

Asia: VN/26437/2022

Luonnos sosiaali- ja terveysministeriön asetukseksi vähimmäistietosisällöksi

Asetus

Onko asetulusuonnos selkeä?

Ei

Perustelut miksi.

Asetulusuonnoksessa luettelot seurannan vähimmäistietosisällöiksi (2-4 §) ja hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman vähimmäistietosisällöiksi hyvinvointialueille (5-9 §) ja kunnille (10-13§) sisältävät lukuisia tietosisältöjä ja mittareita, jotka osin ovat toisiinsa nähden päällekkäisiä, eikä eri pykälissä esitettyjen tietojen suhde toisiinsa ole kovin selkeä. Epäselväksi jää erityisesti se, millä perusteella vaadittavat tietosisällöt on valittu muualla kuin sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtyihin toimiin (7§) ja kunnassa tehtäviin toimiin (11 §), kun molemmissa pykälissä kyse on lähtökohtaisesti samoista, kunnissa tehtävistä toimista.

Arvionne tietäjärjestelmävaikutuksista.

-

Näkemyksenne, saako asetuksella kerättyä riittävät tiedot.

Vaadittavia tietoja on paljon, mutta jää epäselväksi ja on vaikea arvioida, pystytäänkö niiden avulla muodostamaan riittävää kokonaiskuvaa suunnittelun ja seurannan välineiksi vai jäävätkö ne irrallisiksi indikaattoreiksi. Tiedonkeruussa on tärkeää tunnistaa myös laaturekisterit ja hyödyntää ne kattavasti seurannan tietosisältöinä.

Hyvinvointialueen johtamisen vähimmäistieto: ensimmäiset tiedot (2-4 §)

Ovatko nämä asetuksen ensiversioon tulevat hyvinvointialueiden kanssa työstetyt, järjestämistehtävässä hyödynnettävät johtamisen vähimmäistiedot osaltaan riittäviä muodostamaan tarvittavan tietokokonaisuuden? Huomioitavaa on, että tietoja tulee tarkastella itsenäisinä tietoina ja suhteessa toisiinsa sekä suhteessa asetukseen seuraavissa vaiheissa tuleviin vähimmäistietoihin.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden vähimmäistietosisältö (3 §) muodostuu asetuksen mukaan hoitoon pääsy- ja odotusajoista perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja lasten ja

nuorten mielenterveyspalveluissa. Herää kysymys, miksi mielenterveyspalvelut on nostettu erikseen em. palveluina ja erityiseksi miksi vain lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut eikä koko väestöä koskevat palvelut. Pitkäaikaissairaiden osalta hoitoon pääsyn lisäksi olennaista on hoidon jatkuvuus ja seuranta akuuttihoidon jälkeen.

Tunnistaen mm. hyvinvointialueenne järjestelmäkehityksen tilanne ja lähtötiedon laatu, millä aikataululla asetuksen vaatimuksen mukaiset johtamisen vähimmäistiedot ovat tuotettavissa?

-

Ovatko valitut mittarit toteutettavissa 1.1.2024 lähtien?

-

Hyvinvointialueen ja kunnan hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman vähimmäistieto (5-13 §)

Ovatko ensimmäiset valitut mittarit hyvinvointikertomustyön kannalta tarkoituksenmukaiset?

Hyvinvointialueita koskevissa hyvinvoinnin tilan mittareista (5§) pidämme kaikkein tärkeimpinä elinoloja (1), elintapoja (2), terveydentilaa (3), elämänlaatua (5) ja osallisuutta (8) koskevia tietosisältöjä.

Elintapoja koskevassa osiossa mielestämme riittää, että on yksi ylipainoisuuden/lihavuuden yleisyyttä lapsilla ja nuorilla kuvaava mittari, joka olisi lihavuuden yleisyys 2-16 -vuotiailla. Potilastietojärjestelmiä tulee kehittää ja yhtenäistää niin, että pituus- ja painotietojen poiminta perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusten tiedonkeruuseen mahdollistuu kautta maan (ks. 14 §).

Elämänlaatua kuvaavissa tietosisällöissä olisi tarpeen käsitellä myös jaksamiseen, voimavaroihin ja/tai pystyvyyteen liittyviä kysymyksiä.

Osallisuuden osiossa on tärkeitä ja ehdottoman kannatettavia tietosisältöjä. Hienoa, että myös järjestötoimintaan osallistuminen on nostettu yhdeksi mittariksi. Emme kuitenkaan pidä tarkoituksenmukaisena, että aktiivinen järjestötoimintaan osallistuminen tietolähteissä rajataan työikäiseen väestöön, vaan mittarin pitäisi sisältää myös nuorten ja iäkkäiden osallistuminen.

Paitsi em osallisuuden osioon, kautta linjan asetuksessa liian vähälle näkyvyydelle jää palveluiden käyttäjän kokemus ja asukkaiden ja asiakkaiden ääni. Miten loppukäyttäjät vaikuttavat hyvinvointisuunnitelmiin tai -kertomusten rakentumiseen?

Sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtyjen toimien (6 §) tietosisällöissä pistimme kiittäen merkille, että luettelo sisältää sekä liikuntaan liittyvän neuvonnan ja ohjauksen että terveyden ylläpitoon liittyvän

ravitsemusohjauksen. Edellisiin liittyy vahvasti myös toiminnan resursointi ja osaaminen (esimerkiksi käytössä olevat ravitsemusterapeuttien palvelut niin asiakastyössä kuin muiden ammattilaisten ohjauksessa). Elintapaohjauksen toteutumista, lihavuuden ehkäisyä ja hoitoa tulisi arvioida myös lihavuuden stigman vähentämisen näkökulmasta.

Muiden toimialojen osalta tuodaan hyvin esille hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisuus ja -toimijaisuus sekä hyvinvointialueiden (7§) kuin kuntien osalta (11§). Asetusluonnoksessa em. pykälissä esitetyt tietosisällöt poikkeavat jonkin verran toisistaan. Koska toimet ovat ymmärtääksenne pääsääntöisesti kuntien toimia. Eikö olisi selkeämpää, että vaaditut tietosisällöt olisivat mahdollisimmat yhteneväiset? Erityisesti pohdimme, miksi varhaiskasvatukseen liittyvät tietosisällöt puuttuvat täysin hyvinvointialueiden osiosta (7§). Samoin em. pykälästä puuttuu joukkoruokailuun liittyvät tietosisällöt (vrt. esim. kouluruokasuositus, 11 §), jotka ehdottomasti pitäisi olla mukana mitaten niin päiväkotii- kuin kouluruokailunkin ravitsemuslaatua ja Sydänmerkki-ateriakriteereiden mukaista tarjontaa. Tärkeää, että sekä pykälässä 7 että 11 on mainittu lähiliikuntapaikat ja liikuntapuistot. Näihin pitäisi lukeutua myös saavutettava lähiluonto.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet alueella ja alueen kunnissa (8 §) vähimmäistietosisältö sisältää tärkeän kirjauksen väestöryhmien välisten terveyserojen raportoinnista valtuustolle. Epäselväksi kuitenkin jää, viitataan valtuustolla tässä hyvinvointialueeseen, kuntaan vai molempiin. Kyseinen pykälä sisältää myös ikääntyneiden ravitsemushoitosuosituksen huomioinnin. Tässä tarkoitettaneen ikääntyneiden ravitsemussuosituksia, joiden lisäksi tulisi huomioida myös muille ikäryhmille laaditut ruoka- ja ravitsemussuositukset. Samoin herää kysymys, miksi vastaava pykälä kunnille (12 §) nimeää vain ikääntyneet kohderyhmänä hyvinvointia ja terveyttä edistävien ravitsemustottumusten osalta. Kunnan tulee asettaa tavoitteet ja toimenpiteet myös muille ryhmille, kuten lapsille ja lapsiperheille. Edelleen samassa pykälässä viitataan kuntien turvallisuussuunnitelmiin. Niiden tulee sisältää myös sydänturvallisuus, joka on varautumista sydänpysähdystilanteisiin erityisesti maallikkoelvytyksen näkökulmasta, ja muodostuu ihmisten elvytysosaamisesta sekä mahdollisuudesta saada sydäniskuri eli defibrillaattori käyttöön minuuttien sisällä.

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi sanotaan, että niin kunnan kuin hyvinvointialueenkin on tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä yhteistyötä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa sekä edistettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien järjestöjen toimintaedellytyksiä ja vaikutusmahdollisuuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Tämä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin vahvasti liittyvä näkökulma puuttuu kokonaan em. vähimmäistietosisällöistä ja tulisi huomioida sekä pykälässä 8 että 12. Hyvä, mutta riittämätön kirjaus on yhteistyön maininta ainoastaan kuntien laadullista itsearviointia koskevassa kohdassa (13 §, 5). Lisäksi se tulisi kirjata myös pykälään 9.

Hyvinvointialueen johtamisen vähimmäistieto: ensimmäiset tiedot (2-4 §)

Onko luonnos tekniseksi soveltamisohjeeksi selkeä?

-

Perustelut miksi.

-

Onko asetuksen liitteenä oleva tekninen soveltamisohje ja sen liitteet (raportoinnin ja analytiikan käyttötapauskuvaukset, käsitemallit, palveluluokitus) riittäviä tukemaan asetuksen vaatimuksen mukaisia tietosisältöjen muodostamista?

-

Hyvinvointialueen ja kunnan hyvinvointikertomuksen ja –suunnitelman vähimmäistieto (5-13 §)

Onko luonnos tekniseksi soveltamisohjeeksi selkeä?

-

Perustelut miksi

-

Onko asetuksen liitteenä oleva tekninen soveltamisohje ja sen liitteet (indikaattorilistat) riittäviä tukemaan asetuksen vaatimuksen mukaisia tietosisältöjen muodostamista?

-

Muut kommentit

Muut kommentit

Pidämme asetuksen tarkoitusta erittäin kannatettavana. Hyvinvointialueiden ja kuntien yhteiset mittarit ovat tärkeitä tasalaatuisuuden ja vertailtavuuden tueksi ja ovat avuksi edistämään terveyden tasa-arvoisuuden toteutumista. Tietojen yhtenäinen kerääminen on tärkeää myös vertaisoppimisen (benchmarking) näkökulmasta. Hyvä, että asetuksessa on tuotu esiin hyvinvointialueiden mahdollisuus oppia toinen toisiltaan.

Hohtari Katja
Suomen Sydänliitto ry - Marjaana Lahti-Koski