenteon kautta, jolloin huomioitavia asiakokonaisuuksia kysynnän ohella ovat mm. tuotannosta saatavat yksityiset ja yleiset hyödyt, talouden tilanne, asenteet verotusta kohtaan, vallitsevana olevat yhteiskunnalliset arvostukset, poliittiset voimasuhteet, jne.

Hyvinvoinnin mittaamisesta

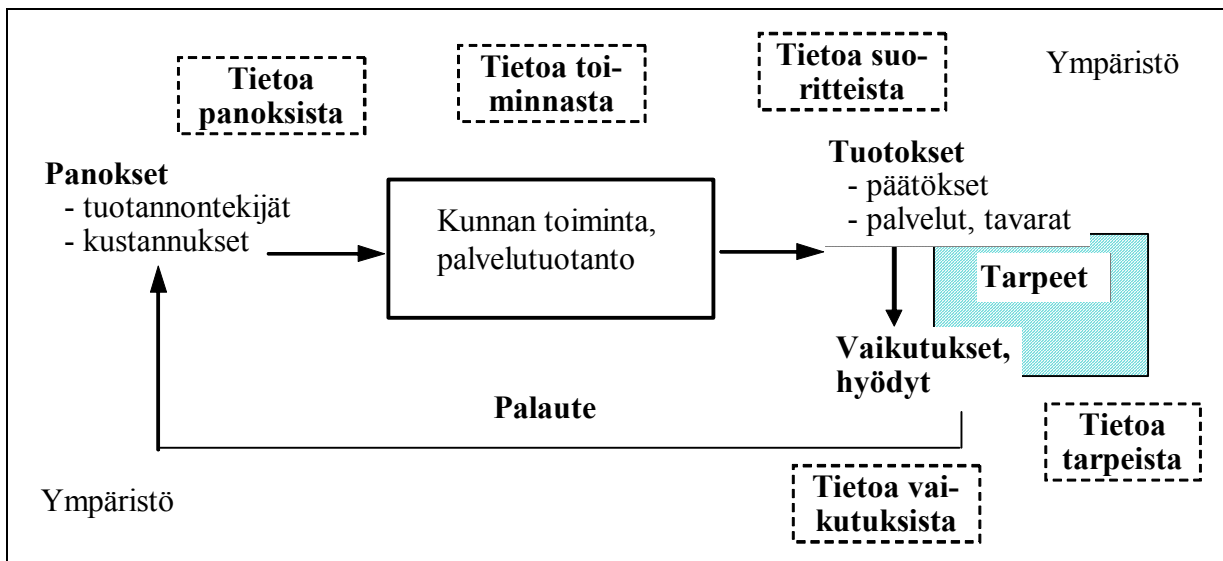
Hyvinvoinnin määrittelyn lisäksi ongelmana on hyvinvoinnin havainnointi ja mittaaminen. Millä tavoin hyvinvoinnin määrää ja siinä tapahtuneita muutoksia voidaan havainnoida? Mittaamisessa käytettäviä osoittimia kutsutaan indikaattoreiksi tai hyvinvoinnin tilaa kuvatessaan hyvinvointi-indikaattoreiksi.

Väestön hyvinvoinnin kuvaamiseen ei ole olemassa yhtä oikeaa mittaria ja käsitteen vaikeaselkaisuuden vuoksi hyvinvoinnin osoittaminen on ongelmallista. Hyvinvoinnin suora, positiivinen mittaaminen on vaikeaa – usein mahdotonta. Mittaamisessa voidaan käyttää joko epäsuoria tai käänteisiä mittareita, jotka osoittavat joko hyvinvoinnin toteutumisen edellytyksiä tai hyvinvoinnin vajetta ja puuttumista. Epäsuorat mittarit mittaavat aineellisia resursseja, joiden avulla hyvinvoinnin toteutumisen edellytyksenä olevia tarpeita tyydytetään. Tällaisia mittareita ovat mm. tulot, varallisuus, koulutus. Näitä mittareita voidaan käyttää myös käänteisesti, jolloin ne kuvaavat hyvinvointiresursien heikkoutta tai puuttumista.

Lisäksi hyvinvoinnista - samoin kuin esimerkiksi terveydestä - puhuttaessa käytetään negatiivisia osoittimia. Näin esim. terveys muuttuu sairauden puutteeksi ja sen mukaisesti tutkimuksissa kuvataan sairastavuuden muutoksia. Samalla tavoin hyvinvoinnin muutoksia kuvataan hyvinvoinnin puutetta osoittavien mittareiden avulla.

Kuntien tehtäviä ajatellen mittaamisessa tulee keskittyä sellaisiin asioihin, joihin kunnan toimenpitein on mahdollista vaikuttaa. Tällöin tulisi huomioida hyvinvoinnin negatiiviset ja positiiviset tekijät sekä hyvinvointia edistävät muut tekijät. Lähtökohtana määrittelyssä on kunnan toiminnan ja talouden suunnitteluprosessi.

Kunnan toiminnan ja talouden suunnittelu on iteratiivinen, vuosittain toistuva ohjausprosessi. Siinä tulevien vuosien toimintaa suunnataan menneiden ts. toteutuneiden vuosien toiminnasta saatujen kokemusten ja palautteen perusteella. Lisäksi tietoa hankitaan toimintaympäristön tulevasta muutossuunnasta, jotta odotettavissa oleviin palvelujen kysyntämuutoksiin osattaisiin varautua oikea-aikaisesti.



Kuvio 5. Kunnan toiminta panos-tuotos -prosessina sekä sen ohjaamisessa tarvittava tieto

Toiminnan ja talouden suunnittelussa tarvittava tieto voidaan jakaa aikaulottuvuudella seuraaviin ryhmiin, jotka samalla määrittävät tiedon pääasiallisen käyttötarkoituksen:

- 1) **Ennakkotieto**, jonka avulla voidaan varautua palvelukysynnän muutoksiin varhaisessa vaiheessa, ennen muutoksen aktualisoitumista. Esimerkkinä voidaan mainita väkiluvun ja väestön rakenteen muutos, jossa syntyvyysluvut ennustavat päivähoidon tulevaa kysyntää ja vanhusikäluokkien suuruus koti- ja asumispalvelujen kysyntää.
- 2) **Reaaliaikainen ohjaustieto**. Sen avulla seurataan kuntaorganisaation sisäisten prosessien sujumista. Jos prosesseissa havaitaan hidastavaa ja/tai haittaavaa kitkaa, tiedon avulla on mahdollista korjata/parantaa näitä prosesseja. Erityisesti tähän ryhmään kuuluvan tiedon avulla voidaan vaikuttaa parantavasti toiminnan tuottavuuteen ja taloudellisuuteen. Edellytyksenä on tiedon reaaliaikaisuus tai lyhyt 1 – 3 kuukauden aikaviive.
- 3) **Seurantatieto**. Menneiden vuosien kokemukset ja tulokset ovat tulevan toimintapolitiikan perusta. Tähän tarvitaan toteutuma- ja palautetietoa aikaisemmilta vuosilta. Mikäli tämä tieto puuttuu, systemaattista kehittämistyötä on vaikea, jopa mahdotonta tehdä. Seurantatiedon kohdalla aikaviive voi olla pitempi, jopa 1 – 2 vuotta.

Arvioinnin kannalta on tärkeää erottaa toisistaan tarvittavat tuotannontekijät ja tuotantoprosessi hyvinvoinnin muutoksena ilmenevistä tuloksista eli vaikutuksista, hyödyistä ja niiden seurauksena olevasta tarpeiden tyydyttymisestä. Seuraava kuvio havainnollistaa suoritteiden asemaa organisaation sisäisen toiminnan kontekstin ja tulosten välissä.

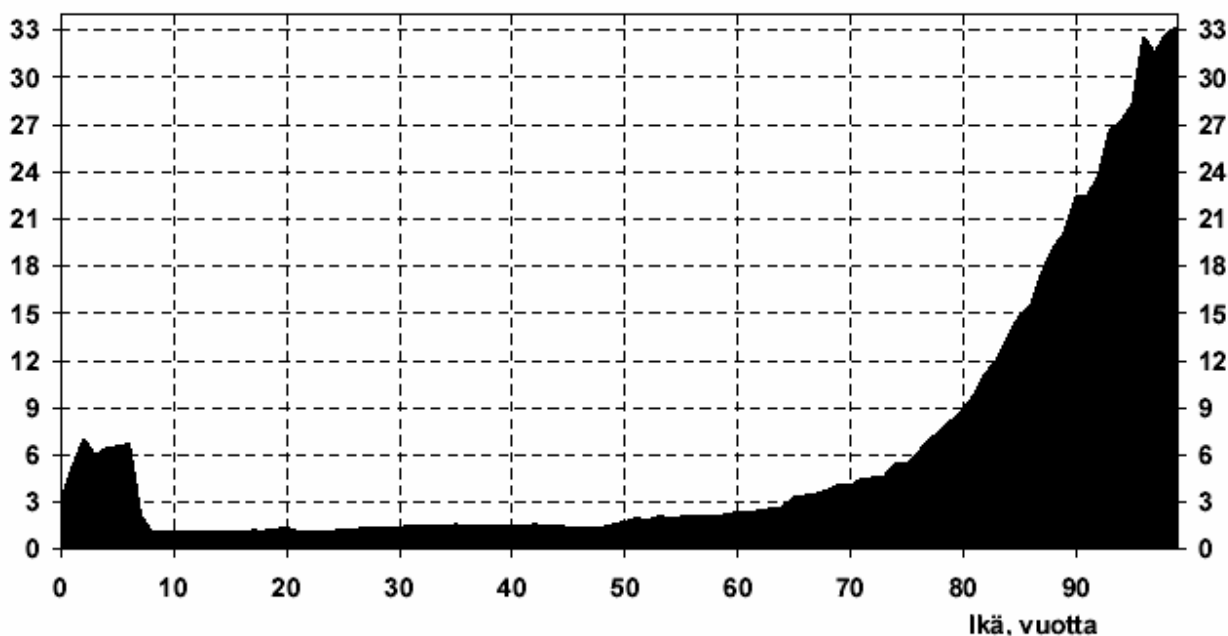
lastensuojelun tai päihdehuollon yksikkö, jolla asiakastyön lisäksi olisi erityinen tehtävä kehittää ja kouluttaa sekä arvioida uusia toimintatapoja”.⁵

Edellä mainituista tekijöistä johtuen seudullisen tiedon tarve, jossa seutukunnan jokaisen kunnan tiedot on kerätty yhtenevin perustein yhteiseen tietokantaan, tulee lisääntymään voimakkaasti. Vertailukelpoinen ja ajantasainen tieto tarjoaa mahdollisuuksia palvelutarjonnan ja sen rakenteen seudulliseen kehittämiseen.

3. Hyvinvointipalvelujen kysyntä on tilanne- ja ikäsidonnaista

Palvelujen tarve ja kysyntä on keskeinen tekijä, jonka tulisi ohjata kunnan tulevaa palvelutarjontaa. Edellä jo todettiin, että kunnan toiminta-ajatuksena on edistää asukkaiden hyvinvointia. Merkittävä osa tästä toiminta-ajatuksesta toteutuu kunnan asukkailleen tuottamien ja/tai järjestämien palvelujen avulla.

Hyvinvointipalvelujen kysyntä on voimakkaasti ikäsidonnaista painottuen elämän alku- ja loppuvuosiin. Sosiaali- ja terveystalvelujen tarve on suurta lapsuudessa ennen kouluikää (neuvola- ja päivähoitopalvelut). Oppivelvollisuusikäiset puolestaan tarvitsevat koulutusalveluita, joiden järjestäminen niin ikään on kuntien vastuulla. Aktiivi-ikäisten kohdalla hyvinvointipalvelujen tarve on pientä. Eläkeiässä erilaisten hoito- ja hoivapalvelujen (terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut) tarve kasvaa voimakkaasti omien voimien ja terveyden heikentyessä.



Kuvio 7. Hoiva- ja hoitopalvelut (eli sosiaali- ja terveystalvelut) asukasta kohti vuonna 2002, 1000 euroa.⁶

⁵ www.kunnat.net (kuntien tietopankki, käyttöpäivä 11.5.2004)

⁶ Parkkinen, P (2004)

Ohjausryhmä valitsi esiselvityksen kohteeksi nimenomaan vanhusten tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Yhtenä perusteluna valinnalle on se, että maamme väestö ikääntyy tulevina vuosikymmeninä voimakkaasti. Tämä merkitsee vanhusväestön tarvitsemien palvelujen kysynnän voimakasta kasvua.

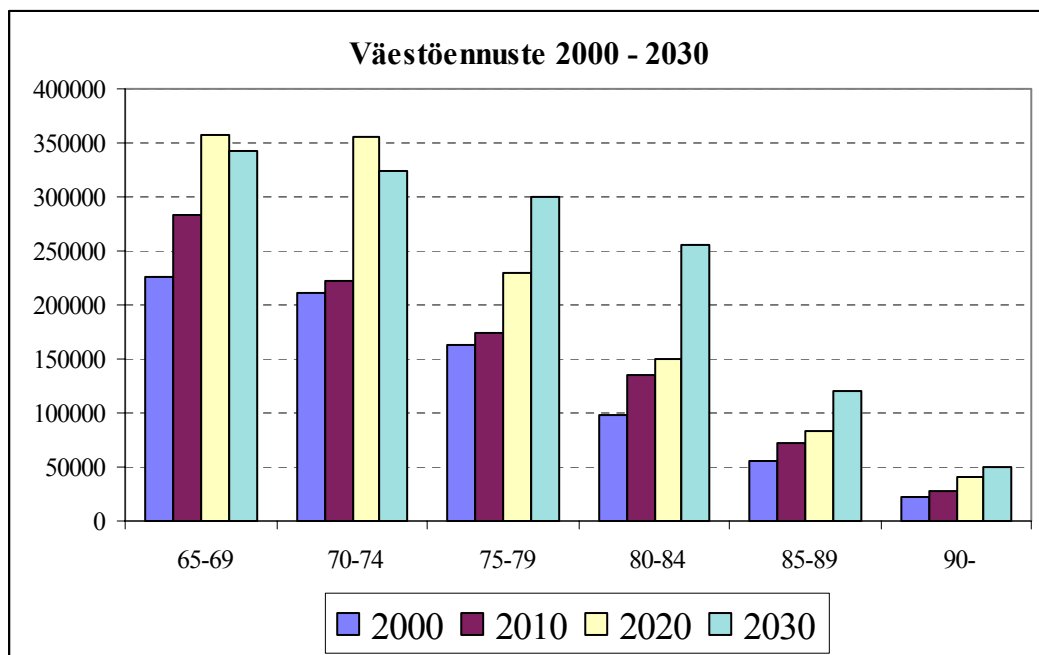
Taulukko 1. Väestön ikärakenteen muutos 2000 – 2030 Pirkanmaalla seutukunnittain Tilastokeskuksen trendiennusteen⁷ mukaan

Seutukunta	0 - 14 -vuotiaat		15 - 64 -vuotiaat		65 - 74 -vuotiaat		75 -vuotiaat ja vanhemmat	
	Yht. v. 2000	Muutos %	Yht. v. 2000	Muutos %	Yht. v. 2000	Muutos %	Yht. v. 2000	Muutos %
Koko maa	936333	-14,0	3467584	-10,7	436789	52,3	340409	112,7
Luoteis-Pirk.	5 161	-26,0	19 105	-23,9	3 030	32,6	2 527	81,6
Kaakkois-Pirk.	1 857	-27,6	6 145	-10,3	1 111	49,3	923	86,7
Etelä-Pirk.	7 008	-15,5	27 511	-19,4	4 176	31,4	3 446	93,9
Tampereen	52 317	-0,9	204 156	2,2	23 387	61,6	17 795	128,2
Lounais-Pirk.	4 381	-22,2	15 572	-23,6	2 650	18,9	2 243	72,0
Ylä-Pirk.	6 839	-25,2	26 753	-28,2	4 848	17,7	4 110	68,8

Tulevan muutoksen suunta on selvä; väestö ikääntyy voimakkaasti. Pirkanmaalla Tampereen seutukunnan muutos on muista poikkeava, sillä 15 - 64 -vuotiaiden määrä ei vähenny kuten muissa seutukunnissa. Vastaavasti vanhempien ikäluokkien kohdalla suhteellinen kasvu on voimakkainta.

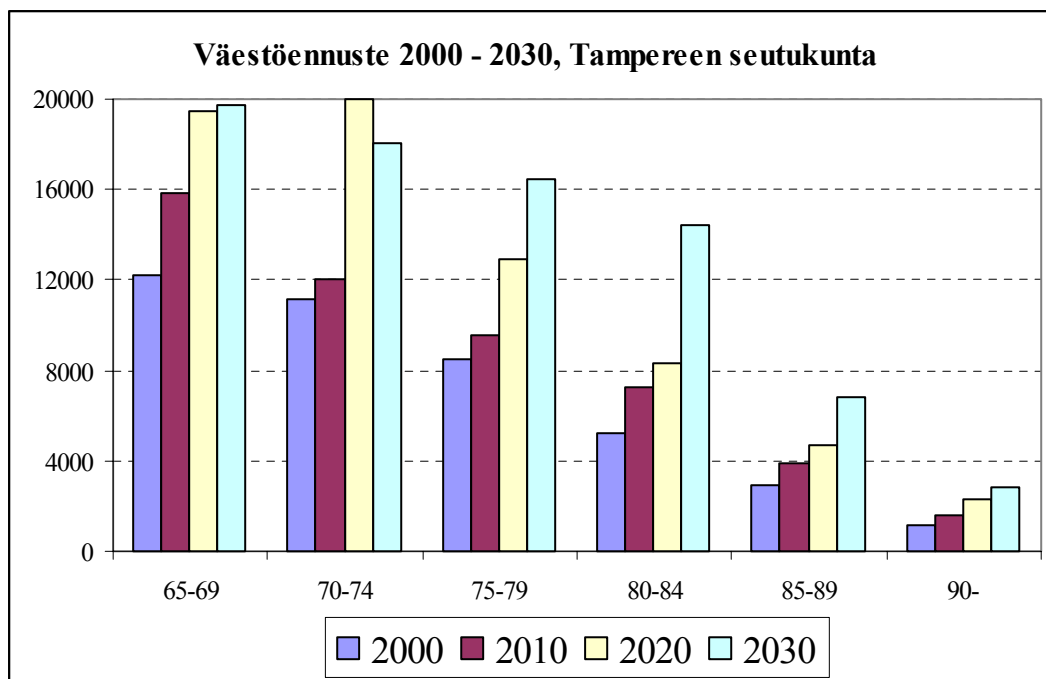
Seuraavassa kahdessa kuviossa on esitetty Tilastokeskuksen trendiennusteen mukaiset väestömuutokset koko maassa ja Tampereen seutukunnassa. Muutokset 5 -vuotisikäryhmittäin ovat samansuuntaisia. Ainoa ero on 65 - 69 -vuotiaiden kohdalla: Tampereen seutukunnassa on hidastuvaa kasvua vuoteen 2030 asti, koko maan kehitys kääntyy alenevaksi jo 2020 -luvulla (vuosikymmenen jälkimmäisellä puoliskolla).

⁷ Tilastokeskus, valmistui 1.10.2001. Trendiennuste sisältää kuolleisuuden, syntyvyyden ja muuttoliikkeen kehityksen



Kuvio 8a. Eläkeikäisten määrän kehitys vv. 2000 – 2030 koko maassa Tilastokeskuksen trendiennusteen mukaan.

Tilastokeskuksen trendiennusteen mukaan 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa voimakkaasti vielä 2020 luvulla. Erityisen voimakasta kasvu on 80-84 -vuotiaiden ikäluokassa. Alle 75 -vuotiaiden ikäluokat alkavat asteittain pienentyä 2020 -luvun jälkimmäisellä puoliskolla. Ennusteen mukainen muutos on samansuuntaista myös Tampereen seutukunnassa, jossa 65-69 -vuotiaiden lukumäärä kasvaa lievästi vielä 2020-luvun puolella (vuoteen 2030 asti).



Kuvio 8b. Eläkeikäisten määrän kehitys vv. 2000 – 2030 Tampereen seutukunnassa Tilastokeskuksen trendiennusteen mukaan.

4. Kuntien tiedonantovelvoite hyvinvointitiedon lähteenä

Yhtenä lähtökohtana esiselvityksessä on kartoittaa nykyistä tietotarjontaa ja sen käyttömahdollisuuksia Tampereen seutukunnan kunnissa. Kunnilla on lakiin perustuva velvoite antaa vuosittain toimintaansa ja talouttaan koskevia tietoja tilastoviranomaisille - muun muassa Tilastokeskukselle ja Stakesille.

Tilastolaki (280/2004) 14 § Tilastokeskuksen oikeus kerätä tietoja tiedonantovelvollisuuden nojalla Valtion viranomaiset ovat velvollisia antamaan salassapitosäännösten estämättä tilastokeskukselle tilastojen laatimisen kannalta välttämättömät tiedot hallussaan olevista tietoineistoista sekä tiedot omasta toiminnastaan, taloudestaan, hoitamistaan tehtävistä, henkilöstöstään ja muista toiminnan edellyttämistä voimavaroista.

Kunnat ja kuntayhtymät ovat velvollisia antamaan salassapitosäännösten estämättä tilastokeskukselle tilastojen laatimisen kannalta välttämättömät tiedot taloudestaan, hyödykkeistään, toiminnan sijainnista, henkilöstöstään ja muista toiminnan edellyttämistä voimavaroista.

Elinkeinonharjoittajat, kuntien ja valtion liikelaitokset sekä voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ja säätiöt ovat velvollisia antamaan salassapitosäännösten estämättä tilastokeskukselle tilastojen laatimisen kannalta välttämättömät tiedot harjoittamansa toiminnan lajista, sijainnista, omistamisesta ja taloudesta, hyödykkeistään, henkilöstöstään ja muista toiminnan edellyttämistä voimavaroista.

Tässä luvussa esitetään lyhyt kuvaus vanhusväestöä ja heidän palvelujaan koskevista tiedoista, jotka kuuluvat em. tiedonantovelvoitteen piiriin. Samalla arvioidaan niiden käytettävyyttä kuntien toiminnan ja talouden suunnittelussa.

4.1. Kuntien talous- ja toimintatilasto (Stakes ja Tilastokeskus)

Kuntien ja kuntayhtymien on annettava omaa toimintaa koskevat tiedot helmikuussa. Esimerkiksi vuotta 2003 koskevat toimintatiedot kuntien tuli antaa 15.2.2004 mennessä ja kuntayhtymien 30.4.2004 mennessä. Taloutta koskevat tiedot kootaan erikseen tilinpäätösten valmistuttua. Tiedot kokoa tilastokeskus.

Vanhusten palveluja koskevia tietoja ovat muun muassa seuraavat:

Vanhusten laitospalvelut:

- 16. Vanhainkodeissa hoidossa olleiden asiakkaiden lukumäärä 31.12.
- 17. Hoitopäiviä vuodessa.

Vammaishuollon laitospalvelut:

- 18. Asiakkaita hoidossa.
- 19. Hoitopäiviä vuodessa.

Kotipalvelut:

- 21. Kodinhoitoapua vuoden aikana saaneiden kotitalouksien lukumäärä.
- 22. Tukipalvelua vuoden aikana saaneiden asiakkaiden lukumäärä.

Muut vanhusten ja vammaisten palvelut:

- 23. Vanhustenhuollon palveluasumisasiakkaita 31.12. yhteensä.
- 24. Vanhustenhuollon osavuorokautisen hoidon piirissä asiakkaita 31.12.
- 27. Omaishoidon tuella hoidettujen lukumäärä vuoden aikana.
- 28. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneiden hoitajien lukumäärä vuoden aikana.

Edellisen vuoden tietojen tulisi valmistua huhtikuun loppuun mennessä. Käytännössä julkistamista viivästyttää se, että kaikki tiedonantovelvolliset eivät anna tietojaan säädetyssä ajassa ja että tietojen tarkistuksiin ja korjauksiin menee aikaa. Tuloksena on se, että kunnat saavat tiedonantajapalautteen liian myöhään ajatellen tulevien vuosien toiminta- ja taloussuunnittelua (talousarvio ja taloussuunnitelma).

Esiselvityksen yhteydessä Tampereen seutukunnan kunnilta pyydettiin sosiaalitoimen toimintatilaston tietoja vuosilta 2002 ja 2003. Nämä tiedot piti antaa vuoden 2003 toiminnan osalta tilastoviranomaiselle 15.2.2004 mennessä. Tiedonkeruulomakkeessa vanhusväestön palveluja kuvaavia tietoja olivat seuraavat:

- 220 Vanhusten laitospalvelut
- 235 Kotipalvelut, siinä vanhuskotitaloudet
- 240 Muut vanhusten ja vammaisten palvelut, siinä vanhustenhuollon palveluasumisasiakkaita 31.12.

Näistä tiedoista tehtiin yhteenveto, jossa esitettiin suhteutettuja asiakkaiden ja palveluiden määriä koskevia tietoja. Tiedonkoontilomakkeella määrät suhteutettiin kunnan asukaslukuun, joka herätti varsin voimakasta kritiikkiä. Parempana suhteutustekijänä pidettiin ao. ikäryhmään kuuluvien lukumäärää kunnassa (esim. vanhusten laitospalvelujen kohdalla 75 vuotta täyttäneet asiakkaat prosenttia 75 -vuotta täyttäneistä asukkaista). Liitteenä 1 on näin suhteutetun Excel-koontilomakkeen yhteenveto kunnittain.

Jatkoa ajatellen tämä koontilomake antaa yhden lähtökohdan seutukunnan kuntien tietojen hankintaan ja vertailuun vuosittain jo helmi-maaliskuussa, jolloin tiedot olisivat käytettävissä aloitettaessa seuraavien vuosien toiminnan ja talouden suunnittelua.

4.2. Sairaaloiden ja terveyskeskusten avotoimintatilasto (Stakes)

Tiedot kootaan palvelujen tuottajilta sähköisesti (internet tai levykkeellä). Keskeisiä tietoja ovat perusterveydenhuollon avohoitokäynnit ikäryhmittäin (tiedonkeruulomake on saatavissa osoitteesta: <http://www.stakes.info/files/pdf/LIITE%203.htm>). Kuntien ja kuntayhtymien tulee antaa tiedot tilastoviranomaiselle 30.3. mennessä.

Tietosisältö on seuraava: kunnallisten sairaaloiden avohoitokäynnit erikoisaloittain, psykiatrian ryhmähoito ja puoliavoimet hoitomuodot, terveyskeskusten avohoitokäynnit toiminnoittain, lääkärikäynnit ja potilaat ikäryhmittäin, hammashuollon käynnit ja potilaat sekä yö- ja päiväsairaalatoiminta.

Sairaaloiden ja terveyskeskusten avohoidon toiminnasta tiedot on saatavissa kunnittain. Myös muut kuntarajoja noudattavat aluejaot mahdollisia. Laboratorio, röntgen- ja kuntoutustiedot ovat saatavissa kuntayhtymittäin. Stakesin ja Suomen Kuntaliiton sopimuksen mukaisesti Suomen Kuntaliitto kerää tiedot kunnilta ja kuntayhtymiltä.

Stakesin www-sivuilla olevan tiedon mukaan yhteenvedot ja tiedonantajapalautteet valmistuvat heinä- elokuun aikana. Myös näistä tiedoista koottiin seutukunnan kuntien ja kuntayhtymien yhteenveto perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä. Ohjausryhmä tuli siihen tulokseen, ettei näistä tiedoista ole riittävästi hyötyä toiminnan ja talouden suunnittelussa.

4.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä HILMO

Stakes kerää annetusta hoidosta tietoa asiakas/potilaskohtaisesti sekä hoitojakson päättyessä että vuoden lopussa laitoksissa sisällä olevista potilaista. Palvelujen tuottajien on annettava edellisen vuoden tiedot 30.3. mennessä.

Tietosisältö: sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoido, asumispalvelut ja säännöllinen kotihoito sekä päiväkirurgia. Kerättäviä tietoja ovat mm. asiakkaan tunnistetiedot, ikä, sukupuoli, kotikunta, hoitoon liittyvä hoitoaika, diagnoosi- ja toimenpidetiedot sekä tiedot hoitoon lähettävästä tahosta sekä jatkohoitopaikasta.

Käytetyt luokitukset: Koko maa, lääni, kunta, myös mikä tahansa muu kuntarajoja noudattava aluejako on mahdollinen, sairaanhoitopiiri, erityishuoltopiiri, ICD-10 (vuodesta 1996 lähtien) ja ICD-9 diagnoosiluokitukset, toimenpideluokitus, hoitoisuusluokitus ("Hilmo-luokitus").

Tiedot kerätään asiakas/potilaskohtaisesti hoitajakson päättyessä sekä vuoden lopussa laitoksissa sisällä olevista potilaista. Tiedot ilmoittaa palvelun tuottaja. Hoitoilmoituksista kootaan valtakunnalliset hoitoilmoitusrekisterit (sosiaalihuolto, terveydenhuolto). Terveydenhuollon rekisteri valmistuu toukokuun lopussa, sosiaalihuollon alkusyksystä.

Tiedot on tarkoitettu kuntien, palvelujen tuottajien, läänien, sairaanhoitopiirien sekä valtakunnallisen suunnittelun ja seurannan apuvälineeksi. Myös tutkijat voivat hyödyntää hoitoilmoitustietoja. Hoitoilmoitusrekisterin tiedoilla voidaan kuvata laitoshoidon käyttöä eri potilas- ja asiakasryhmissä, laitoshoidon palvelurakennetta, potilasvirtoja ja -varantoja sekä hoidosta aiheutuvia kustannuksia.

Stakesissa tuotetaan hoitoilmoitusrekisterin pohjalta tilastojulkaisuja ja lasketaan kunnittaisia tunnuslukuja Sotkaan eli sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokantaan siirrettäviksi (lisätietoja Sotkasta www.stakes.fi/sotka). Stakesin kautta saadaan myös luvat tietojen käyttöön tutkimustarkoituksiin. Hoitoilmoitusrekisterin tietoja on maksutta saatavissa summatasolla internet -osoitteesta <http://info.stakes.fi/nettihilmo>.

Lisätietoja:

Rekisteriseloste: <http://www.stakes.info/4/7/index.asp>

HILMO - hoitoilmoitusohjeet <http://info.stakes.fi/hilmo/>

Hoitoilmoitus, lomakkeet: <http://info.stakes.fi/hilmo/lomakkeet.htm>

HILMO - toimintayksikkökoodit <http://info.stakes.fi/topi/>

Lähde: <http://www.stakes.info/4/1/?ID=34>

Kuntien näkökulmasta, ajatellen toiminnan ja talouden suunnittelua, ongelmana on pitkä aikaviive. Tiedot kootaan koneellisesti hoito- ja potilasrekistereistä, joten niistä ei voi tehdä ennakkoon kunta- ja/tai seutukuntaakohtaisia yhteenvetoja kuten edellä kuvatusta sosiaalitoimen toimintatilastosta.

5. Muita mahdollisia tilastotiedon hankinnan lähtökohtia ja lähteitä

Tiedonantovelvoitteen ja siihen liittyvän palautteen lisäksi käytettävissä on monia muita toiminnan ja talouden suunnittelussa tarvittavan tiedon lähteitä. Erityisesti vanhusväestön palvelujen kannalta keskeisiä tietolähteitä ovat tässä luvussa kuvatut tietojärjestelmät ja ohjelmat.

5.1. Evergreen 2000+ ohjelma vanhustyön ohjaukseen ja laadunhallintaan

Stakesissa kehitetty Evergreen 2000 on kunnille suunnattu informaatiojärjestelmä, jonka avulla voidaan tehostaa vanhustenhuollon suunnittelua, seurantaa ja arviointia. Ohjelma on käytössä noin 30 kunnassa.

Evergreen 2000+ -ohjelmistossa on 3 moduulia: perustiedosto, analyysiosio ja mallinnusosio. Perustiedosto sisältää väestöä, elinoloja ja palvelutarpeita, palvelujen käyttöä, voimavaroja, kustannuksia ja rahoitusta koskevia avaintietoja. Analyysiosio koostuu seuranta- ja arviointiosiesta.

Ohjelmiston perusanalyysit toimivat Sotkasta ja Hilmosta saatavilla tiedoilla täydennettynä kunnan omilla tiedoilla. Analyysissa tarvitaan toteutuneita historiatietoja muun muassa asiakkaiden, suoritteiden, henkilöstön ja kustannusten määristä avohoidon, väliasteen ja laitoshoidon palveluissa.

Arviointiosio sisältää palveluprofiilin eli 21 muuttujaa sisältävän kuvauksen palvelurakenteen nykytilasta sekä valmiita indikaattoreita ja tunnuslukuja palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointiin. Mallinnusosio sisältää nyky- ja tavoitemallit, joiden avulla tulevaisuutta on mahdollista simuloida aina vuoteen 2030.

Nyky malli kuvaa nykytilan jatkumista ilman muutoksia, ainoana taustamuuttujana on ikääntyneiden määrän kehitys. Tavoitemallin avulla käyttäjä voi sovittaa palvelujen kysyntää, tarjontaa ja resursseja toisiinsa. Käyttäjä siis määrittelee haluamansa palvelurakenteen, minkä jälkeen ohjelma laskee mallin tulokset halutulle tavoitevuodelle. Tuloksina saadaan mm. henkilöstön mitoitusarve sekä kustannukset eli palvelujen tarjonnasta kunnalle aiheutuvat menot ja tulot. (Lähde: <http://www.stakes.fi/dialogi/01/dia20013/30122.htm>)

Evergreen 2000+ -ohjelman käyttö edellyttää varsin laajan tietoaineiston kokoamista. Osa tiedoista saadaan valmiista tilastolähteistä: Iki-indikaattorit, Sotka ja Hilmo.

5.2. Viiden suurimman kaupungin sosiaali- ja terveystilastojen vertailu

Suomen viisi suurinta kaupunkia Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa ja Turku ovat verranneet asukkaiden käyttämiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja niiden kustannuksista vuosittain vuodesta 1995 alkaen. Vertailua ohjaa ao. kaupunkien edustajista koostuva työryhmä, jonka jäsenet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia.

Kuusikko-työryhmä tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista vertailuja, joissa tarkastellaan kuntalaisille tuotettuja palveluja sekä niiden kustannuksia. Raportit on tarkoitettu kuntien työntekijöille sekä päättäjille.

Kuusikko-työ on organisoitu siten, että ohjausryhmä päättää vuosittain työhön käytettävät resurssit ja laatii työsuunnitelman. Toimintokohtaiset asiantuntijaryhmät tuottavat raportit. Vuonna 2004 toimivat seuraavat työryhmät:

- Lasten päivähoidon Kuusikko-työryhmä.
- Lasten sijaishuollon Kuusikko-työryhmä
- Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen Viisikko-työryhmä
- Kehitysvammahuollon Viisikko-työryhmä
- Vanhuspalvelujen Viisikko-työryhmä
- Toimeentulotuen Viisikko-työryhmä
- Sosiaalityön Kuusikko-työryhmä

Oulu on vuonna 2004 mukana lasten päivähoidon, lasten sijaishuollon sekä sosiaalityön ryhmissä. Muissa ryhmissä on edustajat viidestä suurimmasta kaupungista.

Kuusikko/Viisikko-työn periaatteita ovat seuraavat:

- Tavoitteena on mahdollisimman vertailukelpoisen tilastointiaineiston aikaansaaminen
- Käytetään hyväksi jo olemassa olevaa tilastotietoa aina kun se on mahdollista
- Keskustellen varmistetaan siitä, että eri kunnissa puhutaan samoista asiasisällöistä
- Pyritään tuottamaan käyttökelpoista, asiallista ja tarkoin selvitettyä tietoa sekä työntekijöille että päätöksentekijöille.
- Työn aloittamiseen johti mm se, että euro/asukas -tieto ei riitä, vaan halutaan tietää mitä palveluja kussakin kunnassa on tuotettu ja millä kustannuksilla.⁸

Vanhuspalvelut

Vanhusten käyttämiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevia Viisikko-raportteja on tehty vuodesta 1994 alkaen. Ensimmäisinä vuosina olivat mukana Helsinki, Espoo ja Vantaa. Turku ja Tampere tulivat työhön mukaan 1996. Työn alkaessa tarkasteltiin 65 -vuotta täyttäneiden kotihoitoa, palveluasumista ja osavuorokautista hoitoa sekä vanhainkoti- ja terveyskeskussairaalan vuodeosastohoitoa. Vuonna 1997 tarkasteluun otettiin mukaan vanhusten käyttämät erikoissairaanhoidon palvelut.

Toiminta- ja kustannustiedot on koottu vuosittain kymmenvuotiskäryhmittäin (65 - 74, 75 - 84, 85+v) seuraavista palveluista:

- kotihoito
- omaishoidontuki
- osavuorokautinen hoito (päivähoito sekä päiväsairaalahoido)
- palveluasuminen (kevyt, keskiraskas, tehostettu)
- vanhainkodit
- terveyskeskussairaalat
- perusterveydenhuollon avopalvelut (lähinnä lääkäripalvelut)
- erikoissairaanhoido.

Vuonna 1998 kehitettiin tapa kuvata vanhuspalvelujen palvelurakennetta. Kuntia voidaan tämän kehitystyön tuloksena olevan määrittelyn avulla helpommin verrata toisiinsa. Raporteissa on viime vuosina keskitytty Viisikkokuntien vanhuspalvelujen palvelurakenteen sekä kustannusten muutoksen tarkasteluun.

Tampereen seutukunnan kuntien yhteistä tiedonhankintaa ajatellen Viisikkovertailu antaa yhden käyttökelpoisen mahdollisuuden tiedonhankintayhteistyön kehittämiseen. Tämä edellyttää sitä, että kaikissa seutukunnan kunnissa otetaan käyttöön ja hyväksytään viisikkokuntien yhdessä määrittelemät tiedonkeruun yleiset periaatteet. Näin tilastotietoihin liittyviä käsitteitä saataisiin nykyistä yhtenäisemmiksi, jolloin kunnista kerätyt tiedot olisivat vertailukelpoisia. Tiedonkeruun periaatteita

⁸ <http://www.kuusikkokunnat.fi>

on kuvattu tarkemmin vanhuspalvelujen osalta vertailuraportin liitteessä. Periaateluettelo on myös tämän esiselvityksen liitteenä (liite 2).

5.3. SOTKA -tietokanta (Stakes)

SOTKA -tietokannan ylläpito on StakesTieto -tulosalueen vastuulla. Tilastotietokannan käyttö on maksullista. Käyttökustannukset koostuvat tietoliikennekustannuksista sekä tietojen käsittelystä aiheutuvista kustannuksista.

SOTKA tilastotietokannan avulla voidaan arvioida ja analysoida sosiaali- ja terveystietokannan palveluiden toimivuutta ja tarvetta. Tietoja voidaan käyttää tehostamaan suunnittelua ja päätöksentekoa – esim. kunnat voivat maksajana verrata omia menojaan muihin kuntiin ja maan keskiarvoihin.

SOTKasta saadaan vaivattomasti luotettavaa, puolueetonta ja vertailukelpoista tietoa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta - kehityssuunnat on helppo nähdä ja kuntien välisten vertailujen tekeminen on mahdollista. Tietokannasta saadun tiedon avulla löytyy vastauksia palveluiden kehittämiseen kunnissa, kuntayhtymissä, järjestöissä, valtiolla ja yrityksissä:

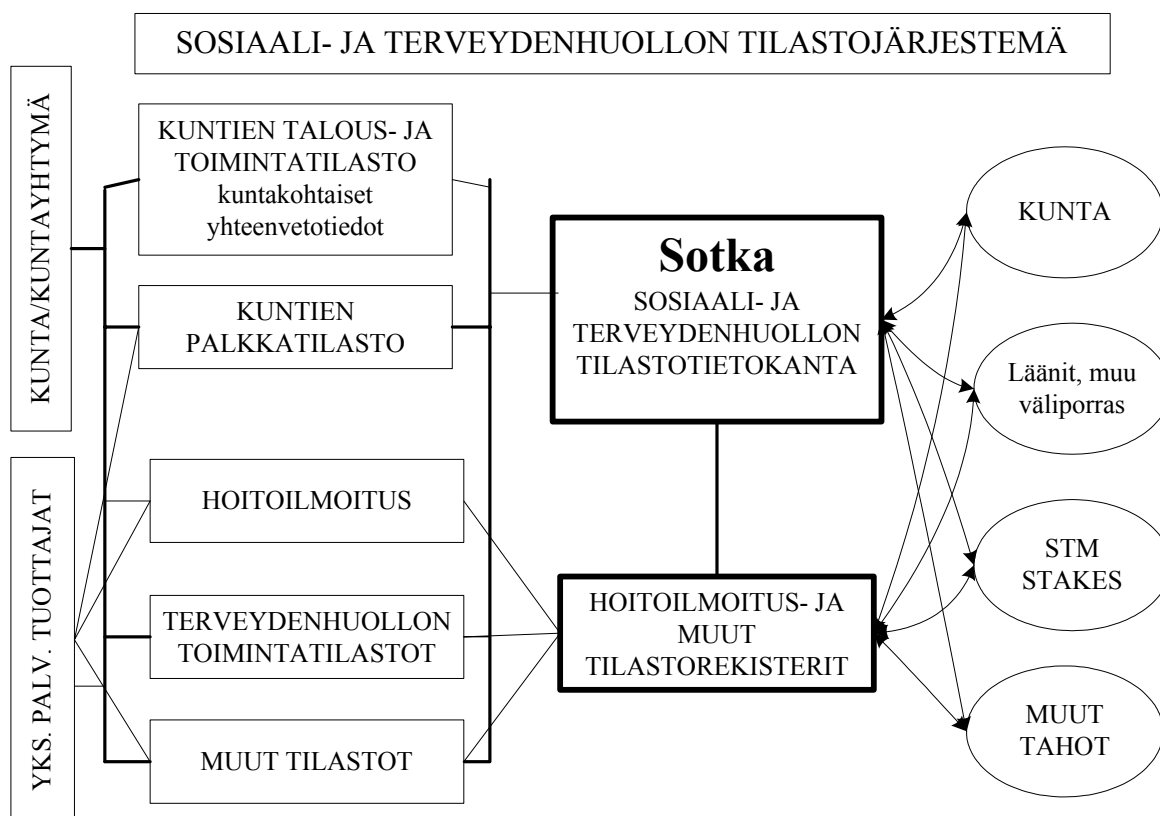
- Paljonko ja mitä palveluita on käytetty?
- Miten palvelujärjestelmä vastaa alueen väestön tarpeita?
- Onko palvelujärjestelmä tehokas, tuottava ja taloudellinen?
- Miten asiat ovat omassa kunnassa, naapurikunnassa, läänissä, koko maassa? Mihin suuntaan tarpeet kehittyvät tulevaisuudessa?
- Miten palvelut ovat kehittyneet?
- Kuka palvelut on tuottanut?
- Kuka on asiakas?
- Kuinka kauan hoito kesti?
- Miten ja mitä sosiaali- ja terveystietokannan palveluita käytetään eri laitoksissa tai laitoshoidon korvaavissa hoitomuodoissa?⁹

SOTKA -tietokanta sisältää yli 3000 erillistä tietoa jokaisesta Suomen kunnasta. Suhteutettuja tunnuslukuja on noin 200. Tietojen ja tunnuslukujen valinnan ja laskemisen perustana on SOTKA -tietokannassa käytetty mm. "Panos-tuotos" ja väestötieteen-mallia. Tilastotiedot ja tunnusluvut kuvaavat:

- kunnallistaloutta
- väestöä
- perheitä
- asumista
- sairastavuutta ja kuolleisuutta
- sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaa, kustannuksia sekä palveluiden käyttöä.

Tilastouudistuksista johtuen useita tietoja ei kuitenkaan ole saatavissa koko ajalta. Tiedot tulevat kantaan pääsääntöisesti tilastovuotta seuraavan vuoden aikana. Tietokantaa päivitetään säännöllisesti. SOTKA tilastotietokantaa ylläpitää Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, jonka ohella tietoja toimittavat Tilastokeskus, Kela ja Suomen Kuntaliitto.

⁹ <http://www.stakes.fi/sotka>



Kuvio 9. Sotka osana sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmää – rakennekuvio

Sotka on nykyisin tärkein sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotiedon lähde. Tietokannassa on keskitetysti saatavilla miltei kaikki kuntien toiminnan ja talouden suunnittelussa tarvittavat seurantatiedot. Tietojen hyödyntämisen suurimpana ongelmana ovat pitkät aikaviiveet – tiedot ovat 1 – 2 vuotta vanhoja. Eräissä yksittäistapauksissa aikaviive on jopa tätäkin pitempi.

Taulukko 2. SOTKA –tilastokannan viimeisimpiä päivityksiä poimintoja (www.stakes.fi/sotka/aineisto.htm, 29.4.2004)

Päivitettävä aineisto	Viimeisin päivitys	Aineistovuosi
Asuntokunnat	27.05.2002	2000
Hoitoilmoitustiedot; sosiaali-HILMO		
- asumispalvelujen asukaslaskenta	17.09.2003	2002
- kotihoidon asiakaslaskenta (joka toinen vuosi)	20.05.2002	2001
- laitoshoido	17.09.2003	2002
Hoitoilmoitustiedot; terveys-HILMO (ennakkotieto)	29.09.2003	2002
Koulutustaso	02.12.2003	2002
Erikoissairaanhoidotilasto	23.08.2002	2001
Terveyskeskustilasto	25.09.2003	2002
Kuntien talous; käyttötalous korjauksia 25.11.2003!	24.03.2003	2001
Kuntien talous; rahoituslaskelma	27.02.2003	2001
Kuntien talous; sosiaali- ja terveystoimen investoinnit	27.02.2003	2001
Kuntien talous; tase	24.03.2003	2001
Kuntien talous; tilinpäätös	24.03.2003	2001
Kuntien talous; tunnusluvut	02.12.2003	2002
Kuolleisuus; ikävakioitu kuolleisuus	22.08.2000	1999
Kuolleisuus; kuolleet 5-vuotisjakson aikana	27.05.2002	2000
Kuolleisuus; verenkiertoelinsairauksiin kuolleet	27.11.1999	1997
Sosiaalitoimen toimintatiedot	15.05.2003	2002
Työvoima; kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimi	21.08.2002	2000
Työvoima; kuntien sosiaali- ja terveystoimi	21.08.2002	2000
Valtionosuudet	06.10.2003	2002
Väestöennuste	01.02.2002	2001
Väestönmuutokset; kuolleet	04.08.2003	2002
Väestönmuutokset; muuttoliike	21.08.2003	2002
Väestönmuutokset; pakolaiset	14.03.2003	2002
Väestönmuutokset; syntyneet	04.08.2003	2002

5.4. SOTE -vertti (Efektia Oy)

Vertti sai alkunsa 1990-luvun alussa, jolloin seitsemän kaupungin tekniset virastot lähtivät yhdessä kehittämään tuloksellisuuden hallintaansa. Työn seurauksena syntyi tuloksellisuuden vertailutietokanta. Vertti on laajentunut 1990-luvun loppuun mennessä useille kuntahallinnon aloille, muun muassa

- TekpaVertti tekniseen toimeen,
- KouluVertti, KirjastoVertti ja AmmattiVertti sivistystoimeen,
- SoteVertti sosiaali- ja terveystoimeen.

Kuntien ylimmän johdon tarpeisiin on laadittu oma väline, JohdonVertti.

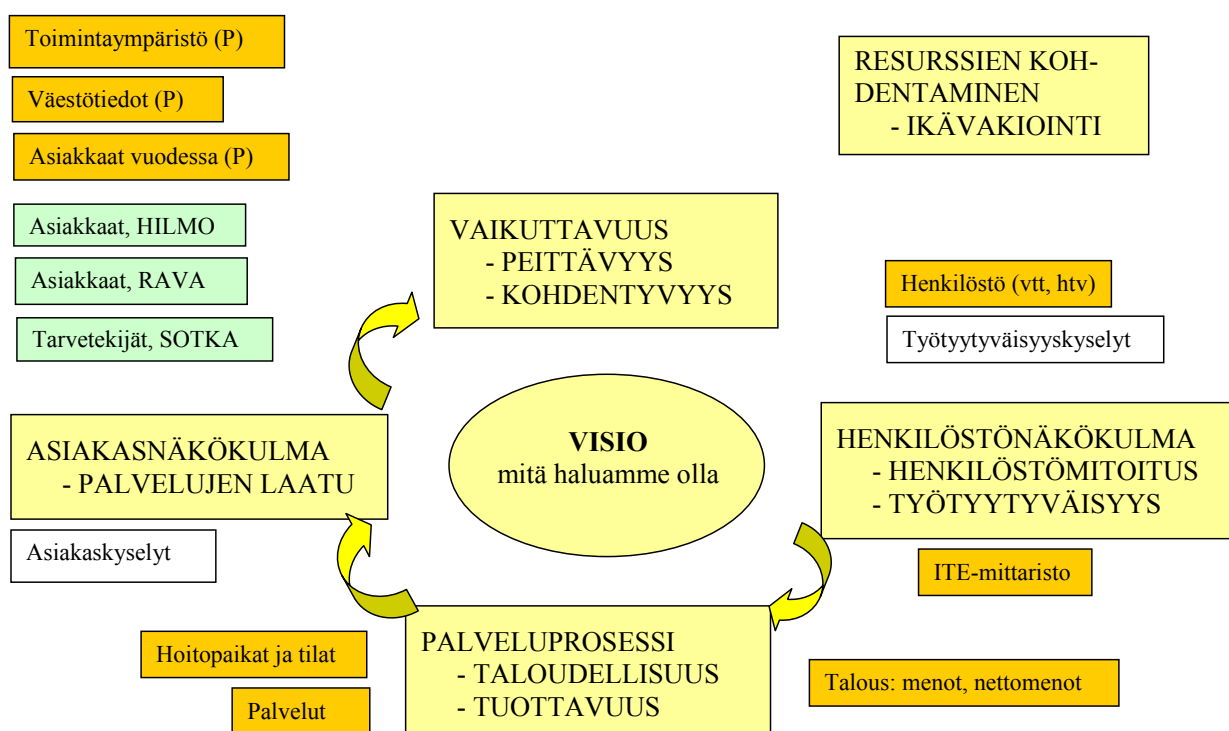
JohdonVertti on kunnan johtamisen näkökulmasta jäsennelty tietokokonaisuus vuosisuunnitteluun, strategiseen suunnitteluun ja arviointiin valtuusto- sekä kunnan johtoryhmätasolla. Se sisältää keskeisimmät tunnusluvut ja ominaisuustiedot yhdyskunnan elinvoimaisuuden, talouden hallittavuuden, palvelujen taloudellisuuden, henkilöstön osaamisen ja asiakkaiden tyytyväisyyden mittaami-

seen ja arviointiin. Vastuuyksiköiden ja -alueiden johtamista palvelevat erityisesti omaa sektoria koskevat tiedot. Näitä tietoja sisältyy SektoriVertteihin. Niissä käsitellään kustannuspohjaista tietoa, joka kohdistetaan ensisijaisesti tuotteille. Tämä yksityiskohtainen tieto on relevanttia vastuuyksiköiden ja -alueiden toiminnan kehittämiseksi.

SoteVertti pohjautuu tasapainotetun mittariston (BSC) ajattelulle. Taustalla on ollut kritiikki yksistään talouslähtöistä ja -painotteista tulostarkastelua kohtaan. Kritiikin mukaan tarvitaan moninäkökulmaista tulostarkastelua ja eri näkökulmien tasapainoa:

- lyhyen ja pitkän tähtäimen tavoitteissa
- raha- ja ei-rahamääräisissä mittareissa
- ulkoisissa ja sisäisissä näkökulmissa

Edelleen tarvitaan strategian selkiyttämistä, enemmän kommunikointia ja tavoitteiden kohdistamista.



Kuvio 10. SoteVertin rakenne BSC -näkökulmasta

SoteVertin tiedot muodostuvat 1) siirtotiedoista (siirretään koneellisesti muista tilastotietokannoista) ja 2) kunnan itse tallentamista tiedoista. Siirtotietoja saadaan seuraavista primäärilähteistä:

- Väestötiedot 31.12. (Tilastokeskus)
- Asiakkaat (HILMO/ Stakes); kaikki asiakkaat, 75 täyttäneet
- Asiakkaat (RAVA/ Kuntaliitto); 75 täyttäneet, 65 täyttäneet sekä RAVA -indeksit, hoitoisuus
- Tarvetekijät (SOTKA)
- Palvelujen laatu: Asiakastytyväisyys (Efektia)
- Työtytyväisyys (Efektia)

Tallennettavia (kunta tallentaa itse) omia tietoja ovat muun muassa seuraavat:

- Toimintaympäristö (esim. hallintomallit)
- Yritysassiakkaat
- Asiakkaat vuodessa: asiakkaiden lukumäärä
- Henkilöstö: vuosityöntekijät, työpanos,
- ITE -arviointi
- Palvelut: käynnit, hoitopäivät, hoitajaksot
- Hoitopaikat 31.12. (palvelutalot, laitokset)
- Talous: menot, nettomenot
- Palvelujen laatu: asiakastyytyväisyys
- Henkilöstö: työtyytyväisyys¹⁰

SoteVertti oli vuoden 2003 lopussa käytössä noin 30 kunnassa ja kuntayhtymässä. Järjestelmä kärsii siirtotietojen osalta samasta ongelmasta kuin primääritietokannat eli pitkistä aikaviiveistä. Tallennettavien tietojen osalta kunta on itse vastuussa tietokantaan syöttämiensä tietojen ajantasaisuudesta ja oikeellisuudesta.

6. Vireillä olevia valtakunnallisia tilastotietoihin kohdistuvia uudistushankkeita

Parhaillaan on vireillä eräitä valtakunnallisia tilastotietojen koontiin, käsittelyyn ja jakeluun liittyviä uudistushankkeita. Näitä merkittävimmät ovat Stakesin indikaattoripankki, joka sisältää noin 800 indikaattoria, sekä sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005.

6.1. Indikaattoripankki -uudistus (Stakes)

Osana hallinnonalan laitosten tulosoajasta sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt indikaattoreiden rakentamisen käyttäen Balanced Scorecard (BSC) -viitekehikkoa. STM:n hallinnonalalla on viime vuosina laadittu erilaisia ohjelmia ja laatusuosituksia, joiden toteutumista on pyritty seuraamaan keskeisillä indikaattoreilla. Tavoitteiden toteutumisen seurantaindikaattoreiden laatiminen on ollut vaikeata. Ohjelmat ja niiden tavoitteet on usein laadittu sellaisiksi, että niitä on vaikea muuttaa mitattavaan muotoon. Indikaattoreiden rakentamisen kannalta tavoitteet on muotoiltu liian epätarkoiksi ja yleisiksi.

Stakesissa on meneillään hyvinvointi-indikaattorihanke. Siinä on määritelty ikäryhmittäin sekä yleisesti väestön hyvinvointia kuvaavia mittareita, jotka ovat joko kuntakohtaisia tai alueellisia aineistosta riippuen. Hankkeessa on rakennettu indikaattoritietokanta. Siihen ollaan kehittämässä eri käyttäjäryhmiä palveleva käyttöliittymä, samoin työn alla on hyvinvointi-indikaattorien tulkintaa ja käyttöä palveleva sähköinen ohjekirja.¹¹

¹⁰ <http://efektia.fi/sote-vertti>

¹¹ Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti, s. 62

Valmisteilla oleva ”indikaattoripankki” -tietokanta:

”säilöö ja jakaa indikaattoritietoa tarvitsijoille. Indikaattorit saadaan jatkossa käyttöön yhden www-osoitteen kautta siten, että osa indikaattoreista on maksutta kaikkien käyttäjien saatavilla ja osa maksullisen salasanan takana. Tietojen maksullisuudella katetaan mm. tietokannan ylläpidon ja tiedonhankinnan kustannuksia. Tietokantaan kootaan kunta- ja aluetasolla keskeistä hyvinvointitietoa. Indikaattoritiedot esitetään suhteutettuna esim. tietyn ikäiseen väestöön. Lisäksi esitetään absoluuttinen luku kuvaamaan, minkä suuruista joukkoa indikaattorilla kuvataan. Kuhunkin indikaattoriin liitetään ns. metadata, jossa kuvataan mm. kuka indikaattoritiedon tuottaa, mitä indikaattori kuvaa, mistä vuodesta lähtien tietoa on saatavilla sekä indikaattorin käytön rajoituksia. Lisäksi indikaattoriin on mahdollista liittää yleisiä tulkinnan kannalta huomioitavia asioita.”¹²

Metadatan tavoitteena on ohjata tilastollisen tiedon oikeaan tulkintaan ja näin vähentää virhemahdollisuuksia ja helpottaa tietojen jalostamista sekä käyttöä. Myös Suomen tilastolaki edellyttää, että ”tilastojen on annettava oikea kuva yhteiskuntaoloista ja niiden kehityksestä”. Jotta indikaattori olisi valikoitu ja ymmärrettävä, sen rakenne ja sisältö tulee kuvata samassa yhteydessä, kuin se on saatavilla. Tämä kuvaaminen on tehtävä jo siinä vaiheessa, kun itse indikaattoria tallennetaan säilytyspaikkaansa käyttöä varten. Hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorit -hankkeen yhtenä lopputuloksena on saavuttaa yhtenäinen kuvailuformaatti kaikelle indikaattoritasoiselle tiedolle. Tämän metatiedon rooli on ensisijainen tietojen yhdistelyssä sekä käytössä.” (Tietoaika 2/1997 s. 3.)

Hyvinvointi-indikaattorit -hankkeen suurimpia haasteita nimenomaan kuntien näkökulmasta ovat seuraavat:

- Tiedonkeruun yhtenäistäminen (ja sähköistäminen) siten, että kaikki tiedonantovelvolliset antavat tiedot samojen perusteiden mukaan. Tämän edellyttää tiedon sisällöin ja käsitteiden tarkkaa, yksiselitteistä määrittelyä jo koontivaiheessa.
- Aikaviiveen oleellista lyhentämistä 1 - 2 vuodesta korkeintaan neljään kuukauteen eli päättyneen toimintavuoden tiedot tulisi olla indikaattoripankissa viimeistään huhtikuussa.
- Tiedot ovat saatavina alueellisesti kuntakohtaisesti - aina kun se on mahdollista. Erityisesti tämä koskee kuntien ja kuntayhtymien potilas- ja asiakasrekistereistä sähköisesti poimittuja tietoja sekä toimintavuoden päätyttyä erikseen koottuja tietoja.

6.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus 2005

Uudistustyön taustalla on sosiaali- ja terveysministeriön toimeksianto 24.4.2002. Perustetulle työryhmälle annettiin tehtäväksi valmistella esitys vuoden 2005 alusta käyttöön otettavasta kansallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmästä, joka koostuu sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ja hallinnonala kuvaavista tietovarannoista: tilastoista, rekistereistä, säännöllisesti toistuvista tutkimuksista ja erillisselvityksistä. Järjestelmän tulee huomioida uudet tietotarpeet, tietoteknologian tuomat mahdollisuudet, tietopalvelu sekä tietosuojamääräykset. Järjestelmän tulee kuvata sosiaali- ja terveyspolitiikalle asetettujen tavoitteiden toteutumista sekä tukea päätöksentekoa. Työryhmän tuli tarkastella em. asioita kansalaisen ja asiakkaan, kunnan, kuntayhtymän ja muiden palveluiden tuottajien näkökulmasta.

¹² <http://www.stakes.info/6/2/index.asp>

Hanke on esitelty sosiaali- ja terveysministeriön www-sivuilla viitenä osaraporttina, jotka ovat seuraavat:¹³

1. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus -ryhmän raportti (2003:21)
2. Hyvinvoinnin tila -ryhmän raportti (2003:34)
3. Toimeentuloturva -ryhmän raportti (2003:21)
4. Väestön terveydentila -ryhmän raportti (2003:36)
5. varsinainen Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti (2003:37)

Raporteissa esitellään kaikki aiheeseen liittyvät keskeiset valtakunnalliset rekisterit ja tietolähteet ja jokaisessa osaraportissa annetaan suosituksia kyseisen alueen tietohuollon kehittämistä. Työryhmän näkökulma on pääosin valtakunnallinen ja toissijaisesti alueellinen.

Työryhmän lähtökohdaksi valittiin pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen perinteestä lähtevä objektiivisiin oloihin nojaava määritelmä. Tämä käsitelmäärittely edustaa selkeästi resurssiteoreettista juurta: hyvinvointitekijät nähdään yksilöllisinä, joskin yhteiskunnallisesti määräytyvinä elämänhallintaresursseina. Tältä pohjalta hyvinvointi voidaan jakaa keskeisiin osa-alueisiin (komponentteihin), joita kuvaamaan on kehitetty suhteellisen vakiintunut joukko indikaattoreita. Tässä lähestymistavassa hyvinvointi voidaan jakaa joko kahteen tai kolmeen pääkomponenttiin. Allardtin (1976, 1999) klassisen konseptin mukaan hyvinvointi jakautuu elintason (having), yhteisyyssuhteisiin (loving) ja sosiaaliseen identiteettiin (being). Toinen vakiintunut tapa lähtee kahtiajaosta yhtäältä elintason (aineellinen puoli) ja toisaalta elämänlaatuun (immateriaalinen puoli).

Työryhmän mielestä hallinnonalan nykyinen tietotuotanto ja sen työnjako on pääosin toimiva. Eräiltä osin työryhmä esittää muutoksia tietotuotantoon. Tietojen hyväksikäyttöä voidaan edelleen lisätä kohentamalla yhteistyötä, rakentamalla hallinnonalalle oma tietoportaali, tuottamalla eri aihealueilta helppokäyttöisiä kokoomatilastoja ja julkaisuja sekä lisäämällä tietojen käytön opetusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotuotanto tulee perustumaan vuoteen 2010 mennessä sähköiseen tiedonkeruuseen potilas- ja asiakastietojärjestelmistä. Ne mahdollistavat tietotuotannon sosiaali- ja terveydenhuollon avohoidosta, palveluketjuista sekä aiempaa nopeamman ja helpomman tietotuotannon erityisesti kuntien toiminnasta. Sähköisten asiakirjojen käyttö sekä vertailukelpoisten tietojen tuottaminen vaatii keskeisten käsitteiden määrittelemistä. Hallinnonalalla tarvitaan määräjain väestötutkimuksia, osa tiedoista tuotetaan terveystarkastuksin. Hallinnonalalla on puutteellisesti tietoja lapsista ja nuorista, terveydenhuollon avohoidosta, osin sosiaalihuollon avopalveluista sekä ikään-tyneiden palveluista. Kaikki hallinnonalan tiedot tulee tuottaa sukupuolen mukaan eriteltynä aina, kun se on mahdollista.

Vertailukelpoisten tietojen tuottaminen mahdollistuu käyttämällä yhdenmukaisia käsitteitä ja luokituksia. Niiden määrittely on yhteistyön ja tietojen hyödyntämisen keskeinen kysymys ja edellytys homogeenisen informaatiojärjestelmän rakentamiselle. Ne luovat myös perustan nopealle tietotuotannolle. Hallinnonalan tiedontuottajaorganisaatioiden lukuisan määrän ja vaihtelevien menetelmien vuoksi ei täysin yhdenmukaisia käsitteitä eikä menetelmiä ole ollut tähän asti käytettävissä, mutta tähän suuntaan toimintaa on jatkossa kehitettävä.

Tietouudistus -työryhmä on kiinnittänyt edellisen lisäksi huomiota tietotuotannon aikaviiveeseen: ”Sosiaali- ja terveyspolitiikan päätöksenteossa tarvitaan mahdollisimman uutta tietoa. SVT:n laatuperiaatteen mukaan tilasto- ja rekisteritiedot eivät saisi olla vuotta vanhempia. Tietotuotantoa voidaan nopeuttaa kytkemällä se suoraan olemassa oleviin sähköisiin etuus- ja maksatusrekistereihin

¹³ Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 –työryhmän raportti. 2003:37

sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkojen potilas- ja asiakasjärjestelmiin. Rahamääräisten etuuksien osalta tilanne on jo pääosin tällainen ja tietoja voidaan koota koko maan tasolla useamman kerran vuoden aikana. Sen sijaan kuntien sosiaali- ja terveystalousta tuottava tieto joudutaan keräämään kunnilta erikseen vuoden päätyttyä ja kuntien tilinpäätösten valmistuttua, koska kuntien omat kirjanpitoluokitukset noudattavat niiden omaa toimintaa tukevia luokituksia. Ne eivät ole suoraan kytkettävissä Kuntien taloustilaston luokituksiin. Tämä hidastaa tietojen valmistumista ja on tehnyt poikittaistietojen saamisen koko maan tasolla hyvin vaikeaksi. Yhä useammassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikassa potilas- ja asiakastiedot perustuvat sähköisiin järjestelmiin. Niiden yleistyessä sekä yhteisten käsitteiden ja määritelmien käytön vakiintuessa, mahdollistuu aivan uudenlainen ja aiempaa nopeampi tietojen keruu. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä ja määritelmiä ollaan parhaillaan harmonisoimassa kansallisessa terveystaloushankkeessa ja sosiaalialan kansallisessa kehittämissuunnitelmassa.”¹⁴

Kuntien näkökulmasta työryhmän esitysten toteutuminen tulee parantamaan tilastotiedon käytettävyyttä: tiedon saanti nopeutuu ja vertailtavuus muiden kuntien vastaaviin tietoihin parantuu. Tämän edellytyksenä on seuraavien raportissa kuvattujen uudistusten ja parannusten toteutuminen:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotuotanto tulee perustumaan vuoteen 2010 mennessä sähköiseen tiedonkeruuseen potilas- ja asiakastietojärjestelmistä. Ne mahdollistavat ...aiempaa nopeamman ja helpomman tietotuotannon erityisesti kuntien toiminnasta.
- Sähköisten asiakirjojen käyttö sekä vertailukelpoisten tietojen tuottaminen vaatii keskeisten käsitteiden määrittelemistä.

Vireillä olevat valtakunnalliset uudistushankkeet lisäävät epävarmuutta ajatellen Tampereen seutukunnan kuntien tilastoyhteistyötä. Tällä hetkellä tulevista käytännöistä, jotka mahdollisesti ovat todellisuutta jo vuoteen 2005 tai viimeistään vuoteen 2010 mennessä, ei ole tarkkaa tietoa. Tästä syystä mittaviin seutukuntakohtaisiin uudistushankkeisiin ei ole syytä lähteä ilman että varmistutaan yhteensopivuudesta edellä kuvattuihin valtakunnallisiin hankkeisiin.

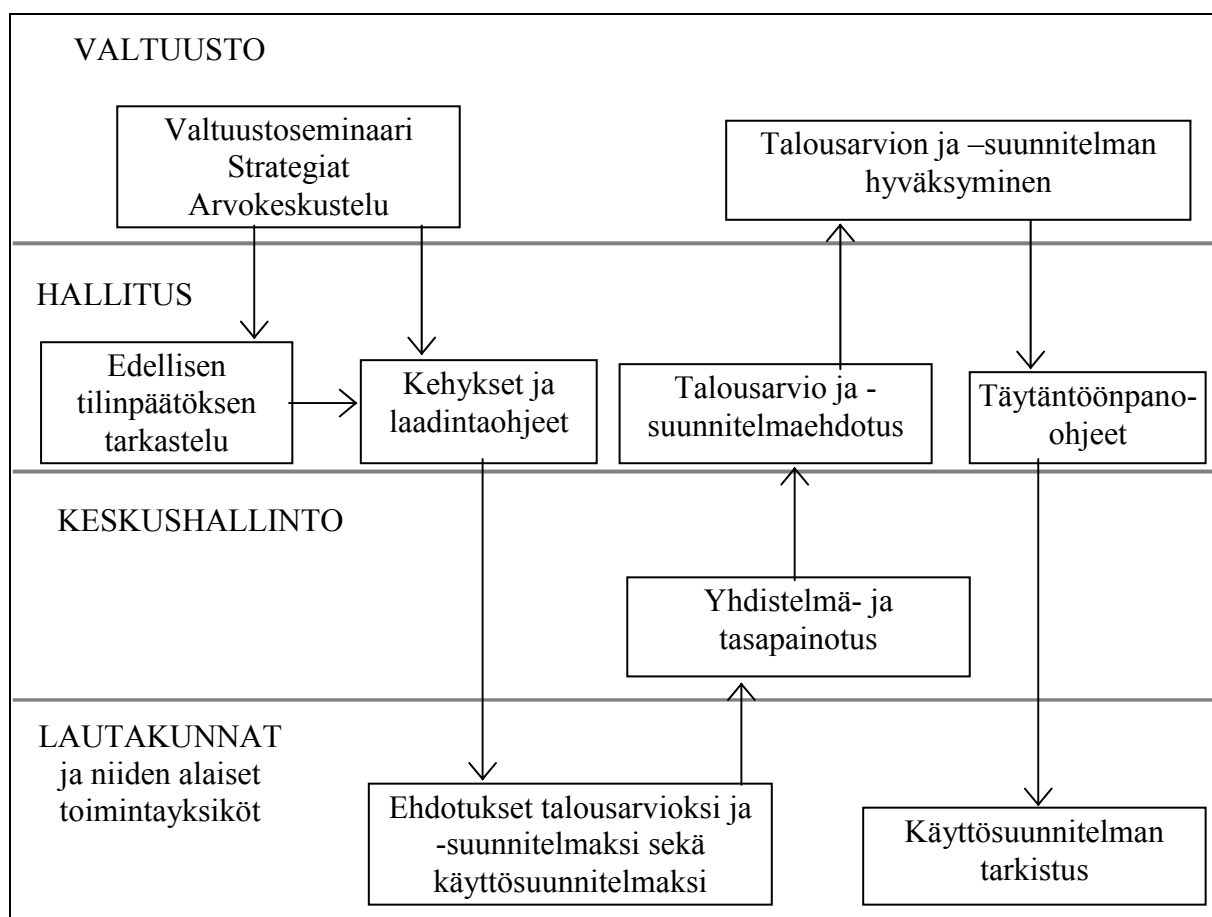
7. Kysely - mitä tietoja Tampereen seutukunnan kunnat kokevat tarvitsevänsä

Kunnissa tehdään nykyisin varsin paljon erilaisia suunnitelmia ja ohjelmia. Ne voidaan jakaa pitkän aikavälin strategiisiin suunnitelmiin ja vuosittain toistuvaan taloussuunnitteluun. Ensimmäisessä huomion kohteena ovat pitkän aikavälin tavoitteet ja niiden saavuttamiskeinot. Strategisen suunnittelun käytännöt ja sisällöt ovat kuntakohtaisia, ts. niissä on suuria eroja. Jälkimmäinen on lakisääteistä vuosittain toistuvaa taloussuunnittelua, jonka aikaulottuvuus on tavallisesti kolme vuotta (talousarviovuosi ja kaksi suunnitelmavuotta).¹⁵

Toiminnan ja talouden suunnittelu on vuosittain toistuva prosessi, johon osallistuvat kunnan keskushallinnon lisäksi kaikki vastuu- ja/tai tehtäväalueet - niin luottamusmiehet kuin viranhaltijat. Suunnitteluprosessia voidaan yleisellä tasolla selvittää seuraavalla kuviolla.

¹⁴ Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 –työryhmän raportti, s. 66

¹⁵ Kuntalaki, 65 §: Valtuuston on vuoden loppuun mennessä hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi kalenterivuodeksi talousarvio. Sen hyväksymisen yhteydessä valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi (suunnittelukausi). Talousarviovuosi on suunnittelukauden ensimmäinen vuosi. (7.4.2000/353)



Kuvio 11. Esimerkki talousarvion ja -suunnitelman valmisteluprosessista

Lautakuntien ja niiden alaisuudessa olevien toimintayksiköiden suunnittelua ohjaa keskushallinnon antamat ohjeet (joissa usein painottuvat taloudelliset realiteetit – tulojen ja menojen tasapainotavoite) ja toisaalta asukkaiden tarpeet. Useissa tapauksissa nämä kaksi ohjeistusta ovat keskenään ristiriidassa – ts. palvelutarpeita on enemmän kuin mitä talouden näkökulmasta on mahdollista tyydyttää.

Kunnan toiminta on kuitenkin mitä suurimmassa määrin responsiivista eli kunnat pyrkivät järjestämään asukkailleen niitä palveluja, joita nämä tarvitsevat. Tässä yhteydessä asukkaiden tarpeita ja niiden tulevaa kehitystä koskeva tieto on tärkeää. Palvelutoiminnan suuntaamiseen (mitä ja millaisia palveluja) ja mitoittamiseen (kuinka paljon palveluja) tarvitaan nimenomaan tietoa eri väestöryhmien – tässä tapauksessa vanhusväestön – elinoloista ja tarpeista.

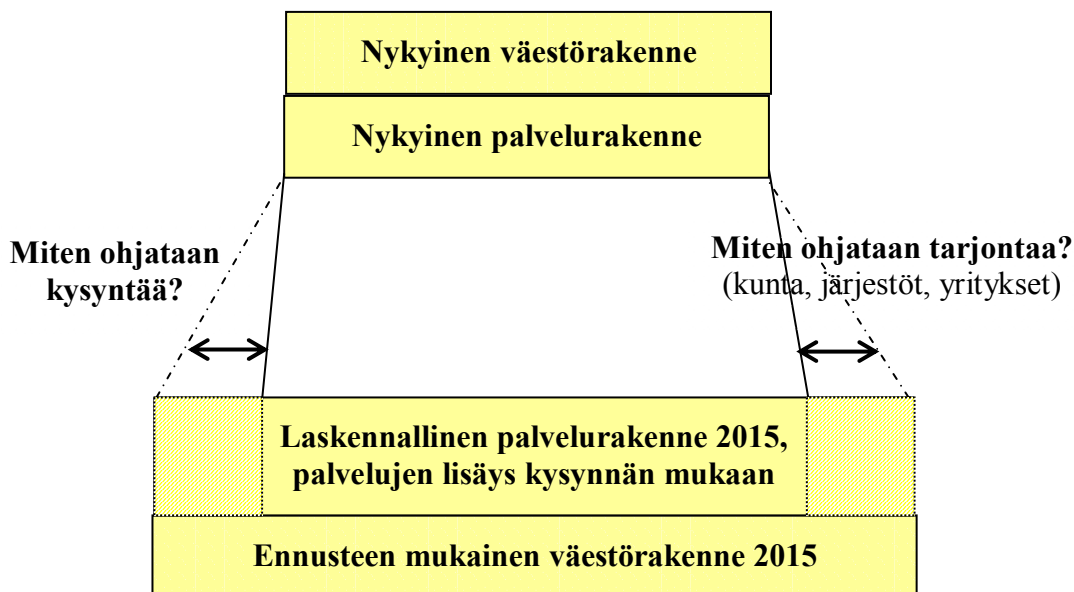
Suomen Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan ”palvelutarjonta perustuu ikääntyneiden tarpeisiin ja muuttuu niiden myötä. Avopalvelut ja kotona asumisen tuki ovat ensisijainen vaihtoehto. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido sekä niihin liittyvät tukipalvelut ja omaishoidon tuki mitoitetaan kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti. Palveluasumisen mitoituksessa otetaan huomioon asukkaiden tarvitsemat palvelut. Kunnan palvelurakenteen tasapainoisuus ja toimivuus vaikuttaa laitoshoidon mitoitustarpeeseen. Heikentynyt toimintakyky on palvelujen käytön yleisin peruste. Dementia on ikäihmisillä yksi tärkeimmistä palvelutarvetta lisäävistä tekijöistä. Palvelun tarpeeseen liittyvät alentuneen toimintakyvyn ohella myös yksin asuminen, puutteelliset asunnot ja asuinympäristöt sekä omien tukihenkilöiden puute.”¹⁶

¹⁶ Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001)

Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtana ovat paikalliset olosuhteet. Palvelutarpeen arvioinnissa tarkastellaan seuraavia tekijöitä:

- väestön ikärakenne ja siinä tapahtuvat muutokset vuosina 2001 – 2030, erityisesti ikäryhmien 75 - 84 ja yli 85-vuotiaat muutokset
- yli 75-vuotiaiden terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys, erityisesti dementian esiintyvyys
- ikääntyneiden elinajanodote
- ikääntyvän väestön taloudellinen tila (eläkkeet, verotettavat tulot asukasta kohti).
- ikääntyvien asumisolot ja niiden kehitys: yksin asuvat, vuokralla asuvat, puutteellisesti asuvat
- ikääntyvien asuinympäristö ja niiden puutteet: pitkät välimatkat, turvaton ympäristö, itsenäistä liikkumista vaikeuttavat tekijät
- sosiaaliset verkostot, erityisesti epävirallisen avun saatavuus
- ikääntyvän väestön toimintakykyä selvittävien mittausten tulokset
- muuttoliikkeen vaikutus.¹⁷

Strategisen suunnittelun näkökulmasta edellä esitettyä havainnollistaa seuraava kuvio, jossa keskeisiä kohtia ovat nykyinen väestörakenne ja palvelurakenne. Vanhusten määrän lisääntyessä palvelujen tarve kasvaa voimakkaasti, jos palvelurakenne ei muutu (laskennallinen palvelurakenne tavoitevuonna). Tärkeitä kysymyksiä ovat seuraavat: miten kunta voi ohjata tulevaa palvelukysyntää ja toisaalta palvelutarjontaa ja miten ne saadaan vastaamaan toisiaan palvelurakennetta kehittämällä?



Kuvio 12. Tulevan palvelurakenteen määrittely kysynnän ja tarjonnan vastaavuuden perusteella (laskennallinen vs. tavoitteellinen palvelurakenne)

Tämän esiselvityksen yksi keskeisimmistä kysymyksistä liittyy ohjauksessa tarvittavan tiedon tarpeeseen: mitä tietoja kunnat tarvitsevat ja miten tämä tiedontarve voidaan parhaiten tyydyttää? Mitä tietoja vanhushuollon vastuuhenkilöillä tulisi olla käytössä, kun he valmistelevat pitemmän aikavälin suunnitelmaa ja toisaalta lyhyen aikavälin talous- ja toimintasuunnitelmaa? Tätä kysymystä kartoitettiin Tampereen seutukuntaan kuuluvien kuntien vanhushuollon vastuuhenkilöille tehdyllä kyselyllä. Kysymykset koskivat vanhushuollon tavoitteita, niiden mittaamista, vastuuhenkilöiden

¹⁷ Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001)

kokemia tietotarpeita sekä yhteistyön mahdollisuuksia suunnittelussa tarvittavan tilastotiedon hankinnassa. Kysely toteutettiin sähköpostitse lähetetyllä vastauslomakkeella (liitteenä kysymyslomake, liite 3).

1. Vanhuspoliittinen ohjelma

Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat antaneet, jonka mukaan kuntien tulisi valmistella vanhuspoliittinen ohjelma. Suosituksen mukaan tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Hoidon tulee olla asianmukaista ja asiakasta kunnioittavaa.

Tämän tavoitteen saavuttamiseksi jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia joka turvaa ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja jonka kunnan poliittinen johto on virallisesti vahvistanut. Strategiaan tulee sisältyä palvelurakenteen kehittämisohjelma. Vanhuspoliittisessa strategiassa määritellään tavoitteet iäkkäiden kuntalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi sekä eri hallintokuntien ja sidosryhmien vastuut näiden tavoitteiden toteuttamisessa.

Palvelurakenteen kehittämisohjelmassa asetetaan mitattavissa olevat tavoitteet ikääntyneiden kuntalaisten palvelutasolle ja palvelutoiminnan voimavaroille sekä määritellään toimenpiteet tavoitteiden toteuttamiseksi. Kunta seuraa tavoitteiden toteutumista järjestelmällisesti ja tulokset julkaistaan vuosittain.¹⁸

Vastausten mukaan kaikki seutukunnan kunnat ovat tehneet vanhuspoliittisen ohjelman. Useimmissa kunnissa meneillään on uuden ohjelman valmistelu, jossa tavoitevuosi vaihtelee 2010 ja 2020 välillä.

Taulukko 3. Vanhuspoliittiset ohjelmat

	Kangasala	Lempäälä	Nokia	Pirkkala	Tampere	Vesilahti	Ylöjärvi
Onko ohjelma?	on	on	on	on	on	on	on
Valmistunut	2/2000	5/2003	6/2000	1998	12/2002	12/1999	1/2000
Tavoitevuosi	2010	2020	2010	2010	2012	2004	2010
Uusi ohjelma?	ei	ei	on	on	ei	on	on
Valmistuu			2004	2005		2005	2004
Tavoitevuosi:				2020		2010	2012

2. Tavoitteet ja niiden toteutumisen seuranta

Toiminnan ohjauksen näkökulmasta on tärkeää, että tavoitteiden määrittely on viety niin konkreettiseksi, mitattavissa olevalle tasolle. Tavoitteita ja niiden toteutumisen seuranta koskevaan kysymykseen tuli varsin vaihtelevia vastauksia. Yleistäen voidaan todeta, että joissakin kunnissa vanhuspoliittisen ohjelman tavoitteet ovat jääneet seurantaan ajatellen yleisiksi.

¹⁸ Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001), s. 10

Tavoitteissa painottuvat seuraavat asiat (luettelo on esimerkinomainen, ei täydellinen):

- palvelujen saatavuus kohtuullisessa ajassa
- palvelujen tuottaminen kaupunkiseudun kustannuksin (**Kangasala**)
- asiakas oikeassa paikassa oikeaan aikaan,
- ennaltaehkäisevän työn korostaminen mm. dementian hoidossa (**Lempäälä**)
- kotona asuminen niin pitkään kuin se on tarkoituksenmukaista
- laitos- ja avohoidon väliin sijoittuvien palvelujen kehittäminen, palvelun oikea-aikaisuus (**Nokia**)
- kotihoidon ensisijaisuus, ikäihmisten tarpeet vanhustenhuollon suunnittelua ohjaava tekijä
- ennaltaehkäisevien toimenpiteiden painottaminen (**Pirkkala**)
- asiakkaiden kotihoidon ensisijaisuus
- konsultatiivisen työotteen kehittäminen ikäihmisten kotona asumisen tueksi
- dementiaoireisten asiakkaiden hoitoketjun vahvistaminen
- henkilöstöressurssien korjausohjelman toteuttaminen
- tehostetun palveluasumisen lisääminen
- kotihoidon toimintavalmiuksien edistäminen ja resurssien lisääminen (**Tampere**)
- iäkkäiden, paljon apua tarvitsevien kotipalveluiden turvaaminen
- hoito- ja palveluketjujen sujuvuus
- henkilöstön fyysisten ja psyykkisten voimavarojen ja ammattitaidon vahvistaminen.
- vuodeosastotoiminnan joustavuus ja hyvä yhteistyö kotisairaanhoidon ja kotiavun kanssa (**Vesilähti**)
- kotihoito on ensisijainen, terveyskeskukseen otetuista yli 75-vuotiaista potilaista yli 95 % kuntoutetaan kotihoitoon
- useita erityyppisiä ryhmäkoteja (välimuotoisia palveluja) on käytössä (hoitopaikkojen ja ryhmäkotityyppien lukumäärä).
- asiakkaiden kannustaminen omatoimisuuteen (toimintakykymittaukset hoito- ja palvelusuunnitelman perustana, RAVA ja Mmse)
- koko kuntaorganisaatio tukee ennaltaehkäisevää toimintaa, vanhusneuvola toiminnassa 2005 (**Ylöjärvi**)

Toisaalta ohjelmissa luetellut tavoitteet konkretisoituvat vuosittain toistuvassa toiminnan ja talouden suunnittelussa (esim. Pirkkala). Kokonaisuutena, huomioiden talous- ja toimintasuunnitelmien täsmennykset, Tampereen seutukunnan kuntien vanhushuollon tavoitteet ovat mitattavissa olevia. Vastausten mukaan kunnissa on varsin hyvin huomioitu tavoitteiden seuranta ja sen vaatimukset. Tämä ei kuitenkaan vielä takaa sitä, että tavoitteiden toteutumista seurataan myös käytännössä.

3. Tarvittavat tilastotiedot ja muut tiedot

Kysymykseen, joka koski tilasto- ja muiden tietojen tarvetta, saatiin suuri joukko erilaisia vastauksia. Kuntakohtaisesti vastauksissa oli suuria eroja, mutta joitain yhteisiä piirteitä kuitenkin oli havaittavissa. Vastauksissa toistuivat eri sanamuodoissa seuraavien tietojen tarve:

- vanhusväestön määrä ja ennusteet tuleville vuosille
- vanhusten määrä ja toimintakyky
- yli 75 -vuotiaiden terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys, erityisesti dementian esiintyvyys (toimintakyvyn mittaustulokset).
- vanhusten ja omaisten odotukset ja toivomukset.
- tarvittavien palvelujen määrä, sen tuottamiseen tarvittavan henkilöstön määrä
- palvelujen käyttö ikäryhmittäin tuotekohtaisesti suhteessa ao. ikäryhmään (esim. pitkäaikaisessa laitoshoidossa 75 v täyttäneestä väestöstä X %)

- henkilöstön osaaminen, työkuunto ja saatavuus
- yksikköjen käyttöasteet.
- asumisolot; puutteellisissa asunnoissa asuvat.
- rakennetun ympäristön toimivuus/esteettömyys, palveluliikenteen kattavuus
- yksikkökustannukset ja tuotteistaminen
- kustannukset eri palveluissa.
- hoidon/hoivan vaikuttavuus.

Tämä luettelo muodostaa yhden lähtökohdan, kun pohditaan yhteistyömahdollisuuksia tarvittavan tilasto- ja muun tiedon hankinnassa. Yhteisesti koottavien tietojen tulisi hyödyttää kaikkia yhteistyöhön mukaan lähteviä kuntia.

4. Tiedonsaannin puutteet ja ongelmat

Vastuuhenkilöiltä pyydettiin kuvauksia tiedonsaannissa olevista puutteista ja muista ongelmista. Erityisesti haluttiin arvioita aikaviiveen (tilastoista saatavat tiedot ovat 1 – 2 vuotta vanhoja) aiheuttamasta ongelmasta. Seuraavassa taulukossa on esitetty yhteenveto saaduista vastauksista.

Taulukko 4. Tiedonsaannin ongelmat ja puutteet

Yleiset puutteet:
- yhteisten, tarkasti määriteltyjen käsitteiden ja indikaattoreiden puuttuminen
- tietojen huono vertailukelpoisuus, sillä toimintoja on organisoitu eri tavoilla eri kunnissa
- tiedot saadaan toimintokohtaisesti - tietoa yhden asiakkaan polusta palvelujärjestelmän sisällä on hankala saada
Aikaviiveongelma
- tiedot saadaan myöhässä talousarviovalmistelun kannalta, ei ole hyötyä oman kunnan suunnittelutyössä, koska itsellä on tuoremmat tiedot
- joudutaan käyttämään parinkin vuoden vanhoja lukuja (asiakkaiden määrän muutokset tapahtuvat nopeasti)
Tietoa ei saada
- tilastotiedot kerätään täysin vanhentuneiden kysymysten kautta - eli käytännön taso ja tilastojen kyselyt eivät kohtaa
- asumisolosuhteista puutteelliset tiedot, ja nekin saadaan viiveellä, yksinasuvien määrä ja elämäntilanne
- ”vanhusruokakunta” - käsite ei palvele vanhushuollon suunnittelua.
- helposti vertailtavaa kuntakohtaista tietoa olemassa olevasta palvelurakenteesta ja sen kehityksestä.

5. Valmius yhteistyöhön tarvittavan tiedon hankinnassa

Viimeisenä asiakokonaisuutena vastaajilta pyydettiin kannanottoja mahdolliseen tulevaan yhteistyöhön tilasto- ja muiden tietojen keräämisessä. Vastausvaihtoehdot tietojen hankinnan osalta olivat seuraavat:

- Nykyinen käytäntö eli jokainen kunta hankkii erikseen tarvitsemansa tiedot
- Sovitaan yhteisesti (seutukunnan kunnat) mitä tietoja tarvitaan ja jokainen kunta kerää/hankkii oman kunnan tiedot ja antaa ne vertailutietoina muiden kuntien käyttöön

- c) Sovitaan mitä tietoja tarvitaan ja tietojen hankinta toteutetaan yhteistyössä (sovitaan kuka mitäkin tietoja hankkii)
- d) Muu hankintatapa, mikä?

Näistä b -vaihtoehto sai ylivoimaisesti suurimman kannatuksen (Kangasala, Lempäälä, Pirkkala, Vesilahti ja Ylöjärvi). Ylöjärvellä sai kannatusta myös c -vaihtoehto. Ainoastaan Tampereen edustaja esitti viimeisenä olevaa muuta hankintatapaa:

”Samankaltaiset kunnat etsiytyvät yhteistyöhön (suuret kaupungit). Valtakunnallisesti olemassa olevaa tiedonkoontia kehitetään niin, että tietojen vertailtavuus ja käyttövalmius paranee ja nopeutuu. Ei kehitetä uutta ellei olemassa olevaa karsita ja käyttöä tehosteta. Ei käyttöjärjestelmiä, jotka edellyttävät erillisen tiedonkoonnin.”

Taulukko 5. Valmius ryhtyä alueelliseen, esim. seutukunnalliseen yhteistyöhön

	Valmius yhteistyöhön	Tiedonhankinnan vuosikustannukset
Kangasala	Kyllä	Tiedonkeruu on mahdollista kunnassa olemassa olevilla resursseilla.
Lempäälä	Kyllä	Vaikea sanoa, koska kustannuksiin vaikuttaa asetettu tavoite.
Nokia	Periaatteessa kyllä. Joskaan tiedon puute ei ole tällä hetkellä sellainen ongelma, jonka korjaamiseen tulisi ensimmäiseksi panostaa. Kiireellisempää olisi saada yhtenäinen tuotteistus ja kustannusten laskentajärjestelmä.	
Pirkkala	Tiedonhallinta on tärkeä osa-alue, siksi sitä tulee kehittää.	Riippuu saavutettavasta hyödystä
Tampere	Tampereella on tiivis kuusikko/viisikko yhteistyö. Uudet hankkeet tulee miettiä tarkkaan.	
Vesilahti	Tietoa saatavilla melko hyvin. Tiedon hankinta ei ole suurin ongelma vanhus-tenhuollossa.	Ei suurta panostuksen tarvetta tälle alueelle
Ylöjärvi	Kyllä - kiinnostunut yhteistyöstä.	Korkeintaan n. 1000 € vuodessa.

Taulukossa esitetyjä vastauksia voidaan tulkita siten, että tilastotiedon hankintayhteistyö saa varoista tukea. Mahdolliseen yhteistyöhön tulevaisuudessa suhtautuvat myönteisesti Kangasala, Lempäälä, Nokia, Pirkkala ja Ylöjärvi. Seutukunnan pienimmän ja suurimman kunnan edustajien näkemykset ovat selvästi varauksellisempia.

Tiedonhankinnan hyväksyttävät kustannukset riippuvat saadusta hyödystä. Ylöjärven kaupungin edustaja on ainoana antanut määrällisen vastauksen. Sen mukaan kustannukset saavat olla vuositasolla korkeintaan 1000 euroa.

8. Vaihtoehtoja vanhushuollon tieto-ohjauksen kehittämiseksi

Esiselvityksen luvuissa 5 ja 6 on kuvattu kuntien nykyisiä tiedonantovelvoitteita tilastoviranomaisille (Tilastokeskus, STAKES) ja muita tarjolla olevia hyvinvointitiedon lähteitä, jotka enemmän tai vähemmän nojautuvat kuntien ja muiden palvelutuottajien antamiin tietoihin. Samalla ne tarjoavat vaihtoehtoisia ratkaisumalleja Tampereen seutukunnan tiedonhankintayhteistyölle.

Esiselvityksen perusteella voidaan hahmottaa vaihtoehtoisia yhteistyötapoja, joista seutukunnan kuntien tulisi valita paras ja tarkoituksenmukaisin. Vaihtoehdot on esitetty seuraavassa taulukossa, jonka jälkeen jokaista tarkastellaan lähemmin etujen ja haittojen selvittämiseksi.

Taulukko 6. Vanhushuollossa tarvittavan hyvinvointitiedon ja muun tilastotiedon hankintayhteistyön vaihtoehdot.

Vaihtoehto	Toteutus ja tekijä
1a. Kuntien tiedonkoonti keskittyy tiedonantovelvoitteen tietoihin. Näistä kootaan vuosittain tietokanta yhtenäisin perustein ja jaetaan seutukunnan kunnille maaliskuuhuhtikuussa. (Tiedonantovelvoite koskee päättyneen vuoden toiminta- ja taloustietoja – asukkaita koskevaa hyvinvointi- ja tarvetietoa siihen ei sisälly)	Koonti perustuu Excel-lomakepohjalle. a) Jokainen kunta kokoaa omat tiedot ja lähettää muille b) keskitetty koonti kuntien palkkaaman henkilön tai tahon toimesta
1b. Edellä esitettyä tiedonkoonnin sisältöä laajennetaan muilla kuntien edustajien tärkeinä pitämillä tiedoilla – esim. hyvinvointi- ja tarvetiedolla. Määriteltävä mitä tietoja kootaan ja millaisin perustein	Kuten edellä 1a -vaihtoehdossa
2. Kerättävän hyvinvointi- ja tilastotiedon määrittelyn lähtökohdaksi otetaan viisikko-työryhmän vertailut. Viisikko-kunnat ovat määritelleet tiedonkeruun periaatteet, joita voidaan soveltaa seutukunnan kunnissa. Kunnat päättävät viisikkotyön pohjalta, mitä tietoja kootaan, verrataan ja analysoidaan.	Kunnat palkkaavat henkilön, joka suorittaa tietojen keruun ja vertailuanalyysit (kuten viisikkovertailussa)
3. Evergreen 2000+ ohjelman ja sen sisältämän tietokannan käyttö kaikissa seutukunnan kunnissa. Muiden kuntien tiedot – oman kunnan tietojen lisäksi - sisältyvät ohjelman vertailutietokantaan.	a) Kunnat kokoavat omat tiedot ja antavat muiden käyttöön b) Tietoaineisto kootaan keskitetysti kuntien palkkaaman henkilön toimesta
4. Yhteensopivuuden varmistamiseksi seurataan Stake-sin indikaattoripankin toteutusta ja tieto 2005 -hankkeen ehdotusten toimeenpanoa, jotka mahdollisesti nopeuttavat tietojen saantia ja parantavat vertailtavuutta.	

Näistä vaihtoehdoista (tai niiden yhdistelmästä) tulisi jatkoselvityksen pohjaksi valita paras ja käytökelpoisin.

Vaihtoehto 1 (a ja b) edustaa kevyintä yhteistyön muotoa. Ajatuksena a-kohdassa on koota kuntien tilastoviranomaiselle antamat tiedot Excel-lomakepohjalle heti tietojen valmistuttua. Lomakepohjista tehdään Tampereen seutukunnan kaikkia kuntia koskeva yhteenveto vertailut mahdollistavassa muodossa (katso liite 1). Näin syntyvää tiedon koonti- ja jakelukäytäntöä voidaan laajentaa koske-

maan myös muita kuin tiedonantovelvoitteen tietoja. Kuntien edustajien (ja vastuuhenkilöiden) tulisi yhdessä päättää siitä, mitä muita tietoja otetaan tiedonkeruun ja -jakelun piiriin. Tämä toiminta voidaan hoitaa joko hajautetusti tai keskitetysti vuotuisten kustannusten jäädessä varsin pieniksi (yhteensä seutukuntatasolla noin 3 000 - 5 000 euroa)

Vaihtoehto 2 voisi periaatteessa rakentua samanlaisen tiedonkeruun ja -jakelun ajatukselle kuin vaihtoehto 1. Erona on se, että keruun ja jakelun lisäksi haluttaessa voidaan tehdä vertailevia analyysejä kuten viisikkovertailussa – mahdolliset analyysit olisivat kuitenkin suppeampia palvelen kuntien tietotarpeita. Kuntien tulisi yhdessä valita ne tiedot, jotka halutaan hankinnan, jakelun ja mahdollisen vertailevien analyysien piiriin. Kustannukset vuositasolla olisivat jonkin verran korkeammat kuin 1. vaihtoehdossa (yhteensä 5 000 – 10 000 €)

Vaihtoehto 3 pohjautuu Stakesin Evergreen 2000 + -ohjelman käyttöönotolle. Stakes on tehnyt ohjelman käytöstä tarjouksen seutukunnan kunnille. Vuotuinen kuntakohtainen maksu koostuu lisenssi-, tukipalvelu- ja teknisen tuen ylläpidosta. Käyttöoikeussopimus olisi voimassa 5 vuotta. Vuositasolla kustannukset tulisivat olemaan noin 30 000 euroa (kunnan maksu porrastuu koon eli asukasluvun mukaan). Kysymys ei ole pelkästään tiedon koonnista ja jakelusta. Ohjelma on vanhushuollon strategisen suunnittelun väline, jota jokainen kunta voi hyödyntää monin eri tavoin sovitettaessa yhteen tulevaa palvelukysyntää ja -tarjontaa sekä kuntatalouden mahdollisuuksia. Tämä lisähyöty on otettava huomioon arvioitaessa eri vaihtoehtojen hyöty-kustannus -suhdetta.

Vaihtoehto 4 ei aiheuttaisi välittömiä toimenpiteitä. Kuntien tulisi seurata tarkkaan vireillä olevien valtakunnallisten uudistushankkeiden kehitystä ja tarvittaessa pyrkiä vaikuttamaan siihen, että uudistuksissa kuntien tietotarpeet ja toivomukset tulisivat huomioituiksi.

Periaatteessa kaikki vaihtoehdot edellyttävät jatkotyöskentelyä yhteisten käytäntöjen kehittämiseksi. Mikäli tämä työ saadaan tehdyksi kuluvan vuoden aikana, vaihtoehtojen 1 – 3 mukainen tiedonhankinta, -jakelu ja mahdollinen analysointi voisi käynnistyä keväällä 2005. Tällöin kunnat ja kuntayhtymät antavat tiedonantovelvoitteeseen perustuvat toimintaansa ja talouttaan kuvaavat tiedot vuodelta 2004 tilastoviranomaisille (Stakes, Tilastokeskus).

9. Johtopäätökset ja ohjausryhmän suositukset

Esiselvityksessä huomion kohteena on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualueelta vanhuspalvelut, joista osa sijoittuu sosiaalitoimeen ja osa terveydenhuoltoon. Vanhusten palvelut voidaan jakaa hoitomuodon mukaan avohoidon, väliasteen hoidon ja laitoshoidon muodostamalle ulottuvuudelle sekä ajallisen keston mukaan lyhytaikaisiin ja pitkäaikaisiin palveluihin.

Vanhuspalvelut ovat toimineet esiselvityksessä kohdealueena, josta saatuja tuloksia voidaan laajentaa ja soveltaa koskemaan kaikkia kunnan vastuulla olevia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

Mitä tietoja kunnat tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja suunnittelussa? Mitä tämä tietotarve voidaan tyydyttää oikea-aikaisesti ja mikä ”rooli” seutukunnan kuntien yhteistyöllä voisi olla tietojen hankinnassa, kokoamisessa ja analysoinnissa?

Esiselvitys ei anna tarkkoja vastauksia näihin kysymyksiin. Mutta sen tulokset vahvistavat sen, että päättymässä olevaa selvitystyötä on syytä jatkaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualueella koskevana. Yhtenäisin perustein kootulle, vertailut mahdollistavalle reaaliaikaiselle tiedolle on

olemassa selvä tarve, jonka tyydyttäminen edellyttää seutukunnan kuntien välistä yhteistyötä. Tämä tulisi muun muassa selvästi esiin 17.5.2004 pidetyssä seminaarissa, alustusten jälkeen käytetyissä puheenvuoroissa.

Esiselvityksen tulokset tarjoavat hyvän perustan jatkotyölle. Keskeisiä lähtökohtia löytyy edellisessä luvussa esitetyistä vaihtoehdoista (katso taulukko 6). Siinä esitetyt vaihtoehdot eivät ole toisiaan poissulkevia vaan toisiaan täydentäviä. Jatkossa lähtökohtia tulisivat siis olemaan seuraavat

- kuntien tiedonantovelvoitteen piiriin kuuluvat tiedot päättyneen vuoden (ja edellisten vuosien) toiminnasta, suoritteista sekä menoista ja tuloista
- tietosisältöä laajennetaan kuntien edustajien – sosiaali- ja terveydenhuollon johdon – tärkeinä pitämällä muilla tiedoilla. Näitä tietoja ovat mm. asukkaiden elinoloja, hyvinvoinnin tilaa ja palvelutarpeita kuvaavat tiedot, jotka eivät kuulu tilastoviranomaisille annettavan tiedonantovelvoitteen piiriin. Seutukunnan kuntien edustajien tulee päättää yhdessä mitä tietoja kootaan ja millaisin perustein vertailtavuuden varmistamiseksi.
- yhtenä nykytilanteen ongelmana on tietojen huono vertailtavuus, sillä kunnissa omaksutut erilaiset toimintatavat, käytännöt ja tulkinnat vaikuttavat myös tietojen antamiseen. Siksi hyvinvointi- ja muun tilastotiedon koonnin perusteet on määriteltävä yksiselitteisesti. Tässä määrittelytyössä voidaan tukeutua Viisikko -työryhmän määrittämiin tiedonkoonnin periaatteisiin (katso taulukko 6 ja liite 2).
- Tampereen seutukunnan kunnissa on meneillään atk- järjestelmien uudistamishankkeita. Näiden, samoin kuin kunnissa käytössä olevien operatiivisten atk-järjestelmien mahdollisuudet ja rajoitteet on syytä huomioida jatkotyössä.
- yhteensopivuuden varmistamiseksi on syytä seurata valtakunnantason tilastouudistusten (indikaattoripankki ja tieto 2005 -hanke) toimeenpanoa. Kuntien on omalta osaltaan pyrittävä vaikuttamaan siihen, että nämä uudistukset tulevat palvelemaan mahdollisimman hyvin myös kunnallisia ja seutukunnallisia tietotarpeita.

Aikatauluun on myös syytä kiinnittää huomiota. Mikäli jatkotyö saadaan käynnistymään mahdollisimman pian ja jos työn tulokset ovat käytettävissä vuoden 2005 alussa (tammi-helmikuu), sosiaali- ja terveystietopalveluja koskeva hyvinvointitiedon ja muun tiedon hankinta, jakelu ja mahdollinen analysointi voisi alkaa keväällä 2005. Ajankohtaa määrittää se, että kunnat ja kuntayhtymät (ja muut palvelujen tuottajat) joutuvat antamaan vuotta 2004 koskevat tiedot toiminnastaan ja taloudestaan tilastoviranomaisille (Tilastokeskus, Stakes) helmi-huhtikuussa 2005.

Tietojen koonnin, jakelun ja analysoinnin kustannukset tarkentuvat jatkotyössä. Nyt luvussa 8 on esitetty varsin alustavia arvioita menoista vanhuspalvelujen kohdalla (5 000 – 10 000 euroa vuodessa). Koko sosiaali- ja terveystoimintaa koskevana menot seutukunnan tasolla tulisivat olemaan jonkin verran korkeammat, noin 12 000 – 18 000 euroa. Osa näistä kustannuksista voi olla puhtaasti laskennallisia siinä mielessä, että kunnat kykenevät hoitamaan tiedonkeruun ja välittämään sovitut tiedot muille kunnille nykyisellä organisaatiolla.

Esiselvityksen jatkotyö tulisi olemaan jonkin verran laajempi; noin 7 kuukautta (aikataulu 1.8.2004 – 30.2.2005). Mikäli jatkotyö organisoidaan ja toteutetaan samalla tavalla kuin esiselvitys, kustannukset tulisivat hieman korkeammat - noin 35 000 euroa. Jatkotyöstä tehdään tarkempi hanke-esitys Tampereen aluekeskusohjelmalle kustannusarvioineen ja aikatauluineen.

Lähdeluettelo

Jääskeläinen J.T: eWelfare - Uuden tietotekniikan hyödyntäminen hyvinvointipalveluissa. Esiselvitys, SITRA 2004 (käsikirjoitus, painossa).

Kuntalaki 365/1995

Maslow, A. H. Motivation and Personality. Harper & Row. New York 1954

Parkkinen, Pekka. Hoiva- ja hoitopalvelut tulevaisuudessa. VATT -keskustelualoitteita 326. Helsinki 2004

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti. STM 2003:37

Tilastolaki 280/2004

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4

Tuorila, Helena. Katsaus suomalaiseen peruspalvelututkimukseen. Määrittelystä arviointiin. Julkaisuja 2/2001. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki:

www-sivut:

<http://www.efektia.fi/SoteVertti>

<http://www.stakes.fi/dialogi/01/dia20013/30122.htm>

www.stakes.fi/sotka

<http://www.kuusikkokunnat.fi>

Liite 1

Kuntien antamiin tietoihin perustuva koontilomake sosiaalitoimen toimintatilaston vanhuspalveluja koskevista tiedoista

220 Vanhusten laitospalvelut

	65 v. täyttäneet % 65 v+		75 v. täyttäneet % 75 v+		85 v. täyttäneet % 85 v+	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Kangasala	3,8 %	3,7 %	8,3 %	8,0 %	20,0 %	19,2 %
Lempäälä	3,7 %	3,6 %	8,5 %	7,9 %	21,7 %	20,7 %
Nokia	3,6 %	3,4 %	7,2 %	7,1 %	17,2 %	17,4 %
Pirkkala	2,3 %	2,1 %	5,0 %	4,8 %	9,5 %	8,3 %
Tampere	3,2 %	3,3 %	6,4 %	6,5 %	16,0 %	16,1 %
Vesilahti	4,0 %	5,0 %	8,4 %	10,0 %	20,7 %	17,9 %
Ylöjärvi	2,2 %	2,3 %	5,5 %	5,7 %	15,9 %	13,2 %

235 Kotipalvelut; 2. Vanhuskotitaloudet

	65 v. täyttäneet % 65 v+		75 v. täyttäneet % 75 v+		85 v. täyttäneet % 85 v+	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Kangasala	10,4 %	9,6 %	19,6 %	18,5 %	38,2 %	36,5 %
Lempäälä	7,1 %	7,2 %	14,3 %	14,1 %	32,8 %	31,0 %
Nokia	9,3 %	9,1 %	17,8 %	17,0 %	32,3 %	38,7 %
Pirkkala	7,5 %	8,0 %	15,9 %	17,5 %	29,9 %	31,8 %
Tampere	9,3 %	8,1 %	16,8 %	14,3 %	30,2 %	25,3 %
Vesilahti	7,1 %	8,5 %	14,5 %	16,3 %	32,8 %	33,9 %
Ylöjärvi	7,2 %	8,1 %	14,9 %	17,1 %	33,8 %	38,4 %

240 Muut vanhusten ja vammaisten palvelut; Vanhustenhuollon palveluasumisasiakkaita 31.12.

	65 v. täyttäneet % 65 v+		75 v. täyttäneet % 75 v+		85 v. täyttäneet % 85 v+	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Kangasala	1,1 %	1,1 %	2,1 %	2,0 %	5,7 %	3,5 %
Lempäälä	4,0 %	5,0 %	7,1 %	10,2 %	11,7 %	27,6 %
Nokia	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	1,3 %	0,9 %
Pirkkala	1,1 %	1,0 %	2,5 %	2,2 %	6,6 %	5,3 %
Tampere	2,1 %	2,8 %	4,0 %	5,4 %	6,6 %	10,3 %
Vesilahti	2,6 %	2,7 %	5,3 %	5,2 %	12,1 %	12,5 %
Ylöjärvi	2,1 %	1,9 %	4,2 %	3,8 %	10,8 %	9,3 %

	Vanhustenhuollon palveluasumisasiakkaat % 65- ja yli 65-vuot.		Osa vuorokautisen hoidon piirissä % 65- ja yli 65-vuotiaista		Omaishoitajista 65- ja yli 65-vuotiaita, %	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Kangasala	1,10	1,10	0,30	0,30	35,80	36,20
Lempäälä	4,20	5,00	2,30	3,00	36,00	32,30
Nokia	0,30	0,30	3,50	4,10	30,70	40,70
Pirkkala	1,10	1,10	0,00	0,00	41,40	46,90
Tampere	2,10	2,80	0,30	0,10	50,80	35,80
Vesilahti	2,60	2,60	0,00	0,00	30,00	21,10
Ylöjärvi	2,20	2,40	2,90	2,90	40,50	36,30

Liite 2

Espoon sosiaali- ja terveystoimi
Helsingin sosiaalivirasto ja terveystoimi
Tampereen sosiaali- ja terveystoimi
Turun sosiaalivirasto ja terveystoimi
Vantaan sosiaali- ja terveystoimi

8.8.2003

I. Vanhusten käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tiedonkeruun yleiset periaatteet (v.2002)

1. Työn periaatteet

Viisikko -työn tarkoituksena on saada esitettävät tiedot mahdollisimman vertailukelpoisiksi eri kuntien välillä. Raportin pääpaino on kuntien vanhuspalvelujen palvelurakenteen kuvaamisella. Säännöllisesti palveluja käyttävät ovat kuvauksessa etusijalla. Tilapäisesti palvelua käyttävät vanhuset sekä heidän saamansa palvelut ovat kuitenkin mukana tarkastelussa kustannuksina ja osuuksina asiakkaiden määrästä.

Ikävakiointi

Työssä on käytetty ikävakiointia 65 vuotta täyttäneiden palvelurakenteen sekä asukaskohtaisten kustannusten osalta. Ikävakiointin tarkoitus on parantaa erilaisen vanhusväestön rakenteen omaavien kuntien vertailua. Vakiointiväestönä on käytetty Viisikon yhteistä vanhusväestöä ja menetelmänä on käytetty suoraa vakiointimenetelmää. ($u_{sl} = \sum p'_i * u_i$, missä I = ikä (ominaisuus, jonka suhteen vakioidaan), u_i = vertailtavan väestön kunkin ikäryhmän tiheysluku, p'_i = ikäryhmään i kuuluva osuus vakiointiväestöstä, $\sum p_i = 1$)

Ikävakiointin ajatus on seuraava: Jos kaikissa vertailun kunnissa olisi samanlainen vanhusväestön rakenne (yhtä suuri osuus 65-74, 75-84 ja 85+vuotiaita), kuinka suuri osuus heistä olisi nykyisellä palvelujen käytön tasolla säännöllisiä palvelujen käyttäjiä tai kuinka suuret asukaskohtaiset kustannukset nykyisellä eri ikäryhmien kustannustasolla syntyisivät.

Ikävakiointi laskee vanhimman väestörakenteen omaavien kuntien (Helsinki, Turku) palvelujen piirissä olevien osuutta ja asukaskohtaisia kustannuksia ja nostaa nuoren ikärakenteen kuntien (Espoo ja Vantaa) palvelujen piirissä olevien osuutta sekä asukaskohtaisia kustannuksia.

2. Toimintatiedot

Toimintatietoina kerätään tietoja asiakasmääristä ja toisaalta lukumäärätietoja keskeisistä palveluista. Koska raportin pääpaino on palvelurakenteen kuvauksella, on asiakastiedot kerätty pääosin tietyn ajankohdan asiakasmääränä siten, että kunkin palvelun kohdalla asiakkaita ovat ne henkilöt, joilla on kyseisellä hetkellä voimassa oleva päätös/sopimus kyseisestä palvelusta.

Tiedonkeruu tapahtuu seuraavan ikäryhmytyksen mukaisesti:

- alle 65-vuotiaat
- 65-74-vuotiaat
- 75-84-vuotiaat
- 85 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat.

Vaikka tiedonkeruussa ovat mukana alle 65-vuotiaiden palvelut, raportissa keskitytään vanhusikäryhmien eli yli 65- vuotiaiden saamien palvelujen vertailuun eri kunnissa. Tiedonkeruujärjestelmien

eroista johtuen kunnat joutuvat antamaan tiedot joissakin tapauksissa perusmääritelmästä poikkeavalla tavalla. Kunkin kerättävän tiedon kohdalla on kerrottu kunkin kunnan tiedonkeruutapa, mikäli se poikkeaa perusmääritelmästä.

3. Kustannustiedot

Kustannukset kerätään toiminnoittain samoista kokonaisuuksista kuin toimintatiedotkin. Kunkin toiminnon aiheuttamat kustannukset otetaan mukaan niihin oleellisesti liittyvine aputoimintoineen. Mikäli mahdollista, kustannustiedot annetaan tilinpäätöksen mukaisina.

Kotihoidon (kotipalvelu tukipalveluineen ja kotisairaanhoido + hoitotarvikejakelu) sekä kunnallisen laitoshoidon (vanhainkodit sekä terveystakeskukset) kustannukset eritellään :

Kokonaiskustannukset, joista

- Henkilöstömenot yhteensä

Palkat

Muut henkilöstömenot

- Vyörytettävät kustannukset, miten määräytyvät (% tai muu periaate)

Osuus toiminnon tarvitsemien sosiaali- ja terveystakeskusten hallintopalvelujen kustannuksista. (ilmoitetaan peruste, jolla kustannusosuus määräytyy tai on arvioitu). Hallintopalvelut voivat sijaita myös keskushallinnossa.

Mikäli yksikön kustannuksista osa kohdistuu muihin kuin toimintatiedoissa annettuihin palvelujen tuottamiseen, se osuus poistetaan.

Mikäli toimintatiedoissa annettujen palvelujen tuottamiseen käytetään muilta yksiköiltä sisäisinä ostoina tai muulla tavoin hankittuja palveluja, joiden kustannukset eivät tule muuten näkyviin toiminnon kustannuksissa tai palvelujen ostoina, niiden osuus lisätään.

Laitoshoidon ostopalveluista kerätään sekä brutto- että nettokustannukset. Erikoissairaanhoidon ja palveluasumisen ostopalveluista kerätään vain nettokustannukset.

Kustannusten deflatointi

Eri vuosien kustannusten vertailukelpoisuuden lisäämiseksi on vuosien 1998 – 2001 kustannustiedot korotettu vuoden 2002 arvoon käyttäen korotuskertoimena Tilastokeskuksen julkaisemaa Julkisten menojen hintaindeksiä Sosiaali- ja terveystoimelle. Lähde:

www.tilastokeskus.fi/aihealueet/hinnat_ja_kustannukset/kustannusindikaattorit/kustannusindeksit/julkisten_menojen_kustannusindeksit

Julkisten menojen hintaindeksi sosiaali- ja terveystoimelle

Kerroin ko vuosi->2002

1995	100,0	1,18400
1996	102,5	1,15512
1997	104,0	1,13846
1998	107,0	1,10654
1999	109,1	1,08524
2000	112,7	1,05058
2001	116,0	1,02069
2002	118,4	

II. Vanhusten käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tiedonkeruun määritelmät 2002

Vertailtavat osa-alueet

Vuonna 2002 kerätään vanhustenhuollon toiminta- ja kustannustietoja seuraavilta osa-alueilta:

1. Avopalvelut

1.1. Kotihoito

- Kotipalvelu ja tukipalvelut
- Kotisairaanhoidon ja hoitotarvikejakelu

1.2. Omaishoidon tuki

1.3. Osavuorokautinen hoito

- Vanhusten päivähoito (päiväkeskus, päiväkotitoiminta, perhepäivähoito)
- Päiväsairaala

1.4. Palveluasuminen

- Kevyt palveluasuminen (henkilöstöä $\leq 0,194$ /asukas)
- Keskiraskas palveluasuminen (henkilöstöä $0,195 - 0,394$ /asukas)

1.5. Virkistystoiminta (korttelikerhot, palvelukeskukset ym)

1.6 Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon

-Ensiapu- ja ajanvarausvastaanotto toiminta sairaanhoidollisina palveluineen

2. Ympäri vuorokautinen perushoito

2.1 Tehostettu palveluasuminen (henkilöstöä $\geq 0,395$ /asukas)

2.2 Kotisairaala (joillakin kunnilla erikoissairaanhoidon toimintaa)

2.3 Vanhainkodit

- pitkäaikaishoito
- lyhytaikaishoito

2.4. Terveyskeskuksen vuodeosastot

- pitkäaikaishoito
- lyhytaikaishoito

3 Erikoissairaanhoidon

- Avohoito
- Vuodeosastot

1. VANHUSPALVELUN AVOHOITO

1.1 Kotihoito

Kotihoitoa on sosiaalihuoltoasetuksen 9§ mukainen kotipalvelu ja kansanterveyslain 14 §, 1 momentin mukainen kotisairaanhoidon.

Kotihoidon kokonaisuus muodostuu tässä selvityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 9.10.1992 (n:o 912) mukaisesta kotiin annettavien palvelujen kokonaisuudesta. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevaksi asiakkaaksi lasketaan ne henkilöt, jotka saavat apua vähintään kerran viikossa. (sosiaali- ja terveydenhuollon maksuasetus)

1.1.1 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidon säännöllisiä palveluja saavat asiakkaat yhtenä päivänä tai koko joulukuussa 2002 =ne, joilla kyseisenä ajankohtana on olemassa palvelujen saantia koskeva suunnitelma/päätös ja jotka saavat kotihoitoa vähintään kerran viikossa (henkilötunnus kertaalleen) kerätään ikäryhmittäin kolmena ryhmänä:

1. Kaikki säännöllistä kotihoitoa saavat (säännöllistä kotipalvelua, säännöllistä kotisairaanhoidoa tai molempia saavat asiakkaat)
2. Säännöllistä kotipalvelua saavat asiakkaat
3. Säännöllistä kotisairaanhoidoa saavat.

Täten: ((Ryhmä 3+ryhmä 2) – ryhmä 1) = kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteiset asiakkaat.

Kotihoidon asiakkaat annetun avun määrän mukaisissa ryhmissä

Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat yhtenä päivänä joulukuussa 2002 avuntarpeen mukaan luokiteltuina (tässä voidaan käyttää kaikkien kotihoidon säännöllistä apua saavien asiakkaiden määrää jos erittelyä pelkästään vanhusten osalta ei ole saatavissa LISÄYS 29.8.2001)

Asiakkaat joiden:

- avuntarve alle tai 10 h/kk
- avuntarve 11-20 h/kk
- avuntarve 21-40 h/kk
- avuntarve 41 -80 h/kk
- avuntarve yli 80 h/kk
- tilapäiset asiakkaat

Asiakkaiden käyttämät palvelut kuukauden (tai vuoden) käyntimääränä tai tuntimääränä annetun avun mukaan muodostetuissa luokissa.

- Alle tai 10 h/kk kotihoitoa saaneiden käynnit tai tunnit kuukaudessa
- 11-20 h/kk kotihoitoa saaneiden käynnit tai tunnit kuukaudessa
- 21-40 h/kk kotihoitoa saaneiden käynnit tai tunnit kuukaudessa
- 41 -80h/kk kotihoitoa saaneiden käynnit tai tunnit kuukaudessa
- yli 80h/kk kotihoitoa saaneiden käynnit tai tunnit kuukaudessa
- tilapäisten asiakkaiden saamat käynnit tai tunnit kuukaudessa

Keveeen ja keskiraskaaseen palveluasumiseen annettava kotihoito:

Jos alle 0,195 ja 0,195 – 0,394 henkilöstömitoituksen palvelutaloihin annettavat kotihoidon palvelut tuottaa kunnan oma kotihoito, ne ovat mukana kotihoidon käyntimäärässä. Se osuus kotihoidon palveluista, joka kohdistuu kyseisissä palvelutaloissa asuviin, arvioidaan kotihoidon kustannusten kohdassa. Jos taas alle 0,195 ja 0,195-0,394 henkilöstömitoituksen palvelutalojen palvelut hankitaan ostopalveluna, ovat sekä asukkaiden saaman kotihoidon palvelujen että muut kunnalle aiheutuvat kustannukset (lukuun ottamatta palvelukeskustoimintaa, ks. seuraava kappale) palveluasumisen kohdalla. Palveluasumisen mukana ostetuista kotipalveluista ei yleensä ole käytettävissä käynti- tai tuntitietoja. Palveluasumisen toimintatietona kerätään tässä selvityksessä toteutuneet asumispäivät sekä kunnan omissa, että ostopalveluna hankittavassa palveluasumisessa.

Se toiminta palvelutaloissa (palvelukeskus tai muu virkistystoiminta, joka yleensä on avointa kunnan asukkaille), joka ei ole kotihoitoa, lasketaan kustannuksina mukaan muihin vanhusten avopalveluihin.

1.1.2 Kotipalvelu

Kotipalvelun toimintatiedot

Vuoden asiakasmäärä kotipalveluissa:

- Peruspalvelua saaneet asiakkaat iän mukaan ikäryhmittäin vuoden aikana. Sisältää sekä säännöllisen kotipalvelun, että tilapäisen kotipalvelun asiakkaat.

Kotipalvelun asiakkaiksi lasketaan peruspalvelua saavat asiakkaat. Peruspalvelua saavat asiakkaat voivat käyttää myös tukipalveluja. Asiakkailta on palvelun saantia koskeva päätös (maksuasetuksen n:o 912 mukainen säännöllinen kotipalvelu. Niitä kotipalvelun asiakkaita, jotka saavat vain tukipalveluja, ei lasketa mukaan tähän asiakaslukuun vaan heidän määränsä kerätään erikseen .

- Joista kevyissä tai keskiraskaissa kunnallisissa palvelutaloissa asuvat kotipalvelun peruspalvelua saavat asiakkaat vuoden aikana.
- Pelkkää kotipalvelun tukipalvelua saavat asiakkaat vuoden 2002 aikana. Ne asiakkaat, joille on palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjattu jokin tukipalvelu, tai on olemassa muu päätös oikeudesta tukipalveluun. Mukaan lasketaan sama henkilö vain kerran, vaikka hän saisikin useampia tukipalveluja. (mm. siivous, ateria, turva, kuljetus, hygienia, saatto)
- Kotipalvelun käynnit (omat) ikäryhmittäin vuoden aikana. Kotipalvelun käynteihin lasketaan maksuasetuksen n:o 912 mukaiset peruspalvelun käynnit. Mukaan lasketaan sekä säännöllisen kodinhoitoavun käynnit (maksuasetuksen n:o 912 mukaan) että tilapäiset (kertamaksu) kodinhoitokäynnit.
 - Joista kevyissä tai keskiraskaissa kunnallisissa palvelutaloissa asuvien kotipalvelun peruspalvelua saavien käynnit vuoden aikana.
 - Kotipalvelun ostopalvelukäynnit yhteensä ilman ikäryhmitystä.

Kotipalvelun kustannustiedot:

- Kotipalvelun kokonaiskustannukset (oma toiminta +ostopalvelut), kerätään omasta toiminnasta jaottelulla: kokonaiskustannukset, joista henkilöstömenot .(peruspalvelu sekä tukipalvelut) Mukana on kaikki kunnan kotipalvelu, josta yli 65-vuotiaiden kustannukset erotetaan joko kuntien itse tekemän toiminnallisen jaon mukaan tai suoritteiden mukaisesti. Ostopalveluna hankitun kotipalvelun kustannukset ilmoitetaan lisäksi yhtenä summana palvelujen ostona.
- Kustannukset vanhusikäryhmiin (yli 65v) kohdistuvien palvelujen osalta (tähän kohtaan otetaan mukaan kaikki asiakasryhmät iän perusteella, myös esim. vammaiset)
 - Josta ostopalvelun kustannukset

Kotipalvelun kustannukset sisältävät sekä peruspalvelun, että tukipalvelujen kustannukset eli = kodinhoitoapu sekä tukipalvelut (siivous, ateriapalvelut, shl:n mukaiset kuljetuspalvelut paitsi yksilökuljetusten osalta, turvapalvelut, hygieniapalvelut ja ilta- ja yöajan palvelut).

Kotipalvelun kustannuksista vähennetään tehostettuun palveluasumiseen annettu kunnan tuottama kotipalvelu ja siirretään tehostetun palveluasumisen kustannuksiin.

Kustannukset eritellään: Kotipalvelun kustannukset kokonaisuudessaan

- Josta- keskiraskaissa tai kevyissä palveluasunnoissa asuvien kotipalvelu
- Josta - kotipalvelujen tukipalvelut

Sotainvalidien palvelujen kustannukset (ym valtion korvaamat) ovat mukana kustannuksissa.

1.1.3 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoidon toimintatiedot

- Kotisairaanhoidon asiakkaat/potilaat ikäryhmittäin vuoden aikana. Vanhusasiakas/potilas on 65 vuotta täyttänyt asiakas/potilas. Sama asiakas/potilas (= henkilötunnus kertaalleen) sisällytetään asiakas/potilasmäärään vain kerran. Asiakkaiksi/potilaiksi lasketaan ne henkilöt, joilla on palvelun saantia koskeva päätös (maksuasetuksen n:o 912 mukainen säännöllinen kotisairaanhoido) sekä tilapäistä kotisairaanhoidoa saaneet henkilöt.
- Kotisairaanhoidon säännölliset (väh 1 kerta/viikko) sekä tilapäiset käynnit (omat) ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana.
- Kotisairaanhoidon ostopalvelukäyntien lukumäärä yhteensä ilman ikäryhmitystä

Kotisairaanhoidon kustannustiedot

- Kotisairaanhoidon kokonaiskustannukset (oma toiminta +ostopalvelut) omasta toiminnasta eriteltynä :kokonaiskustannukset, joista henkilöstömenot. (sis hoitotarvikejakelun)
 - Josta ostopalvelujen kustannukset

Kotisairaanhoidon kustannukset ovat kaikki tässä kohdassa, eikä esim. palveluasunnoissa olevien kotisairaanhoidon kustannuksia erotella.

1.2 Osavuorokautinen hoito/ Vanhusten päivähoito sekä vanhusten päiväsairaanhoido

Osavuorokautinen hoito on hoitoa, joka on kirjattu palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tai joista on olemassa päätös ja josta asiakas maksaa maksuasetuksen mukaisen osapäivähoitomaksun. (vuonna 2002 maksu oli EUR /päivä tai alempi, jos kunta oli niin päättänyt).

Toimintatiedot

- Vanhusten päivähoitopaikat 31.12.2002.
- Vanhusten päivähoidon hoitopäivät ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana.
- Vanhusten päiväsairaalapaikat 31.12.2002.
- Vanhusten päiväsairaanhoidon hoitopäivät ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana.

Kustannustiedot

Vanhusten päivähoito

- Päivähoidon kustannukset (omasta + ostopalveluista) ilmoitetaan kuten laitoshoidon kustannukset (sisältäen kaikki päivähoidon kustannuserät :henkilöstö, kiinteistökustannukset, ateriat, kuljetukset)
 - Josta ostopalvelun kustannukset

Vanhusten päiväsairaanhoito

- Päiväsairaanhoidon kustannukset (omasta + ostopalveluista) ilmoitetaan kuten laitoshoidon kustannukset (sisältäen kaikki päivähoidon kustannuserät :henkilöstö, kiinteistökustannukset, ateriat, kuljetukset)
- Josta ostopalvelun kustannukset

1.3 Omaishoidon tuki

Toimintatiedot

- Kaikki omaishoidon tuen saajat ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana. (Omaishoidontuen saajalla on omaishoidontuen sopimus sekä hoito- ja palvelusuunnitelma) Vanhusten osuus = yli 65-vuotiaat omaishoidontuen saajat.
- Omaishoidontukea pelkästään palveluina saaneet 2002 (yli 65-vuotiaat)
- Kaikki omaishoidon tuen saajat ikäryhmittäin joulukuun yhtenä päivänä 2002. Vanhusten osuus = yli 65-vuotiaat omaishoidontuen saajat.
- Omaishoidontuen korvausluokat ja asiakkaiden jakautuminen luokkiin.

Kustannukset

- Sisältää kaikki omaishoidon tuen kustannukset (omaishoitajien palkkiot + henkilöstösivukulut)
- Sisältää vanhusten lisäksi alle 65-vuotiaat asiakkaiden kustannukset . Vanhusten osuus kustannuksista on eroteltu asiakkaiden ikäryhmyksen perusteella.

Omaishoidontuen kustannuksiin sisältyvät omaishoitajien vapaan järjestämisen kustannukset mm. ulkoa ostetut palvelut tai vapaan järjestämiseen luovutetut palvelusetelit.

1.4 Virkistystoiminta (korttelikerhot, palvelukeskukset ym)

- Palvelukeskusten ja korttelikerhojen lukumäärätiedot, mahdollisia muita tietoja toiminnan laadusta ja laajuudesta
- Palvelukeskusten ja muun vapaamuotoisesta toiminnan kustannukset.

1.5 Palveluasuminen (kevyt palveluasuminen ja keskiraskas palveluasuminen)

Palveluasuminen on asumismuoto, jossa asukas voi saada päivittäiset tarpeen mukaiset palvelut itsenäisen asumisen mahdollistamiseksi. Yksilöllinen palvelutarve määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Keveyeen palveluasumiseen luetaan alle 0,195 mitoituksen palveluasuminen. (Keveyen palveluasumisen asiakkaiden saama kotihoito on niin vähäistä, että heitä ei oteta huomioon kunnan palvelurakenteen tarkastelussa).

Keskiraskaaksi palveluasumiseen luetaan palvelu, joka annetaan palvelutaloksi nimettyyn yksikköön, jonka henkilöstömitoitus on hoito- ja huolenpitohenkilöstön osalta vähintään 0,20 (pyöristysraja 0,195-> 0,2.) .Mitoitukset ovat laskennallisia, henkilökunta, joka tekee pelkästään virkistys- ja askartelu- tai ruokapalvelutehtäviä, lasketaan pois. Henkilöstömitoitus lasketaan koko talon osalta, ei yksilöllisesti asukkaista.

Palveluasumisesta kerättävät toimintatiedot:

Palveluasumisen asiakkaksi 31.12. luetaan ne asukkaat, joilla on voimassaoleva vuokrasuhde palveluasuntoon.

- Keveyen palveluasumisen (henkilöstömitoitus alle 0,195) asukkaat 31.12.2002 ikäryhmittäin

- Kevyen palveluasumisen asumisvuorokaudet vuoden 2002 aikana ikäryhmittäin.
- Kevyen palveluasumisen asukkaista 31.12.2002 osuus kunnan omissa palvelutaloissa /Ostopalveluna hankittavissa palvelutaloissa.
- Keskiraskaan palveluasumisen asukkaat 31.12.2002 (Kunnan oma toiminta/ostopalvelut).
- Keskiraskaan palveluasumisen (henkilöstömitoitus 0,195-0,394)asukkaat ikäryhmittäin 31.12.2002(Kunnan oma toiminta/ostopalvelut).
- Kunnan omien keskiraskaiden palvelutalojen asukkaista % kunnan säännöllisen kotihoidon piirissä.
- Keskiraskaan palveluasumisen asumisvuorokaudet vuoden 2002 aikana ikäryhmittäin. (Kunnan oma toiminta./Ostopalvelut)

Palveluasumisen kustannukset

Kaupunkien omat palvelutalot

Asumiskustannukset:

Kaupungeissa on yleensä joku kiinteistöpalveluja tuottava yksikkö, joka huolehtii palvelutalokiinteistöistä ja perii tiloista vuokran. Asukkaat maksavat itse oman asuntonsa vuokrakustannukset. (jos asiakas ei itse pysty vastaamaan kaikista kustannuksista, kaupunki avustaa toimeentulotuella). Yhteisten tilojen kustannuksista vastaa sosiaalitoimi tai muu kaupungin yksikkö.

Kustannukset palveluista:

Kunnan kotipalvelu tuottaa omiin palvelutaloihin tarvittavat palvelut. Nämä sisältyvät kotihoidon suoritteisiin samoin palvelujen kustannukset. Poikkeuksena Tampere, jolla ei ole lainkaan omaa palveluasumista, jolloin myöskään palveluasumiseen ei anneta kotipalvelua kaupungin kotipalvelusta.

Ostopalvelun palvelutalot

Asumisen ja palvelujen kustannukset:

Asukkaat maksavat yhteisöjen itse päättämät asiakasmaksut, johon kuuluu vuokra, ruoka ja palvelumaksu. Sosiaalityöntekijän asumispalvelupäätöksessä määritellään asiakkaan maksuosuus asumispalvelun kokonaiskustannuksista. Kunnan maksettavaksi jäävä osuus lasketaan tapauskohtaisesti. Asukkaat voivat saada maksuihinsa kelan korvaukset.

2. VANHUSTEN YMPÄRIVUOROKAUTISET PALVELUT

2.1 Tehostettu palveluasuminen

Tehostettuun palveluasumiseen luetaan ne palvelutaloiksi tai ryhmäkodeiksi nimetyt yksiköt, joissa hoito- ja huolenpitohenkilöstöä on vähintään 0,395/asukas. Mitoitukset ovat laskennallisia, henkilökunta, joka tekee pelkästään virkistys- ja askartelu- tai ruokapalvelutehtäviä, lasketaan pois.

Toimintatiedot

- Vanhusten tehostettujen palveluasuntojen asukkaat 31.12.2002 ikäryhmittäin.(Kunnan oma toiminta./Ostopalvelut)
- Tehostetun palveluasumisen asumisvuorokaudet v. 2002 aikana ikäryhmittäin. (Kunnan oma toiminta./Ostopalvelut)

Kustannukset

Kaupunkien omat tehostetun palveluasumisen palvelutalot

- Oman toiminnan tehostetun palveluasumisen kustannukset sisältävät kiinteän henkilökunnan, ruokakustannukset ja tarvikkeet. Kotisairaanhoidon palvelut eivät sisälly kustannuksiin.

Tehostetun palveluasumisen ostopalvelut

- Ostopalvelulla on kuukausihinta (asiakkaalle), johon kuuluvat vuokra, ruoka, perusmaksu ja yksilöllinen palvelumaksu. Asiakas maksaa sen osan kustannuksista, johon varat riittävät. Loput maksaa kunta. Kunnan kustannukset ovat nettokustannuksina mukana tässä selvityksessä.

2.2 Vanhuspalvelun laitoshoido

Vanhuspalvelun laitoshoidoita ovat vanhainkodit ja terveyskeskusten pitkäaikaisvuodeosastot (Turussa vanhusten hoivasairaanhoido). Varsinaisen vanhuspalvelun laitoshoidon lisäksi on kerätty tiedot vanhusikäryhmien akuuttisairaanhoidosta terveyskeskuksissa.

Vanhainkodit

Toimintatiedot

- Vanhainkotien kaikki asiakkaat ikäryhmittäin yhtenä päivän joulukuussa 2002 / (=pitkäaikaishoidon asiakkaat ja lyhytaikaishoitoasiakkaat yhdessä)
- Joista lyhytaikaishoidossa olevat asiakkaat yhtenä päivän joulukuussa 2002 ikäryhmittäin

Pitkäaikaishoidon asiakkaalle on tehty pitkäaikaishoidon päätös. Lyhytaikaishoidon asiakkaan hoito laitoksessa on määräaikaista tai tilapäistä.

Maksusitoumusasiakkaiden määrä on sisällytetty ostopalveluasiakkaiden ja -potilaiden lukumääriin.

- Hoitopäivät ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana. Asiakkaan uloskirjoituspäivää ei lasketa hoitopäiväksi. Oma tuotanto ja ostopalvelut eriteltyinä.
- Hoitopäivistä lyhytaikaishoidon hoitopäivät ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana. Asiakkaan uloskirjoituspäivää ei lasketa hoitopäiväksi. Oma tuotanto ja ostopalvelut eriteltyinä.

Kustannukset

Omat vanhainkodit

Laitoshoidon kustannukset ovat tilinpäätöstietojen mukaiset ja ne sisältävät pääomakustannukset. Tähän sisältyvät mm. hoitohenkilökunta, fysioterapia ja muut erityistyöntekijät, laitoksen johto ja esimiehet, vanhainkodin henkilöstöön kuuluvat tai ostopalveluna hankitut lääkäripalvelut, työhönotto, laitosten kiinteistö,- ruoka,- siivous,- vaate,- ja muut huoltopalvelut, työsuhteasunnot (nettomenot), laboratorio, röntgen, kuljetus, lääkkeet, arkisto, irtaimen omaisuuden korot ja poistot. Lisäksi hallinnon vyörytykset.

Ostopalveluvanhainkodit

Bruttokustannukset= ostopalveluvanhainkodin menot siten, että asiakasmaksuja ei ole vähennetty.

Nettokustannukset: ostopalveluvanhainkodin menot siten, että asiakasmaksut on vähennetty.

Terveyskeskuksen vuodeosastot

Toimintatiedot

- Vuodeosastolla olevat asiakkaat/potilaat ikäryhmittäin yhtenä päivän joulukuussa 2002 .(Pitkäaikaishoitopotilaat ja lyhytaikaishoitopotilaat yhdessä.)
- Joista lyhytaikaishoidossa olevat yhtenä päivän joulukuussa 2002 ikäryhmittäin.

Pitkäaikaishoidon asiakkaalle/potilaalle on tehty pitkäaikaishoidon päätös. Lyhytaikaishoidon asiakkaan/potilaan hoito laitoksessa on määräaikaista tai tilapäistä.

- Hoitopäivät ikäryhmittäin vuoden 2001 aikana. Terveyskeskusten vuodeosastoilla vuoden 2002 aikana toteutuneet perussairaanhoidon hoitopäivät ikäryhmittäin. Oma tuotanto ja ostopalvelut eriteltyinä.
- Hoitopäivistä lyhytaikaishoidon hoitopäivät ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana. Asiakkaan uloskirjoituspäivää ei lasketa hoitopäiväksi. Oma tuotanto ja ostopalvelut eriteltyinä

Terveyskeskusten kustannukset

Omat terveyskeskuksen vuodeosastot

Kustannukset jaotellaan erikseen pitkäaikaishoidon ja akuuttihoiton kustannuksiin.

Kustannuksiin sisältyvät perusterveydenhuollon lopputuotteiden kustannusten sisältämät erät laskutettuina tai vyörytettyinä.

Sisältävät mm: Hallintomenot, Terveyskeskuksen hallinto: johto ja johdon tukihenkilöt, taloushallinto (budjetointi, kirjanpito, maksuliikenne, laskutus, sisäinen laskenta, muut taloushallinnon tehtävät) henkilöstöhallinto (palkanlaskenta, työsuhdeasiat, muu henkilöstöhallinto) henkilöstön työsuhdeasunnot, henkilöstön työterveyshuolto, muut hallintopalvelut.

Sairaalan hallinto- ja palveluyksiköt :tekninen yksikkö, ravintokeskus, röntgen, laboratorio, patologia, kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia, fysioterapia, sosiaalitoimisto, leikkausosasto, hoitopalveluyksikkö, toimintaterapia, ravitsemusterapia, puheterapia, sairaalan hallinto, työhönotto, potilasasiakirjayksikkö, postikeskus, välinehuolto ja hygieniaosasto, keskusvarasto, vaatehuolto, siivoushuolto, muut huoltopalvelut.

Kustannukset sisältävät myös alle 65-vuotiaiden osuuden, joka on analyysissä vähennetty alle 65 -vuotiaiden käyttämien palvelujen suhteessa.

Terveyskeskuksen vuodeosastohoidon ostopalvelut

Bruttokustannukset= ostopalvelu tk-vuodeosaston menot siten, että asiakasmaksuja ei ole vähennetty.

Nettokustannukset: ostopalvelu tk-vuodeosaston menot siten, että asiakasmaksut on vähennetty. Jos vain nettomenot on ilmoitettu, bruttomenot lasketaan lisäämällä nettomenoihin asiakasmaksun osuus *hoitopäivät (la-hoidon asiakasmaksu)

Kustannukset sisältävät myös alle 65-vuotiaiden osuuden, joka on analyysissä vähennetty alle 65-vuotiaiden käyttämien palvelujen suhteessa.

3. VANHUSTEN TERVEYDENHUOLTO

Perusterveydenhuollon avohoito (avosairaanhoidon vastaanotto)

Toimintatiedot

- Ensiavun- ja ajanvarausvastaanoton lääkärikäynnit ikäryhmittäin (muut kuin kotisairaanhoidon käynnit).
- Lääkärillä käyneet avosairaanhoidon asiakkaat ikäryhmittäin vuoden 2002 aikana

Kustannukset

Kerätään kaikki kunnan perusterveydenhuollon avohoidon toiminnasta aiheutuneet kustannukset, laajemmin kuin kerätyt suoritteet. Mukaan otetaan hammashuoltoa lukuun ottamatta kaikki perusterveydenhuollon avotoimintojen kustannukset sisältäen mm. sairaanhoidolliset tukipalvelut kuten laboratorio- ja röntgentoiminnan, lääkinnällisen kuntoutuksen, fysioterapian jne.

KOTISAIRAANHOIDON KUSTANNUKSET ON ESITETTY ERIKSEEN KOTISAIRAANHOIDON SUORITTEIDEN KOHDASSA, JOTEN NIITÄ EI SISÄLLYTETÄ TÄSSÄ PERUSTERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSIIN. Kustannukset arvioidaan vanhusikäryhmien palvelujen käytön suhteessa em. kokonaisuudesta.

Kotisairaala

- Suoritteet (Käynnit tai hoitopäivät) ikäryhmittäin
- Kustannukset kotisairaaloiminnasta

Erikoissairaanhoito

Toimintatiedot

Vuonna 2001 kerätään erikseen tiedot somaattisesta ja psykiatrisesta poliklinikka- ja vuodeosastohoidosta.

Itse tuotetut ja ostopalveluna hankitut palvelut ilmoitetaan erikseen.

Kustannukset

Erikoissairaanhoidon kustannukset sisältävät eri ikäryhmien käyttämien erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalvelujen kustannukset eriteltyinä. (Oma tuotanto bruttokustannuksina ja ostopalvelut nettokustannuksina)

Ostopalvelut:

Ostopalvelujen nettokustannukset tilinpäätöksen mukaisesti. Jos kunta saa ikäryhmittäiset kustannukset valmiina, ne ilmoitetaan sellaisinaan. Jos taas käytössä on pelkästään kokonaiskustannus, käyttö jaetaan ilmoitettujen suoritteiden suhteessa ikäryhmille.

Helsinki, Espoo ja Vantaa saavat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä hoidettujen asukkaitensa erikoissairaanhoidon todelliset hinta- ja hoitotiedot ikäryhmittäin suoraan Ecomed-tietojärjestelmän kautta hoitotietojen järjestelmästä. Hoidon kustannukset ovat potilaskohtaisia kohdentuen tuotelaskutuksen tai suoritekohtaisen laskutuksen perusteella. Vain muutama prosentti näiden kuntien erikoissairaanhoidon ikäryhmittäisistä kustannus- ja suoritiedoista perustuu laskennalliseen menetelmään.

Turussa ja Tampereella vanhusikäryhmien kustannukset on laskettu toisin: vanhusten käyttämien hoitopäivien määrä on kerrottu keskimääräisellä hoitopäivän hinnalla ja vastaavasti käyntien määrä keskimääräisellä käynnin hinnalla.

Kustannusten laskentatapa kahdella eri tavalla voi aiheuttaa eroja kuntien vanhusikäryhmien erikoissairaanhoidon kustannusten vertailussa.

Tiedot vanhusikäryhmien käyttämistä erikoissairaanhoidon palveluista saadaan samasta aineistosta, jonka kaupungit toimittavat Kuntaliiton raporttiin "Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset 2002".

Päivitetty 8.5.2001: 1.1.1 Kotihoidon asiakkaiden tiedonkeruu

Päivitetty 29.8.2001: Kotihoidon asiakkaat annetun avun mukaisissa ryhmissä.

Päivitetty 12.9.2001: Kotisairaanhoidon vuoden asiakkaat = sekä säännöllistä että tilapäistä kotisairaanhoidoa vuoden aikana saaneet.

Päivitetty 8.11.2001: Erikoissairaanhoidon kustannusten erilaiset arviointiperusteet kunnissa.

Päivitetty 8.3.2002: kokouksessa esille tulleet asiat.

Päivitetty 22.3.2002: Vertailtavat osa-alueet korjattu Iris Ruotsalaisen ja Irma Kockbergin mukaan.

Päivitetty 10.7.2002: korjattu kotihoidon poikkileikkaustilanteen asiakasmäärää koskeva kohta: on olemassa palvelujen saantia koskeva suunnitelma/päätös ja jotka saavat kotihoitoa vähintään kerran viikossa (henkilötunnus kertaalleen)

Päivitetty 8.8.03: Perusterveydenhuollon kustannusten kohtaan lisätty huomautus, että kotisairaanhoidon kustannukset eivät sisälly perusterveydenhuollon kustannuksiin vaan ne on esitetty kotisairaanhoidon kohdassa erikseen.

Päivitetty 18.11.03: Ikävakioidinnin käytöstä kertova teksti sekä Julkisten menojen hintaindeksin tiedot sekä kertoimet lisätty lukuun I: tiedonkeruun yleiset periaatteet.

Liite 3. Vanhustenhuollon tavoitteita ja tietotarpeita kartoittava kysely
(saatekirje + kysymyslomake)

Vanhushuollon tavoitteita ja tietotarpeita koskeva kysely

Tampereen kaupunkiseudun aluekeskusohjelma on käynnistänyt vuoden 2004 alussa selvityshankkeen, jossa kartoitetaan kuntien toiminnan ja talouden suunnittelussa tarvittavan hyvinvointitiedon tarvetta. Ohjausryhmän ensimmäisessä kokouksessa tarkemmaksi selvityksen kohteeksi valittiin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväalueelta vanhusväestön tarvitsemat hoiva- ja hoitopalvelut.

Tampereen seutukuntaan kuuluvien kuntien vanhushuollon vastuuhenkilöille tehdään kysely, jossa kartoitetaan vanhushuollon tavoitteita ja niiden mittaamista sekä tietotarpeita. Kyselyn avulla on tarkoitus saada tietoa kuntien yhteistyön tarpeesta suunnittelussa (ja seurannassa) tarvittavan tilastotiedon hankinnassa.

Kysely toteutetaan sähköpostin välityksellä. Tämän viestin liitteenä on kyselylomake, johon voi vastata MsWord -tekstinkäsittelyohjelmaa käyttäen. Lomake on tehty tekstilaatikoita (text box) käyttämällä ja ne näkyvät näytöllä ainoastaan sivunäyttötilassa (print layout). Vastaus kirjoitetaan kysymyksen alapuolella olevaan tekstilaatikkoon. Muutamissa monivalintakysymyksissä oikean vaihtoehdon kohdalla olevaan tekstilaatikkoon merkitään rasti (x).

Kun lomakkeen kaikkiin kysymyksiin on vastattu tehdään tallennus. Tämän jälkeen täytetty ja tallennettu vastauslomake lähetetään sähköpostin liitetiedostona osoitteella: olavi.kallio@uta.fi. Olisi toivottavaa, että lähetettävän tiedoston niemeä muutetaan siten, että lopussa oleva kunnat -sanatilalle tulee lähetettävän kunnan nimi (esim. Vanhushuollon tietokysely_Ylojarvi.doc).

Vastauslomake tulisi palauttaa viimeistään 2.4.2004 mennessä. Lisätietoja selvityksestä ja lomakkeen täyttämisestä saa allekirjoittaneelta – yhteystiedot löytyvät viestin lopussa.

Tampereella 25.3.2004

Olavi Kallio
Tampereen yliopisto, kunnallistieteiden laitos
Puh. 215 6772, 040-566 2244

Vanhustenhuollon tavoitteita ja tietotarpeita kartoittava kysely

Kunta/ kaupunki:

1. Onko kunnassa hyväksytty vanhuspoliittinen ohjelma?On Valmistunut (kk, vuosi) Tavoitevuosi:

Onko valmisteilla uusi vanhuspoliittinen ohjelma?

On Valmistuu (kk, vuosi): Tavoitevuosi: Ei ole **2. Mitkä ovat vanhustenhuollon tärkeimmät mitattavissa olevat tavoitteet?**

Tavoiteluettelo:

Miten näiden tavoitteiden toteutumista seurataan?

Seuranta:

3. Mitä tietoja vanhustenhuollon suunnittelussa tarvitaan? Luettele tärkeimmät tilastotiedot ja muut tiedot

Tilastotiedot:

Muut tiedot:

4. Onko näiden tarvittavien tietojen saamisessa nykyisin puutteita tai ongelmia? Onko ajallinen viive (yleensä tiedot 1-2 vuotta vanhoja) mielestäsi ongelma?

Puutteet/ongelmat:

Aikaviiveongelma:

Onko jotain sellaisia asioita, joista tarvittaisiin tietoa, mutta tietoa ei ole nyt lainkaan saatavilla?

Tietoa ei saada:

5. Miten suunnittelussa tarvittavan tiedon hankinta tulisi hoitaa? (merkitse rasti oikean vaihtoehdon kohdalle)

- a) Nykyinen käytäntö eli jokainen kunta hankkii erikseen tarvitsemansa tiedot
- b) Sovitaan yhteisesti (seutukunnan kunnat) mitä tietoja tarvitaan ja jokainen kunta kerää/hankkii oman kunnan tiedot ja antaa ne vertailutietoina muiden kuntien käyttöön
- c) Sovitaan mitä tietoja tarvitaan ja tietojen hankinta toteutetaan yhteistyössä (sovitaan kuka mitään tietoja hankkii)
- d) Muu hankintatapa, mikä?

Muu hankintatapa:

6. Onko kunnassa valmiutta ryhtyä alueelliseen yhteistyöhön esim. seutukunnan puitteissa ja panostaa omalta osaltaan tarvittavan tiedon hankintaan? Paljonko tiedon hankinnan kustannukset saisivat vuosittain olla?

Valmius yhteistyöhön:

Tiedonkeruun vuosittaiset kustannukset (euroa):

Vastaukset 2.4.2004 mennessä sähköpostitse osoitteen: olavi.kallio@uta.fi

Parhaimmat kiitokset!