

Suomen kestävän kasvun ohjelma

KUVA 2.0

Loppuraportti

Investointi 3

11.11.2024

(päivitetty 1/2026)



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

Asiakirjan tiedot

Asiakirja sisältää loppuraportin seuraavien projektien osalta (projektien nimet ja numerot sopimusliitteessä)			
Pilari ja investointi, jota loppuraportti koskee	Pilari 4 ja investointi 3		
Sopimuksen Vahva-nro (VN/xxxx/2022)			
Sopimustoimijaorganisaatio			
Laatija / yhteyshenkilö	Annika Mäki-Asiala	Yhteystiedot (pnro ja sposti)	029 524 7098 annika.maki-asiala(at)thl.fi

Sisällysluettelo

Asiakirjan tiedot	2
1 Projektin yhteenveto	6
1.1 Projektille asetetut tavoitteet	6
1.2 Saavutetut ja saavuttamatta jääneet tuotokset.....	8
1.2.1 Projektin kesto, resurssit ja kustannukset	9
2 Projektin dokumentointi.....	10
3 Projektin hyödyt suhteessa Suomen kestävän kasvun ohjelman tavoitteisiin	10
4 Projektin jatkokehitys ja -toimenpiteet	12
5 Liitteet.....	12
6 KUVA 2.0-käsikirja Kansallisen sote-tietotuotannon uudistaminen.....	13
7 Tiivistelmä (luonnos).....	14
7.1 Johdanto	14
7.2 Visio.....	14
7.3 Mittariston jäsentäminen	16
7.3.1 Tietotarpeen mallintaminen päättelyketjujen avulla.....	17
7.3.2 KUVA-mittariston jäsentäminen ulottuvuuskehikossa	18
8 VA2 01 Visio, käsitteet ja perusrakenteet.....	18
8.1 Johdanto (luonnos)	18
8.1.1 Mikä on KUVA-mittaristo?.....	18
8.1.2 Mihin KUVA-mittaristoa käytetään?	19
8.1.3 Miksi KUVA-käsikirja on tehty?	20
8.1.4 Mitä KUVA-käsikirja sisältää?	20
8.1.5 Miten käsikirja on tehty?	20
8.2 Visio (luonnos)	22
8.2.1 Strateginen ja vaikuttavuusperustainen järjestämisen ohjaaminen	22

8.2.2	Strategia- ja vaikuttavuusperusteisuus tietopohjan ja KUVA-mittariston näkökulmasta	26
8.2.3	Tietotarpeet, joihin mittariston tulee vastata	28
8.3	Käsitteet (luonnos)	30
8.3.1	Väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila väestöryhmittäin (ml. turvallisuus) sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja yhteistyö kuntien ja muiden toimijoiden kanssa	31
8.3.2	Laatu	33
8.3.3	Vaikuttavuus	37
8.3.4	Palvelujen yhteensovittaminen	41
8.3.5	Riittävyys ja tarpeenmukaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa	43
8.3.6	Sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuus ja saavutettavuus	45
8.3.7	Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa	46
8.3.8	Kustannukset	49
8.3.9	Tuottavuus	50
8.3.10	Kustannusvaikuttavuus	51
8.3.11	Tarveperusteinen rahoitus	51
8.3.12	Investointien tarve ja vaikuttavuus	53
8.3.13	Henkilöstö	54
8.3.14	Lähteet	54
8.4	Ulottuvuudet ja tehtäväkokonaisuudet LUONNOS	56
8.5	Mittariston jäsentäminen (luonnos)	60
8.5.1	KUVA-mittariston jäsentämisen peruseriaatteen	60
8.5.2	Päätelyketjuajattelun kuvaus	62
8.5.3	KUVA-mittariston jäsentäminen päätelyketjujen avulla	66
8.5.4	Miten kehittää ja kuvata päätelyketju?	72
8.5.5	Lähteet:	76
9	VA2 01 Kansallisen tietopohjan yhtymäpinnat	78

9.1	Kansallisen sote-tietopohjan kokonaisuus.....	78
9.1.1	Hyvinvointialueiden julkinen talous	78
9.1.2	Vähimmäistietosisällöt	78
9.1.3	THL:n määrittelyt	79
9.2	Kansallisen sote-tietopohjan riippuvuussuhteet.....	79

1 Projektin yhteenveto

1.1 Projektille asetetut tavoitteet

KUVA projektin alkuperäinen tarkoitus oli uudistaa THL lakisääteiseen arviointitehtävään sekä palvelujärjestelmän strategiseen ja vaikuttavuusperusteiseen ohjaukseen käytettävän tietopohjan eli Sotekuvan sisältöä. Pyrkimyksenä oli uudistaa tietopohjaa palvelemaan käyttäjien tarpeita paremmin, kun tietopohjan sisältöä laajennetaan järjestämislain (JL 30 § ja 24 §) mukaisille uusille painopistealueille. Keksisimpänä tavoitteena projektissa oli tuottaa ehdotus arvioinnin ja ohjauksen tietotarpeista ja sitä kuvaavista indikaattoreista. Tietopohjaa olisi tultu täydentämään katvealueiden osalta ja sisältöä olisi kehitetty rajaamalla indikaattoreiden määrää ja valittu arvioinnille ja ohjaukselle tarkoituksenmukaiset ja perustellut indikaattorit. Myös tietopohjan läpinäkyvyyttä oli tavoitteena lisätä KUVA-käsikirjan avulla.

KUVA projektin tavoitteiden ja toteutuksen osalta tapahtui muutoksia vuoden 2024 alussa, kun projektissa tehtävä kehittämistyö siirtyi osaksi Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot -hanketta (jatkossa SAO), joka on osa STM:n Tietojohdamisen ohjelmakokonaisuutta. SAO:ssa tavoitteena on:

- suunnata eri linjoissa tapahtunutta sosiaali- ja terveydenhuollon indikaattoreiden sisällöllistä kehittämistä yhdeksi strategista johtamista ja ohjausta tukevaksi seurannan, arvioinnin ja ohjauksen kansalliseksi ydinindikaattorikokonaisuudeksi
- varmistaa, että hyvinvointialueilla ja valtioneuvostolla on strategisessa johtamisessa ja ohjauksessa käytössään mahdollisimman ajantasainen, kansallisesti yhtenäinen ja vertailukelpoinen sekä laadukas tieto
- kehittää THL:n raportointialustalla hyvinvointialueiden ja valtioneuvoston strategista ohjausta ja johtamista tukeva Johdon strateginen tilannekuvaraportointi kansallisille ydintiedoille
- luoda edellytyksiä ja valmiuksia Johdon strategisen tilannekuvan tarjoamien tietojen yhteiselle tulkinnalle ja tiedolla johtamiselle.

KUVA projektin osalta SAO:n tavoitteet työskentelyyn konkretisoituivat siten, että tavoitteena on laatia pohjaehdotus SAO tietopohjaan tulevista mittareista, jotka tulevat olemaan myös vähimmäistietosisällön (JL 29§) mittarit. Vähimmäistietojen

sisällyttäminen tavoitteisiin oli KUVA projektin näkökulmasta laajennus vaikkakin osittain oli jo nähtävissä, että mittarit olisivat tulleet olemaan joiltakin osin samoja.

KUVA projektin tavoitteisiin tehtiin projektin edetessä joitakin perusteltuja muutoksia. Projektissa laadittiin ns. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää mallintava tietotarvekehikko, johon kuvattiin KUVA valmisteluryhmissä tunnistettuja arvioinnin ja ohjauksen tietotarpeita sekä kiinnitettiin eri tietopohjista tuotannossa olevia mittareita sekä syntyneitä aihioita/ilmiöitä. SAO:n tavoitteisiin tämä jo tehty työ kytkeytyi ja sen osalta lähdettiin kokonaisuutta kehittämään, jotta siitä saadaan syntymään pohjaehdotus SAO:n mittareista. Projektien tavoitteita uudelleen suunnattiin niin, että tietopohjan sisällöllistä kehittämistä tehtiin yhdessä hankekokonaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon seurannan, arvioinnin ja ohjauksen tarpeisiin.

Tavoitteiden uudelleen suuntaamisen myötä KUVA-käsikirjaa ei ollut tarkoituksenmukaista edistää alkuperäisessä muodossa, sillä KUVA-mittariston sisältävä Sotokuva korvautuu vuoden 2025–2026 aikana SAO-raportoinnilla. Tehty työ käsikirjan osalta on mahdollista hyödyntää SAO:n vastaaviin tarpeisiin ja hallintamallin luomiseen. Myöskään päättelyketjua ei ollut mahdollista edistää enää yhdistymisen jälkeen, koska ajalliset resurssit eivät enää siihen riittäneet.

1.2 Saavutetut ja saavuttamatta jääneet tuotokset

Taulukko 1. Projektin saavutetut päätuotokset, linkit tuotoksiin ja tuotosten kuvaukset.

Päätuotos	Kuvaus
Tietotarvekehikko tietotarpeesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä	Sote palvelujärjestelmän tietotarpeiden mallinnus KUVAn valmisteluryhmien tuotoksista sekä eri tietopohjista on kiinnitetty mittareita. Mallinnus on toteutettu Mirolla (kts. liite 1. Tietotarpeiden mallinnus luonnos Mirolla)
Ydintietojen tietopohjaan esitettävät mittarit (kts. liite 2. Ydintietojen tietopohjaan esitettävät mittarit)	Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen tarpeisiin vastaavat mittarit, jotka on koottu tietopohjan rakenteiden mukaisesti. Mittarit ovat teematyöpajoissa sekä asiantuntijoiden kanssa työstetyt KUVAn tietotarvekehikon pohjalta koottu. (kts. liite 3. Työpajan materiaali)
Kuva käsikirja (Kts. Liite 4. Kuva 2.0 käsikirja)	Käsikirjan luonnosversio. Tarve Sotekuvan osalta käsikirjalle poistui, koska tietopohja tullaan vuonna 2026 korvaamaan ydintiedot pohjalla. Tuotettua käsikirjaa luonnosta tullaan kuitenkin hyödyntämään tulevan SAO tietopohjan osalta.

Taulukko 2. Saavuttamatta ja kesken jääneet tuotokset ja niiden syyt.

Päätuotos	Kuvaus	Miksi tuotos on jäänyt kesken tai saavuttamatta?	Jatkuuko työ ja, jos niin missä?
Päätelyketjut	Malli toiminnan arviointiin, jonka avulla voidaan kuvata millä tavoin muutos syntyy.	Yhdistyminen hankkeeseen laajensi tietotarvetta sekä mallin käyttöön liittyvää ajallista resurssia ei ollut käytettävissä.	Ei ole tiedossa, että jatkuisi.
Sotokuva tietopohjan mittarit	Mittarit, joilla olisi vastattu arvioinnin ja ohjauksen tietotarpeisiin tietopohjassa	Mittariehdotus laajentui koskemaan Ydintietoja, jolla tuetaan strategisen tason tietotarvetta seurannan, arvioinnin ja ohjauksen osalta.	Syntynyt ehdotus mittareista viedään päätettäväksi vuoden 2025 alkupuolella hankkeen rakenteiden mukaisesti.

1.2.1 Projektin kesto, resurssit ja kustannukset

Projektin toteutus oli suunniteltu kestoaltaan vuosille 2022–2024. Projektin toteutus alkoi vuonna 6/2022 ja tulee päättymään vuoden 2024 lopussa.

Vuosille 2022–2025 myönnetty rahoitus: 500 000 €, Suomen kestävän kasvun ohjelma (RRF)

Projektilla oli rahoitukseen liittyvä muutospyyntö koskien vuoden 2024 kokonaisbudjettia.

Projektin alkuperäisessä budjetissa ei ollut riittävästi huomioitu yleiskustannuksia. Yleiskustannusten kattamiseksi projektille tehtiin 50.000 euron lisäystä vuodelle 2024 ja rahoituslähde oli Suomen kestävän kasvun ohjelma (RRF)

Projektin henkilöresurssien käyttö eteni kahden osalta suunnitellusti koko projektin keston ajan. Erilaista asiantuntijuutta hyödynnettiin tarpeiden mukaan, joka oli tietyiltä osin suunniteltua. Projektissa ei käytetty ostopalveluja henkilöstöresurssien osalta.

2 Projektin dokumentointi

2024 projektissa tehtiin ja tullaan tekemään tuotoksena hankkeen teematyöpajat, joissa syntyneiden tuotosten pohjalta valmistuu vuoden 2024 lopussa SAO tietopohjan mittareiden pohjaesitystä.

Mittari pohjaesitystä on työstetty 4 teematyöpajassa, joissa aiheina on ollut Talous, Perustiedot, toimintaympäristö ja palvelutarve, Toiminta (sis. saavuttavuuden, saatavuuden, laadun), Henkilöstö ja asiakastyytyväisyys. Joulukuussa 2024 pidetään yhteenveto työpaja ja siellä käydään kootusti kaikkien työpajojen tuotokset läpi. Pohjaesitys, tulee syntymään lopullisesti tämän jälkeen projektin osalta. Työpajoihin on osallistunut edustajia hyvinvointialueilta, ministeriöistä sekä THL:stä.

KUVA projektin tietotarvekehikko työstettiin valmisteluryhmissä, joita oli 4. Ryhmät olivat Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus, Prosessi, Resurssi ja Vaikuttavuus. Kokouksia pidettiin yhteensä 25 kpl ja niissä työstettiin koko sosiaali- ja terveydenhuolto järjestelmä arvioinnin ja ohjauksen näkökulmasta.

Ydintiedot tietopohja pyritään julkaisemaan syksyllä 2025 ja se tulee olemaan kaikkien käytettävissä.

Projektin seurantaraportointi löytyy Hankesalkku-työkalusta.

Projektin pysyvästi tai yli 10 vuotta säilytettävät asiakirjat on arkistoitu THL:n asianhallintajärjestelmään. Arkistoinnissa on noudatettu THL:n tiedonhallintasuunnitelmaa ja arkistointilinjauksia.

3 Projektin hyödyt suhteessa Suomen kestävän kasvun ohjelman tavoitteisiin

Investoinnin 3 tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa ja vaikuttavuusperusteista ohjausta toteuttamalla hoitotakuun seurantaan vaadittavia toimenpiteitä ja korjata koronakriisissä tunnistettuja tietotarpeita.

KUVA projektissa oli tarkoitus vahvistaa olemassa olevaa Sotokuva tietopohjaa tunnistettujen puutteiden ja aukkojen osalta. Myöskään tietopohja ei vastannut strategisen tason tietotarpeeseen vaan osa mittareista kertoo operatiivisesta toiminnasta. Tietopohjan sisällöt ovat pistemäisiä, joka näkyy mittareiden suurena määränä kohdistuen osaan palvelujärjestelmän palveluja ja osaan ei. KUVA projektissa lähdettiin tietopohjan mittareita kehittämään näiden tunnistettujen tietotarpeiden kautta, jotta tulevaisuudessa SAO tietopohjaan esitettyjen mittareiden avulla voidaan yhtenäisemmin toteuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen seuranta, arviointi ja ohjausta. Tietopohjalla pystytään jatkossa kattavammin ja laadukkaammin tukemaan strategisen tason tietotarvetta, jotta tarvitaan hyvinvointialueiden arvioinnissa ja ohjauksessa yhteneväisesti kaikilta hyvinvointialueilta.

Päätöksentekoon ja johtamiseen tietopohja antaa työkaluja, koska sen avulla on mahdollista vertailla hyvinvointialueita keskenään. Vaikuttavuusperusteiseen ohjaukseen hoitotakuun osalta tietopohjan avulla on mahdollista koota kokonaiskuva hyvinvointialueiden hoitotakuun toteutumisesta, mutta myös nähdä millaisia muutoksia sen suhteen on tapahtunut ajassa. Tietopohja tarjoaa käyttäjälleen kokonaiskuvaan strategisen tason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuudesta ulottuvuuksien kautta. Tietopohja tulee rakentumaan ulottuvuuksien kautta, joita ovat perustiedot, toimintaympäristö ja palvelutarve, henkilöstö, talous, palvelujärjestelmä, laatu, uudistuminen ja Hyte alueet ja kunnat.

Erityisinä tavoitteina THL:n projekteille oli parantaa hoitoonpääsytiedon laatua ja kattavuutta; parantaa palvelujärjestelmän seurannassa tarvittavan sote-tietopohjan laatua ja kattavuutta, kansallisen tietopohjan laajentamisessa tarvittavaa it-infraa sekä kansallisen sote-tietopohjan laatua parantavia kansallisia tietomäärittelyjä ja niiden hallinnan prosesseja, menetelmiä ja työkaluja.

Projektissa on ollut tavoitteena luoda strategisen tason tietopohja, jonka avulla on mahdollista seurata, arvioida ja ohjata hyvinvointialueita yhtenäisen tiedon pohjalta. Tietopohjan avulla voidaan tulevaisuudessa vertailla, arvioida ja ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää sekä seurata erilaisten toimenpiteiden etenemistä ja vaikutuksia sekä mahdollisesti arvioida tulevaisuuden tarpeita sekä riittävyttä. Jatkossa tietopohja tarjoaa johtamisen ja ohjauksen käyttöön yhtenäisen ja mahdollisimman ajantasaisen tiedon, joka luo mahdollisuuden yhteiselle tulkinnaalle ja tiedolla johtamiselle.

Tekemisessä on ollut mukana laajasti eri tahojen edustajia. Tietopohjaan tulevat mittarit ovat heidän tarpeistaan kiinnittyneet esitykseen, joten tarve on todettu

mittareille tulevien käyttäjien tarpeesta. On myös tunnistettu tarpeita, joista ei ole olemassa tietotuotantoa tai mittareita tällä hetkellä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää voidaan tulevaisuudessa tietopohjan avulla tarkastella laadukkaammin yhtenäisen tiedon kautta hyvinvointialueittain, koska tietopohja rakentuu tableau-pohjaisella raportointityökalulla. Se mahdollistaa, että, mittareita on mahdollista visualisoida yhdistäen eri teemoja tai teemojen sisältöjä. Tietopohjan käyttäjälle visualisointi mahdollistaa yhteismitallisen vertailun hyvinvointialueiden välillä aikasarjojen tai trendien kautta.

4 Projektin jatkokehitys ja -toimenpiteet

KUVA projektissa aloitettu tietopohjan sisällön uudistamisen kehitys jatkuu SAO Ydintiedot hankkeessa vuoden 2025 ajan. SAO tietopohja tullaan julkaisemaan vuoden 2025 aikana ja Sotekuvan alasajo todennäköisesti tehdään vuoden 2026 aikana. Lisätietoja voi saada Hankepäällikkö Sanna Rautalammilta.

Tietopohjaan tulevista mittareista osa on jo tällä hetkellä tuotannossa, osaa tullaan muokkaamaan tai muutamaa ja osa jää ns. kehityskoriin. Kehityskorin mittarit vaativat uutta tietotuotantoa ja kehittämistyötä, mutta niille on todettu kehittämisen tarve. Näiden kehittämistyötä vaativien mittareiden osalta ei ole vielä tehty päätöksiä, miten niiden kehittämistyötä edistetään. Olemassa olevat mittarit ja muokkausta/muutosta vaativat mittarit tullaan visualisoimaan tietopohjan tarpeisiin sopiviksi vuoden 2025 aikana.

5 Liitteet

- Liite 1. Tietotarpeiden mallinnus luonnos Mirolla (materiaalit toimitetaan pyydettäessä).
- Liite 2. Ydintietojen tietopohjaan esitettävät mittarit (materiaalit toimitetaan pyydettäessä).
- Liite 3. Työpajan materiaali (materiaalit toimitetaan pyydettäessä).
- Liite 4. Kuva 2.0 käsikirja (materiaalit toimitetaan pyydettäessä).

6 KUVA 2.0-käsikirja

Kansallisen sote-tietotuotannon uudistaminen

7 Tiivistelmä (luonnos)

7.1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo eli KUVA-mittaristo on luotu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen, arviointiin ja seurantaan. KUVA-mittaristoa käytetään STM:n vuosittaisten ohjausneuvottelujen ja erityisesti THL:n neuvotteluja varten laatimien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevien asiantuntija-arvioiden määrällisenä tietopohjana. KUVA-mittaristolla tarkastellaan hyvinvointialueiden (sekä Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän) järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän kustannusvaikuttavuutta järjestämislain 24 § ja 30 § mukaisten ulottuvuuksien kautta.

KUVA-mittariston tuottamisesta ja raportoinnista vastaa THL. Mittaristo ja sen sisältämät arvot ovat saatavissa Sotekuva-palvelussa (www.sotekuva.fi)

Tämä KUVA-käsikirja on tarkoitettu kaikkien KUVA-työhön osallistuvien sekä KUVA-mittariston käyttäjien käyttöön. Käsikirjan ensimmäisessä osassa kuvataan KUVA-mittariston visio, mittaristoon liittyvät keskeiset käsitteet, mittariston ulottuvuudet ja tehtäväkokonaisuudet/palvelusegmentit (rakenne), sekä mittariston jäsentämismalli. Käsikirjan toisessa osassa kuvataan mittariston yhteys sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tietopohjan muihin osiin, kuten vähimmäistietosisältöön, AURA-palveluluokitukseen ja kansallisiin luokituksiin. Kolmannessa osassa kuvataan KUVA-mittariston hallintamalli.

KUVA-käsikirjalla pyritään varmistamaan keskeisten käyttäjätahojen yhteinen ymmärrys järjestämislain tehtävänannosta ja siten KUVA-mittariston käyttötarkoituksesta ja -tavasta, sekä läpivalaisemaan KUVA-mittariston kehittämiseen ja hallintaan liittyvä työ (ml. käyttäjätahojen osallisuus päätöksentekoon). Tämä osaltaan legitimoii mittariston ohjausneuvottelu- ja arviointiprosessiin tuottamaa tilannekuvatietoa. Samalla kirjallisen, ylläpidettävän kuvauksen avulla pyritään varmistamaan KUVA-työn jatkuvuus ja vähentämään KUVA-työn henkilöriippuvuutta.

7.2 Visio

KUVA-mittariston tehtävänä on vastata vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tietotarpeisiin. Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa hyvinvointialueita ohjataan kohti niitä toimia, jotka annetuilla voimavaroilla vievät parhaiten kohti palvelujärjestelmän onnistumista ja palvelutarpeiden tyydyttämistä. Mittariston tehtävänä on vastata ensisijaisesti sosiaali- ja

terveydenhuollon toimialan sisäiseen ohjaukseen ja arviointiin, mutta palvelu soveltuvin osin myös toimialarajat ylittävää arviointia.

Mittariston tulee kuvata vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä kokonaisuuteen kiinnittyvien strategisten tavoitteiden (ml. valtakunnalliset tavoitteet) toteutumista ensisijaisesti järjestelmätasolla. Tämä tarkoittaa koko mittariston tarkastelua arvioitaessa voimavarojen kohdentamisen onnistuneisuutta ja palvelujärjestelmän kyvykkyyttä suoriutua tehtävästään.

Tietotarpeen ylimmällä tasolla tarkastellaan väestön yleistä hyvinvointia ja terveyttä. Tämä taso kuvaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen vaikuttavuutta, vaikka väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat myös monet muut tekijät kuten talouden suhdanteet ja niiden aiheuttama työllisyystilanne sekä yksilöjen tekemät valinnat.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden lisäksi tarvitaan tietoa niihin vaikuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan kuuluvien osatekijöiden tilasta, eli palvelutarpeesta, resurssien käytöstä, vaikuttavista prosesseista (KUVA-mittariston ulottuvuudet), ja näitä tarkastelemalla järjestäjien suorituskyvystä tehtäväkokonaisuuksittain/palvelusegmenteittäin ja palveluittain.

Keskeinen tavoite on, että mittaristo tarjoaa kokonaiskuvan palvelujen järjestämisestä yksityiskohtaisen, sirpalemaisen tiedon sijaan. KUVA-mittariston avulla tulee olla selitettävissä mikä johtuu mistäkin, mikä mahdollistaa pureutumisen alueellisiin tai väestöryhmittäisiin eroihin ja niiden juurisyihin. Mittariston pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä ja ajattelua asioiden ja ilmiöiden välisistä suhteista läpivalaistaan päättelyketjujen kuvaamisen avulla (ks. mittariston jäsentäminen). Päättelyketjujen avulla KUVA-mittariston mittarit mahdollistavat kokonaisuuksien tarkastelun systemaattisesti, kun tietojen (myös ulottuvuuksien) linkittyminen toisiinsa on kuvattu.

Lisäksi kansallisen (KUVA-mittaristo) ja alueellisen tietopohjan tulee muodostaa kokonaisuus. Kansallisen tason tieto nostaa asioita ja ilmiöitä esiin suoriutumisen näkökulmasta, alueellinen johtamisen tieto (29 § vähimmäistieto) tarjoaa tarkemman kuvan - eli auttaa selittämään tehtyjä havaintoja ja kohdentamaan tarvittavia toimia. Tiedon tulee siten olla soveltuvin osin yhteensopivaa kansallisen tietopohjan ja alueiden tiedolla johtamisessaan käyttämän vähimmäistiedon välillä. Yhteisesti käytettyjen mittarien osalta tulee huolehtia mittareiden kumuloitumisesta ja samojen kansallisten luokitusten käyttämisestä, jotta eri tasoilla käytettävät yhteiset mittarit olisivat yhteneviä.

Mittariston kehittämisen periaatteet

- Mittaristoa on pelkistettävä ja fokusoitava. On oltava yhteinen käsitys siitä, mitä vaikuttavuusperusteisuus tarkoittaa ja miten mittaristo tukee parhaiten sen ohjausta ja arviointia.

- Järjestämislain 24 § ja 30 § sisältämät käsitteet on kirkastettava. On oltava yhteinen käsitys siitä, mitä ne tarkoittavat ohjauksen ja arvioinnin näkökulmasta. Käsitteiden määrittely ohjaa ja yhtenäistää mittareiden valintaa.
- Mittaristoa on jäsennettävä ja hierarkisoitava. Mittaristovalinnan ja analyysin pohjaksi on muodostettava päättelyketjut, joiden avulla seurataan väestön palvelutarpeen mukaista voimavarojen kohdentamista ja käyttöä sekä onnistumista prosessien ja järjestäjän toimintaa kuvaavien tulostittarien kautta.
- Kansallisen ja alueellisen tietopohjan tulee muodostaa kokonaisuus. KUVA-mittariston tuottamia havaintoja on voitava selittää alueiden tuottamien tarkempien tietojen avulla. Tietojen on siis oltava soveltuvien osin yhteensopivia.
- Palveluja ryhmiteltävä kansallisen luokituksen mukaisesti. Toimintaa ja taloutta on arvioitava yhdessä ja ryhmiteltävä kansallisen AURA-luokituksen mukaan.
- Hallintamallilla varmistetaan mittaristotyön läpinäkyvyys ja kehittämisen jatkuvuus.

Ohjauksen ja arvioinnin (24 § ja 30 §) keskeiset käsitteet ja ulottuvuudet on kuvattu [kohdassa 8.3. Käsitteet \(luonnos\)](#)

KUVA-mittariston rakenne on kuvattu [kohdassa 8.4. Ulottuvuudet ja tehtäväkokonaisuudet \(luonnos\)](#)

7.3 Mittariston jäsentäminen

Päättelyketjut (Logic Models, myös causal chains, log frames, conceptual models, result chains, theory of change, vaikuttavuus- tai arvoketju) ovat laajasti käytetty malli terveystalouden tai palvelujärjestelmän toiminnan arvioinnissa ja tutkimuksessa. Päättelyketjut ovat väline paitsi vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin, myös toiminnan ohjaamiseen tavoiteltuun suuntaan. Päättelyketjun avulla ketjun **kriittiset palaset järjestäytyvät malliksi**, joka kuvaa, millä tavalla palvelujen tulisi tuottaa tavoiteltu muutos terveyden tai hyvinvoinnin tilassa. Kuvaamalla päättelyketjut pyritään löytämään vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin taustalla vaaditut kausaalisuhteet tunnistamalla keskeiset muutoksen elementit ja kiinnittämään elementteihin kuvaavaa tietoa fokusoidusti ja hallitusti.

Päättelyketjut

- kuvaavat, miten toiminta tuottaa sille asetetut hyvinvointi- tai terveystavoitteet
- muodostavat teorian muutoksesta muutosprosessin kuvauksen avulla
- sisältävät yleensä osiot

- toimintaympäristöstä ja tarpeesta (context & need)
- resursseista (inputs)
- toiminnasta / prosessista (outputs/process)
- tavoitellusta muutoksesta / hyödystä (outcome)
- näiden välisistä suhteista

7.3.1 Tietotarpeen mallintaminen päättelyketjujen avulla

KUVA-mittariston mittarit valitaan mallintamalla ohjaukseen ja arviointiin tarvittava tietotarve päättelyketjujen avulla. Niiden avulla KUVA-mittariston yksityiskohtaiset tiedot yhdistyvät isoksi kuvaksi. Päättelyketjujen avulla muodostuu syy-seuraussuhteiden malli, jonka perusteella syntyy kokonaiskuva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen onnistuneisuudesta alueellisesti ja kansallisesti. Mallit muodostuvat monella eri tasolla: koko mittariston tasolla, tehtäväkokonaisuuksien/palvelusegmenttien tasolla että yksittäisten palvelujen (ja näitä kuvaavien mittarien) tasolla.

Päättelyketjujen kirkastaminen ohjaa kohti parempaa ja eheämpää mittaristoa, ja samalla läpivalaisee sitä ajattelua, miten mittariston ajatellaan kuvaavan onnistumista tehtäväkohtaisten/palvelusegmenttittäisten palvelujen järjestämisessä ja miten koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on onnistunut. Läpivalaisu myös edesauttaa mittariston tuottamaan palvelujärjestelmän tilannekuvaan sitoutumista, kun sen logiikkaa ymmärretään paremmin. Päättelyketjujen avulla pystytään muodostamaan perusteltu määrällinen tietopohja vaikuttavuusperusteisen strategisen ohjauksen ja arvioinnin tueksi.

Päättelyketjut muodostetaan ensin kiinnittämällä ulottuvuutta kuvaavat tavoitteet tehtäväkokonaisuuksittain/palvelusegmenteittäin ulottuvuuskehikon sisään. Kun tavoitteet ovat tiedossa ja listattu, selvitetään, mitkä asiat (synonymieina KUVA-työssä osoittimet/ilmiöt) kuvaavat niin perimmäisten (lopputulos) kuin toiminnallisten tavoitteiden (mm. prosessit ja voimavarat) saavuttamista. Toiminnallisten tavoitteiden toteutuminen selittää perimmäisten tavoitteiden (lopputulospittarit) toteutumista. Päättelyketjujen kuvaamisen jälkeen tavoitteita kuvaaviin osoittimiin kiinnitetään tätä vastaavaa mittaritietoa.

Päättelyketjujen kuvaaminen ohjaa mittariston kehittämistä myös ylläpitovaiheessa. Tällöin mittariston kehittämisen keskeinen kysymys on, miten päättelyketjua tulee muuttaa, jotta se edelleen kuvaa todellisuutta. Kun päättelyketjua muutetaan, tiedetään mitä mittareita pitää muuttaa tai lisätä. Lisäksi saadaan lisätietoa tietopohjan kehittämisen tueksi.

7.3.2 KUVA-mittariston jäsentäminen ulottuvuuskehikossa

KUVA-mittariston avulla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä arvioidaan tarkastelemalla ulottuvuuksia ja niiden sisältämiä tietoja suhteessa toisiinsa.

Väestön hyvinvointi ja terveys, sen edistämisen tila sekä palvelujen tarvetieto määrittää sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytettävissä olevan rahoituksen tasoa hyvinvointialueilla sekä investointien tarvetta ja kohdentamista.

Rahoitus ja investoinnit yhdistettynä väestön palvelujen tarvetta kuvaavaan tietoon puolestaan määrittelee kustannustasoa ja sen keskinäistä tehtäväkokonaisuuksien/palvelusegmenttien välistä jakaumaa, mutta myös henkilöstön määrää ja jakautumista tehtävittäin sekä ammattiryhmittäin. Kustannustasoa määrittelee palvelutarpeen ja rahoituksen lisäksi tuottavuus.

Palvelujen tarve sekä voimavarojen käyttö ovat taas tärkeimmät tekijät palvelujen toteuttamiseksi oikea-aikaisesti (saatavuus) ja saavutettavasti. Hoitoon tai palveluun pääsy on edellytys palvelujen laadun havainnoimiselle ja siten asiakas- ja potilasturvallisuudelle, asiakaslähtöisyydelle sekä palvelujen yhteensovittamiselle ja -sopivuudelle.

Vaikuttavuusulottuvuus kuvaa miten hyvin palvelujärjestelmälle ja järjestämistehtävälle asetetut tavoitteet väestön hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi on saavutettu edellä mainittujen ulottuvuuksien kautta.

Yhdenvertaisuus ja tiedonhallinnan tila esiintyvät KUVA-mittaristossa omina ulottuvuuksinaan, vaikka ne ovat luonteeltaan läpileikkaavia ulottuvuuksia. Siten näiden ulottuvuuksien tietoja esiintyy useissa ulottuvuuksissa samanaikaisesti, mutta niitä voidaan tarkastella myös omina tietokokonaisuuksinaan. Erityisesti yhdenvertaisuutta voidaan tarkastella mittaristossa syventävien mittarien avulla.

8 VA2 01 Visio, käsitteet ja perusrakenteet

8.1 Johdanto (luonnos)

8.1.1 Mikä on KUVA-mittaristo?

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo eli KUVA-mittaristo on luotu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen, arviointiin ja seurantaan. KUVA-mittaristolla tarkastellaan hyvinvointialueiden (sekä Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän) järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuutta järjestämislain 24 § ja 30 § mukaisten ulottuvuuksien kautta. Näitä ovat

väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja yhteistyö, väestön palvelutarve, toimintaympäristö, palvelujen rahoitus ja investoinnit, kustannukset, henkilöstö, tuottavuus, sekä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, yhteensovittaminen, laatu ja vaikuttavuus. Mittaristossa ovat lisäksi omana ulottuvuutenaan tiedonhallinnan tila ja digitalisaatio sekä läpileikkaavana näkökulmana yhdenvertaisuus.

Mittariston on kehittänyt sosiaali- ja terveysministeriön asettama laaja sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä. Vuoteen 2022 saakka KUVA-ryhmä vastasi lisäksi mittariston ylläpidosta ja jatkokehittämisestä. Kuva-ryhmän jäseninä ovat olleet asiantuntijat ministeriöistä, Valvirasta, THL:stä, Kelasta ja Suomen Kuntaliitosta. Mukana on ollut myös edustus Valtava- ja Virta-hankkeista. Lisäksi ryhmässä edustettuina ovat olleet alueiden edustajat eli edustaja kaikilta yhteistyöalueilta. Vuodesta 2023 alkaen mittariston kehittämisestä ja sen sisältöön liittyvästä päätöksenteosta on vastannut STM:n asettama Valtakunnallisen strategisen ohjauksen ja johtamisen tiedon asiantuntijaryhmä.

KUVA-mittariston tuottamisesta ja raportoinnista vastaa THL. Mittaristo ja sen sisältämät arvot ovat saatavissa Sotekuva-palvelussa (www.sotekuva.fi) hyvinvointialueittain ja kunnittain siten, että erilaiset vertailut ovat mahdollisia. KUVA-mittarit ovat hyödynnettävissä lisäksi THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetissä (www.sotkanet.fi), myös avoimen rajapinnan kautta.

8.1.2 Mihin KUVA-mittaristoa käytetään?

KUVA-mittaristoa käytetään STM:n vuosittaisten ohjausneuvottelujen ja erityisesti THL:n neuvotteluja varten laatimien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevien asiantuntija-arvioiden määrällisenä tietopohjana.

Sosiaali ja terveysministeriö järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 24 §:n mukaisesti hyvinvointialueiden kanssa vuosittain neuvottelut koskien alueen järjestämiä sosiaali- ja terveysten palveluita. Neuvotteluja varten sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittain laatiman asiantuntija-arvion ja hyvinvointialueiden tekemän vuosittaisen selvityksen pohjalta yhtenäisen tilannekuvan.

THL:n asiantuntija-arvioista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 30 §:ssä. Sen mukaan THL:n tulee laatia vuosittaisia ohjausneuvotteluja varten asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Määrällisen tiedon lisäksi asiantuntija-arvioiden tietopohja koostuu arvioitavien alueiden edustajien kanssa käytävistä arviointikeskusteluista, laadullisesta dokumenttiaineistosta sekä aluehallintovirastojen ja Valviran THL:lle arviointitehtävää varten laatimista selvityksistä. Lisäksi arvioinnissa hyödynnetään hyvinvointialueiden järjestämislain mukaisia selvityksiä.

KUVA-mittaristo on soveltuvin osin yhtenäinen hyvinvointialueiden tiedolla johtamisessaan käyttämän vähimmäistietosisällön kanssa. Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta- ja arviointivelvollisuudesta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain 29 §:ssä. Säännöksen mukaan annettavalla asetuksella säädetään hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon seurannan ja arvioinnin vähimmäistietosisältö, kunnan ja hyvinvointialueen hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman vähimmäistietosisältö sekä tiedot, joiden tulee sisältyä hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja hyvinvointialueen talouden tilasta vuosittain antamaan selvitykseen.

8.1.3 Miksi KUVA-käsikirja on tehty?

KUVA-käsikirja on tarkoitettu kaikkien KUVA-työhön osallistuvien sekä KUVA-mittariston käyttäjien käyttöön. KUVA-käsikirjan tuottamisella pyritään

- varmistamaan keskeisten käyttäjätahojen yhteinen ymmärrys järjestämislain tehtävänannosta ja siten KUVA-mittariston käyttötarkoituksesta ja -tavasta,
- läpivalaisemaan KUVA-mittariston kehittämiseen ja hallinnointiin liittyvä työ (ml. käyttäjätahojen osallisuus päätöksentekoon), ja siten osaltaan legitimoida mittariston ohjausneuvottelu- ja arviointiprosessiin tuottama tilannekuvatieto,
- varmistamaan KUVA-työn jatkuvuus kirjallisen, ylläpidettävän kuvauksen avulla ja siten vähentää työn henkilöriippuvuutta.

8.1.4 Mitä KUVA-käsikirja sisältää?

KUVA-käsikirjan ensimmäisessä osassa kuvataan KUVA-mittariston visio, mittaristoon liittyvät keskeiset käsitteet, mittariston ulottuvuudet ja tehtäväkokonaisuudet/palvelusegmentit (rakenne), sekä mittariston jäsentämismalli.

Käsikirjan toisessa osassa kuvataan mittariston yhteys sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tietopohjan muihin osiin, kuten vähimmäistietosisältöön, AURA-palveluluokitukseen ja kansallisiin luokituksiin. (pohdittavaksi: myös Laaturekistereihin)

Kolmannessa osassa kuvataan KUVA-mittariston hallintamalli.

8.1.5 Miten käsikirja on tehty?

KUVA-käsikirjan kokoamisessa on hyödynnetty oleellisia kirjallisia lähteitä, sekä kutsuttujen asiantuntijoiden puheenvuoroja KUVA-ryhmässä että KUVA-ryhmän näkemyksiä. KUVA-ryhmän näkemyksiä kerättiin vaihteittain vuoden 2021 aikana kuudessa eri kokouksessa työpajojen ja teemoitettujen keskustelujen keinoin. Kaikki mittariston kehittämiseen liittyvät keskustelut

nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin sisällönerittelyn menetelmää mukaillen sihteeristössä. Osan kokonaisuuksien osalta, analyysin tuloksia validoitiin KUVA-ryhmässä sihteeristön analyysin jälkeen ja tarvittavat korjaukset ja täydennykset lisättiin dokumentaatioon. Niiden osalta, joiden validointia ei tehty vuonna 2021, työtä jatkettiin vuonna 2022. Lisäksi käsikirjan kehittämistä jatkettiin STM ohjauksen, THL:n arvioinnin ja KUVA-ryhmän sihteeristön ja puheenjohtajiston yhteiskokouksessa maaliskuussa 2022.

Visio on kuvattu käsikirjan luvussa x. Vision kirkastamiseksi järjestettiin helmikuussa 2021 KUVA-ryhmän työpaja, jossa oli ensin kutsuttu asiantuntijapuheenvuoro strategisesta ja vaikuttavuusperustaisesta ohjauksesta. Puheenvuoron jälkeen työpajassa työskenneltiin ennalta jaetuissa pienryhmissä, joissa etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: 1) Mitä tarkoittaa strateginen ja vaikuttavuusperustainen ohjaaminen; 2) Mitä strategia ja vaikuttavuusperusteisuus merkitsee tietopohjan ja KUVA-mittariston näkökulmasta; ja 3) Millaisiin tietotarpeisiin KUVA-mittariston tulee vastata. Maaliskuussa sihteeristön alustavan analyysin tulokset esitettiin KUVA-ryhmälle, jonka perusteella analyysin tuloksia täydennettiin. Korjattu visio esitettiin KUVA-ryhmässä kesäkuun kokouksessa.

Keskeiset käsitteet on kuvattu käsikirjan luvussa x. KUVA-mittariston keskeiset käsitteet tunnistettiin voimaan tulleesta Järjestämislain luvusta 4 ja sen perusteluista (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, tuolloin HE 241/2020). Keskeisten käsitteiden määrittelytyössä hyödynnettiin lakitekstien lisäksi muita relevantteja kirjallisia materiaaleja. Tunnistetut keskeiset käsitteet ja alustavia määritelmiä esitettiin KUVA-ryhmälle kesäkuussa 2021. Syyskuussa järjestettiin käsitetyöpaja, jossa KUVA-ryhmäläiset jaettiin pienryhmiin käsittelemään ennalta määrättyjä käsitteitä ohjatuin kysymyksin (yleiset ja käsitespesifit). Osa käsitteistä jäi työpajassa käsittelemättä, joten ne käsiteltiin kirjallisesti työpajan jälkeen. Lisäksi yhden käsitteen osalta kuultiin asiantuntijapuheenvuoroja lokakuussa ja keskustelua käsitteestä jatkettiin joulukuun kokouksessa, joiden perusteella käsitettä täydennettiin (yhdenvertaisuus).

KUVA-mittariston rakenne on kuvattu luvussa v. KUVA-mittariston ulottuvuudet luotiin perustuen voimaan tulleen sote-järjestämislakiin, peilaten vuonna 2019 valmistuneen KUVA (1.0)-mittariston ulottuvuuksiin, järjestämisen tietomalliin ja THL:n asiantuntija-arvioinnin käytössä oleviin ulottuvuuksiin. Eri lähteistä nousevat ulottuvuudet taulukoitiin rinnakkain ja esitettiin KUVA-ryhmälle kesäkuussa 2021 alustavien suuntaviivojen löytämiseksi ulottuvuuksien kehittämistyölle.

Keskustelun perusteella luotiin ehdotus KUVA-mittariston ulottuvuusrakenteeksi, joka esitettiin lokakuussa KUVA-ryhmälle. Tehtäväkokonaisuudet/palvelusegmentit muodostettiin niin, että niillä olisi yhteys keskeisiin toiminnan ja talouden palveluluokituksiin (mm. AURA-luokitus) ja ehdotus niistä esitettiin KUVA-ryhmässä lokakuussa. Tehtäväkokonaisuuksia/palvelusegmenttejä on

kuitenkin tämän jälkeen muokattu vastaamaan paremmin hyvinvointialueiden johtamisen vähimmäistietojen rakennetta (päivitys 3/2023).

Mittariston jäsentäminen on kuvattu luvussa x. Mittariston jäsentämisen suunnittelussa hyödynnettiin erityisesti sekä vuoden 2021 helmi-maalis- ja kesäkuun visioon liittyvän työpajatyöskentelyn tuloksia että oleellisia kirjallisia materiaaleja. Lisäksi sihteeristö järjesti oman puolipäiväisen työpajan jäsentämisen pohtimiseen normaalien työstökokouksien lisäksi. Jäsentämiseen liittyvä ehdotus esitettiin KUVA-ryhmälle joulukuussa, jonka jälkeen jäsentämisehdotusta täydennettiin.

Ensiversion kirjoittamisen myötä KUVA-käsikirjaa ylläpidetään jatkuvan kehittämisen periaatteella. Sen sisältöä muokataan käyttötarkoituksen, tavan ja käsitteiden tarkentuessa käyttökokemuksen myötä sekä mittariston hallinnointiin liittyvän muutosten myötä.

8.2 Visio (luonnos)

KUVA-mittariston hyödynnettävyyden näkökulmasta on tärkeää yhteisesti tunnistaa mittariston käyttötarkoitus ja tavoite, johon kehittämisen ja ylläpidon toimin pyritään. Mittariston 'vision' rakentumisen kannalta keskeisimmät osa-alueet ovat ymmärrys strategisesta vaikuttavuusperusteisesta ohjauksesta ja arvioinnista sekä järjestämisen ja operatiivisen toiminnan seurannan eroista. Näiden kuvaamisen jatkoksi tulee hahmotella yhteinen näky siitä, miten ja millainen tietopohja palvelee parhaiten strategisen tason järjestämisen ohjaus- ja arviointitehtävää. KUVA-mittariston tavoitetilä tai 'visio' on muotoiltu KUVA-ryhmän ja KUVA-asiantuntijoiden toimesta vuosina 2021–2023.

8.2.1 Strateginen ja vaikuttavuusperustainen järjestämisen ohjaaminen

Vaikuttavuusperustaisella ohjauksella tarkoitetaan ohjaus- tai johtamisjärjestelmää, jossa kustannusvaikuttavuus on nostettu (ensisijaiseksi) tavoitteeksi. Vaikka vaikuttavuusperustaista ohjausta ei suorasanaisesti sote-uudistuksen säädöspaketissa mainita, vastaava ajatus on läpileikkaavana Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (621/2021) ja sitä edeltäneessä hallituksen esityksessä (HE 241/2020).

Vaikuttavuusperusteisuus on STM:n hallinnonalalla lähtökohtaisesti asiakaskeskeinen käsite eli ohjattavia asioita tarkastellaan asiakkaiden (asukkaiden, asiakkaiden, potilaiden) näkökulmasta. Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen tausta-ajatuksena on tiedolla ohjaaminen ja johtaminen. Tavoitteena on ohjata kokonaisuuksia rajallisten voimavarojen puitteissa koko väestön kannalta parhaisiin ratkaisuihin. Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen periaate on, ettei se ole ylhäältä alas suuntautuva ketju, vaan vaikuttavuustietoa moottorinaan käyttävä palautejärjestelmä.

Vaikuttavuuslähtöisen toiminnan tavoitteena on aina konkreettisten muutosten aikaansaaminen. Vaikuttavuuden, vaikutusten ja hyötyjen määrittely riippuu hallinnonalasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalla tavoitellaan rutiiniosuhteissa (ei tutkimusolosuhteissa) tapahtunutta yksilön kokemaa hyötyä terveydentilassa, hyvinvoinnissa tai arkielämässä yleisemmin.

Jotta tavoitteena oleva väestötason muutos tai yhteiskunnallinen kehitys voisi toteutua (hallinnonalojen yhteinen tavoite), tarvitaan konkreettisia muutoksia yksilöiden käyttäytymisessä ja usein myös yhteisöjen tai yhteiskunnan rakenteissa, palveluissa yms. Yksittäistä asiakasta koskevaa tietoa kerätään asiakkailta, hänen läheisiltään ja ammattilaisilta sekä yhdistetään muita asiakkaita koskevaan tietoon suurempien asiakasryhmien ja lopulta koko väestön tilanteen ymmärtämiseksi.

(Kustannus)vaikuttavuuden syntymistä voidaan kuvata yksinkertaisimmillaan vaikuttavuusketjun (KUVA: päättelyketjun) avulla, joka näyttää millaisista elementeistä vaikuttavuus muodostuu ja miten ne linkittyvät toisiinsa.

(STM 2021: Ohjauksen käsikirja, ei julkaistu)

TIETOLAATIKKO: Järjestämislain mukainen ohjausmekanismi ja sitä tukeva arviointi

Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa hyvinvointialueita ohjataan kohti niitä toimia, jotka annetuilla voimavaroilla vievät parhaiten kohti palvelujärjestelmän onnistumista ja palvelutarpeiden tyydyttämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauskeinoista säädetään useissa pykälissä järjestämislain neljännessä luvussa. Näiden mukaan STM:n on vuosittain seurattava paitsi palvelujen tilaa, myös valtakunnallisten strategisten tavoitteiden toteutumista hyvinvointialueilla.

Seurannan mekanismina toimivat vuorovaikutteiset STM:n ja hyvinvointialueiden väliset ohjausneuvottelut (§ 24), joihin myös valtiovarainministeriö osallistuu. Neuvottelujen tarkoituksena on yhteisen tilannekuvan tarkastelu ja hyvinvointialueen järjestämistehtävän strategisen tason ohjaus; neuvotteluissa STM ja VM voivat tarvittaessa antaa hyvinvointialueelle järjestämistä koskevia toimenpidesuosituksia. Hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutumisen seurannassa ja arvioinnissa kiinnitetään pykälässä määriteltyjen asiakokonaisuuksien (1–10) lisäksi huomiota hyvinvointialueen strategisten tavoitteiden toteutumiseen ja edellisissä neuvotteluissa käsiteltyihin asioihin. Säännöstä sovelletaan hyvinvointialueiden lisäksi myös HUS-yhtymään siltä osin kuin se järjestää terveydenhuoltoa. Seurannan pohjalta STM voi tehdä aloitteen VM:lle hyvinvointialueen arviointimenettelyn käynnistämisestä, mikäli hyvinvointialueen kyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto on ilmeisesti vaarantunut § 27 kohtien 1–5 arviointiperusteiden mukaisesti. STM voi myös tehdä aloitteen hyvinvointialueiden lisärahoituksen myöntämisestä (§ 28).

Seurannan pohjalta STM laatii vuosittain valtakunnallisen selvityksen (§ 31), jossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä, sekä annetaan ehdotus toimenpiteistä mm. valtakunnallista ohjausta, julkisen talouden suunnitelman ja valtion talousarvion sekä valtakunnallisten tavoitteiden laatimista varten. Järjestämislain § 22–23 mukaan valtakunnallisten tavoitteiden ehdotuksen laatii Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, jotka valtioneuvosto vahvistaa nelivuotiskaudeksi. Tavoitteiden tulee perustua edellä mainittuun selvitykseen sekä mahdollisiin muihin väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja taloutta koskeviin seurantatietoihin: Lisäksi niissä on huomioitava valtioneuvoston asettamat julkisen talouden finanssipoliittiset tavoitteet.

Ohjausmekanismin tietopohjan muodostavat järjestämislain 30 § mukaiset Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittain tuottamat kansalliset ja alueittaiset asiantuntija-arviot. Arvioissaan THL hyödyntää erityisesti KUVA-mittariston tuottamaa määrällistä tietopohjaa. Asiantuntija-arvioissa THL hyödyntää lisäksi Valviran ja aluehallintovirastojen toimittamaa selvitystä sekä hyvinvointialueiden selvityksiä, joita STM hyödyntää ohjausneuvotteluissaan myös suoraan. Hyvinvointialueiden on 29 § mukaan seurattava alueensa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, hyödynnettävä tietoa järjestämisen tukena ja verrattava tätä tietoa vastaavaan muita hyvinvointialueita koskevaan tietoon. Seurantavelvoitteen sisältämät kohdat pääosin vastaavat THL:n arviointivelvoitteen sisältöä. Hyvinvointialueiden oman seurannan tietopohjan muodostaa alueiden välisen vertailun mahdollistava vähimmäistietosisältö. Hyvinvointialue tuottaa vuosittain tämän tiedon perusteella selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon ja talouden tilasta, ja siinä on kuvattava ja arvioitava miten valtakunnalliset tavoitteet sekä neuvotteluissa mahdollisesti annetut toimenpidesuosituksot on otettu huomioon järjestämisessä. Lisäksi selvityksessä on kuvattava ja arvioitava valtakunnallisten strategisten tavoitteiden pohjalta laadittuja alueen omia strategisia tavoitteita, niiden edistämiseksi tehtyjä toimenpiteitä ja toteutumista.

[Säännösten tarkka muotoilu ja pykälät kokonaisuudessaan löytyvät Finlex-palvelusta:](#)

TIETOLAATIKKO: Järjestämisen ja tuottamisen välinen käsitteellinen ero

Sosiaali- ja terveystalvelujen antajia ovat [sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjät](#), [sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat](#) ja [sosiaali- ja terveystalvelujen toteuttajat](#). Nämä voivat olla eri toimijoita, tai samalla toimijalla voi olla eri rooleja samanaikaisesti. Esimerkiksi julkisen hallinnon toimija (kuten [hyvinvointialue](#)) voi olla yhtä aikaa sekä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjä että tuottaja. Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaja voi puolestaan hankkia talveluja yksityisen sektorin sosiaali- ja terveystalvelujen toteuttajalta (alihankkija).

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjinä hyvinvointialueilla on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu omalla alueellaan. Talvelun tuottajat saavat aikaan sosiaalitalveluja,

terveyspalveluja tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluja joko toimimalla itse sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttajana tai tilaamalla ne muulta palveluntoteuttajalta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttajat käytännössä antavat

sovitut [sosiaalipalvelut](#), [terveyspalvelut](#) tai [sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut asiakkaalle](#). (Sote-sanasto 2023.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siis tarkoittaa, että asiakkaan kotikunnan mukainen hyvinvointialue on vastuussa siitä, että hän saa lainmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut, riippumatta niiden tuotannon tavasta. Vastuu edellyttää järjestäjiltä alueensa väestön tarpeiden hyvää tuntemusta, niiden täyttymisen (lain määrittämällä tavalla) jatkuvaa arvioimista, ja palvelutuotannon ohjaamista näiden suuntaisesti (ml. omavalvonta).

KUVA-ryhmän näkemyksen mukaan vaikuttavuusperusteisen ohjauksessa olennaisinta on tavoitteiden asettaminen ja seuranta, kun asiaa tarkastellaan KUVA-mittariston käyttötarkoituksen kannalta: mittariston lähtökohtana on oltava ohjaus- ja arviointiprosessiin liittyvien toimijoiden yhteinen käsitys niistä tavoitteista, joihin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen keinoin pyritään ja joiden saavuttamista seurataan. Ryhmä kuitenkin toteaa, että tavoitteita asetetaan monella eri tasolla.

Perustan tavoitteiden asettamiselle muodostaa palvelujärjestelmän arvopohjan määrittävä lainsäädäntö (perustuslain mukaiset perusoikeudet) ja kaikkien hallinnonalojen (sosiaali- ja terveydenhuolto, talous ja työllisyys, koulutus ja kulttuuri, ympäristö jne.) yhteinen ydintavoite - väestön kokonaisvaltainen hyvinvointi. Tavoitteen oikeasuuntainen saavuttaminen edellyttää yhteistyötä, johon osallistuu koko julkinen hallinto. Tällä tasolla (hyvinvointipolitiikan onnistumisen näkökulmasta) arvioitavana on, miten kunnat, hyvinvointialueet ja valtion keskushallinto eli valtion viranomaiset yhdessä vastaavat hyvinvointitavoitteeseen, kukin omalta tehtäväalueeltaan käsin.

KUVA-ryhmän näkemyksen mukaan lainsäädäntö on keskeinen lähtökohta järjestelmätasoisien vaikuttavuuden tavoiteasetannalle. Riittävien ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta säädetään perustuslaissa, tehtävistä ja toiminnallisista tavoitteista terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja järjestämislaissa sekä tarkennetusti erityislaeissa ja asetuksissa. Lainsäädäntö siis asettaa palvelujärjestelmälle sekä päätavoitteen (vaikuttavuustavoitteen) väestön terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi sekä toiminnallisia tavoitteita palvelujen toteuttamiseen liittyen. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle asetetaan joka neljäs vuosi valtakunnalliset tavoitteet, jotka sisältävät myös järjestämistehtävän vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevia tavoitteita.

Vaikuttavuusperusteisessa ohjauksessa on seurattava sekä pitkän että lyhyemmän aikavälin tavoitteita. Sote-palvelujärjestelmän pitkän aikavälin tavoite (final goal, outcome - lopputulokset) on tukea **väestön hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymistä** palvelujärjestelmän keinoin. Tavoitteelle

ei kuitenkaan ole olemassa viite- tai raja-arvoa, vaan tavoitteen saavuttamista seurataan arvioimalla, miten esimerkiksi hyvinvointialue on onnistunut terveyden ja hyvinvoinnin lisäämisessä verrattuna muihin alueisiin (poikkileikkausvertailu), ja onko muutossuunta oikea (ajallinen vertailu). Tieto lopputuloksesta on tärkeä, mutta koska tavoitellut vaikutukset näkyvät viiveellä, tarvitaan tietoa lyhyemmällä aikavälillä havaittavista toiminnallisista tavoitteista (intermediate goals, prosessitekijät kuten saatavuus, yhteensovittaminen), joista vaikuttavuus rakentuu. Näin tarkastellaan lopputuloksien lisäksi myös sitä, tehdäänkö alueilla asioita, jotka vievät kohti tavoitteita joihin palvelujärjestelmän avulla pyritään. Lisäksi pyritään tunnistamaan tavoitteiden saavuttamista estävät toimintatavat ja tilanteet, joissa toiminta ei ole lainmukaista tai perustu suosituksiin tai hyviin käytäntöihin.

Tavoitteiden saavuttaminen on alisteinen toimintaympäristötekijöille, väestön palvelutarpeelle sekä voimavara(resurssi)tekijöille, joista erityisesti jälkimmäiseen kohdistuu myös tavoitteita.

8.2.2 Strategia- ja vaikuttavuusperusteisuus tietopohjan ja KUVA-mittariston näkökulmasta

Strategia- ja vaikuttavuusperusteisuus tarkoittaa KUVA-mittariston näkökulmasta sitä, että mittariston tulee kuvata vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta (ml. strategisia tavoitteita) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tasolla. Näiden kautta mittaristo tuottaa tietoa palvelujärjestelmän sosiaalisesta ja taloudellisesta kestävydestä. Mittariston tulee tukea järjestämisen ohjausta siten, että mittaristoon perustuvan asiantuntija-arvion keinoin ohjaava ministeriö voi

- seurata seurata palvelujen järjestämistä, palvelujärjestelmän tilaa, lainmukaisuutta (säännösten asettamat tavoitteet) ja kustannuskehitystä kansallisesti, yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain
- asettaa valtakunnallisia strategisia tavoitteita (neuvottelukunta) ja seurata niiden toteutumista
- seurata alueellisten strategisten tavoitteiden toteutumista
- antaa hyvinvointialueiden ohjausneuvotteluissa toimenpidesuosituksia ja seurata niiden toteutumista.

Siten KUVA-mittariston sisällön määrittelevät järjestämislain 24 § ja 30 § mukainen sisältö.

30 §:n perustuen KUVA-mittariston avulla on voitava arvioida seuraavia kohtia:

- väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa väestöryhmittäin

- sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeen, saatavuuden, laadun, vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden toteutunutta ja arvioitua tulevaa kehitystä
- asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisen toteutumista
- sosiaali- ja terveydenhuollon investointien tarvetta ja vaikutuksia
- sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, niiden kehitystä ja tuottavuutta
- toimenpiteitä, joiden toteuttaminen hyvinvointialueella on kustannusten hallinnan kannalta tai muutoin välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeenmukaisuus, saatavuus, laatu, vaikuttavuus ja yhdenvertaisuus sekä asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen voidaan valtion rahoituksella ja muulla tulorahoituksella turvata

24 § perustuen KUVA-mittariston on tuettava seuraavien asiasisältöjen käsittelyä soveltuvin osin:

- palvelujen ja muiden toimenpiteiden tarpeen ja määrän arviointi ja ennakointi
- sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuus, tarpeenmukaisuus ja riittävyys
- väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sitä ja muita tehtäviä koskeva yhteistyö kuntien ja muiden toimijoiden kanssa
- sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus sekä hyvinvointialueen kustannusten kehitys ja rahoituksen riittävyys
- järjestämisvastuun toteuttamisen edellyttämä riittävä henkilöstö, osaaminen, toimintakyky, valmius ja oma palvelutuotanto
- sosiaali- ja terveydenhuollon investoinnit ja hyvinvointialueen alustava esitys hyvinvointialueesta annetun lain 16 §:ssä tarkoitetuksi investointisuunnitelmaksi
- sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinta
- lain 36 ja 39 §:n mukaisten yhteistyösopimusten toimeenpano sekä hyvinvointialueen muu työnjako ja yhteistyö muiden hyvinvointialueiden kanssa;
- hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon omavalvonta
- tarpeen mukaan muut kuin 1–9 kohdassa tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät asiat.

Mittariston tulee kuvata vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä kokonaisuuteen kiinnittyvien strategisten tavoitteiden toteutumista ensisijaisesti järjestelmätasolla. Tämä tarkoittaa koko mittariston tarkastelua arvioitaessa voimavarojen kohdentamisen onnistuneisuutta ja

palvelujärjestelmän kyvykkyyttä suoriutua tehtävästään. Näitä voidaan kuvata mittariston jäsentämisen avulla. Mittariston kerroksellinen rakenne lähtee ajatuksesta, että väestöllä on palvelutarpeita, joihin tulee vastata. Seuraamalla eri palvelutarpeiden täyttymistä ja palveluiden vaikutusta palveluita käyttäneiden asiakkaiden tilanteeseen voidaan arvioida voimavarojen kohdentamisen onnistumista ja palvelujärjestelmän suorituskykyä.

Taloudellisen kestävyysnäkökulmasta voimavarojen kohdentamista tulee arvioida kustannusten painopisteitä ja kustannuskehitystä seuraamalla. Tämän lisäksi mittaristoon tarvitaan myös hienojakoisempaa taloustietoa, joka pystytään yhdistämään toimintaan. Samalla mittaristo ohjaa ja kannustaa järjestäjiä ja järjestäjien ohjaamia palveluntuottajia kustannusvaikuttavaan työtapaan ja toimintaan.

8.2.3 Tietotarpeet, joihin mittariston tulee vastata

Mittariston tulee vastata ensisijaisesti kansallisiin ohjauksen ja arvioinnin tietotarpeisiin. Ohjausta ja arviointia tarvitaan sekä toimialarajat ylittäen että sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan sisällä. Ensimmäisen kannalta on keskeistä arvioida, onko **yhteiskunnan voimavarat** kohdennettu vaikuttavasti väestön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisääntymisen näkökulmasta, jälkimmäisen näkökulmasta arvioidaan, onko **sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat** kohdennettu vaikuttavasti väestön hyvinvoinnin ja terveyden lisäämisen ja palvelutarpeiden tyydyttymisen näkökulmasta. KUVA-mittariston tehtävänä on vastata sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan sisäiseen ohjaukseen ja arviointiin sekä palvella toimialarajat ylittävää arviointia. Samalla mittariston tulee kokonaiskuva palvelujen järjestämisestä yksityiskohtaisen, sirpalemaisen tiedon sijaan.

Ylimmällä tasolla tarkastellaan väestön yleistä hyvinvointia ja terveyttä. Tämä taso kuvaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen vaikuttavuutta, vaikka väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat myös monet muut tekijät kuten talouden suhdanteet ja niiden aiheuttama työllisyystilanne sekä yksilöjen tekemät valinnat. Siten mittariston avulla on **pystyttävä seuraamaan eri toimijoiden välisen yhdyspinnan sekä näiden välisten integroitujen palvelujen tilaa kuntatasolle saakka, ja tuottamaan siten tietoa eri ministeriöiden hallinnonaloille kuuluvan ohjauksen tueksi (sisäministeriö, valtiovarainministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö).**

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden lisäksi tarvitaan tietoa niihin vaikuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan kuuluvien osatekijöiden tilasta, eli palvelutarpeesta, resurssien käytöstä, vaikuttavista prosesseista (KUVA-mittariston ulottuvuudet), ja näitä tarkastelemalla järjestäjien suorituskyvystä tehtäväkokonaisuuksittain/palvelusegmenteittäin ja palveluittain. Erityisesti kansallisella tasolla on päästävä pureutumaan väestöryhmien välisiin terveys- ja hyvinvointieroihin ja niitä ylläpitäviin palvelujärjestelmän ominaisuuksiin. Tämä tietotarve sisältää myös soveltuvien osien valvontaviranomaisten tuottamia valvontahavaintoja palvelujärjestelmän eri

osista. Liiallista yksityiskohtaisuutta voidaan välttää yhdistelmämittareita muodostamalla. KUVA-mittariston avulla tulee olla selitettävissä mikä johtuu mistäkin, mikä mahdollistaa pureutumisen alueellisiin tai väestöryhmittäisiin eroihin ja niiden juurisyihin. Päättelyketjujen kuvaamisen avulla läpivalaistaan mittariston pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä ja ajattelua asioiden ja ilmiöiden välisistä suhteista. Päättelyketjujen avulla KUVA-mittariston mittarit mahdollistavat kokonaisuuksien tarkastelun systemaattisesti: tiedot linkittyvät toisiinsa sekä ulottuvuudet ylittävällä tasolla että yksittäisten mittarien tasolla. Samanaikaisesti mittariston rakenteen on mahdollistettava poikkileikkaava tarkastelu tehtäväkokonaisuus-/palvelusegmenttirajat ylittäen.

Ohjaukseen ja arviointiin käytettävän kansallisen tietopohjan ja siihen kiinteästi liittyvän alueellisen tietopohjan on oltava julkisesti saatavilla. Alueet tarvitsevat KUVA-mittariston tuottamaa tietoa. Lisäksi alueet tarvitsevat yksityiskohtaista ajantasaista ja luotettavaa tietoa nopealla frekvenssillä johtamisen tueksi. Tähän tietotarpeeseen vastaa järjestämisen käsikirjassa kuvattu järjestäjän tietotarve, ja sen kansallinen minimivaatimus, vähimmäistietosisältö (29 §). KUVA-mittaristoon ja vähimmäistietosisältöön sisältyvää tietoa tulee tarkastella yhdessä, vaikka kummallakin on myös oma näkökulmansa. Kansallisen tason tieto nostaa asioita ja ilmiöitä esiin suoriutumisen näkökulmasta, alueellinen tieto tarjoaa tarkemman kuvan - eli auttaa selittämään tehtyjä havaintoja ja kohdentamaan tarvittavia toimia. Tiedon tulee siten olla soveltuvien osien yhteensopivaa kansallisen tietopohjan ja alueiden tiedolla johtamisessaan käyttämän vähimmäistiedon välillä. Yhteisesti käytettyjen mittarien osalta tulee huolehtia mittareiden kumuloitumisesta ja samojen kansallisten luokitusten käyttämisestä, jotta eri tasoilla käytettävät yhteiset mittarit olisivat yhteneviä. Kansallisen tietopohjakokonaisuuden yhteensopivuuden linjaa viime kädessä sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus.

8.2.3.1 Mittariston kehittämisen periaatteet

- **Mittaristoa on pelkistettävä ja fokusoitava.** On oltava yhteinen käsitys siitä, mitä vaikuttavuusperusteisuus tarkoittaa ja miten mittaristo tukee parhaiten sen ohjausta ja arviointia.
- **Järjestämislain 24 § ja 30 § sisältämät käsitteet on kirkastettava.** On oltava yhteinen käsitys siitä, mitä ne tarkoittavat ohjauksen ja arvioinnin näkökulmasta. Käsitteiden määrittely ohjaa ja yhtenäistää mittareiden valintaa.
- **Mittaristoa on jäsennettävä ja hierarkisoitava.** Mittaristovalinnan ja analyysin pohjaksi on muodostettava päättelyketjut, joiden avulla seurataan väestön palvelutarpeen mukaista voimavarojen kohdentamista ja käyttöä sekä onnistumista prosessien ja järjestäjän toimintaa kuvaavien tulostittarien kautta.

- **Kansallisen ja alueellisen tietopohjan tulee muodostaa kokonaisuus.** KUVA-mittariston tuottamia havaintoja on voitava selittää alueiden tuottamien tarkempien tietojen avulla. Tietojen on siis oltava soveltuvien osin yhteensopivia.
- **Palveluja ryhmiteltävä kansallisen luokituksen mukaisesti.** Toimintaa ja taloutta on arvioitava yhdessä ja ryhmiteltävä kansallisen AURA-luokituksen mukaan.
- **Hallintamallilla varmistetaan mittaristotyön läpinäkyvyys ja kehittämisen jatkuvuus.**

8.3 Käsitteet (luonnos)

KUVA-mittareiden tarkoituksenmukainen ja yhdenmukainen käyttö edellyttää yhteistä ymmärrystä KUVA-työhön liittyvien käsitteiden määrittelystä. Eri tieteenalat ja tahot määrittelevät käsitteitä monin eri tavoin. Lisäksi käsitteet aukeavat eri tavoin, kun niitä tarkastellaan yksilön tai väestön tasolla. KUVA-työssä yhdessä sovittuja käsitteitä tarvitaan väestötason tarkasteluun: hyvinvointialueiden kansalliseen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin sekä soveltuvien osin myös johtamisen ja ohjauksen tarpeisiin hyvinvointialueilla.

KUVA-mittariston käsitelyyn peruslähtökohtana ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) pykälät, joissa määritellään ohjauksen ja arvioinnin tehtävänanto. Lain säädöskohtaisista perusteluista (viittaukset hallituksen esitykseen) on pyritty selvittämään, miten lainsäätäjä on tarkoittanut käsitteet ymmärrettävän. Tämän lisäksi erityisen moniselitteisten käsitteiden määrittelyn tueksi on haettu kansainvälisiä ja kotimaisia määritelmiä, sekä yhteyksiä käsitettä täsmentäviin tai siihen liittyviin tärkeimpiin säädöksiin.

Sihteeristön alustavat käsitekuvaukset on käsitelty KUVA-ryhmässä työpajan keinoin. Työpajoissa on pyritty löytämään yhteinen näkemys ja sopimaan käsitteen sisällöstä. Käsitekuvauksia ovat lisäksi kommentoineet ohjauksen sekä arvioinnin edustajat, mutta myös vähimmäistietosisältöehdotusta muotoilevat VIRTa-hankkeen asiantuntijat. Työpajan ja keskeisten tahojen kommenttien perusteella viimeistellyt käsitekuvaukset vahvistettiin KUVA-ryhmän kokouksessa keväällä 2022.

Käsitekuvaukset ohjaavat KUVA-mittariston tulevaa kehittämistyötä. On kuitenkin huomattava, että kansallisen ohjauksen ja arvioinnin kehittyessä myös yhteinen ymmärrys tehtävänannosta ja siihen liittyvistä käsitteistä syvenee. Siten myös käsitekuvaukset päivitetään tämän mukaisesti.

Osiassa määritellään KUVA-ryhmän näkökulmasta seuraavat käsitteet:

1. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila väestöryhmittäin (ml. turvallisuus) sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja yhteistyö kuntien ja muiden toimijoiden kanssa
2. Laatu

3. Vaikuttavuus
4. Palvelujen yhteensovittaminen
5. Riittävyys ja tarpeenmukaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa
6. Sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuus ja saavutettavuus
7. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa
8. Kustannukset
9. Tuottavuus
10. Tehokkuus
11. Kustannusvaikuttavuus
12. Tarpeen mukainen rahoitus
13. Investointien tarve ja vaikuttavuus

8.3.1 Väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila väestöryhmittäin (ml. turvallisuus) sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja yhteistyö kuntien ja muiden toimijoiden kanssa

8.3.1.1 Käsite

Väestön hyvinvoinnin ja terveydentila väestöryhmittäin tarkoittaa tilannekuvaa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Se myös kertoo, ovatko toimet sen edistämiseen olleet riittäviä, samoin kuin, mikä on väestön palvelutarve ja miten se on kehittynyt. Väestön hyvinvoinnin ja terveydentila väestöryhmittäin, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminta sekä väestötason palvelutarpeen arviointi kytkeytyvät siis toisiinsa.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila (väestöryhmittäin)

Hyvinvointi on moniulotteinen käsite, jonka mittaaminen sisältää useita ulottuvuuksia. Hyvinvoinnin osatekijät jaetaan yleensä kolmeen ulottuvuuteen: terveys, materiaallinen hyvinvointi ja koettu hyvinvointi/elämänlaatu (psykososiaalinen hyvinvointi sekä itsensä toteuttaminen). Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. Elinolot muodostavat terveyden ja koetun hyvinvoinnin aineellisen perustan. Elinoloista keskeisimmät ovat työhön, toimeentuloon ja asumiseen liittyvät tekijät, joilla on suuri vaikutus terveyteen ja koettuun hyvinvointiin. Terveydellä on vastaavasti suuri vaikutus kykyyn

hankkia toimeentulo sekä muihin elinolosuhteisiin ja koettuun hyvinvointiin. Koettua hyvinvointia mitataan usein elämänlaadulla. Elämänlaatua muovaavat terveys, materiaallinen hyvinvointi, odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunto ja mielekäs tekeminen. Hyvinvointiin kuuluu sekä yhteisön että yksilöiden hyvinvointi. Yhteisön hyvinvointiin vaikuttavat muun muassa asuinolot ja ympäristö, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo. (Lähteet: THL:n hyvinvointi- ja terveyserot- ja sote-uudistus-verkkosivut [saatavilla verkossa 5.5.2026 saakka], www.terveyskirjasto.fi)

Turvallisuuden tarkastelu rajautuu tässä yhteydessä arjen turvallisuuteen. Työllisyys, koulutus, yhteiskunnallinen osallisuus, ihmisten terveys, vähäiset päihdehaitat ja korkea hyvinvointi muodostavat perustan hyvälle arjen turvallisuudelle (lähde: Valiokunnan mietintö HaVM 19/2021 vp [Valtioneuvoston selonteko sisäisestä turvallisuudesta \[VNS 4/2021 vp\]](#)). Turvallisuus on myös osatekijänä sekä terveydessä että koetussa hyvinvoinnissa.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen ja yhteistyö

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen on elinoloihin ja elinympäristöön, väestöön, yhteisöihin, perheisiin ja yksilöön sekä palvelujen järjestämiseen kohdentuvaa toimintaa (palvelut ja toimenpiteet), jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta sekä vähennetään näihin liittyviä eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ-, opiskelu-, ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta. (Lähde: sote-järjestämislain perustelut). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sisältyy myös väestön omaehtoisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tukeminen (mm. tuki hyviin elintapoihin ja niiden ylläpitämiseen). Arjen turvallisuuden vahvistaminen edellyttää yhteisöjen ja niiden jäsenten turvallisuustaitojen ja verkostojen vahvistamista. Tämän vuoksi on tärkeää lisätä ja vahvistaa ihmisten omia valmiuksia omaehtoiseen turvallisuuden ylläpitämiseen. Tähän kuuluvat arjen riskienhallintaan liittyvät toimet sekä toiminta hätätilanteissa. Yhteisöjen ja yksilöiden arjen turvallisuus linkittyy ja täydentää tämän kokonaisuuden myötä mm. julkisten toimijoiden, (kuten hv-alueiden) yleistä varautumista ja jatkuvuuden hallintaa. (Valiokunnan mietintö HaVM 19/2021 vp [VNS 4/2021 vp](#).)

8.3.1.2 Mittaamisen perusteet

Kuntien ja hyvinvointialueiden käytössä tulee olla yhteinen tietopohja, lisäksi kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen tarvitaan yhteinen tietopohja. Mittaamisessa on tärkeää myös dynaamisuus ja mittareiden vastaaminen asetettuihin tavoitteisiin. Ohjauksessa tarvitaan myös trendeihin perustuvaa ennakkointitietoa. (Työpaja 9/2021)

Väestöryhmätarkastelussa on pohdittava, miten hallitaan tietomäärä (oleellisen esiin saaminen). Haasteena on tietopohja, koska kaikista väestöryhmistä ei ole tietoja saatavissa. (Työpaja 9/2021)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on tärkeää tunnistaa koko väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa sekä väestöryhmien välisiä eroja hyvinvoinnissa ja terveydessä. Väestöryhmittäisessä tarkastelussa on keskeistä valita ohjauksen ja arvioinnin kannalta tärkeät ryhmät ja tarkastelunäkökulmat. Tärkeää on esimerkiksi tutkia haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien tilannetta. Väestöryhmä rajaa selkeästi väestön joidenkin erityispiirteiden mukaan. Erityispiirteenä voi olla esimerkiksi ikä, sukupuoli, kansalaisuus (ulkomaalaisväestö), äidinkieli (kotimaiset/muut), pakolaisuus (pakolaisväestö) tai etnisyys (saamelaisväestö) sekä toimintarajoitteisuus. Lisäksi yksi keskeinen tarkastelunäkökulma on sosioekonomisten ryhmien välisten erojen tarkastelu. Yhdenvertaisuuden yhtenä ulottuvuutena on myös alueulottuvuus eli alueelliset erot (myös alueen/kunnan sisällä), demografiset muutokset alueilla ja alueiden omat ongelmakohdat. Käytettävissä oleva tietopohja ja tietosuoja voivat vaikuttaa osaltaan mittareiden valintaan. (Työpaja 9/2021).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnan onnistumisen pohjana ovat rakenteet, työkalut ja yhteiset prosessit. Mittaamista varten voidaan suunnitella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen järjestämisen tilannekuva (ml. hyvinvointialue, kunnat, kolmas sektori ja muut toimijat), jonka avulla päästään mittaamaan tuloksia/onnistumista. Lisäksi mittaamisen kohteena ovat panostukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannusteen mittarit sekä kustannusvaikuttavuus/tuottavuus-näkökulma. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteena on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä ja siten vähentää palvelutarvetta. Samalla se myös tuo esiin palvelutarpeita, joten sillä liittymä siihen, että arvioidaan palveluja suhteessa palvelujen tarpeeseen. (Työpaja 9/2021)

8.3.2 Laatu

8.3.2.1 Käsite

Hoidon laatu kuvaa laajasti määriteltynä sitä, missä määrin palvelu täyttää sille asetetut vaatimukset, eli vastaa tarpeisiin ja odotuksiin. Kuitenkin laatu -käsiteellä on useita eri määritelmiä ja ulottuvuuksia. Käytetyimpiä ovat WHO:n ja USA:n Institute of Medicine (IOM) määritelmät ja viitekehykset. Kansainvälisesti eri yhteyksissä laadun ulottuvuuksina on käytetty erilaisin variaatioin diagnostisen tai hoitomenetelmän teknistä kapasiteettia ja toimintavarmuutta, hoidon lääketieteellistä vaikuttavuutta, potilasturvallisuutta, asiakaskeskeisyyttä /-lähtöisyyttä, näyttöön perustuvuutta, saatavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta. (Jonsson ym. 2019.) Joissain määritelmissä laatuun liitetään myös hallinnollinen laatu: säädösten ja ohjeiden

noudattaminen ja kustannusten hallinta. Erityisesti laadun ja vaikuttavuuden suhde saatetaan eri tieteenaloilla ja määritelmissä nähdä eri tavoin.

KUVA-mittaristossa laatu määrittyy sillä, missä määrin yksilölle tai populaatiolle suunnatut sosiaali- ja terveyspalvelut lisäävät toivottujen terveys- ja hyvinvointivaikutusten todennäköisyyttä ja ovat sopusoinnussa ajantasaisen ammattitiedon, osaamisen, käytössä olevien voimavarojen ja voimassa olevan lainsäädännön kanssa. KUVA-ryhmän näkemyksen mukaan laadun määritelmässä vaikuttavuutta (ks. Vaikuttavuus) ei nähdä laadun alakohdaksi vaan toisiinsa liittyvinä kokonaisuuksina: hyvä laatu on edellytys vaikuttavuudelle mutta ei yksin riitä takaamaan vaikuttavuutta. Laadun katsotaan KUVA-mittaristossa jakautuvan kahteen ulottuvuuteen, asiakas- ja potilasturvallisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen. (Työpaja 9/2021, KUVA-THL-STM-työpaja 3/2022.)

Asiakas- ja potilasturvallisuus

Asiakas- ja potilasturvallisuus on käsite, joka yhdistää terveydenhuollon ja sosiaalihuollon näkökulmat. Se syntyy potilaan tai asiakkaan ja hänen hyvinvointiaan ja terveyttään edistävien, tukevien tai hoitavien ammattilaisten yhteistyönä.

Asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan organisaatioiden toimintatapoja ja periaatteita, joiden päämäärä on varmistaa asiointin, hoivan ja hoidon turvallisuus. Tämän lisäksi on huolehdittava myös tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä sekä toimivasta tiedonkulusta. Turvallisuutta edistävien toimien tulee olla näyttöön perustuvia ja mitattavia. Ne ehkäisevät järjestelmään liittyviä virheitä ja tukevat ammattilaisten mahdollisuuksia tehdä työnsä korkeiden standardien mukaan. Asiointin, hoivan ja hoidon turvallisuus on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaislaatua. Asiakas- ja potilasturvallisuuden tavoite on, että henkilön saamien palveluiden, hoivan ja hoidon on edistettävä hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja samalla sen tulee aiheuttaa mahdollisimman vähän haittaa. (STM 2022)

Käsite esiintyy integratiivisena järjestämislaissa, muussa lainsäädännössä käsite esiintyy eriteltynä terveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon. Käsitettä voidaan tarkastella siten myös erittelyn kautta.

Asiakasturvallisuus on käsite, jota tyypillisesti käytetään sosiaalihuollossa. Asiakasturvallisuus sosiaalihuollossa tarkoittaa sitä, että palvelut järjestetään, tuotetaan ja toteutetaan siten, että asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen sekä taloudellinen turvallisuus eivät vaarannu. Tämä tarkoittaa mm. asiakkaan oikeutta parhaaseen mahdolliseen tutkittuun tietoon ja osaamiseen perustuviin palveluihin. Sosiaalihuollossa keskeisiä elementtejä ovat ammatillinen osaaminen, vastuu ja ammattitaito sekä julkisen vallan käyttö. Näistä säädetään mm. laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ja näitä täydentävissä asetuksissa. (STM 2022; Tiirinki & Syrjä 2020.) Tämän lisäksi asiakasturvallisuus sisältää myös ns. luottamuksensuojaperiaatteen

toteutumisen (Hallintolaki 434/2003 § 6; Eoa 2016), jonka keskeisenä sisältönä on, että hallinnon asiakas voi luottaa viranomaisen toiminnan oikeellisuuteen, virheettömyyteen ja viranomaisen tekemän hallintopäätöksen pysyvyyteen. Hallintopäätöksen pysyvyyden johdosta viranomainen ei pääsääntöisesti voi ilman asianosaisen henkilön omaa suostumusta peruuttaa asianosaiselle myöntämänsä oikeutta tai etuutta tai vähentää sitä, ellei lailla ole erikseen säädetty esimerkiksi palvelun tai tukitoimen edellytysten tarkistamisesta. Periaatteesta johtaen, asiakkaan tulee voida luottaa siihen, että vaikka hän ei tiedä oikeuksiaan, tulee viranhaltijan huolehtia, että ne huomioidaan palvelusuunnittelussa. Asiakkaan tulee voida luottaa myös siihen, että päätöstä ei lakiin perustumattomista syistä muuteta (esim. järjestäjän talouden sopeuttamistoimet, henkilöstön tai tuottajien puute).

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon käsite, jolla tarkoitetaan sellaisia periaatteita ja käytäntöjä, joilla varmistetaan turvallinen hoito. Turvallinen hoito on näyttöön perustuvaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan ja osaltaan edistää hoidon vaikuttavuutta. Potilasturvallisuus kattaa niin hoidon, lääkitysturvallisuuden kuin laitteiden turvallisuuden. (Tiirinki & Syrjä 2020.) Näistä säädetään mm. laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja näitä täydentävissä asetuksissa. Etenkin terveydenhuollossa turvallisuus voi vaarantua myös liiallisen hoidon seurauksena, jos potilas altistetaan vaikuttamattomien hoitojen haitoille ilman odotettavissa olevaa hyötyä. (STM 2022; Tiirinki & Syrjä 2020.)

Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys määritellään toimintatavaksi, jossa palvelunantaja näkee asiakkaan yksilönä ja aktiivisena toimijana, organisoii toimintansa asiakkaan tarpeista ja voimavaroista käsin ja mahdollistaa sen, että asiakas voi toimia asiantuntijoiden ja ammattihenkilöiden kanssa tasavertaisena kumppanina. Asiakaslähtöisyys toteutuu esimerkiksi siten, että

- asiakasta koskevat palvelukokonaisuudet ja palvelupolut laaditaan yhteistyössä hänen kanssaan,
- asiakasta tuetaan päätöksenteossa,
- asiakas pystyy vaikuttamaan palveluihinsa ja hänelle tehtäviin toimenpiteisiin,
- hänen ihmisarvoaan, yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan
- hän saa riittävästi ja ymmärrettävällä tavalla tietoa häntä koskevista asioista
- hänellä on mahdollisuus antaa palautetta ja vaikuttaa toiminnan kehittämiseen.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) tavoitteena on edistää asiakaslähtöisyyttä. (THL Sote-sanasto 2022.)

Asiakaslähtöisyyttä arvioitaessa tarkastellaankin sekä asiakaskokemusta että palvelujen yhteensovittamisen toteutumista (liittyminen mittariston toisen ulottuvuuden kanssa, ks. Palvelujen yhteensovittaminen). Myös asiakkaan mahdollisuus ymmärtää ja tulla ymmärretyksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutilanteissa on osa palvelun laatua ja keskeistä muiden oikeuksien toteutumisen kannalta. Tällä tavoitellaan kielellisten oikeuksien sekä teknisen ja kognitiivisen esteettömyyden toteutumista ja näin ollen lähestytään saavutettavuuden määritelmää. Esimerkiksi sähköisen asioinnin toimivuus on saavutettavuutta sekä osa laatua.

8.3.2.2 Mittaamisen perusteet

Sote-palvelujen järjestämisestä annetussa laissa laadulla tarkoitetaan useimmiten koko palvelujärjestelmän asianmukaista toteutumista. Kysymys on osin järjestelmän yleisestä toimivuudesta. (Hämäläinen ym. 2019.) Laadun tulee myös toteutua alueiden ja asiakasryhmien välillä yhdenvertaisesti. Laadun toteutumis-, seuranta, ja valvontavelvoitteesta säädetään useissa järjestämislain kohdissa, suoraan ja välillisesti.

Järjestämislain 27 § perusteluista kääntäen johdettuina laatu on hyvä,

- mikäli käytetyt menetelmät ja toimenpiteet ovat tieteelliseen näyttöön perustuvia, yleisesti hyväksytyjen toimintakäytäntöjen mukaisia ja asianmukaisesti käytettyjä.
- asiakas- ja potilasturvallisuus toteutuu säännösten mukaisesti
- asiakkaan kokema laatu ja asiakaskeskeisyys palvelussa toteutuu. Asiakaslähtöisyyttä arvioitaessa tarkastellaan sekä asiakaskokemusta että palvelujen yhteensovittamisen toteutumista.

Huono laatu voi näyttäytyä palvelujärjestelmässä myös ns. häiriökysyntänä, joka ilmiönä nivoutuu laadun ja saavutettavuuden käsitteiden välimaastoon. Häiriökysyntä ilmenee kansalaiselle vääränä tai puutteellisena hoitona tai palveluina ja pitkinä hoitojonoina tai odotusaikoina. Terveystieteiden ammattilaisille se näkyy erityisesti asiakkaina, jotka ovat väärässä paikassa väärään aikaan. (Hyytiälä & Kekomäki 2017.) Häiriökysyntä voikin näyttäytyä palvelujärjestelmän eri osassa, kuten asiakkaiden hakeutumisena sairaalapäivystykseen perusterveydenhuollossa tai iäkkäiden kotihoidossa riittävällä hoidolla hoidettavissa olevien syiden vuoksi (ks. Palvelujen yhteensovittaminen). Kyse on tällöin palvelurakenteen kyvyttömyydestä ratkaista oikeita asioita oikealla tavalla ja oikeaan aikaan (emt).

Laadun seurannan mittareiden valitsemisessa joudutaan miettimään valintaa yleisen ja yksityiskohtaisen välillä. Esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen toteutumisen seuranta sairausspesifisti voi helposti johtaa mittarien liialliseen määrään. Toisaalta joissain tapauksissa yksittäinen, kliininen, toiminta indikoi laajempaa palvelujärjestelmän jonkun osakokonaisuuden onnistumista ja näissä tilanteissa, voi tällaisen mittarin seuraaminen olla palvelujärjestelmän kokonaislaadun arvioinnissa avuksi. (Hämäläinen ym. 2019.) Tällöin voi olla perusteltua hyödyntää klinisten laaturekisterien tarjoamaa indikaattoritietoa.

Sosiaalihuollossa huono laatu voi näyttäytyä säännösten vastaisesti tapahtuvana julkisen vallan käyttönä (esim. asiakkaan oikeuksien toteutumattomuus), pätevän ammattihenkilöstön riittämättömyytenä, toimimattomien tai haitallisten menetelmien käyttönä, palvelujen pirstaloitumisena tai asiakkaan tarpeiden, arvojen tai toiveiden vastaisina palveluina.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta koskevassa mittaristoehdotuksessa (Virkki ym. 2021) asiakas- ja potilasturvallisuustyön mitattaviksi osa-alueiksi on määritelty rakenteet, prosessit ja päätetapahtumat eli haitat, mutta myös johtamisen, hoidon ja hoivan (ydintehtävä) hyvän laadun sekä potilaan/asiakkaan osallisuuden (itseraportoinnin) osa-alueet. Näistä jälkimmäinen osa-alue liittyy asiakaslähtöisyyden kanssa.

Asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan kokemaa laatua voidaan mitata muun muassa kansallisin asiakaspalautekyselyin ja väestökyselyin, mutta myös rekisteritiedoin (muun muassa hoito- tai asiakassuhteen jatkuvuus). Myös palvelujen yhteensovittamista ja yhteensopivuutta asiakkaiden näkökulmasta voidaan mitata rekisteritiedoin, mutta myös järjestäjille ja asiakkaille- & väestölle suunnatuin kyselyin.

8.3.3 Vaikuttavuus

8.3.3.1 Käsite

Vaikuttavuudella on monia erilaisia määritelmiä. Vaikuttavuus käsitteenä pitää sisällään oletuksen asioiden välisestä syy-seuraussuhteesta eli kausaliteetista sekä tavoiteltavasta lopputuloksesta, joista jälkimmäinen erottaa käsitteen pelkistä toiminnan vaikutuksista. Kyseessä on siten toiminnan aikaansaama tavoiteltu muutos, minkä havaitseminen edellyttää aina myös vertailukohtaa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavuuden arviointiin voidaan soveltaa tavoite- ja tarveperusteisen arvioinnin näkökulmia tarkastelemalla, täyttyivätkö määritellyt palvelutarpeet tai tapahtuivatko odotetut muutokset terveydessä tai hyvinvoinnissa. (Sintonen & Pekurinen 2006, s. 52, Miettinen ym. 2020.) Tärkeä osa vaikuttavuutta on myös ei-toivotun, ennakoidun muutoksen estäminen tai heikentäminen (preventio). (KUVA-vaikuttavuustyöryhmä 2023.)

Vaikuttavuus liitetään usein myös kustannusvaikuttavuuden käsitteeseen.

Vaikuttavuutta voidaan yleisesti tarkastella monilla eri tasoilla: yksittäisen palvelun tai hoidon tasolla, potilasryhmän tasolla, palveluluokan tasolla, tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin tasolla, palvelujärjestelmän tasolla tai koko julkisen hallinnon tasolla. Vaikuttavuus-käsitettä voidaan lähestyä (rajata) sen perusteella, millaiseen päätöksentekoon vaikuttavuustietoa käytetään. Näin on selvä ero siinä, arvioidaanko vaikuttavuutta osana kliinistä päätöksentekoa vai osana vaikkapa alueiden suoriutumista sote-järjestämisestä. Olennaista mittaamisen kannalta on, miten vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa määritellään eri tasoille. Vaikuttavuuden arvioimisen lähtökohtana on, että tavoitteet ovat määriteltä ja tiedossa.

KUVA-ryhmän näkemyksen mukaan lainsäädäntö on keskeinen lähtökohta järjestelmätasoisien vaikuttavuuden tavoiteasetannalle. Riittävien ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta säädetään perustuslaissa, tehtävistä ja toiminnallisista tavoitteista terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja järjestämislaissa sekä tarkennetusti erityislaeissa ja asetuksissa. Lainsäädäntö siis asettaa palvelujärjestelmälle sekä päätavoitteen (vaikuttavuustavoitteen) väestön terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi sekä toiminnallisia tavoitteita palvelujen toteuttamiseen liittyen. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle asetetaan joka neljäs vuosi valtakunnalliset tavoitteet, jotka sisältävät myös järjestämistehtävän vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevia tavoitteita. (KUVA-ryhmä 2021, kirjallinen käsittely.)

Vaikuttavuuden arviointi järjestelmätasolla edellyttää teoreettisesti siirtymistä lineaarisesta vaikuttavuuskäsityksestä systeemiseen, jossa muutos selittyy useilla eri tekijöillä yhden sijaan. Tällöin arvioidaan, missä määrin muutos saavutettiin tavoitteen suuntaisesti monimutkaisessa eri tekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa arjen toimintaympäristössä. Systeemisessä vaikuttavuusajattelussa keskeistä onkin pääasiallisten muutosajurien tunnistaminen. (Koivisto 2021.) Siten järjestelmätasoisessa vaikuttavuuden arvioinnissa on oltava syy-seuraussuhteiden ketju, mutta vaatimus seurausten johtamisesta suoraan tietyistä toimista ei saa olla liian tiukka. Kausaliteetin muodostamiseksi tarvitaan ymmärrys asioiden välisistä suhteista: vaikuttavuuden arvioiminen edellyttää päättelyketjujen kuvaamista.

KUVA-mittaristossa (mukailtu OECD:n 2021 määritelmää KUVA-ryhmän näkemyksen mukaan)

- Vaikuttavuudella tarkoitetaan tavoiteltavien lopputulosten saavuttamista, mikä havaitaan tavoitteen suuntaisena muutoksena terveydessä ja hyvinvoinnissa tai ei-toivotun muutoksen välttämisenä/heikentämisenä. (Havaittu vaikuttavuus)
- Vaikuttavuuteen pyritään tarjoamalla oikeasuhtaisella määrällä näyttöön tai parhaaseen ammattitietoon perustuvia palveluja niille, joiden voidaan odottaa niistä hyötyvän. Vaikuttavuus on sidoksissa palvelujen toteuttamiseen ja järjestämistapaan, voimavaroihin ja

palvelutarpeeseen. Toisin sanoen muun muassa palvelujen laatu (asiakaslähtöisyys, asiakas- ja potilasturvallisuus), yhteensovittaminen, saatavuus, saavutettavuus, käytössä olevat resurssit, laitteet ja henkilöstö sekä alueen väestön terveydentila ja palvelutarve sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimet vaikuttavat palvelujärjestelmän kykyyn tuottaa terveys- ja hyvinvointihyötyä. (Johtaa vaikuttavuuteen, on vaikuttavaa)

- Vastaamalla väestön palvelutarpeisiin asianmukaisella tavalla ja oikea-aikaisesti saavutetaan tavoiteltavia tuloksia; terveyttä ja hyvinvointia. KUVA-mittariston avulla ei ohjata yksittäisen menetelmän tai hoidon käyttöä vaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta. (Vaikuttavuuden tason rajausta)

Vaikuttavuustavoitteet ovat luonteeltaan palvelujärjestelmälle asetettavia perimmäisiä tavoitteita, jotka ilmenevät väestön terveyden ja hyvinvoinnin lisäyksenä (esimerkiksi toimintakyvyn paranemisena tai kuolleisuuden vähenemisenä) tai ei-toivotun muutoksen välttämisenä/ heikentämisenä (esimerkiksi ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen). Muutokset vaikuttavuustavoitteissa ilmenevät vaihtelevalla aikajänteellä tarkasteltavasta ilmiöstä ja palvelujärjestelmän kohteesta riippuen. Väestötasolla muutokset näkyvät usein hitaasti.

Osa asetetuista tavoitteista on puolestaan sellaisia, joiden ajatellaan johtavan (prosessit) tavoiteltavaan muutokseen perimmäisissä tavoitteissa, kuten yhdenvertainen saatavuus (tai laatu) tai mahdollistavan vaikuttavia prosesseja, kuten käytettävissä olevat voimavarat, joita ovat esimerkiksi asianmukaiset tilat ja laitteet sekä riittävä henkilöstö (rakenteet). Näissä tapahtunutta tavoitteen suuntaista muutosta ei tarkastella vaikuttavuutena, vaan osana muita ulottuvuuksia.

8.3.3.2 Mittaaminen

KUVA-mittariston avulla vaikuttavuutta havainnoidaan päättelyketjujen avulla monella eri tasolla lopputuloksista käsin.

Järjestelmätaso:

- Päättelyketju: Palvelujärjestelmän eri ulottuvuuksiin kiinnittyvät tavoitteet ja niiden väliset suhteet muodostavat koko mittariston avulla havainnoitavan vaikuttavuuden järjestelmätasoisien tarkastelun. Päättelyketju rakennetaan ulottuvuuksien välille, sekä systeemisen näkökulman mukaisesti yli palvelujen (ulottuvuuksien ja palvelujen väliset suhteet).
- Ulottuvuus: Vaikuttavuusmittareiksi pyritään löytämään mittareita, jotka kuvaavat onnistumista koko palvelujärjestelmän perimmäisten tavoitteiden saavuttamisessa, väestön hyvinvoinnin- ja terveydentilan ylläpitämisessä ja edistämisessä (kuvaavina osoittimina / ilmiöinä esim. kuolleisuus, toimintakyky, sairastavuus).

- Arvioinnin kohde päätöksentekoa varten: Vaikuttavuuden arvioinnin kohteena on tällöin järjestäjän (hyvinvointialueen) suoriutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävässä.

Tehtäväkokonaisuuksien/palvelusegmenttien taso:

- Päättelyketju: Päättelyketjut rakennetaan tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin tasolla ulottuvuuksien välille (esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelujen tarve, voimavarat, saatavuus, laatu ja vaikuttavuus) samalla tunnistaen ristikkäisvaikutukset eri palveluihin.
- Ulottuvuus: Vaikuttavuusmittareiksi pyritään löytämään mittareita, jotka kuvaavat onnistumista (tai epäonnistumista) tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palvelujen tavoitteiden saavuttamisessa (esimerkiksi vältettävissä oleva erikoissairaanhoidon käyttö, huostaanotot).
- Arvioinnin kohde päätöksentekoa varten: Vaikuttavuuden arvioinnin kohteena on tällöin järjestäjän (hyvinvointialueen) suoriutuminen tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palvelujen järjestämisessä.

Palvelun tai palveluluokan taso:

- Päättelyketju: Päättelyketjut rakennetaan palvelun tai palveluluokan tasolla ulottuvuuksien välille (esimerkiksi lasten- ja äitiysneuvolan palvelujen tarve, voimavarat, saatavuus, laatu ja vaikuttavuus) samalla tunnistaen ristikkäisvaikutukset muihin palveluihin.
- Ulottuvuus: Vaikuttavuusmittareiksi pyritään löytämään mittareita, jotka kuvaavat onnistumista (tai epäonnistumista) kyseisen palvelun tai palveluluokan tavoitteiden saavuttamisessa.
- Arvioinnin kohde päätöksentekoa varten: Vaikuttavuuden arvioinnin kohteena on järjestäjän (hyvinvointialueen) suoriutuminen yksittäisen palvelun (luokan) järjestämisessä.

Vaikuttavuuden arvioinnissa KUVA-mittariston avulla avainasemassa on ajallisen muutossuunnan havainnointi sekä alueiden välinen vertailuasetelma.

Vaikuttavuustutkimus tukee päättelyketjujen muodostamista. Tutkimuksen avulla löydetään asioiden välisiä syy-seuraus-suhteita sekä vaikuttavia prosesseja ja menetelmiä, sekä saadaan arvokasta lisätietoa niistä asiakassegmenteistä, jotka hyötyvät näistä eniten. Tutkimustiedon avulla pystytään löytämään myös ilmiöiden juurisyitä, joihin ennaltaehkäiseviä toimia kohdistamalla parannetaan palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja oletuksellisesti myös kustannusvaikuttavuutta.

8.3.4 Palvelujen yhteensovittaminen

8.3.4.1 Käsite

Käsitteellä tarkoitetaan toimintaa, jossa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjä tai sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaja huolehtii asiakkaan tarvitseman palvelukokonaisuuden muodostamisesta (Sote-sanasto, 2023). Palvelujen yhteensovittamisella tavoitellaan sosiaali- ja terveystalvelujen saumatonta toimivuutta perus- ja erityistason välillä (vertikaalinen integraatio) sekä saman tason palvelujen välillä eri toimialoilla tai julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin tarjoamien palvelujen välillä (horizontaalinen integraatio) (Halme & Tiirinki, 2019). Käsitteeseen liittyvät läheisesti käsitteet palvelujen laatu (ks. käsite), palvelukokonaisuus ja palveluketju sekä palvelupolku.

Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan asiakkaan palvelutarpeeseen tai asiakasryhmän tarpeisiin perustuvaa, useista palveluista koostuva kokonaisuutta, jonka järjestämiseen, tuottamiseen tai toteuttamiseen voi osallistua yksi tai useampi toimija (THL Sote-sanasto 2023).

Palvelukokonaisuudessa asiakas hyödyntää eri palveluja yhtäaikaaisesti ja yksi palvelukokonaisuus voi myös sisältää useita määriteltyjä palveluketjuja (HE-perustelut 10 §). Palveluketjulla tarkoitetaan tietylle asiakasryhmälle tiettyyn tarpeeseen suunniteltujen perättäin tai osin yhtäaikaaisesti toteutuvien palvelujen muodostamaa palvelukokonaisuutta (Sote-sanasto 2023). Esimerkiksi aivohalvauspotilaille ennakolta suunniteltu palveluketju sisältää muun muassa akuutinhoidon, kuntoutuksen ja kotihoidon palveluja.

Palveluketjuihin ja -kokonaisuuksiin liittyy lisäksi käsite palvelupolku, jolla tarkoitetaan asiakkaan palvelutarpeeseen perustuvaa suunnitelmallista, yksilöllisesti toteutettavaa ja vaihteittain etenevää kokonaisuutta, joka koostuu useista eri palveluista tai palveluprosesseista. Eri toimijoilla on erilaisia palveluprosesseja, mutta yleensä niihin kuuluu asian vireille tulo, palvelutarpeen arviointi, asiakkuuden suunnittelu, palvelun järjestäminen, palvelun toteutus ja arviointi. Palvelupolku-käsitettä käytetään myös työvoimapalvelujen yhteydessä. (Sote-sanasto 2023.)

8.3.4.2 Mittaamisen perusteet

Palvelujen yhteensovittamisen mittaamisessa korostuu kaksi eri lähestymistapaa: järjestäjän vastuulla olevat hallinnolliset suunnittelutoimet, joilla tähdätään toiminnalliseen integraatioon, sekä asiakastiedon perusteella todettu toiminnallinen integraatio. Integroidussa kokonaisuudessa ei ole tarpeettomia päällekkäisiä palveluja eikä myöskään palveluvajeita, mistä kertoo myös palvelujen yhteensopivuus (sujuvuus) asiakaskokemuksena (yhteys asiakaslähtöisyyden käsitteeseen, s. x) sekä myöskään palveluvajeita, jolloin asiakas kokee palvelun sujuvaksi eikä muissa tiedonkeruissa havaita palveluvajeen merkkejä kuten pyörövi-ilmiotä ja häiriökysyntää. Yhteensopivuus mahdollistuu, kun laaja-alaisesti yhteensovitettuja palveluja tarvitsevat asiakasryhmät ja asiakkaat

on tunnistettu, palveluketjut ja palvelukokonaisuudet ovat määritelty, yhteensovitetuista kokonaisuuksista on sovittu, sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri toimijoiden välillä on huolehdittu. Edellä mainituilla varmistetaan, että eri asiakasryhmien palvelut yhteensovitetaan, että myös asiakkaat ja palveluntuottajat tietävät eri toimijoiden tehtävät, ja että palveluntuottajat huolehtivat asiakkaan palvelujen kokonaisuudesta ja yhteistyön toteutumisesta. (HE-perustelut § 10.) Siten hallinnollinen integraatio toimii toiminnallisen integraation mahdollistajana.

Integraation mittaamisessa on tärkeä tehdä näkyväksi johtopäätösketjut siitä, miksi jokin indikaattori kuvaa integraatiota. Alkuperäisen mittaristoehdotuksen (Hämäläinen ym. 2019, s 143) perustelujen mukaisesti tärkeitä näkökulmia ovat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio, sosiaali- ja terveystoimen integraatio sekä integraatio muiden hallinnonalojen palvelujen kanssa erityisesti yhteisten asiakasprosessien kautta. Yhteisiä prosesseja on esimerkiksi työllisyyspalveluissa sekä mm. kouluihin ja opiskeluun liittyvissä palveluissa.

Esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation tarkastelussa voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon avohoidon toimenpitein vältettävissä olevia ikävakioituja erikoissairaanhoidon hoitojaksoja (sairausryhmittäin), vaikka hoitojaksoihin voivat vaikuttaa myös muut kuin perusterveydenhuollon kyvykkyyden tekijät. OECD:n mukaan näitä voidaan kuitenkin käyttää integraation ja laadun karkeana mittarina. (emt.) *Muitakin* integraatiomittareita tulisi löytää ja kuvata. Esimerkiksi kansainvälistä SCIROCCO-mittaria pilotoidaan parhaillaan Suomessa.

Taustaksi: Järjestämislain edellyttämä palvelujen yhteensovittaminen hyvinvointialueella

10 § Asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen

Hyvinvointialueen on huolehdittava

- yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta.
- sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä
- sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa
- asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä
- yhteistyössä muiden hyvinvointialueiden kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta (koottaessa palveluja 9 §:ssä tarkoitetulla tavalla suurempiin kokonaisuuksiin tai sovittaessa hyvinvointialueiden välisestä työnjaosta 5 luvussa tarkoitetulla tavalla).

- osaltaan yhteen sovitettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujaan kunnallisten ja valtion palvelujen kanssa
- edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujensa yhteensovittamista muiden toimijoiden palvelujen kanssa

8.3.5 Riittävyys ja tarpeenmukaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

8.3.5.1 Käsitteet

Kuva-mittaristossa riittävyys ja tarpeenmukaisuus ymmärretään yhtenä ilmiönä. Perustuslaista (xx/xx) nouseva riittävyys on tällöin yläkäsite ja tarpeenmukaisuus alakäsite.

Käsitteenä *'riittävä'* tarkoittaa tarpeet täyttävää, tyydyttävää ja hyväksyttävää (Kotimaisten kielten keskus 2021). Perustuslaki asettaa julkiselle vallalle velvollisuuden turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Riittävien palveluiden käsite on hyvin moniulotteinen. Riittävät sosiaali- ja terveystalvelut eivät tarkoita jokaiselle parasta mahdollista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021), vaan jokaiselle riittäviä palveluja tarpeeseen perustuen (työpaja 9/2022).

Palvelujen tarve

Palvelutarpeella tarkoitetaan asiakkaan todettua tarvetta saada sellaisia palveluja, jotka asiantuntijan tai ammattihenkilön arvion mukaan tukevat asiakasta (Sote-sanasto 2023).

Tarpeen määrittely perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön ja siinä säädettyihin periaatteisiin. (HE 241/2020.) Tarpeen käsitettä on tarkasteltu eri tavoin. Terveystalvelujen tarvetta on määritetty esimerkiksi sellaiseksi terveyden tai hyvinvoinnin häiriöksi, joka edellyttää lääketieteellisiä toimenpiteitä. Laajemmin tarvetta lähestyy määritelmä, jonka mukaan tarve on sellainen puute tai häiriö terveydessä tai sosiaalisessa hyvinvoinnissa, joka edellyttää ehkäiseviä, hoitavia, kuntouttavia tai yhteisöllisiä toimenpiteitä. Sairauslähtöisten määritelmien ydin on siis tarpeen näkeminen olemassa olevan sairauden tai hyvinvointiongelman näkökulmasta. (Mäntyranta ym. 2005.) Sosiaalihuollossa sen sijaan tarpeen määrittelyn näkökulma poikkeaa tarpeen määrittelystä terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa tarpeen määrittelyn lähtökohtana ovat oikeudelliset perusteet, joiden perusteella tarve todetaan ja palvelujen järjestäjälle syntyy velvollisuus tuottaa tarvittavat palvelut. (Työpaja 9/2022.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto perustuu siihen periaatteeseen, että sekä väestö- että yksilötasolla palveluiden ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon on vastattava tarvetta (Mäntyranta ym. 2005). Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarve kohdistuu sosiaalipalveluihin, terveystalveluihin tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin palveluihin. (Sote-sanasto 2021.) Yksilötasolla

tarpeenmukaisuus voidaan määritellä muun muassa palvelutarpeen kautta (Sote-sanasto 2021). Väestötason tarve liittyy väestön terveydentilaan ja siinä tapahtuvien muutoksiin (Hämäläinen ym. 2019; kts. väestön terveydentila).

8.3.5.2 Mittaamisen perusteet

Riittävyys on moniulotteinen ilmiö ja sen arvioinnissa tulee hyödyntää useita eri indikaattoreita (Työpaja 9/2021). KUVA-mittaristossa riittävyys ymmärretään ilmiöksi, joka ei ole absoluuttinen entiteetti, vaan suhteellinen ilmiö (suhteellinen riittävyys, Työpaja 9/2021). Riittävyyttä arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota seuraaviin kokonaisuuksiin: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävyys, rahoituksen riittävyys, henkilöstön, osaamisen, toimintakyvyn valmiuden ja oman palvelutuotannon riittävyys (HE 241/2020, pykälä 24).

Palveluiden riittävyyttä arvioidaan suhteessa palvelujen tarpeeseen. Palveluiden tarvetta verrataan tällöin palveluiden käyttöön (Työpaja 9/2021). Keskeistä on arvioida rahoituksen riittävyyttä tarvittavien palvelujen tuottamiseen ja muut seikat, kuten henkilöstön riittävyys, lienevät alisteisia sille. Rahoituksen riittävyyden arviointi on haastavaa, mutta mitattaessa olisi merkityksellistä pystyä erityisesti osoittamaan, onko palveluiden riittämättömyys rahoituksen määrästä, sen kohdentamisesta vai tuottavuuden ongelmista, johtuvaa (Työpaja 9/2021). Riittävyyttä tulisi arvioida suhteessa esimerkiksi keskiarvoalueeseen, koko suomen keskiarvoon tai muihin alueisiin. Lisäksi ajallinen vertailu alueen sisällä on hyödyllistä. (Työpaja 9/2021.)

Sosiaali- ja terveystarvelujen tarvetta tulee arvioida sekä yksilö- että väestötasolla (HE 241/2020). Yksilötasolla tarpeen arvioinnin tulee perustua sosiaalihuollon tai terveydenhuollon erityislainsäädäntöön – kuten sosiaalihuoltolakiin, lastensuojelulakiin tai terveydenhuoltolakiin – sekä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön yhdessä asianomaisen henkilön kanssa tekemään arvioon siitä, onko hänellä lainsäädännössä tarkoitettu tarve hyvinvointialueen järjestämistä vastaavalla olevaan palveluun. (HE 241/2020.)

Väestötason tarpeen arvioinnissa tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen tarvekerrointen kriteeristö (Häkkinen ym. 2020). Väestötason tarvetta voidaan arvioida muun muassa väestörakenteen, sosioekonomisten ominaisuuksien, väestön palvelutarvemittareiden (esimerkiksi toimintakyky, Työpaja 9/2021), väestön terveydentilan ja siinä tapahtuvien muutosten perusteella (Hämäläinen ym. 2019). Tarpeen arvioinnissa tulee ottaa huomioon, että kattavaa kokonaiskuvaa väestön ja yksilöiden tarpeesta ei saada sosiaali- ja terveystarvelujärjestelmän kautta kertyvästä tiedosta (ns. hiljainen tarve), joka alkaa syntyä vasta yksilön hakeutuessa palveluiden piiriin. Yksilöt kokevat palveluiden tarpeen eri tavoin ja hakeutuvat palveluiden piiriin eri tilanteissa. Vertaillen esimerkiksi työttömien ja työssäkäyvien palveluihin hakeutumista, voidaan havaita, että työttömät käyttävät palveluita vähemmän, vaikka tarpeita olisi enemmän kuin

työssäkäyvillä. Miesten ja naisten palveluiden piiriin hakeutumisessa on havaittu myös olevan eroja (Työpaja 9/2021.) Väestötasolla tarpeen arvioinnissa onkin huomioitava eri kansan- ja väestöryhmät mukaan lukien kielelliset vähemmistöt sekä eri asiakasryhmät (HE 241/2020). Lisäksi olisi hyvä pohtia, onko mahdollista selittää väestön palvelutarpeen eroja tai muutoksia alueilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimialaan kuuluvien kolmannen sektorin matalan kynnyksen palveluiden käytöllä (Työpaja 9/2021). Väestöntason tarpeen arviointi ja sen kehityksen ennakoitiin liittyä myös saatavuuden ja saavutettavuuden (HE 241/2020; kts. saatavuus ja saavutettavuus) arviointiin.

Väestötasolla tarpeenmukaisuuden (Työpaja kevät 2021) ja riittävyden (Työpaja 9/2021) arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, miten arvioitu terveys ja hyvinvointi suhteutuvat palvelujen käyttöön. Näin voidaan tunnistaa järjestelmässä ne palvelut, joissa mahdollisesti on puutteita. (Työpaja Kevät 2021.)

8.3.6 Sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuus ja saavutettavuus

8.3.6.1 Käsite

Sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuus on tila, jossa asiakkaan tarpeisiin vastaavia palveluja on saatavilla riittävästi ja ne ovat oikea-aikaisesti käytettävissä. Palvelujen saatavuutta voidaan arvioida sen perusteella, mitä palveluja on tarjolla, kuinka paljon niitä on, vastaavatko ne asiakkaan tarpeisiin ja ovatko ne käytettävissä silloin kun asiakas niitä tarvitsee. (Sote-sanasto 2023.)

Tässä yhteydessä sosiaali- ja terveystarvelujen saavutettavuuden katsotaan kuuluvan osaksi saatavuutta. Saavutettavuus on tila, jossa asiakkaan pääsy sosiaali- ja terveystarveluihin on varmistettu ja asiakas pystyy hyödyntämään palveluja. Sosiaali- ja terveystarvelujen saavutettavuuteen vaikuttaa se, missä ja milloin palvelua tarjotaan (esim. välimatkat, aukioloajat) ja kuinka helposti asiakas pääsee palvelua tarjoavaan paikkaan (digitaaliset palvelut, liikkumismahdollisuudet, elämäntilanne ja liikennetarvelujen tarjonta). (Sote-sanasto 2023; KUVA-prosessityöryhmä 2023.) Palvelujen osalta tulee huomioida myös tekninen ja kognitiivinen saavutettavuus (Sote-sanasto 2023), sekä kielellinen ja kulttuurinen saavutettavuus (KUVA-ryhmä, 2021). Palvelun kognitiivista saavutettavuutta voidaan parantaa ymmärrettävällä viestinnällä, esimerkiksi käyttämällä selkokieltä (Sote-sanasto 2023). Kielellistä saatavuutta voidaan parantaa muun muassa tarjoamalla tulkkauspalveluja (kommenttikierros 1). Julkisia sosiaali- ja terveystarveluja pyritään tarjoamaan yhdenvertaisesti kaikille väestöryhmille (Sote-sanasto 2023).

8.3.6.2 Mittaamisen perusteet

- tarjonta (sis. aukioloajat, yhteyden saaminen, asiakasmaksut)
- saavutettavuus (maantieteellinen, tekninen & kognitiivinen, kielellinen ja kulttuurillinen)

- hoitoon / palveluun pääsy ja odotusaika
- läpimenoaika

Saatavuudella tarkoitetaan hoitoon pääsyn oikea-aikaisuuden seuranta. Hoitoon tai palveluun pääsyssä on odotusajan lisäksi muita tärkeitä näkökulmia. Aikaulottuvuuden, odotusaikojen, mittauksen lisäksi merkityksellistä on mitata kokonaisprosessia eli ns. läpimenoaika. Merkittäviä saatavuuteen liittyviä tekijöitä ovat lisäksi palvelujen tarjonta, eli olemassaolo, ja saavutettavuus. Saavutettavuus ei ole pelkästään maantieteellinen, myös esteettömyys on saavutettavuutta. (Hämäläinen ym. 2019; HE 241/2020.) Saatavuuden arvioinnissa pelkkä lain asettamien minimivaatimusten täyttymisen arviointi ei riitä, vaan saatavuutta tulee verrata alueellisesti parhaimpiin (Työpaja Kevät 2021).

Hoitoon pääsillä tarkoitetaan terveydenhuollon palvelunantajan kykyä käynnistää ja toteuttaa yhteydenoton tai lähetteen saapumisen jälkeen hoidon tarpeen arviointi sekä arvioinnin mukainen hoito lainsäädännössä määritettyjen aikarajojen ja muiden ehtojen mukaisesti. (VIRTA-hanke, raportoinnin käyttötapauskuvaukset: Saatavuus 2022.)

Sosiaali- ja terveystalvelujen yhdenvertaisella saavutettavuudella tarkoitetaan tilaa, jossa eri väestöryhmien yhdenvertainen pääsy sosiaali- ja terveystalveluihin on turvattu ja eri väestöryhmät pystyvät hyödyntämään talveluja yhdenvertaisesti. (Sote-sanasto 2021; HE 241/2020) Tarkastelun kohteena on tällöin eri väestöryhmien yhdenvertainen pääsy sosiaali- ja terveystalveluihin. Muun muassa pitkät välimatkat, asiakasmaksut tai talveluissa käytettävä kieli voivat vaikuttaa talvelujen saavutettavuuteen. (HE 241/2020) Saatavuutta ja saavutettavuutta arvioitaessa on merkityksellistä arvioida myös niiden mahdollisia eroja alueen sisällä. Lisäksi olisi hyvä pohtia onko saatavuus samanlaista eri alueilla tai alueiden sisällä, jos samaan tarpeeseen vastataan eri talveluin. (Työpaja 9/2021.)

8.3.7 Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

8.3.7.1 Käsite

Yhdenvertaisuus on perustuslain 6 §:n suojaama perusoikeus, jonka mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännöksessä ilmastaan paitsi perinteinen vaatimus oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta, myös ajatus tosiasiallisesta tasa-arvosta. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tällainen muu syy voi olla esimerkiksi asuinpaikka, sosioekonominen asema (varallisuus/tulot, työmarkkina- asema, koulutusasema) ja perhesuhteet. Perustuslain 6 ja 19 § asettavat julkiselle vallalle

velvollisuuden turvata jokaiselle riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. (HE 241/2020)

Tosiasiallinen yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että kaikille toteutuu tarpeisiinsa nähden riittävät ja tarpeisiinsa nähden mahdollisimman hyvät palvelut. Se edellyttää ihmisten erilaisten mahdollisuuksien ja lähtökohtien huomioimista niin, että henkilöön liittyvät tekijät eivät vaikuta ihmisen palvelun saantiin tai kohteluun palveluissa. Kaikkien samanlainen kohtelu ei aina riitä takaamaan yhdenvertaisuuden toteutumista, vaan yhdenvertaisuus on myös eriarvoisuuksien tasoittamista esimerkiksi positiivisen erityiskohtelun avulla. (HE 241/2020.)

Yhdenvertaisuuteen katsotaan KUVA-mittaristossa kuuluvan myös tasa-arvo ja sitä pyritään kuvaamaan myös eriarvoisuustekijöiden kautta. Nämä ilmenevät aina suhteessa johonkin, esimerkiksi vertaamalla heikommassa asemassa olevaa väestöryhmää koko väestöön. Tasa-arvolla viitataan usein sukupuolten väliseen tasa-arvoon, mikä sisältää sukupuolivähemmistöjen aseman. Eriarvoisuudella taas tarkoitetaan yleensä sosioekonomiseen asemaan ja/ tai eri väestöryhmiin liittyvää huono-osaisuutta. Yhdenvertaisuus voi ilmetä palvelujärjestelmässä eri tavoin. Yhdenvertaisissa palveluissa palveluun pääsy, palvelujen laatu ja lopputulokset sekä palvelujen asiakaslähtöisyys toteutuvat yhtä hyvin riippumatta siitä, mihin väestöryhmään henkilö kuuluu tai millä alueella hän asuu. Yhdenvertaisuus palveluissa ei tarkoita samanlaista palvelua kaikille, vaan sitä että palvelut vastaavat eri väestöryhmien erilaisiin tarpeisiin ja mahdollisuuksiin hyödyntää palveluita. Tästä syystä hyvä palvelujärjestelmä tuottaa tarpeen mukaisesti erityispalveluja niitä tarvitseville ryhmille. Näitä erityispalveluja ovat esimerkiksi mielenterveys-, päihde-, vammais- ja lastensuojelun palvelut. (Hämäläinen ym. 2019.)

8.3.7.2 Mittaamisen perusteet

Yhdenvertaisuuden tosiasiallinen arviointi on vaikeaa, koska asiaa ei voida irrottaa erilliseksi ilmiöksi. Mikä tahansa palveluja koskeva indikaattori voi mitata yhdenvertaisuutta, jos sillä on riittävä määrä relevantteja taustamuuttujia. (Hämäläinen ym. 2019.) Näitä relevantteja taustamuuttujia voivat olla esimerkiksi asuinpaikka, sosioekonominen asema (varallisuus/tulot, työmarkkina-asema, koulutusasema), perhesuhteet, etninen tausta, kielisyys (esimerkiksi saamelaiset) (Hämäläinen ym. 2019), uskonto ja sukupuoli (HE 241/2020) mutta myös vammaisuus/toimintarajoitteisuus (Prosessityöryhmä 2023). Lain asettamien väestöryhmittäisten taustamuuttujien lisäksi olisi tärkeää sisällyttää mittaristoon ne muuttujat ja taustamuuttujat, joiden tiedetään tutkimustiedon perusteella olevan relevantteja yhdenvertaisuuden kannalta (xx). KUVA-mittaristosta suljetaan kuitenkin pois niin sanottujen risteävien ryhmien yhdenvertaisuuden arviointi (esimerkiksi maahanmuuttajataustaisten naisten yhdenvertaisuus). Nämä ovat kuitenkin relevantteja järjestäjän kannalta, jonka tulee tunnistaa eri asiakassegmentit ja niiden risteävyydet.

suunnitelmia. Tämä kuitenkin edellyttäisi erillistä tiedonkeruuta, kuten organisaatiokyselyä tai muuta kvalitatiivista tapaa selvittää ja kuvata tilannetta. (Hämäläinen ym. 2019.)

8.3.8 Kustannukset

8.3.8.1 Käsite

Kustannukset kuvaavat taloudellisten resurssien käyttöä tiettyyn palveluun tai muuhun kohteeseen. Käsitteellä tarkoitetaan tuotannontekijöiden **rahassa mitattua** käyttöä tai kulutusta. Käsitteeseen liittyvät ohjaus- ja arviointitehtävän näkökulmasta myös muut kustannuskäsitteet, kuten nettokäyttökustannukset, tarvevakioidut nettokäyttökustannukset ja yksikkökustannukset.

8.3.8.2 Mittaamisen perusteet

Kustannuksia voidaan tarkastella absoluuttisina tai suhteutettuna esimerkiksi väestön palvelutarpeeseen (ks. tarvevakioidut nettokäyttökustannukset).

Toteutuneet kustannukset

Käyttökustannukset, käyttötuotot ja nettokäyttökustannukset (absoluuttiset)

Kustannustietoja arvioidaan pääosin AURA-palveluluokittaisista sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista ja -tuotoista laskettujen nettokäyttökustannusten avulla. Käyttökustannuksiin lasketaan sisäiset ja ulkoiset toimintamenot, poistot ja arvonalentumiset sekä vyörytysmenot. Nettokäyttökustannukset saadaan vähentämällä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttökustannuksista palvelujen käytöstä syntyneet tuotot. Käyttötuottoihin lasketaan sisäiset ja ulkoiset toimintatuotot, valmisteverastojen muutos, valmistus omaan käyttöön sekä vyörytystuotot. Alueiden välisen vertailtavuuden mahdollistamiseksi, toteutuneita absoluuttisia kustannuksia tarkastellaan alueen asukasmäärään suhteutettuna, tiettyyn ikäryhmään painottuvien palvelujen osalta myös ikäryhmään suhteutettuina. Alueelliset erot väestön palvelutarpeessa ja niiden kehitys vaikuttavat olennaisesti kustannusten tasoon.

Tarvevakioidut nettokäyttökustannukset

Tarvevakioitujen nettokäyttökustannusten avulla voidaan tarkastella toteutuneita kustannuksia, jotka ovat väestön palvelutarpeesta ja alueellisista olosuhdetekijöistä (osittain) riippumattomia.

Tarvevakiointi mahdollistaa kustannusten alueiden välisen vertailun ja antaa oikeamman kuvan mahdollisesta tehokkuudesta tai tehottomuudesta palveluissa.

Tarvevakioidut asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset saadaan suhteuttamalla alueen asukasta kohden lasketut sosiaali- ja terveydenhuollon toteutuneet nettokäyttökustannukset hyvinvointialueen tarvekertoimeen. On kuitenkin huomioitava, että

tarvevakioidut nettokäyttökustannukset eivät kerro esimerkiksi palveluiden laadusta tai saatavuudesta. Jos alueen tarvevakioidut menot ovat matalammat kuin maassa keskimäärin, voisi se olla merkki hoitoketjujen toimivuudesta ja pienistä yksikkökustannuksista, mutta toisaalta myös huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta ja tasosta. Vastaavasti korkeat menot voivat olla merkki toiminnan tehottomuudesta tai siitä, että alue tuottaisi muita hyvinvointialueita korkeamman palvelutason sosiaali- ja terveystalvveluita. Jos alueen tarvevakioidut menot poikkeavat maan keskiarvosta merkittävästi, tulee tarkastella tähän vaikuttavia tekijöitä.

Yksikkökustannusten laskenta on edellytys tarvevakioitujen kustannusten tuottamiselle. Yksikkökustannus kuvaa jonkin palvelun tai siihen liittyvän välisuoritteen kustannuksia per tuotettu palvelu/suorite. Kansallisia keskimääräisiä yksikkökustannuksia (ns. standardikustannukset) käytetään muuntamaan tarvekriteerien laskennan taustalla oleva käyttötieto kustannuksiksi kokonaistarpeen määrittystä varten.

Tulevaisuudessa tarvevakioitua kustannustietoa tulisi pystyä tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten lisäksi myös palveluluokittain, mikä edellyttää palveluluokkaryhmittelijän käyttöönottoa. Myös ei-toivottuja kustannuksia tulee pystyä mittaamaan, koska ne kertovat prosessin huonosta toimivuudesta.

8.3.9 Tuottavuus

8.3.9.1 Käsite

Tuottavuus on toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten välinen suhde. Tuottavuudella kuvataan siis sitä, mitä käytetyillä panoksilla saadaan aikaiseksi. Kun sama tuotos saavutetaan pienemmin kustannuksin tai samoilla kustannuksilla saavutetaan suurempi tuotanto, puhutaan tuottavuuden kasvusta. Tuottavuus voi kasvaa myös tilanteessa, jossa kustannukset kasvavat tuotosta hitaammin. Tuottavuutta voidaan mitata ajassa ja/tai paikassa mutta se on aina vertailusuure.

Käytännössä tuottavuutta mitataan yksikkökustannusten avulla.

8.3.9.2 Mittaamisen perusteet

Tuottavuuden mittaaminen edellyttää sekä käytettyjen panosten että tuotosten tuntemusta ja oleellista on tuotoksen riittävän tarkka määrittely. Sosiaali- ja terveydenhuollossa panoksina voidaan käyttää esimerkiksi palvelutuotannon hoitotoiminnasta aiheutuvia kokonaiskustannuksia, henkilöstöresursseja tai muita panoksia. Tuottavuuden mittaaminen vaatii myös yksikäsitteisesti mitattavan tuotoksen. Terveystalvveluollossa tuottavuutta mitataan kustannusten suhteena yhteismitalliseksi muutettuun terveydenhuollon tuotokseen. Tuotoksen määrittämisessä pelkkä

käynti tai hoitopäiväpohjainen tarkastelu voi olla riittämätön, ja vaatia esimerkiksi diagnoosipohjaista tuotteistusta. Sairaaloiden tuottavuustutkimuksessa tämä tuotos on DRG-piste. Henkilöstötyön tuottavuuden tarkastelu edellyttäisi sitä, että henkilöstömittareita olisi osana käytettävää mittaristoa. KUVA-mittaristossa on oleellista järjestämistehtävän onnistumisen mittaaminen niin alueellisesti kuin valtakunnallisesti sekä yhteismitallisen tiedon kerääminen.

Julkishyödykkeen osalta tuotoksella tavoiteltava vaikuttavuus on yhteydessä asiakkaan kokemaan palvelun laatuun tai yhteiskunnassa yleisemmin saatavaan hyötyyn. Yhteiskunnallista arvoa ei voi suoraan päätellä tuotantokustannuksista tai tuotos/panossuhteesta. Tuottavuuden mittaamisessa ei siis huomioida toiminnan vaikuttavuutta.

8.3.10 Kustannusvaikuttavuus

8.3.10.1 Käsite

Terveystaloustieteessä vaikuttavuus on vakiintunut käsite, joka tarkoittaa toiminnalla aikaansaattua tavoiteltua muutosta ihmisen terveydentilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa.

Kustannusvaikuttavuus puolestaan tarkoittaa muutoksen suhdetta sen aikaansaamiseksi käytettyihin resursseihin. Vaikuttavuus on valitulla toimintatavalla aikaansaatua muutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa suhteessa tilanteeseen, jossa toimintaa ei olisi lainkaan toteutettu.

8.3.10.2 Mittaamisen perusteet

Kustannusvaikuttavuus on keskeinen mittari sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä se kertoo, paljonko terveyshyötyä on saavutettu suhteessa käytettyihin resursseihin. Kustannusvaikuttavuuden avulla voidaan arvioida, millaisia hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia saavutetaan erilaisilla panoksilla eri väestöryhmissä ja maantieteellisesti eri alueilla. Kustannusvaikuttavuutta voidaan arvioida sektoreittain (esim. sairaalat, perusterveydenhuolto, vanhustenhuolto, sosiaalihuolto), ongelmakohtaisesti (esim. sairauksittain) tai väestöryhmittäin. KUVA-mittareiden tarkastelukehikossa kustannusvaikuttavuuden tulee kuvata palvelujärjestelmätason seurantaa.

8.3.11 Tarveperusteinen rahoitus

8.3.11.1 Käsite

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu pääosin valtion rahoitukseen sekä osin asiakas- ja käyttömaksuihin. Alueilla ei ole ensi vaiheessa verotusoikeutta. Valtion rahoitus on laskennallista ja yleiskatteista ja se koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien rahoitusmalleista. Rahoituksen pohjan muodostavat Valtiokonttorille raportoidut tiedot kunnilta siirtävistä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien kustannuksista. Sosiaali- ja

terveydenhuollon rahoituspohjaa korotetaan hyvinvointialueiden tehtävämuutoksien lisäksi vuosittain arvioidulla palvelutarpeen ja kustannustason kasvulla. Palvelutarpeen vuosittainen kasvu huomioidaan THL:n kehittämän ja ylläpitämän sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen kasvua ennustavan sosiaalimenojen analyysimallin (nk. SOME-malli) kasvuennusteen mukaisesti.

Suurin osa (80 %) hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yleiskatteisesta rahoituksesta perustuu väestön palvelutarpeeseen. Tarveperustaisella rahoituksella pyritään turvaamaan kansalaisille yhdenvertaiset palvelut eri puolilla maata.

8.3.11.2 Mittaamisen perusteet

THL on tutkinut, mitkä tekijät tulisi huomioida tarveperusteisissa korvausmalleissa ja valtionosuuksien määrittelyssä. Tutkimustyö perustuu olemassa oleviin rekistereihin, kuten THL:n hoitoilmoitusrekisteriin sekä Kelan, Eläketurvakeskuksen ja Digi- ja väestötietoviraston keräämiin tietoihin. Rahoitus perustuu kolmeen osatekijään: terveydenhuolto, vanhustenhuolto ja sosiaalihuolto. Rahoitusmallissa on huomioitu sairastavuuden lisäksi väestön demografisia ja sosioekonomisia tekijöitä, joilla on yhteyttä palvelujen käyttöön. Rahoituksen jakautumisen perustana olevia tarvevakiointimalleja tulee lain mukaan tarkistaa vähintään neljän vuoden välein.

Hyvinvointialuekohtaiset, suhteelliset sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvekertoimet kuvaavat alueen asukkaiden palvelutarvetta suhteessa maan keskimääräiseen tasoon. Alueiden välillä on suuria eroja esimerkiksi väestön sairastavuudessa, mikä puolestaan heijastuu väestön palvelutarpeeseen. Sairastavuus on tärkein tulevaa palvelujen tarvetta selittävä tekijä. THL on kehittänyt tarvevakiointimalliin sisältyvää sairausluokitusta yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja kuntien kanssa. Kliinisten asiantuntijoiden näkemysten ja tilastollisten tarkastelujen pohjalta muodostunut sairausluokitus sisältää tällä hetkellä noin 120 luokkaa. Sairausluokitukseen on pyritty sisällyttämään Tautiluokituksesta tulevaa palvelujen käyttöä ennustavia sairauksia, jotka havaitaan rekisteriaineistosta mahdollisimman luotettavasti ja valtakunnallisesti kattavasti.

SOME-malli on alun perin kehitetty kestävyysvajelaskelmiin ja ikääntymiseen liittyvien kustannusten ennakointiin valtakunnan tasolla. THL on kehittänyt mallin aluetasoiseksi ja sisällyttänyt arviointiin keskeiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon laitos- ja avohoidon palvelumuodot hyvinvointialue- ja sairaanhoitopiiritasolla. Täydennetyllä SOME-mallilla kustannuksia voidaan arvioida menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhuollon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. SOME-mallia päivitetään määräajoin. Koko maan tasolla käytetään samoja maakuntien ja sairaanhoitopiirien tiedoista aggregoitua aineistoa, jolloin lähtövuoden jakaumatiedot ovat yhteneviä.

8.3.12 Investointien tarve ja vaikuttavuus

8.3.12.1 Käsite

Investoinnilla tarkoitetaan tuotannontekijöiden hankintaa tuotantoa varten. Hankintaa voidaan pitää investointina, jos se on pitkävaikutteinen ja vaikuttaa tuotannontekijänä useana tilikautena (yli yhden vuoden). Kirjanpidossa hankinta voidaan aktivoida taseen pysyviin vastaaviin, jos se on määrältään merkittävä ja luonteeltaan pitkäaikainen. Kirjanpitolautakunnan hyvinvointialue- ja kuntajaosto on täydentänyt kirjanpitolain pysyvien vastaavien määritelmää siten, että hyvinvointialueen pysyviä vastaavia ovat tulon tuottamisen tarkoituksesta riippumatta aineettomat ja aineelliset hyödykkeet, jotka vaikuttavat jatkuvasti tuotannontekijöinä useana tilikautena, sekä toimialasijoittamisen osakkeet ja osuudet ja muut sijoitukset. Kirjanpitolautakunnan kunta- ja hyvinvointialuejaoston pysyvien vastaavien käsitteen laajennus on perusteltu siksi, että hyvinvointialueiden palvelutuotannossa tuotannontekijöiden hankinnan tarkoituksena ei aina ole tulojen kerryttäminen, vaan lakisääteisesti ja/tai valtuuston päätöksellä verovaroin rahoitettujen peruspalvelujen tuottaminen. Pysyvien vastaavien aineellisten ja aineettomien hyödykkeiden hankintameno kirjataan tuloslaskelmaan kuluksi (poistoiksi) järjestelmällisesti niiden taloudellisen vaikutusajan kuluessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa investointien tarve perustuu laissa säädettyjen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen tuottamisen turvaamiseen ja jatkuvuuteen, jos investointitarvetta ei voida kattaa muulla tavoin kuten tiloja vuokraamalla tai hyvinvointialueiden välisellä yhteistyöllä.

8.3.12.2 Mittaamisen perusteet

Investointilaskelmissa arvioidaan yleensä kannattavuutta, mutta niissä ei huomioida, mitä investoinnilla on saatu aikaan. Julkisen sektorin investoinnit eivät yleensä perustu tulonmuodostamiseen, vaan vaikuttavuuteen - pitkällä aikavälillä saavutettuihin hyötyihin. Jos investoinnin hyödyt ovat luonteeltaan ei-rahamääräisiä ja investointi toteutetaan esimerkiksi lain velvoitteiden täyttämiseksi, investoinnin vaikuttavuus on vaikeasti arvioitavissa. KUVA-mittaristossa ei käsitellä yksittäisen investointihyödykkeen vaikuttavuutta, vaan investointien tarvetta ja vaikuttavuutta tarkastellaan palvelujärjestelmätasolla. KUVA-mittaristoon ei luoda yhdistelmämittareita, vaan investointien tarvetta lähestytään tarkastelemalla investointimenojen kokonaisuutta ja keskinäistä jakaumaa suhteessa mittariston muihin ulottuvuuksiin, erityisesti palvelutarpeeseen.

8.3.13 Henkilöstö

8.3.13.1 Käsite

Henkilöstö: sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toimivat ammattihenkilöt (laillistetut tai nimikesuojatut), avustava henkilöstö (kuten hoiva-avustajat) ja tukipalvelujen henkilöstö (kuten hallinnollisten tukipalveluiden, ravitsemuspalveluiden, kiinteistöpalveluiden ja muiden vastaavien palveluiden). Henkilöstön osalta on tärkeää seurata koko järjestämisvastuun piirissä olevaa henkilöstöä (oma tuotanto, ostopalvelut, palvelusetelipalvelut) sekä mahdollisuuksien mukaan alueella toimivaa yksityisen palvelutuotannon henkilöstöä. Nämä muodostavat alueen yhteisen henkilöstöreservin. On muistettava, että hyvinvointialueilla on myös pelastustoimen henkilöstöä.

8.3.14 Lähteet

EOA 2016. [Eduskunnan oikeusasiamies, ratkaisu Dnro 4433/4/15](#).

Halme, S. & Tiirinki, H. (2019) [Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita](#):

Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla. THL Työpaperi 27.

Finlex - ajantasainen lainsäädäntö.

HE 241/2020. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, ml. säädöskohtaiset perustelut.

Hyytiälä H. & Kekomäki M. (2017) [Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöistä](#). Suomen lääkärilehti 46/2017 vsk 72 s. 2664–2665.

Häkkinen et al. 2020: Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Raportti 6/2020

Hämäläinen, P., Kovanen M. & Räikkönen O. (2019) [Ehdotukset sote -ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta](#). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33.

Jonsson P-M., Pikkujämsä S. & Heiliö P-L. (2019) [Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa](#). THL Raportti 16/2019.

Koivisto J. (2001) [Lineaarista systeemiin vaikuttavuuskäsitykseen](#). THL blogi 23.03.2021.

Kotimaisten kielten keskus 2021. [Kielitoimiston sanakirja](#). 12.08.2021.

Miettinen J., Selander K. & Linnosmaa I. (2020) [Sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen](#) teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala.

Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. 2005. [Mitä on terveystalouden tarve?](#). Suomen lääkärilehti, 3 4, vsk 60, 3281–3284. OECD (2021) Health Care Quality Framework.

Pitkänen L., Haavisto I., Vähäviita P., Torkki, P., Leskelä R-L. & Komssi V. (2018) [Vaikuttavuus SOTE:ssa suoritteista tuloksiin](#). Nordic Healthcare Group.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. [Palkon sanasto, Saavutettavuus](#). Palveluvalikoimaneuvosto. 1.9.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. [Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma](#). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. 2022–2026

Sote-sanasto. [Sanastot, Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeiset käsitteet](#).

Sintonen H. & Pekurinen M. (2006) Terveystaloustiede. WSOY.

Tiirinki, H. & Syrjä, V. (2020). [Potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallinen tilannekuva – viranomaisorganisaatioiden roolit ja tietopohja](#). THL Työpaperi 42.

Työpaja kevät 2021. [KUVA-ryhmän työpaja](#). WHO (2021) Quality of care.

Työpaja 9/2021. KUVA-ryhmän käsitetyöpaja: Riittävyys, tarpeenmukaisuus, saatavuus ja yhdenvertaisuus.

KUVA-THL-STM-työpaja 3/2022. KUVA-asiantuntijasihteeristön, THL:n järjestämisen arvioinnin ja STM:n ohjausyksikön välinen työpaja mittariston tarkoituksesta ja keskeisistä käsitteistä.

KUVA-ryhmän kokous 9.12.2021. Jatkokeskustelu yhdenvertaisuudesta.

Virkki, Maria; Leskelä, Riikka-Leena; Ikonen, Tuija; Haatainen, Kaisa; Welling, Maiju; Rauhala, Auvo; Tiirinki, Hanna; Mustonen, Pirjo; Jormanainen, Vesa; Rautava, Päivi; Cansel, Anniina; Heikkilä, Kaisa; Inkinen, Virpi; Isotalo, Jenni; Kalliokoski, Jaana; Siimar, Mari; Sorsa, Olli; Syrjä, Vesa; Ylitalo, Päivi (2021) [Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi](#). VALTIONEUVOSTON SELVITYS - JA TUTKIMUSTOIMINNAN JULKAISUSARJA 2021:68.

KUVA-vaikuttavuustyöryhmä 2023. Kirjallinen kommentointi 3/2023.

Tuottavuus: [Microsoft Word - Selvitys 4 2011 Tuottavuuden mittaaminen RIK2.doc \(vtv.fi\)](#)

Tarveperusteinen rahoitus: [Hyvinvointialueiden sote-palvelujen tarveperustainen rahoitus - THL](#)

Investointimenot: [Yleisohje hyvinvointialueen taseen laatimisesta \(vm.fi\)](#)

Kohde ntumin en	Tehtävä kokonai suus	Palv elulu okka	Väe stön hyvi	Hyvi nvoi nnin,	Pal vel uje	Rah oitu s ja	Kust annu kset	He nkil öst ö	Saat avuu s ja	Laatu: Palvel ujen	Laatu: Asiaka s- ja	Vaik utta vuu s (lyh yt, kesk ipitk ä, pitk ä)	Tiedo nhalli nnan tila	Yhde nvert aisu s
			nnin ja terv eyd en tila	terve yden ja turva llisu uden edist ämis en tila	tar ve	stoi nnit	ja tuott avuu s		saav utett avuu s	yhteen sovitta minen (integr aatio)	potilas turvalli suus, Asiaka slähtöi syys			
	ympäris tö													
Yhdys pinnat ?	Hyvinvo innin ja terveyd en edistäm inen													

Sisältyy muihin tehtäväkokonaisuuksiin, mutta täytyy painottaa alaryhmytyössä:

- Kuntoutus
- Lääkehoito

8.5 Mittariston jäsentäminen (luonnos)

8.5.1 KUVA-mittariston jäsentämisen peruseriaatteen

Mittariston tulee kertoa päätöksentekijälle toiminnalle tärkeistä syy- ja seuraussuhteista ja luoda perusta tavoitteiden seurannalle ja asettamiselle. Samanaikaisesti mittareita ei saa olla liikaa. Hyvä käytäntö on johtaa mittarit suoraan tavoitteista. Mittaristo sisältää tyypillisesti sekä mittaamiskategoriat että hierarkian selittävien mittareiden osalta. (esim. Leskelä ym. 2019 s. 50.).

Mittariston tulee muodostua päätöksenteon tarpeista käsin. Näin sisällön kehittämisen keskeisenä lähtökohtana on kysymys, minkälaista tietoa tarvitaan ja miten jäseneltynä, jotta analyysiin perustuen voidaan tehdä luotettavia päätöksiä.

KUVA-ryhmän mukaan (työpaja 6/2021) vaikuttavuusperusteista ohjausta ja arviointia tukevan mittariston jäsentämisen kannalta tärkeimmät elementit ovat seuraavat:

1. **Mittariston tulee auttaa asettamaan ja seuraamaan tavoitteita.** Keskeinen lähtökohta tavoitteille on lainsäädäntö, jossa sanotaan ne tavoitteet, joita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle on asetettu ja toisaalta substanssilainsäädäntö, jonka toteuttamiseksi järjestelmä on laadittu. Tämän lisäksi mittariston avulla tulee voida seurata lainsäädännöstä johdettuja valtakunnallisia tavoitteita sekä nostaa esiin tarve uusille valtakunnallisille tavoitteille. Lainsäädännön asettamat tavoitteet voivat olla luonteeltaan spesifejä tai abstrakteja, jolloin lainsäädännön asettamia tavoitteita voidaan täydentää lainsäädäntöä jalkauttavissa strategioissa esitetyillä tavoitteilla, tai tutkimuskirjallisuuden perusteella vaikuttaviksi osoitetuilla prosesseilla.
2. **Mittariston avulla seurataan vaikuttavuustavoitteita sekä tavoitteita, joilla vaikuttavuuteen pyritään.** Mittariston avulla seurataan tavoiteltavien lopputulosten saavuttamista, annetuilla voimavaroilla. Tämä havaitaan pitkällä aikavälillä **tavoitteen suuntaisena muutoksena** väestön hyvinvoinnissa ja terveydessä (esim. kuolleisuus, toimintakyky, sairastavuus) ja näiden yhdenvertaisuudessa (vaihtelu väestöryhmittäin järjestäjän toimesta). Vaikuttavuuden lisäksi tulee havainnoida, **tehdäänkö asioita siten, että ne vievät kohti tavoitteen suuntaista muutosta tai mahdollistavat tavoitteen suuntaisen muutoksen**, mikä edellyttää palvelutarvetta vastaavien vaikuttavien toimien tarkastelua, eli voimavaroihin ja prosesseihin kiinnittyvien toiminnallisten tavoitteiden sekä tarvetta kuvaavien tekijöiden seurantaa. Näin vaikuttavuutta estävään toimintaan päästään nopeasti kiinni.
3. **Mittaristo yhdistää yksityiskohdat isoksi kuvaksi päättelyketjujen avulla.** KUVA-mittariston avulla tulee olla selitettävissä mikä johtuu mistäkin, mikä mahdollistaa pureutumisen alueellisiin tai väestöryhmittäisiin eroihin ja niiden juurisyihin. Lisäksi mittariston tulee kuvata järjestäjän suoriutumista eri tasoilla asukkaidensa koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävässä, tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palveluissa ja yksittäisissä palveluissa. Päättelyketjuajattelun avulla voidaan edetä tietojen yhdistämiseen; kuvaamisen avulla läpivalaistaan mittariston pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä ja ajattelua asioiden ja ilmiöiden välisistä suhteista eri tasoilla. Päättelyketjut toimivat tietotarpeen tunnistamisen välineenä ja perustelevat mittariston sisällön.

8.5.2 Päättelyketjuajattelun kuvaus

8.5.2.1 Teoreettinen tausta

Päättelyketjut (Logic Models, myös causal chains, log frames, conceptual models, result chains, theory of change, vaikuttavuus- tai arvoketju) ovat laajasti käytetty malli terveystalouden tai palvelujärjestelmän toiminnan arvioinnissa ja tutkimuksessa. Päättelyketjut ovat väline paitsi vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin, myös toiminnan ohjaamiseen tavoiteltuun suuntaan. Päättelyketjun avulla ketjun **kriittiset palaset järjestäytyvät malliksi**, joka kuvaa, millä tavalla palvelun tulisi tuottaa tavoiteltu muutos terveyden tai hyvinvoinnin tilassa. Kuvaamalla päättelyketjut pyritään löytämään vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin taustalla vaaditut kausaalisuhteet tunnistamalla keskeiset muutoksen elementit ja kiinnittämään elementteihin kuvaavaa tietoa fokusoidusti ja hallitusti.

Päättelyketjut:

- kuvaavat, miten toiminta tuottaa sille asetetut hyvinvointi- tai terveystavoitteet
- muodostavat teorian muutoksesta muutosprosessin kuvauksen avulla
- sisältävät yleensä osiot
 - toimintaympäristöstä ja tarpeesta (context & need)
 - resursseista (inputs)
 - toiminnasta / prosessista (outputs/process)
 - tavoitellusta muutoksesta / hyödystä (outcome)
 - näiden välisistä suhteista.

Hyvä päättelyketju:

- ei kuvaa kaikkea mikä tapahtuu, vaan keskeisiä prosessin osia (priorisointi)
- erottelee päättelyketjun osiot (edm) selvästi omikseen
- kuvaa syy-seuraussuhteita osioiden ja asioiden välillä
- malliin nostetut asiat (prosessin osat) ovat hyvin perusteltuja
- kuvaa muutosprosessia käsitekartan sijaan: toiminnan on tapahduttava ennen lopputulosta (syyn ennen seurausta)
- tunnistaa tärkeitä tekijöitä ko. palvelun ulkopuolelta (systeemiajattelu, relevantit asiat myös muissa palveluissa)

- voi sisältää onnistumisen kannalta merkityksellisiä asioita eri tasoilla: toiset isoja, toiset pieniä
- erottelee ajallisesti toiminnalla aikaansaadut, tavoitellut muutokset terveyden- tai hyvinvoinnin tilassa: (short, medium, long-term outcomes)
- erottelee ja valitsee tason: tavoitellaanko toiminnalla vaikuttavuutta yksilö- vai yhteisön tasolla.

Päätelyketjut ovat tieto- ja teorialähtöisiä kuvauksia ja niiden kuvaamiseen (design) osallistuu yleensä useita eri näkökulmia edustava ryhmä. Ryhmän tehtävänä on huolellinen taustatyö ja keskustelu siitä, mitkä ovat palvelun onnistumisen näkökulmasta tärkeimmät elementit, ja miten ne ovat kytköksissä toisiinsa.

Päätelyketjut tulisi muodostaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa:

"Early development of a logic model is advisable. It helps to focus the process evaluation on the most important research questions and make best use of limited resources for data collection and analysis."

Päätelyketjujen kuvaamisessa joudutaan tasapainoilemaan liian yksinkertaistamisen ja liian yksityiskohtaisen ja monimutkaisen (real world) kuvaamisen välillä:

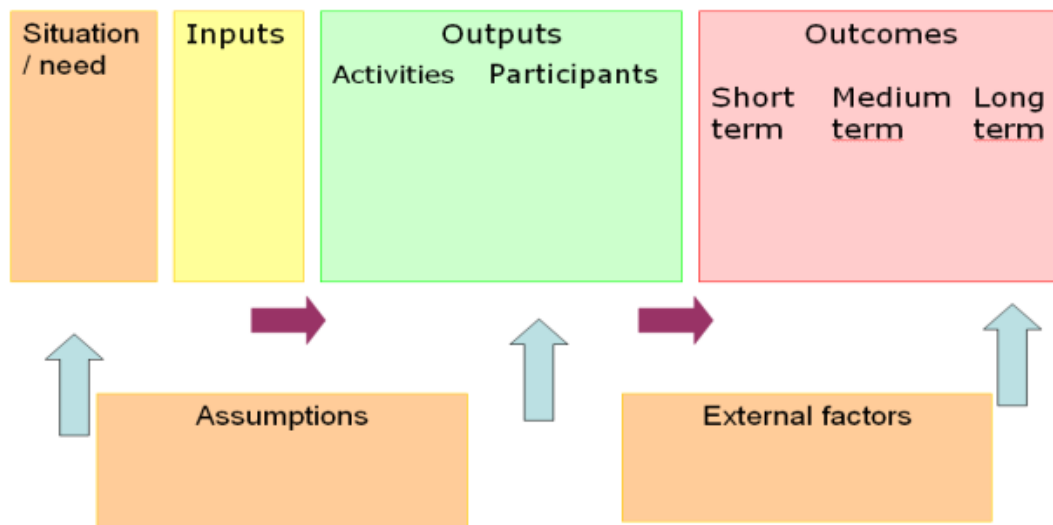
"Logic models are () relatively mechanistic, linear representations of processes of change which do not reflect the full complexity of the real world () but provide a simplicity that has advantages for planning and conducting evaluations."

8.5.2.2 Päätelyketjujen mallirakenteet

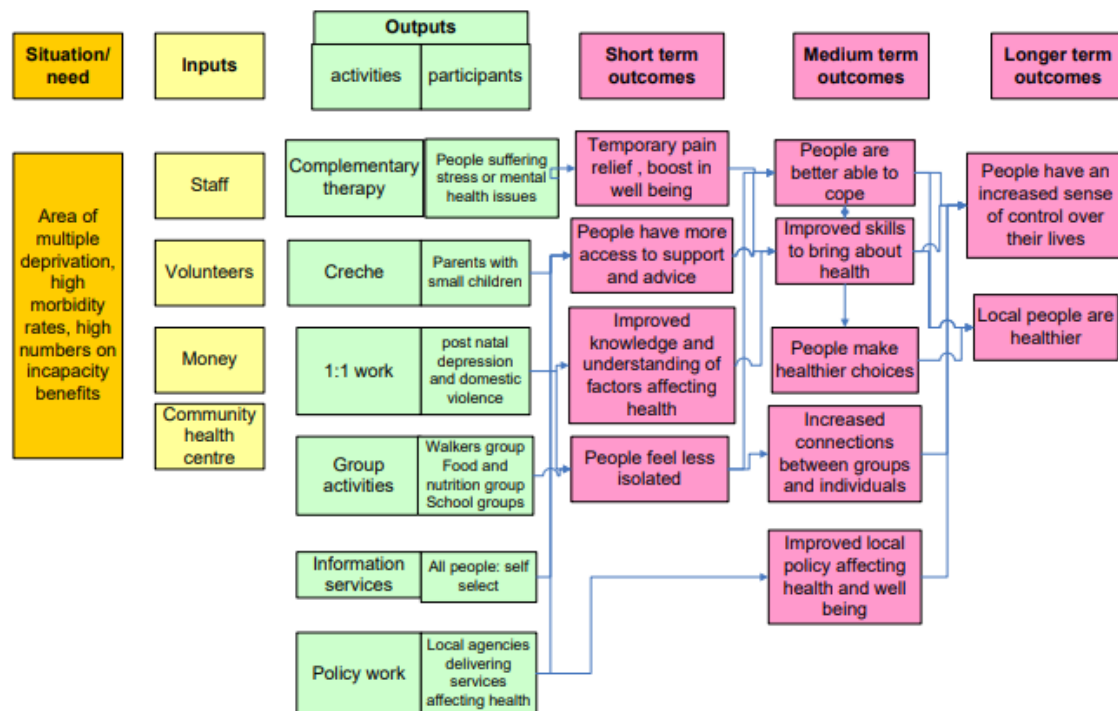
Päätelyketjuista on olemassa useita eri mallirakenteita. Usein käytettyjä mallirakenteita ovat Wisconsinin malli ja Weaverin kolmio (ks. esimerkkikuviot alla).

The Wisconsin Model

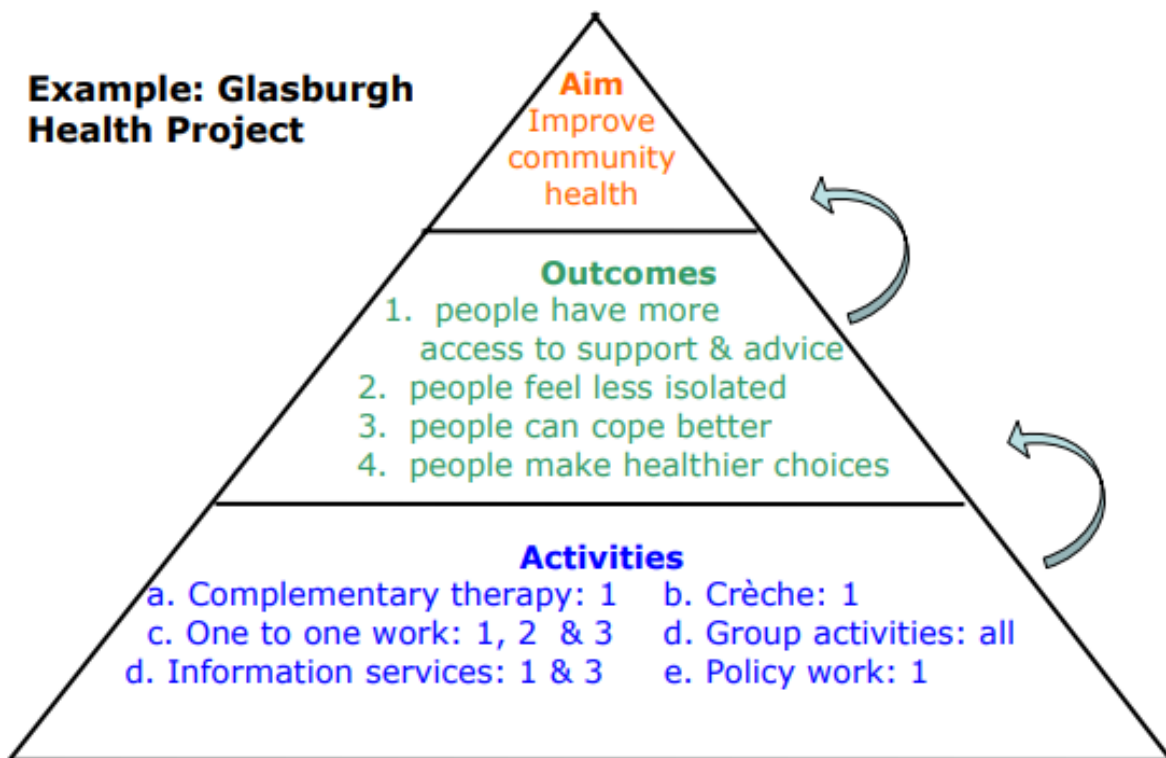
Here are the components of the logic model framework:



Glasburgh Health Project



The Weaver triangle



8.5.2.3 Päättelyketjujen rakentamisen osa-alueet

Päättelyketjun rakentaminen sisältää eri osa-alueita lähteestä riippuen. Yhteenvetona päättelyketjun rakentaminen sisältää yhteensä yhdeksän vaihetta, joihin kiinnitetään aihealueeseen soveltuvia apukysymyksiä. Vaiheet on kuvattu taulukossa x. Päättelyketjujen rakentaminen sovellettuna KUVA-mittariston kehittämistyöhön on kuvattu alakohdassa (Miten kehittää ja kuvata päättelyketju?).

Vaihe	Osa-alue
1	Ymmärrä konteksti
2	Aseta vaikuttavuustavoitteet
3	Tunnista toiminnalliset tavoitteet ja palvelut, joista vaikuttavuus syntyy
4	Tunnista yhteydet
5	Kirjaa perustelut
6	Arvioi päättelyketjun toimivuus ja riittävyys
7	Testaa perusteet ja oletukset
8	Validoi
9	Hyväksy
(10)	(Mittareiden kiinnittäminen ja kehitystyö)
(11)	(Ylläpitovaihe: päättelyketjujen säännöllinen arviointi ja mittariston jatkuva päivittäminen)

8.5.3 KUVA-mittariston jäsentäminen päättelyketjujen avulla

Päättelyketjujen avulla muodostuu sekä koko mittariston tasolla, tehtäväkokonaisuuksien/palvelusegmenttien tasolla että yksittäisten palvelujen (ja näitä kuvaavien mittarien) tasolla syy-seuraussuhteiden malli, jonka perusteella syntyy kokonaiskuva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen onnistuneisuudesta alueellisesti ja kansallisesti.

Päättelyketjujen kirkastaminen ohjaa kohti parempaa ja eheämpää mittaristoa, ja samalla läpivalaisee sitä ajattelua, miten mittariston ajatellaan kuvaavan onnistumista tehtäväkohtaisten/palvelusegmenttisten palvelujen järjestämisessä ja miten koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on onnistunut. Läpivalaisu myös edesauttaa mittariston tuottamaan palvelujärjestelmän tilannekuvaan sitoutumista, kun sen logiikkaa ymmärretään paremmin. Päättelyketjujen avulla pystytään muodostamaan perusteltu määrällinen tietopohja vaikuttavuusperusteisen strategisen ohjauksen ja arvioinnin tueksi.

Päätelyketjujen kuvaaminen ohjaa mittariston kehittämistä myös ylläpitovaiheessa. Tällöin mittariston kehittämisen keskeinen kysymys on, miten päätelyketjua tulee muuttaa, jotta se edelleen kuvaa todellisuutta. Kun päätelyketjua muutetaan, tiedetään mitä mittareita pitää muuttaa tai lisätä. Lisäksi saadaan lisätietoa tietopohjan kehittämisen tueksi.

Päätelyketjut muodostetaan ensin kiinnittämällä luokitellut tavoitteet tehtäväkokonaisuuksittain/palvelusegmenteittäin ulottuvuuskehikon sisään. Kun tavoitteet on tiedossa ja listattu, selvitetään, mitkä asiat kuvaavat niin perimmäisten (lopputulos) kuin toiminnallisten tavoitteiden (mm. prosessit ja voimavarat) saavuttamista. Toiminnallisten tavoitteiden toteutuminen selittää perimmäisten tavoitteiden (lopputulosmittarit) toteutumista.

Mittariston kehittämistä ohjaa järjestämislain mukainen vaikuttavuusperusteinen tarkastelu. Siten mittariston tarkoituksena on nostaa esiin hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta eli, että alueilla tehdään oikeita asioita oikein väestön palvelutarpeeseen pohjautuen. Tämä tarkoittaa valtioneuvoston vahvistamien kansallisten tavoitteiden ja lainsäädännön asettamien tavoitteiden toteutumista tavoitteen suuntaisesti (muutos). Mittariston on lisäksi nostettava esiin tarve uusille kansallisille tavoitteille, jotta järjestelmä kehittyy oikeaan suuntaan.

8.5.3.1 KUVA-mittariston jäsentäminen ulottuvuuskehikossa

KUVA-mittariston rakenne noudattaa Wisconsinin mallirakennetta, jossa ulottuvuudet on järjestetty seuraavasti:

1. toimintaympäristö, tarve (väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tila, palvelujen tarve),
2. voimavarat (rahoitus ja investoinnit, kustannukset ja tuottavuus, henkilöstö),
3. prosessit (saatavuus, laatu: palvelujen yhteensovittaminen, laatu: asiakas- ja potilasturvallisuus, asiakaslähtöisyys) ja
4. lopputulos (vaikuttavuus).

Jäsentämistä tehdään kahdella eri tasolla: pääasiallisesti ulottuuksien läpi (makro) ja täydentävästi yksittäisten tavoitteiden ja mittarien tasolla (mikro).

8.5.3.1.1 Jäsentäminen ulottuvuuksien tasolla

KUVA-mittariston jäsentäminen ulottuvuuksittain käyttötapaa kuvaavine kysymyksineen on kuvattu taulukossa v. KUVA-mittariston avulla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä arvioidaan tarkastelemalla ulottuvuuksia suhteessa toisiinsa. Väestön hyvinvointi ja terveys, sen edistämisen tila sekä palvelujen tarvetieto määrittää sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytettävissä olevan rahoituksen tasoa hyvinvointialueilla sekä investointien tarvetta ja kohdentamista. Rahoitus ja

investoinnit yhdistettynä väestön palvelujen tarvetta kuvaavaan tietoon puolestaan määrittelee kustannustasoa ja sen keskinäistä tehtäväkokonaisuuksien/palvelusegmenttien välistä jakaumaa, mutta myös henkilöstön määrää ja jakautumista tehtävittäin sekä ammattiryhmittäin.

Kustannustasoa määrittelee palvelutarpeen ja rahoituksen lisäksi tuottavuus. Palvelujen tarve sekä voimavarojen käyttö ovat taas tärkeimmät tekijät palvelujen toteuttamiseksi oikea-aikaisesti (saatavuus) ja saavutettavasti. Hoitoon tai palveluun pääsy on edellytys palvelujen laadun havainnoimiselle ja siten asiakas- ja potilasturvallisuudelle, asiakaslähtöisyydelle sekä palvelujen yhteensovittamiselle ja -sopivuudelle. Vaikuttavuusulottuvuus kuvaa miten hyvin palvelujärjestelmälle ja järjestämistehtävälle asetetut tavoitteet väestön hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi on saavutettu edellä mainittujen ulottuvuuksien kautta.

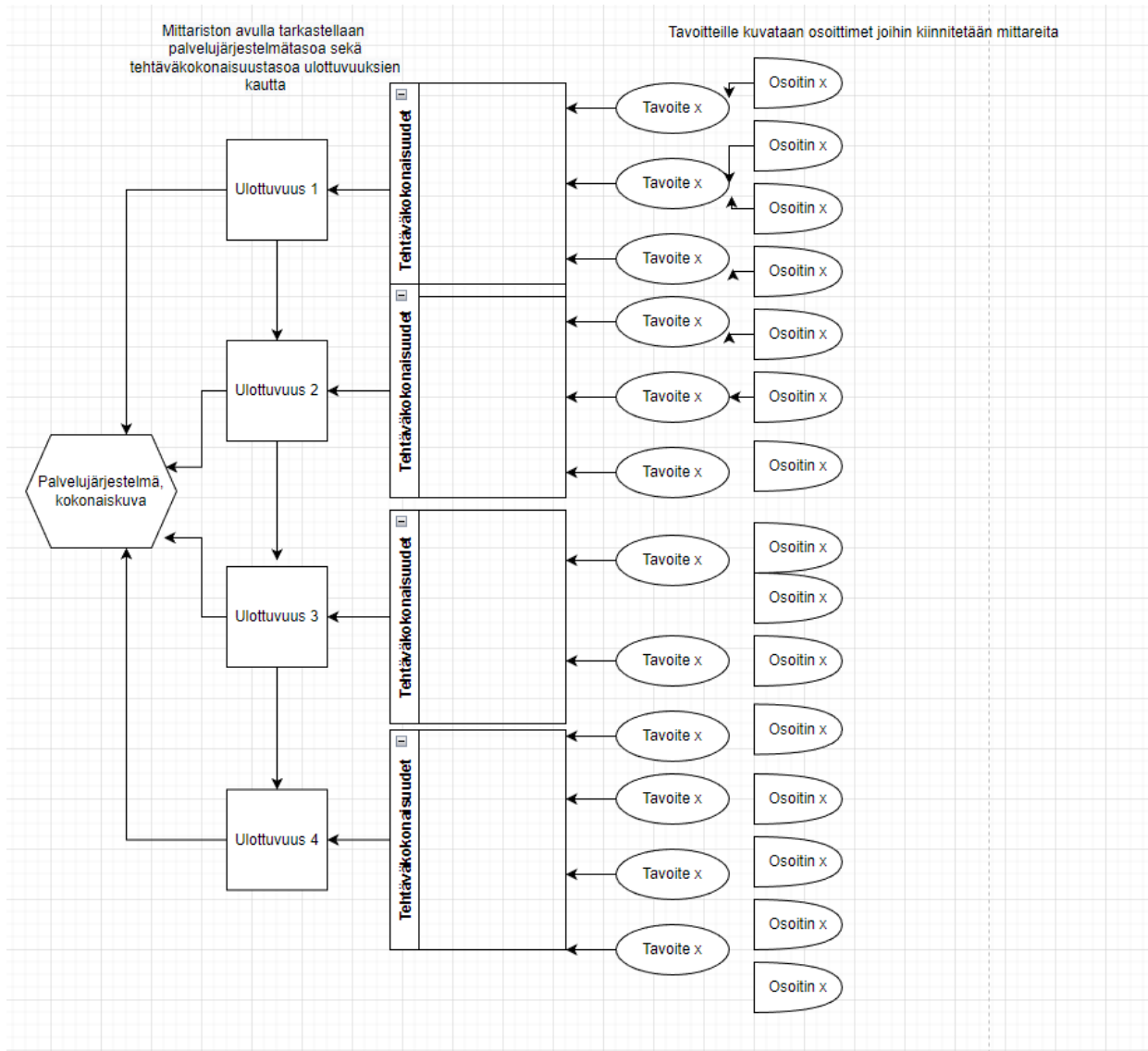
Yhdenvertaisuus ja tiedonhallinnan tila esiintyvät KUVA-mittaristossa omina ulottuvuuksinaan, vaikka ne ovat luonteeltaan läpileikkaavia ulottuvuuksia. Siten näiden ulottuvuuksien tietoja esiintyy useissa ulottuvuuksissa samanaikaisesti, mutta niitä voidaan tarkastella myös omina tietokokonaisuuksinaan. Erityisesti yhdenvertaisuutta voidaan tarkastella mittaristossa syventävien mittarien avulla.

Päätelyketju					
Onko tehty oikeita asioita oikein? Onko muutossuunta oikea?					
Mitä palveluja tarvitaan?	Miten resurssit on käytetty? Millaiset ovat rakenteet ja voimavarat, jotka mahdollistavat oikeiden asioiden tekemisen oikein (rakenteet - miten resurssit on käytetty)?	Miten palvelut tulee toteuttaa Minkä ajatellaan johtavan muutokseen (prosessit)?	Miten onnistumisen tulisi näkyä? Tavoitteen suuntainen muutos toiminnan perimäisessä tavoitteessa (tulos). Tätä voidaan mitata suoraan tai epäsuorasti	Miten seuraa mme?	Miten yhdenv ertaisu us toteutu u?

Väestö n hyvinv ointi ja terveys väestör yhmittä in	Hyvin voinni n ja terve yden edist ämis en tila	Palv eluje n tarv e	Rah oitus ja inve stoin nit	Kusta nnuks et ja tuotta vuus	Hen kilös tö	Saatav uus ja saavut ettavu us	Laatu: Palveluj en yhteens ovittami nen (integraa tio)	Laatu: Asiakas - ja potilast urvallis uus ja asiakasl ähtöisy ys	Vaikuttavuus. lyhyt, keskipitkä, pitkä aikaväli	Tiedon hallinn an tila	Yhdenv ertaisu s
--	---	---------------------------------	--	---	--------------------	--	---	--	---	------------------------------	------------------------

Päättelyketjut rakennetaan läpi ulottuvuuksien (makro) riippuen analyysin kohteesta

- Palvelujärjestelmän tasolla: analyysin kohteena järjestäjän suoriutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävässä. Tarkastelussa koko mittaristo.
- Tehtäväkokonaisuuksittain/palvelusegmenteittäin: analyysin kohteena järjestäjän suoriutuminen tehtäväkokonaisuuden/palvelusegm. palvelujen järjestämisessä. Tarkastelussa tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin mittarit.
- Palveluittain: analyysin kohteena järjestäjän suoriutuminen yksittäisen palvelun (luokan) järjestämisessä. Tarkastelussa tärkeimpiä palveluja kuvaavat mittarit.



Päätelyketjujen kuvaamisen avulla tavoitteita kuvaaviin osoittimiin kiinnitetään vastaavaa mittaritietoa. Rautalankamalli (luonnos) syntyvästä kokonaisuudesta on kuvattu kuviossa y.

Päätelyketjujen avulla mittaritiedon avulla muodostetaan arvioinnin ja ohjauksen edellyttämä analyysi järjestäjän suoriutumisesta. On kuitenkin huomioitava, että kaikista päätelyketjuissa kuvatuista tietotarpeista ei ole saatavilla määrällistä tietoa vaan eheän analyysin muodostaminen edellyttää aina myös laadullisia tietolähteitä. Tällöin puutteet määrällisessä tiedossa voidaan asettaa tulevaisuuden kehittämistehtäviksi.

8.5.3.1.2 Jäsentäminen yksittäisten tavoitteiden ja mittareiden tasolla

Samanlainen tarkastelu voidaan tehdä mikrotasolla yksittäisen tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin ja ulottuvuuden yhtymäpisteessä. Tällöin yksittäiseen asiaan ja tätä kuvaavaan mittariin voidaan kiinnittää selittävää tietoa esim. rakenteista ja prosesseista, jotka selittävät tai kuvaavat mittarin saamaa tulosta mutta jotka eivät esimerkiksi ole

järjestäjän järjestämisvastuulla, eivät nouse esiin kriittisinä tekijöinä päättelyketjun muissa osissa tai tapahtuvat muulla kuin sote-toimialalla. Tehtäväkokonaisuuteen/palvelusegmenttiin liittyvät tavoitteet kirjataan ulottuvuuksittain, ja tämän jälkeen vaikuttavuus- tai toiminnallista tavoitetta mitataan tavoitteen suuntaisena muutoksena (päämittari) ja näihin kiinnitettyjen selittävien mittarien avulla. Esimerkiksi lääkäriytyövoiman saatavuutta määrittää osaltaan alueen koulutuspaikkojen määrä, päivystyspalvelujen saavutettavuutta puolestaan matka-aikaan liittyvät tekijät (esimerkiksi vesistöt, tieverkko) mitkä tulisi huomioida soten ulkopuolisina selittävinä tekijöinä.

8.5.3.1.3 Syventävät mittarit

Mittaristoon tarvitaan myös syventävää tarkastelua, jolloin koko kohderyhmää kuvaavia päämittareita ositetaan kuvaamaan ko. ilmiön kohdannutta osaryhmää. Syventävien mittarien avulla voidaan päämittarin lisäksi löytää osaryhmiä, joihin alueen tulisi erityisesti kohdentaa palvelujärjestelmän toimia (asiakassegmentointi). Samalla on varottava mittariston liiallista hajautumista ja mittareiden määrän kasvattamista.

KUVA-mittareita voidaan osittaa usealla eri tavalla. Syventäviä mittareita voidaan muodostaa kuvaamaan väestöryhmien välisiä eroja, mikä mahdollistaa yhdenvertaisuuden seurannan palvelujärjestelmässä. Syventävillä mittareilla voidaan kuvata myös lopputuloksen tai päämittarien tulosta selittäviä tärkeimpiä sairausryhmiä: esimerkiksi KUVA-mittaristossa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilaa kuvaava ikäväliillä 0-80 vuotta tapahtuneiden kuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien PYLL-mittari voidaan osittaa kuolemia eniten aiheuttaviin kuolinsyryryhmiin. Mainitut ositustavat voidaan myös yhdistää ja kuvata menetettyjä elinvuosia seuraavilla tavoilla:

Menetetyt elinvuodet (PYLL) päämittari (vuosia)

Väestöryhmien välinen seuranta sosioekonomisen aseman mukaan: Menetetyt elinvuodet (PYLL), RII-indeksi (tuloryhmien välisten suhteellisten erojen tunnusluku)

Kuolinsyryryhmien välinen seuranta: Menetetyt elinvuodet (PYLL) kuolinsyryryhmittäin (vuosia)

Väestöryhmittäisten erojen seuranta sairausryhmittäin: Menetetyt elinvuodet (PYLL)

kuolinsyryryhmittäin, RII-indeksi (tuloryhmien välisten suhteellisten erojen tunnusluku)

Tämä lisäksi monet eri mittarit voidaan osittaa ikäryhmittäin. Ikäryhmätarkastelussa joudutaan valitsemaan koko mittariston vertailun mahdollistavan ikäjaottelun ja palvelukohtaisen ikäjaottelun väliltä.

8.5.4 Miten kehittää ja kuvata päättelyketju?

8.5.4.1 Eteneminen kysymys kysymykseltä

KUVA-mittariston kehittämiseen sovellettuna päättelyketju rakennetaan yhdeksään vaiheeseen nojaten alla olevalla tavalla (taulukko 6). Tietotarpeen tunnistamisen jälkeen voidaan edetä mittarien valinnan ja kehittämisen vaiheeseen sekä ylläpitovaiheeseen (KUVA-lisäys).

Vaihe	Osa-alue	Kysymykset
1	Ymmärrä konteksti	1. a. Missä kontekstissa vaikuttavuutta arvioidaan? b. Mihin tietoa käytetään? c. Millaisia päättelyketjuja tarvitaan? d. Mitkä palvelut kuuluvat tehtäväkokonaisuuteen/palvelusegmenttiin? miten palvelut ryhmitellään ja mitkä ovat tärkeimmät seurattavat palvelut? mitkä ovat erityisen haavoittuvat asiakasryhmät tehtäväkokonaisuudessa/palvelusegmentissä?
2	Aseta vaikuttavuustavoitteet Vaikuttavuus näyttäytyy lyhyellä, keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä.	Miten onnistumisen tulisi näkyä? Tavoitteen suuntainen muutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa (outcome). Voi ilmentyä suoraan tai epäsuorasti, eri tavoin ajassa. 1. a. minkälaisia tavoitteita lähteet¹ asettavat koskien tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palveluilla tavoiteltavia lopputuloksia? b. miten tavoitteiden toteutumista voidaan havainnoida eri osoittimien avulla? c. miten eri aikajänteen vaikuttavuustavoitteet ovat ajallisessa yhteydessä toisiinsa?

3	Tunnista toiminnalliset tavoitteet ja palvelut, joista vaikuttavuus syntyy Tavoitteet tunnistetaan ensin ylätasolla ja sitten yksityiskohtaisesti (esimerkiksi yksityiskohtainen lainsäädäntöön kirjattu tavoite, määräaika).	Miten palvelut tulee toteuttaa? Minkä ajatellaan johtavan muutokseen (vaikuttavat prosessit, process / outputs)? 1. a. minkälaisia tavoitteita lähteet¹ asettavat koskien palvelujen toteuttamista tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palveluissa? b. miten tavoitteiden toteutumista voidaan havainnoida eri osoittimien avulla? Miten resurssit on käytetty? Millaiset ovat rakenteet ja voimavarat, jotka mahdollistavat oikeiden asioiden tekemisen oikein (inputs)? 1. a. minkälaisia tavoitteita lähteet¹ asettavat koskien palvelujen toteuttamiseen vaadittavia resursseja tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palveluissa? b. miten tavoitteiden toteutumista voidaan havainnoida eri osoittimien avulla? Mitä palveluja tarvitaan? (context: tarve) Mistä tunnistamme, mitä palveluja järjestämistehtävän onnistumisen näkökulmasta tarvitaan? 1. a. minkälaisia tavoitteita lähteet¹ asettavat koskien väestön hyvinvointia ja terveyttä, sen edistämistä sekä palvelutarvetta? - b. miten tavoitteiden toteutumista voidaan havainnoida eri osoittimien avulla?
---	---	--

4	Tunnista yhteydet Muutosteorian luominen (Theory of Change) tunnistettujen tavoitteiden ja osoittimien välille.	Miten tunnistetut asiat ovat yhteydessä toisiinsa? 1. a. millaisen selitysketjun (syys-seuraussuhteet, vaikuttavuuden rakentuminen) tunnistetut tavoitteet ja osoittimet muodostavat tehtäväkokonaisuuden/palvelusegmentin palveluissa? b. sidos muihin palveluihin: näyttäytyvätkö vaikuttavuutta, prosesseja, voimavaroja tai tarpeen tunnistamista kuvaavat osoittimet muissa tehtäväkokonaisuuksien/palvelusegmenttien palveluissa (toisessa palvelujärjestelmän osassa)? c. mitkä toimintaympäristöön liittyvät muut tekijät vaikuttavat tehtäväkokonaisuuteen/palvelusegmenttiin?
5	Kirjaa perustelut Tavoitteita kuvaaville osoittimille ja niiden välisille yhteyksille kuvataan riittävät perustelut.	Miksi ajattelemme, että muutos syntyy? 1. a. mihin päättely syys-seuraussuhteista perustuu?
6	Arvioi päättelyketjun toimivuus ja riittävyys Pystytäänkö kuvattujen asioiden avulla tuottamaan tavoiteltu muutos, muodostaako kokonaisuus 'logiikan'.	Muodostavatko osoittimet eheän syys-seuraussuhteiden ketjun? 1. a. puuttuuko jotain tärkeää - kuvaako ketju kaikkia kriittisiä tekijöitä? b. onko yksityiskohtia liikaa - mitä voidaan poistaa?

	Missä tilanteissa logiikka särkyy - päättelyketjua tulisi uudelleenarvioida?	c. mitkä mahdollisesti muuttuvat taustatekijät vääristävät / muuttavat päättelyketjua?
7	Testaa perusteet ja oletukset Yhteyksien perustelujen pitävyyden tarkastelu evidenssin keräämisen ja näytön arvioinnin keinoin.	
8	Validoi Hyväksyttävyyden arviointi osallisten ja asiantuntijoiden palautteen ja kommenttien kuulemisen keinoin.	
9	Hyväksy Päättelyketjujen hyväksyminen valmiiksi päätöksentekoaikana.	
10	Mittareiden valinta ja kehitystyö	
11	Ylläpitovaihe: päättelyketjujen säännöllinen arviointi ja mittariston jatkuva päivittäminen	

¹Tavoitteet tulee jakaa kehittämistyössä hierarkkisesti kolmeen alla kuvattuun luokkaan (lähdehierarkia). Luokka merkitään tavoitteen perään suluissa ().

Lähdehierarkia

- Säädöksistä tulevat tavoitteet (1)
 - Perustuslaissa säädetyt perusoikeudet, joista sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvät erityisesti palvelujen riittävyys ja yhdenvertaisuus
 - Terveystenhuolto- ja sosiaalihuoltolaista: toteuttamisen tapa ja prosessiin liittyvät tavoitteet
 - Substanssilaeissa ja asetuksissa edellisiä tehtäväkohtaisesti tarkentavat säädökset
 - Järjestämislaista tulevat hyvinvointialueelle asetetut velvoitteet
- Kansalliset strategiset tavoitteet (2)
 - Järjestämislain § 22 mukaiset valtakunnalliset tavoitteet, jotka vaihtuvat neljän vuoden välein
 - Kansalliset strategiat
- Muut tavoitteet ja vaikuttavat prosessit (3)
 - Tutkimusten tai muun tiedon perusteella vaikuttavat prosessit tai tavoitteet, jotka ilmentävät tai johtavat tavoiteltaviin lopputuloksiin

8.5.5 Lähteet:

- KUVA-ryhmä (2021), suullinen ja kirjallinen käsittely (ei julkaistu).
- Pitkänen L, Torkki P, Tolkki H, Valtakari M, Leskelä R-L (2020) [Reittiopas vaikuttavuuteen: Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1
- Leskelä R-L, Haavisto I, Jääskeläinen A, Helander N, Sillanpää V, Laasonen V, Ranta T, Torkki P (2019) [Tietojohdaminen ja sen kehittäminen: tietojohdamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:42
- Qiu J, Game T, Tallis H, Olander L, Glew L, Kagan J, Kalies E, Michanowitch D, Phelan J, Polasky S, Reed J, Sills E, Urban D & Weaver S. (2018) Evidence-Based Causal Chains for Linking Health, Development, and Conservation Actions. BioScience vol 68 no 3
- [Creating Program Logic Models](#) (saatavissa 2.3.2023), kirjoittaja tuntematon
- Lerer L (1999) Health impact assessment. HEALTH POLICY AND PLANNING; 14(2): 198–203

- Millara A, Simeoneb R, Carnevalec J (2001) Logic models: a systems tool for performance management. *Evaluation and Program Planning* 24 (2001) 73±81
- Centre of Excellence for Evaluation (2010) [Supporting Effective Evaluations: A Guide to Developing Performance Measurement Strategies](#).
- De Silva M, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C & Patel V (2014) [Theory of change](#). *Trials* 2014,15:267
- Breuer E, Lee L, De Silva M & Lund C (2016) Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implementation Science* (2016) 11:63 DOI 10.1186/s13012-016-0422-6
- GOV UK (2018) [Evaluation in health and wellbeing: Creating a logic model for an intervention](#).
- ActKnowledge (2012) [Facilitator's source book: Source book for facilitators leading theory of change development sessions](#).
- Evaluation Support Scotland (2020) [Evaluation Support guide 1.2 Developing a Logic Model](#).

9 VA2 01 Kansallisen tietopohjan yhtymäpinnat

9.1 Kansallisen sote-tietopohjan kokonaisuus

Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohja koostuu useista osa-alueista, ts. tietosisällöistä. Näitä osa-alueita hyödynnetään joko suoraan tai epäsuorasti ministeriöiden ohjaus- ja THL:n arviointitehtävän tukena. Keskeisimmät osa-alueet ovat KUVA-mittariston lisäksi

9.1.1 Hyvinvointialueiden julkinen talous

Hyvinvointialueiden taloustiedot määrittää AURA-palveluluokitus, jota hallinnoidaan VM:n asettamasta Taloustietojen yhteistyöryhmästä käsin (TATITYY). Valtiovarainministeriö antaa vuosittain asetukset kunnan ja hyvinvointialueen taloustietojen toimittamiseen sovellettavista tietosisällöistä ja teknisistä kuvauksista. Kerättävien taloustietojen tietosisällöt vahvistetaan vuosittain VM:n asetuksella, joka vaikuttaa asetuksen antoa seuraavan vuoden tietosisältöön. Muutokset tietosisällöissä näkyvät vuositasoisessa raportoinnissa seuraavan vuoden alussa. Asetuksella annettava koodisto löytyy Koodistot-verkkopalvelusta. Sovellettava tekninen kuvaus ja raportointikokonaisuudet pakollisuustietoineen löytyvät [Avoindata.fi](https://avoindata.fi)-verkkopalvelusta.

9.1.2 Vähimmäistietosisällöt

Vähimmäistietosisällöt muodostuvat sekä hyvinvointikertomuksen ja suunnitelman vähimmäistiedoista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen vähimmäistietosisällöistä. Yhteistä tietosisällöille on, että molempien tietosisältöjen ensisijaiset käyttäjät ovat alueiden edustajat ja välillisesti kansalliset toimijat.

THL on yhteistyössä alueiden kanssa valmistellut ehdotuksen hyvinvointikertomuksessa ja -suunnitelmassa hyödynnettävistä vähimmäistietosisällöistä. Hyvinvointikertomuksen vähimmäistietosisällön tarve perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 6–7 §, joka määrittää väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurantatehtävät kunnalle mutta myös hyvinvointialueelle. Kunnan on seurattava kuntalaisten elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Kunnan on toimitettava hyvinvointikertomus ja -suunnitelma hyvinvointialueelle ja julkaistava se julkisessa tietoverkossa; hyvinvointialueen on vastaavasti seurattava asukkaattensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Hyvinvointialueella on raportoitava asukkaiden hyvinvoinnista ja terveydestä, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä aluevaltuustolle vuosittain sekä valmisteltava aluevaltuustolle valtuustokausittain alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma edellä mainituista asioista yhteistyössä alueensa kuntien kanssa. Sekä ehdotus

tietosisällöistä että sen sisältämät kansallisista (tai muista avoimista ja maksuttomista) lähteistä saatavat tiedot ovat avoimesti saatavilla THL:n verkkosivuilla.

Hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman vähimmäistietosisällön lisäksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (29 §) edellyttää, että hyvinvointialueet hyödyntävät myös ns. sotejärjestäjän johtamisen vähimmäistietosisältöä järjestämisvastuullaan olevan sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohtamisessa toiminnan, tuotannon ja talouden ohjauksen, johtamisen ja päätöksenteon tukena. Johtamisen vähimmäistietosisältö määrittää hyvinvointialueille johtamisessa hyödynnettävät tiedot ja mittarit, joita alueiden tulee seurata ja joiden mukaan niiden tulee johtaa toimintaansa. Alueiden on lisäksi verrattava tätä tietoa vastaavaan muita hyvinvointialueita koskevaan tietoon. Hyvinvointialueiden tulee lisäksi laatia ja toimittaa THL:lle ja STM:lle vuosittainen selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon ja talouden tilasta, ja sisällyttää vähimmäistietosisällössä kuvatut tietosisällöt tähän tarkasteluun. Alueiden selvitys on tärkeä osa THL:n asiantuntija-arvioiden sekä ohjausneuvottelujen tietopohjaa.

Sekä hyvinvointikertomuksen että johtamisen vähimmäistietosisällöt ovat osa alueiden vähimmäistietosisältöä, joita koskeva järjestämislain 612/2021 29 §:n sisältöä tarkentava vähimmäistietosisältöasetus on valmisteilla. Asetus oli alue- ja kuntakommenttikierroksella syksyllä 2022.

9.1.3 THL:n määrittelyt

THL-lain 668/2008 2§ 5 kohdan mukaisesti THL:n tehtävänä on mm. kehittää ja ylläpitää sosiaali- ja terveysalan keskeisiä termejä, määrittämiä ja luokituksia. Osana tätä tehtävää, THL määrittelee mm. sote-alan rekisterien tietosisällöt ja rakenteet, sekä näihin sisältyvät tarkemmat luokitukset (esimerkiksi HILMO-rekisterin sisältö ja luokituksen Hilmo-oppaassa). Kaikki THL:n ylläpitämät koodistot on avoimesti saatavilla koodistopalvelusta (saatavilla verkossa 5.5.2026 saakka). Sekä KUVA-mittariston sisältämät indikaattoritiedot että vähimmäistietosisältöjen indikaattoritiedot perustuvat kansallisiin luokituksiin ja tietosisältöihin.

9.2 Kansallisen sote-tietopohjan riippuvuussuhteet

KUVA-mittariston ylläpidon ja kehittämisen näkökulmasta on tarpeen huomioida, millä tavalla mittaristo on kytköksissä laajempaan kansalliseen sote-tietopohjan kokonaisuuteen ja siten laajempaan ylläpidettävään kokonaisuuteen. Siten mittariston hallintatapa ja -malli on yhteensovittettava tähän laajemman kokonaisuuden hallintatapaan -ja kuvattuun malliin.

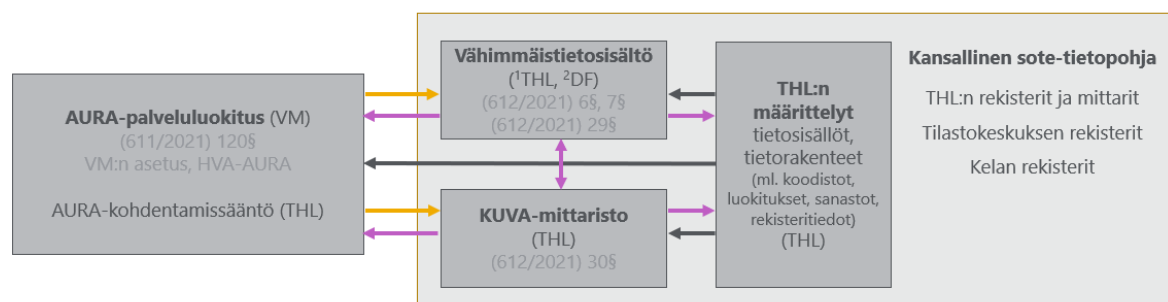
Alla (kuvio 1) on kuvattu tietopohjakokonaisuuden väliset yhteydet ylläpidon näkökulmasta. Keskeistä on hahmottaa, miten muutos yhdessä tietopohjan osassa vaikuttaa muihin, ja mitkä ovat eri osa-alueiden väliset päätöksentekosuunnat. Päätöksenteon alaisten muutosten vireille tulo,

käsittely ja päätöksenteko, tuotantoon siirto, raportointi ja ylläpitovaiheen jatkuva tietotuotanto (tiedon tuotannon ja 'huollon' kuvaus) pyritään sovittamaan toisiinsa nähden yhteensopivalla ja eri toimijoita sitovalla tavalla yhteisellä hallintamallilla.

Kuvio 1.

Vähimmäistietosisällöt linkittyvät muihin kansallisiin mittaristoihin ja määrittelyihin - kokonaisuus muodostaa yhdessä kansallisen sote-tietopohjan

Muutos yhdessä kansallisen sote-tietopohjan osassa muuttaa osaa tai kaikkia osatekijöitä



Velvoittava muutos	Osa-alueet ovat kehittyneet eriytyneesti tavoitteiden, käyttötarpeen, hallinnoinnin ja raportoinnin suhteen. Tavoitteena on hajautuneen kokonaisuuden yhtenäistäminen. Hallintamallit ja niihin sisältyvät muutosprosessit ovat osin kehitteillä
Muutos	
Ehdotus (syöte)	

¹THL vastannut alueellisen hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman vähimmäistietosisällön valmistelutyöstä
²DigiFinland koordinoitunut johtamisen vähimmäistietosisällön valmistelutyötä, vastuutaho THL

Alkuperäinen kuvio: Suomela, Kinnunen & Kokko 2021. Kuvaa muokannut STM:n toimeksiannosta NHG 2023.

VA2 01 KUVVA-mittariston ha

Liite 3.