

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1999:8

Euroopan Unionin koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastointi

Ehdotus tilastoinnin toteuttamiseksi Suomessa 1999 – 2003

Sosiaali- ja terveysministeriö
Helsinki 1999

KUVAILEHTI

Julkaisija Julkaisun päivämäärä

Sosiaali- ja terveysministeriö

31.3.1999

Tekijät (toimielimestä: toimielimen
nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Julkaisun laji
Työryhmämuistio

Työryhmän

Nimi: EHLASS-työryhmä
Puheenjohtaja: Merja Söderholm
Sihteeri: Anne Lounamaa

Toimeksiantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Toimielimen asettamispvm
18.2.1999

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Euroopan Unionin koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastointi

Ehdotus tilastoinnin toteuttamiseksi Suomessa 1999 – 2003

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään Euroopan Unionin henkilövahinko-ohjelmaan liittyvän koti- ja vapaa-ajan tapaturmia koskevan EHLASS-tietojenkeruujärjestelmän sijoittamista ja tietojenkeruun kehittämistä. Työryhmä päätyi ehdottamaan Stakesia tietojenkeruun vastuujärjestelmäksi, koska Stakesin vastuulla on terveydenhuollon tilastointi. Tiedonkeruumenetelmäksi ehdotetaan haastattelumenetelmää joka vuorovuosin kohdentuu tapaturmapotilaisiin ja koko väestöön. Haastatteluorganisaatioksi ehdotetaan Tilastokeskusta, koska heillä on pitkä kokemus väestöpohjaisista tapaturmahaastatteluista.

Suomessa tapaturmatilanteen seurannassa on käytetty sekä rekisteripohjaisia tilastoaineistoja että haastatteluaineistoja. Työryhmä ehdottaa, että EU:n henkilövahinko-ohjelmaan liittyvä tietojenkeruu tulee liittää kiinteäksi osaksi muuta kansallista tapaturmatilastointia. Tavoitteena on, että kaikissa tilastojärjestelmissä käytetään yhteistä luokitusjärjestelmää ja tilastoraportteja tapaturmatilanteesta kaiken kaikkiaan ja erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmista ryhdytään säännöllisesti julkaisemaan.

Työryhmä ehdottaa ohjausryhmän perustamista koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastoinnin kehittämiseen.

Avainsana: (asiasanat)

Tapaturmat, terveystilastot, tilastointi, EY

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero
Työryhmämuistio

ISSN
1237-0606

ISBN

Kokonaissivumäärä
30

Kieli
suomi

Hinta
–

Luottamuksellisuus
Julkinen

Jakaja
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kustantaja
Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.2.1999 työryhmän selvittämään Euroopan Unionin henkilövahinko-ohjelmaan liittyvän koti- ja vapaa-ajan tapaturmia koskevan EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän sijoittamista ja tiedonkeruun kehittämistä. Työryhmän tehtäväksi annettiin:

- 1) Tehdä ehdotus EHLASS-tietojenkeruujärjestelmän sijoittamisesta ja sen aikataulusta.
- 2) Tehdä ehdotus tietojenkeruujärjestelmän kehittämisestä.
- 3) Tehdä ehdotus nykyisin käytössä olevien resurssien hyödyntämisestä järjestelmän uudeen sijoittamisessa.
- 4) Tehdä selvitys EHLASS-järjestelmän mukaisten tietojen saamisesta muista käytettävissä olevista tietolähteistä vuodelta 1999.

Työryhmän määräaika päättyy 31.3.1999.

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut ylitarkastaja Merja Söderholm sosiaali- ja terveysministeriöstä, jäsenenä johtaja Pirkko Varpasuo Kuluttajavirastosta, kehittämispäällikkö Olli Nylander Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta sekä erikoistutkija Markku Heiskanen Tilastokeskuksesta. Työryhmän sihteerinä on toiminut projektipäällikkö Anne Lounamaa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta. Työryhmä koontui maaliskuun 1999 aikana neljä kertaa.

Saatuaan työnsä päätökseen työryhmä jättää kunnioittavasti sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotuksensa EHLASS-tietojenkeruujärjestelmän sijoittamisesta ja tietojenkeruun kehittämisestä.

Helsingissä 31. päivänä maaliskuuta 1999

Merja Söderholm

Markku Heiskanen

Olli Nylander

Sisällys

Johdanto.....	5
1 Euroopan parlamentin ja neuvoston päätöksen mukainen henkilövahinkojen ehkäisemistä koskeva yhteisön toimintaohjelma 1999 – 2003.....	6
2 Euroopan Unionin EHLASS-järjestelmän mukainen tiedonkeruu vuodesta 1986.....	7
3 EHLASS-järjestelmän toteutuminen Suomessa 1992 – 1998.....	8
4 EHLASS osana koti- ja vapaa-ajan tapaturmien seuranta- ja tilastojärjestelmiä.....	10
5 EHLASS-tiedonkeruun järjestämisen perusteet ja vaihtoehdot Suomessa vuodesta 1999 alkaen.....	12
5.1 EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän perusteet.....	12
5.2 EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän vaihtoehdot.....	14
6 Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaisen erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevan tilastotiedonkeruun arvioidut kustannukset eri vaihtoehdoissa.....	22
7 Työryhmän pohdinta ja johtopäätökset.....	24

LIITTEET:

Liite 1: EHLASS tiedonkeruulomake

Johdanto

Suomessa on kerätty koti- ja vapaa-ajan tapaturmatietoja mm. Kuluttajaviraston toimesta. Vuodesta 1992 näitä tietoja kerättiin erilliseen tuotevahinkorekisteriin ja Suomen liittyttyä Euroopan Unionin jäseneksi tietojenkeruu järjestettiin yhteisön EHLASS-järjestelmän (European Home and Leisure Accidents Surveillance System) mukaisesti. Euroopan Unionissa on järjestelmästä ollut vastuussa kuluttaja-asioiden pääosasto XXIV.

EHLASS-järjestelmä kytkettiin vuodesta 1997 käsittelyssä olleeseen Euroopan Unionin henkilövahinkojen ehkäisemistä koskevan toimintaohjelman viimeisimpään hyväksytyyn versioon. Parlamentin ja neuvoston päätös ohjelmasta tehtiin 8.2.1999. Ohjelma on yksi kahdeksasta kansanterveysalan toimintaohjelmasta. Ohjelman tavoitteena on edistää toimintaa, jolla pyritään vähentämään erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Ohjelman piiriin kuuluva toiminta on määritelty epidemiologiseen seurantaan liittyväksi yhteisön tietojenkeruuksi ja -vaihdoksi, jota kehitetään entisen EHLASS-järjestelmän pohjalta. Ohjelman voimassaoloaika on 1999-2003. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tiedonkeruujärjestelmä siirrettiin uuden ohjelman myötä EU:ssa pääosasto V:een (terveysasiat).

Suomessa EHLASS-järjestelmän mukainen tietojenkeruu keskeytyi, kun Kuluttajavirasto ilmoitti vuoden 1998 lopulla luopuvansa tietojenkeruusta vuoden 1999 alusta. Tietojenkeruun on oltava kuitenkin jatkuvaa, sillä Suomi on sitoutunut henkilövahinkojen ehkäisyohjelmaan, johon tämä liittyy. Muuttuneessa tilanteessa sosiaali- ja terveysministeriö perusti työryhmän selvittämään EHLASS-järjestelmän sijoittamista ja tietojenkeruun kehittämistä. Työryhmä selvittää muistiossaan EU:n ko. toimintaohjelmaa, EHLASS-järjestelmän mukaista tietojenkeruuta Suomessa sekä järjestelmää osana muuta koti- ja vapaa-ajan tietojärjestelmiä. Työryhmä on selvittänyt tiedonkeruun järjestämisen eri vaihtoehtoja sekä esittää lopuksi työryhmän ehdotuksen tavasta järjestää Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaisen koti- ja vapaa-ajan tapaturmia koskevan tiedonkeruun.

1. Euroopan parlamentin ja neuvoston päätöksen mukainen henkilövahinkojen ehkäisemistä koskeva yhteisön toimintaohjelma 1999 - 2003

Henkilövahinkojen ehkäisemistä koskeva yhteisön toimintaohjelma on yksi Euroopan Unionin kansanterveysohjelmista. Ohjelman piiriin kuuluva toiminta on määritelty seuraavasti: "Ohjelman tarkoituksena on edistää kansanterveyden hyväksi tehtävää toimintaa, jolla pyritään vähentämään varsinkin kotona ja vapaa-aikana sattuvista tapaturmista aiheutuneita henkilövahinkoja edistämällä: (a) henkilövahinkojen epidemiologista seurantaan yhteisön entisen EHLASS-järjestelmän säännösten tehostamiseen ja parantamiseen perustuvan henkilövahinkoja koskevan yhteisön tiedonkeruu- ja tiedonvaihtojärjestelmän avulla; (b) näiden tietojen käyttöä koskevaa tietojenvaihtoa, jotta voidaan määrittää painopistealueet sekä parhaimmat strategiat vahinkojen ehkäisemiseksi". Erityishuomio kiinnitetään tiedonkeruun vertailukelpoisuuteen, yhteensopivuuteen, edustavuuteen ja laadunvarmistukseen. Ohjelma alkaa 1.1.1999 ja päättyy 31.12. 2003. Komission päätöksentekoa tukemaan on asetettu hallintokomitea, jonka suomalaiset jäsenet ovat Merja Söderholm sosiaali- ja terveysministeriöstä ja Anne Lounamaa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta.

EHLASS-järjestelmällä on yhteys moneen yhteisön kehittymässä olevaan tietojärjestelmään. IDA (Interchange of Data between Administrations) on Euroopan yhteisön pääosasto V:n ja pääosasto III:n yhdessä hallinnoima tietojensiirtoon ja tiedonsiirron hallinnointiin liittyvä ohjelma. EUPHIN (European Public Health Information Network) on Euroopan yhteisön pääosasto V:n hallinnoima yksi IDA:n sateenvarjon alla oleva kansanterveyteen liittyvä tietojärjestelmä. EUPHIN sisältää jäsenvaltioiden keräämiä terveystietoja ml. EHLASS-tietoa tiedonvaihtoa varten. HIEMS (Health Information and Monitoring System) on puolestaan lähinnä tiedon jakeluun liittyvä järjestelmä, jonne siirretään aggregoitua terveystietoa myös EHLASS-järjestelmästä.

Parhaillaan Euroopan Unionin pääosasto V:ssä valmistellaan uutta EHLASS-koodausopasta, joka (versio 2000) on tarkoitus ottaa käyttöön jäsenvaltioissa vuoden 2000 alusta. EHLASS-tiedonkeruu tapahtuu kaikissa jäsenmaissa yhteisen luokitusjärjestelmän mukaisesti. Kun EHLASS-järjestelmä oli Euroopan Unionissa pääosasto XXIV:n vastuulla, oli tiedonkeruuta säädely voimakkaasti. Uudessa henkilövahinkojen ehkäisemistä koskevassa yhteisön toimin-

taohjelmassa tiedonkeruuta ei ole enää rajattu sairaaloiden poliklinikoilla tapahtuvaksi tiedonkeruuksi, vaan jäsenvaltioille on annettu suurempi vapaus tiedonkeruun järjestämisessä.

2. Euroopan unionin EHLASS-järjestelmän mukainen tiedonkeruu vuodesta 1986

1980-luvun alussa suoritetusta pilottihankkeesta saatujen kokemusten pohjalta aloitettiin Euroopan talousyhteisömaissa vuonna 1986 tietojen kerääminen vapaa-ajan tapaturmista, joissa oli osallisena kulutustavara. Tietoja ei kerätty työ- ja liikennetapaturmista. Tiedot tuli kerätä sairaaloiden ensiapupoliklinikoilta ja projekti oli tarkoitettu kestäämään viisi vuotta. Vuonna 1990 projektia jatkettiin vuodella, käytettävien sairaaloiden lukumäärää vähennettiin ja Saksan todettiin hoitavan tiedonkeruun kotitaloustiedusteluin.

Vuonna 1993 vuodeksi annetulla päätöksellä tiedonkeruu rajattiin koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin. Vuonna 1994 annetun neuvoston ja parlamentin päätöksen mukaisesti tietoja kerättiin koti- ja vapaa-ajan tapaturmista sairaaloiden tapaturmayksiköistä (casualty departments). Päätöksessä, jota täydennettiin vuonna 1995 EU:n uusien jäsenmaiden osalta, määriteltiin yksityiskohtaisesti, mitä tietoja kerätään ja kuinka monesta sairaalasta kussakin jäsenmaassa tietoja kerättiin. Päätöksessä määriteltiin myös, että tuen määrä oli enintään 80 % todellisista kustannuksista, kuitenkin enintään 28.000 ecua sairaalaa kohden. Saksa, Espanja ja Luxembourg saivat päätöksessä oikeuden kerätä tiedot kotitaloustutkimusten avulla ja saivat tähän tarkoitukseen päätöksessä mainitun rahasumman.

3. EHLASS-järjestelmän toteutuminen Suomessa 1992 - 1998

Suomessa koti- ja vapaa-ajan tapaturmatietoja on kerätty Kuluttajaviraston johdolla vuoden 1992 marraskuusta lähtien parhaimmillaan kymmenestä sairaalasta. Tiedot kerättiin erilliseen tuotevahinkorekisteriin osittain vuoden 1995 loppuun asti. Suomen liityttyä jäseneksi Euroopan Unioniin tietoja kerättiin uuteen, EHLASS-järjestelmän mukaiseen tuotevahinkorekisteriin; käytännön syistä vasta syyskuusta 1995 lukien. Koska tavoitteena oli saada mahdolli-

simman kattavaa tietoa, ryhdyttiin aineistoa keräämään sairaaloista, joissa tapaturmapotilaiden määrän oli suuri. (Tiedonkeruulomake liitteenä 1)

Aluksi tietoja kerättiin kolmen sairaalan päivystyspoliklinikalta: HYKSin Töölön tapaturma-asemalta Helsingissä, Pohjois-Karjalan keskussairaala Joensuussa sekä Oulun yliopistollisesta sairaalasta Oulussa. Vuoden 1996 alusta mukaan tuli lisäksi HYKSin Lastenkliniikka (nyk. Lasten ja nuorten sairaala). Vuonna 1997 Oulun yliopistollinen keskussairaala lopetti tietojen keruun maaliskuun lopussa. Loppuvuonna tietoja kerättiin siis vain kolmesta sairaalasta. Vuonna 1998 mukana olivat enää HYKSin Lasten ja nuorten sairaala sekä Pohjois-Karjalan keskussairaala. Vuoden 1998 lopulla Kuluttajavirasto irtisanoi tietojen keruuta koskevat sopimukset ja ilmoitti luopuvansa tiedonkeruusta. Vuoden 1998 loppuun mennessä EHLASS-järjestelmän mukaiseen tuotevahinkorekisteriin oli kertynyt tietoja yhteensä 36 747 tapaturmasta.

Vuosittain Kuluttajavirastolle kertyi kustannuksia EHLASS-tiedonkeruusta henkilöstömenoisista, hallintokuluista sekä sairaaloille maksetuista tiedonkeruukorvauksista. Kuluttajavirastossa EHLASS-järjestelmän toteuttamiseen osallistui yksi henkilö 0,5 vuoden työpanoksellaan, yleisiä hallintokuluja tilaustyönä teetettyjen raporttien kirjoittamisesta, painatuksesta ym. kertyi noin

100 000 mk/vuosi. Sairaaloille maksettiin tiedonkeruukorvauksia seuraavasti:

	1996	1997	1998
Pohjois-Karjalan keskussairaala	93 919 mk	98 702 mk	127 501 mk
Lastenkliniikka	76 940 mk	203 467 mk	203 000 mk
Töölön sairaala	168 690 mk	193 736 mk	-
Oulun yliopistollinen keskussairaala	n. 100 000 mk	-	-
Yhteensä	439 549 mk	495 905 mk	330 501 mk

Ongelmat Kuluttajaviraston toteuttamassa EHLASS-tiedonkeruussa:

- Koska EU-tukea saatiin Suomeen vain kolmeen sairaalaan, Kuluttajavirasto valitsi pääkaupunkiseudulta kaksi suurta yksikköä, Töölön tapaturma-aseman ja Lasten ja nuorten

sairaalan sekä vain yhden pienemmän yksikön pääkaupunkiseudun ulkopuolelta (Pohjois-Karjalan keskussairaalan). Näistä sairaaloista saatiin kohtuullinen määrä ilmoituksia, joiden perusteella tuotteiden turvallisuutta koskevaa valvontaa voitiin suunnata. Tiedot eivät olleet maantieteellisesti edustavia ja lasten osuus tapaturmissa korostui. Muun muassa nämä seikat johtivat siihen, ettei tietoja voitu juurikaan käyttää muuhun kuin tuoteturvallisuuksivalvonnan avuksi.

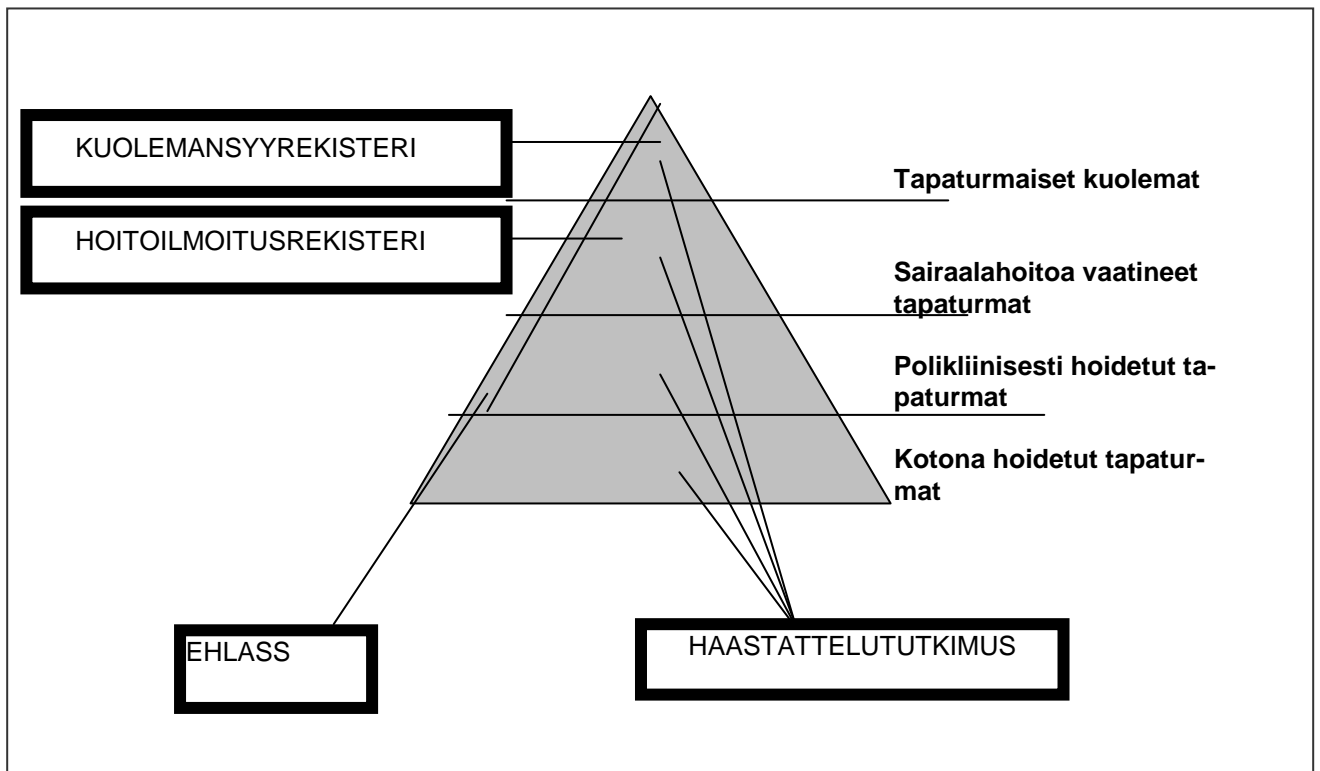
- Järjestelmä oli EU-tuista huolimatta kallis suhteessa Kuluttajaviraston resursseihin ja muihin tehtäviin ja palveli vain osittain Kuluttajaviraston tulostavoitteiden toteuttamista.
- Sairaaloissa koettiin hankalaksi niille suoritettavista korvauksista huolimatta tiedonkeruun aiheuttama päällekkäinen työ. Kun otetaan huomioon sairaalahenkilökunnan työtaakka, on ymmärrettävää, että lisätyö, jonka tuloksien hyödyntäminen oli vajavaista, tuntui ainakin joissakin yksiköissä turhauttavalta. Keräysjärjestelmän integroiminen sairaaloiden tietojärjestelmiin ei näyttänyt selvityksistä huolimatta mahdolliselta. Tiedonkeruuta vaikeutti myös tietosuojavalvotun kannanotto, joka vaati potilaan suostumuksen tietojen keruuseen. Näistä syistä Töölön sairaalan tapaturma-aseman luopui tapaturmatietojen keruusta vuoden 1998 alusta.
- Kuluttajavirasto katsoi, ettei se käytettävissä olevalla järjestelmällä voinut jatkaa tiedonkeruuta kahden sairaalan (Lasten ja Nuorten sairaalan ja Pohjois-Karjalan keskussairaalan) kanssa enää vuoden 1998 jälkeen. Tietojenkeruun jatkaminen olisi edellyttänyt koko järjestelmän toteuttamisen uudelleen arviointia ja uutta suunnittelua. Kuluttajavirasto on pääasiassa valvontaviranomainen eikä tilastoviranomainen tai tutkimuslaitos, joten tiedonkeruu sopii muutoinkin huonosti sen tehtäväksi. Kuluttajavirastolla ei ole riittävästi sellaista osaamista, jota tiedonkeruu tutkimustoiminnan tai tapaturmien ehkäisyn pohjaksi edellyttää.
- EHLASS-järjestelmä siirrettiin EU:ssa pääosasto XXIV:stä pääosasto V:een osaksi henkilövahinkojen ehkäisemistä koskevaa yhteisön toimintaohjelmaa, joka kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön vastuualueeseen. Kuluttajavirasto katsoi, että myös tapaturmatiedonkeruussa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla on sellaista asiantuntemusta, joka mahdollistaa tiedonkeruun tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen toteuttamisen ja varmistaa

tiedonkeruun toteuttamisen siten, että ministeriö ja sen hallinnonalan virastot ja laitokset voivat hyödyntää kerättyä tietoa.

1. EHLASS osana koti- ja vapaa-ajan tapaturmien seuranta- ja tilastojärjestelmiä

Uudessa tilanteessa, jossa EHLASS-tiedonkeruu on siirtynyt sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalle, tulee järjestelmä sijoittumaan osaksi jo olemassa olevia terveydenhuollon seuranta- ja tilastojärjestelmiä. Myös tästä näkökulmasta tulee tapahtua EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän kehittäminen. Tästä syystä alla esitetään lyhyesti tilastojärjestelmien tämänhetkinen tilanne, mukaan lukien EHLASS-tiedonkeruujärjestelmä. Suomessa säännöllisesti kerättäviä koti- ja vapaa-ajan tapaturmia koskevia tietoja ja tietolähteitä havainnollistetaan alla esitetyn kaavion avulla.

Kuvio 1: *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmatilastoinnin tietolähteet*



Eri tietolähteisiin liittyy seuraavia ominaisuuksia:

- 1) *Kuolemansyyrekisteri* on lakisääteinen tilastoviranomaisen (Tilastokeskus) ylläpitämä rekisteri. Kansainvälinen vertailtavuus tapaturmakuolleisuuden osalta on kohtuullisen hyvä, koska kansainvälisesti käytetään pääsääntöisesti maailman terveysjärjestön (WHO:n) tautiluokitusta (ICD). Rekisteristä saadaan tiedot koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ohella myös työ- ja liikennetapaturmien aiheuttamista kuolemantapauksista. Tiedot soveltuvat aikasarja- ja aluetarkasteluihin.

- 2) *Hoitoilmoitusrekisteri* on myös lakisääteinen tilastoviranomaisen (Stakes) ylläpitämä rekisteri. Koska rekisteri sisältää tiedot kaikista sairaalahoitajaksoista, saadaan rekisteristä tiedot myös sairaalahoitoon johtaneista tapaturmista. Kansainvälinen vertailtavuus on kuolemansyyrekisteriä huonompi. Sairaalahoitoa koskevassa tilastoinnissa on järjestelminä maakohtaisia eroja itse tilastojärjestelmissä ja käytetyissä luokituksissa. Suomessa sairaalatilastoinnissa käytetään WHO:n ICD-luokitusta sekä kansainvälisestä luokituksista muokattua ulkoisen syyn luokitusta. Ulkoisen syyn luokitus on osa ICD-luokitusta. Kuolemansyyrekisteri ja hoitoilmoitusrekisteri käyttävät samaa ICD-luokitusta. Ongelmia sairaalahoitoa koskevassa tilastoinnissa on tuottanut kansainvälisen tautiluokituksen uudistuminen vuonna 1996 ja ennen kaikkea ulkoisen syyn luokituksen yksityiskohtaisuus. Hoitoilmoitusrekisteri kattaa kaikki tapaturmatyypit, joskin tällä hetkellä koti- ja vapaa-ajan tapaturmatietojen erottaminen työ- ja liikennetapaturmista on puutteellista. Tiedot soveltuvat aikasarja- ja aluetarkasteluihin.

- 3) *EHLASS-tiedonkeruujärjestelmä* on kuluttaja- ja tuoteturvallisuusnäkökulmaa painottava seurantajärjestelmä, jonka alkuperäisenä tavoitteena on ollut vaarallisten tuotteiden saaminen kuluttajasuoja-asioista vastaavien viranomaisten tietoon. Järjestelmä ei ole ensisijaisesti ollut tilastojärjestelmä. Lisäksi järjestelmä käyttää omaa, muualla Suomessa käytettävästä luokitusjärjestelmästä poikkeavaa koodausjärjestelmää. EHLASS-järjestelmässä käytettävä koodaus on käytössä kaikissa Euroopan Unionin jäsenvaltioissa. Järjestelmä on kerännyt yksityiskohtaista tietoa valittujen sairaaloiden poliklinikoilta. Tietojen keruu on rajoitettu koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin. Koska järjestelmän mukainen tieto on kerätty viimeisinä vuosina vain muutamilta poliklinikoilta ei aineistosta voi laskea kansallisia estimaatteja. Järjestelmä ei näin ollen myöskään tuota kansainvälisesti vertailukelpoista tietoa ja vain tietyin varauksin aikasarjatietoa. Tieto on alueellisesti rajattua.

- 4) *Haastattelututkimus* on Tilastokeskuksen väestön satunnaisotantaan perustuva haastattelututkimus. Se on tehty vuosina 1980, 1988, 1993 ja 1997. Haastattelu on toteutettu osana laajempaa haastattelututkimusta, ns. uhritutkimusta. Aineiston etuna on, että se väestöpohjaisena selvityksenä periaatteessa sisältää tiedot kaikista tapaturmista riippumatta siitä, onko niiden vuoksi jouduttu käymään sairaalan poliklinikalla tai terveyskeskuksessa tai onko tapaturma vaatinut sairaalahoitoa. Aineisto kattaa kaikki tapaturmasektorit, mutta muiden otantaan perustuvien tiedonkeruujärjestelmien tavoin, aineistoa ei voi hyödyntää kuntakohtaisen tapaturmatilanteen selvittämiseen. Kansainvälisesti vertailukelpoisia haastattelututkimuksia ei ole laajassa mitassa suoritettu, vaikka monissa maissa onkin väestöhaastattelulla kerätty tapaturmatietoja.

1. EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän perusteet ja vaihtoehdot Suomessa vuodesta 1999 alkaen

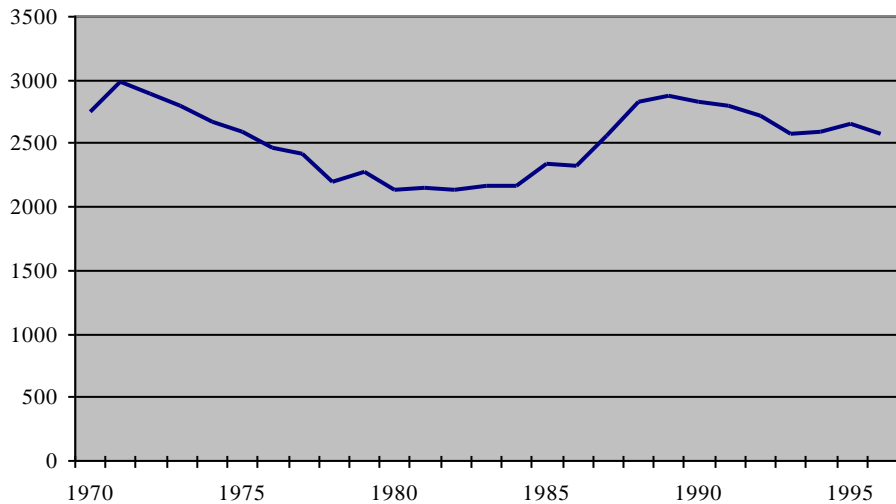
5.1 EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän perusteet

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastointi- ja seurantajärjestelmää tulee kehittää yhtenä kokonaisuutena ja jokaisen seurantajärjestelmän osan tulee lisätä osaltaan tietoa koti- ja vapaa-ajan tapaturmien esiintyvyydestä ja syistä. Sektorikohtaisten tilastointijärjestelmien rinnalla tulee entisestään kehittää kaikki tapaturmasektorit sisältäviä indikaattoreita. Vasta kehittyneen kokonaistilannetta kuvaavien indikaattorien ja sektorikohtaisten (työ, liikenne sekä koti- ja vapaa-aika) indikaattorien avulla voidaan kansanterveystyössä määritellä painopistealueita terveyttä ylläpitävälle ja ennaltaehkäisevälle tapaturmatyölle.

Kun tarkastellaan tapaturmatilannetta Suomessa, voidaan todeta, että vaikka joillakin tapaturmasektoreilla on saatu aikaan myönteistä kehitystä viimeisten vuosikymmenten aikana, ei tapaturmaisten kuolemien ja sairaalahoitoon johtaneiden tapaturmien määrä ole vähentynyt siinä määrin kuin olisi toivottu. Kuolemaan johtaneet työtapaturmat, liikennetapaturmat ja lasten tapaturmat ovat vähentyneet. Mainituilla sektoreilla tapahtuneesta hyvästä kehityksestä huolimatta on Suomessa 1990-luvulla tapaturmaisesti kuollut 2500 – 3000 henkilöä vuosit-

tain. Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston mukaan tapaturmaisesti kuolleiden määrä väheni koko 1970-luvun. Kehitys tasaantui 1970-luvun lopulla ja tapaturmaisesti kuolleiden määrä lisääntyi taas 1980-luvun puolesta välistä 1990-luvun alkuun tultaessa (Kuvio 2).

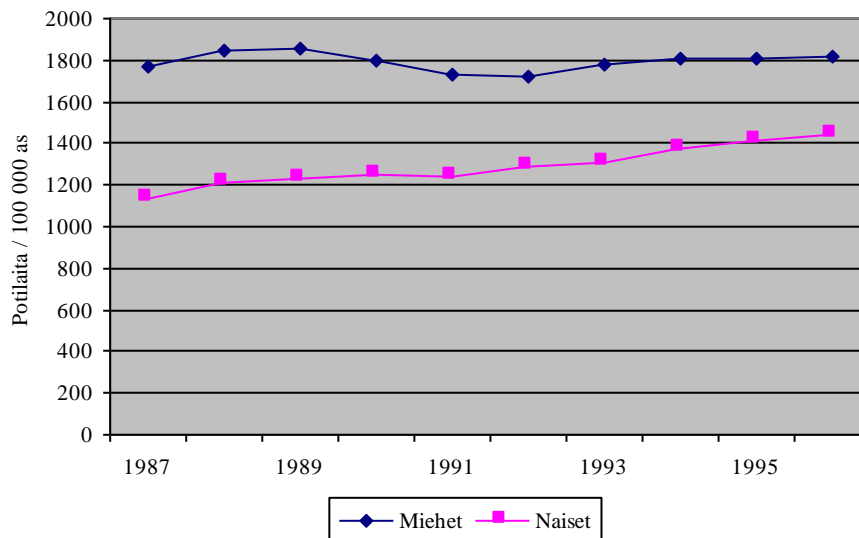
Kuvio 2: Tapaturmakuolemat 1970 – 1996



Lähde: Kuole-
mansyytilas-
to/Tilastokeskus

Kun tarkastellaan vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaaloissa vuosittain hoidettujen potilasmäärien kehitystä 1980-luvun puolivälistä 1990-luvun puoleen väliin, voidaan tällöinkin todeta potilaiden määrän joko pysyneen ennallaan (miehet) tai lisääntyneen (naiset).

Kuvio 3: Sairaaloissa vammojen ja myrkytysten vuoksi hoidetut potilaat 1987 – 1996



Lähde: Hoitoilmoitusrekisteri, Stakes

Jos yllä esitettyjä tilastollisia tunnuslukuja voidaan pitää ennaltaehkäisevän tapaturmatyön tuloksellisuuden osoittimina, voidaan todeta, että joillakin sektoreilla saadut tulokset eivät ole riittävästi vähentäneet vakavien tapaturmien kokonaismäärää. Tapaturmien esiintyvyyttä ja uusia tapaturmatilannetta kuvaavia indikaattoreita tulee Suomessa tietoisesti kehittää. Kun tiedetään, että 70 % tapaturmista on koti- ja vapaa-ajan tapaturmia, liikennetapaturmia ja työtapaturmia koskevan yksityiskohtaisen tilastoinnin rinnalle tulee saada paremmin koti- ja va-

paa-ajan tapaturmia kuvaavia tilastoja, jotta tapaturmien ennaltaehkäisyn painopistealueita voidaan asettaa nykyistä täsmällisemmin.

Kuolemansyy- ja hoitoilmoitusrekisteriä tulee kehittää siten, että rekistereistä saadaan paremmin tieto koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrästä ja tapaturmien aiheuttajista. Haastattelututkimuksia tulee jatkaa ja kysymyksen asettelussa tulee lähentyä tilastojärjestelmissä käytettävää luokitusta. *EHLASS-järjestelmää tulee kehittää tilastojärjestelmänä, joka tarkentaa kuvaa Suomen tapaturmatilanteesta yleensä ja erityisesti kuvaa koti- ja vapaa-ajan tapaturmatilanteesta. EHLASS-järjestelmä pyrkii lähemmin kuin hoitoilmoitus- tai kuolemansyyrekisterit tapaturmien aiheuttajan selvittämiseen tapaturmassa mukana olevan tuotteen kautta.*

5.2 EHLASS-tiedonkeruujärjestelmän vaihtoehdot

EHLASS-tiedonkeruuta tulee toteuttaa ja kehittää nykyistä kiinteämpänä osana kansallisia tilastojärjestelmiä. Tulevaisuuden tilastojärjestelmissä on erityisesti kiinnitettävä huomiota siihen, että luokitusjärjestelmät eri tilasto- ja seurantajärjestelmissä muodostavat yhden kokonaisuuden. Tämä vaatii erityistä herkkyyttä seurata, mihin - erityisesti ulkoisen syyn luokitukseen - Euroopan Yhteisön maissa ollaan asettumassa ja toisaalta miten WHO:n luokitusjärjestelmä kehittyy. Tilanne, jossa kansainvälisesti samasta asiasta käytetään eri luokitusjärjestelmiä, on pitkällä aikavälillä hankala ja turhaan tiedontuottajia sekä tiedonkäyttäjiä rasittava.

EHLASS-järjestelmää tulee kehittää toisaalta osana suomalaista ja toisaalta osana eurooppalaista koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilasto- ja seurantajärjestelmiä. Uusi Euroopan Unionin henkilövahinkojen ehkäisemistä koskeva toimintaohjelma antaa myös jäsenvaltioille aiempaa suuremman vapauden järjestää tapaturmatiedonkeruun, koska uudessa tilanteessa rahoitus ei enää perustu maakohtaisiin sairaalakiintiöihin. Tiedonkeruuta ei myöskään tarvitse rajoittaa sairaaloiden poliklinikoilta kerättävään tietoon.

EHLASS-tiedonkeruun tavoitteissa ja järjestämisessä tulee ottaa huomioon erityisesti seuraavaa:

- Tiedonkeruussa tulee noudattaa Euroopan yhteisön henkilövahinkojen ehkäisemistä koskevassa toimintaohjelmassa sovittua koodausta.

- Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilasto- ja seurantajärjestelmien tulee tuottaa kansanterveytyön kannalta relevanttia tietoa päätöksenteon ja toiminnan tueksi.
- Tiedonkeruuta tulee pitkällä aikavälillä kehittää suuntaan, jossa kaikki koti- ja vapaa-ajan tapaturmia kuvaavat tilasto- ja seurantajärjestelmät käyttävät yhtenäistä luokitusjärjestelmää. Luokitusjärjestelmän tulee olla sellainen, että se sallii yksityiskohtaisemman tiedonkeruun silloin, kun se on tarpeellista ja mahdollista. Hoitotyön yhteydessä käytettävä luokitus ei voi olla yksityiskohtainen, kun taas haastattelututkimuksissa voidaan käyttää tarkaakin luokitusta ammattihaastattelijoiden tehdessä työn.
- EHLASS-järjestelmän tulee tuottaa tietoa, jota ei muista tilasto- ja seurantajärjestelmistä saada.
- Tiedonkeruussa tulee pyrkiä ratkaisuun, joka on toteuttamistavaltaan taloudellinen.
- Tilastoviranomaisten tehtäviin on määriteltävä koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvä säännöllinen tilastoraporttien tuottaminen.
- Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilasto- ja seurantajärjestelmien kokonaisuuden kehittämiseen tulee osoittaa tarvittavat voimavarat.
- Koti- ja vapaa-ajan tapaturmatilastoinnin kehittäminen edellyttää organisaatorajat ylittävää yhteistyötä.

Työryhmä pohti lähemmin seuraavia vaihtoehtoja tiedonkeruujärjestelmäksi:

Vaihtoehto 1. Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaiset erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevat tilastotiedot kerätään terveydenhuollon toimipisteissä (sairaalat, poliklinikat, terveyskeskukset ym.) osana muuta hoitotapahtumaa henkilökunnan tai erikseen tiedonkeruuseen palkatun henkilön toimesta.

Tapaturmarekisterit muodostuvat niihin terveydenhuollon toimipisteisiin, joissa tiedonkeruu tapahtuu. Rekisteritiedot toimitetaan koti- ja vapaa-ajan tapaturmatilastoinnista vastaavaan organisaatioon tilastointia, raportointia ja muuta tiedonjakelua varten. Vaihtoehdon 1 mukainen tiedonkeruujärjestelmä perustuu rekistereihin ja vastaa tilastosysteeminä hoitoilmoitusjärjestelmää.

Koska järjestelmä vaatii terveydenhuollon toimipisteiden erilaisiin ATK-järjestelmiin kalliita muutoksia ja laajan luokitusoppaan käytön opettamisen terveydenhuollon henkilökunnalle, joudutaan tiedonkeruupisteet rajaamaan mahdollisimman pieneen määrään ja toteuttamaan mieluiten läpi vuoden kestävä, kaikki tapaturmat kattavana tiedonkeruuna. Tavoitteena olisi, että tiedot kerätään noin 5 000 - 10 000 tapaturmasta vuosittain.

Vaihtoehdon 1 mukaisen tilastojärjestelmän onnistuminen vaatii yhteistyöhön ryhtyvissä terveydenhuollon toimipisteissä ATK-järjestelmien päivittämisen siten, että se mahdollistaa luotettavan tiedonkeruun. ATK-järjestelmien päivitys useimmissa tapauksissa vaatii sekä ohjelmistotalon perusohjelmaan että terveydenhuollon toimipisteessä käytettyyn sovellukseen tehtäviä muutoksia. Tämän lisäksi tiedontuottajan on tilastoviranomaisen kanssa sovittava tiedonsiirron menettelyistä ja tilastoviranomaisen on rakennettava oma ATK-järjestelmä tiedon vastaanottamista ja tilastollista käsittelyä varten.

Koska tiedonkeruu työllistää terveydenhuollon henkilökuntaa tavalla, joka ei suoranaisesti liity hoitotyöhön, joudutaan tiedonkeruusta aiheutuva työ mahdollisesti korvaamaan joko maksamalla tiedonkeruusta vastuussa olevalle henkilölle palkka työhön kuluvalta ajalta tai maksamalla sairaalalle tietty korvaus kustakin saadusta tapaturmatiedosta.

Järjestelmän plussat:

- + Menetelmä on pitkällä aikavälillä sulautettavissa valtakunnalliseen sairaalatilastoinnin järjestelmään, hoitoilmoitusjärjestelmään, esimerkiksi jo nyt hoitoilmoitusjärjestelmässä käytettävän lisälehdien muodossa. Järjestelmien yhdistäminen edellyttää luokitusjärjestelmän kehittämistä.
- + Uuden tilastojärjestelmän kytkeminen hoitoilmoitusjärjestelmään mahdollistaa tulevaisuudessa aineiston paremman tutkimuskäytön, esimerkiksi tapaturmien hoitoon liittyvien hoitoketjujen selvittämisen.
- + Tapaturmatieto kerätään läheltä tapahtumahetkeä.
- + Lääkäri/sairaanhoitaja on alkuperäistiedon tuottajana, jolloin potilasasiakirjat ovat käytettävissä esimerkiksi vuodeosastohoitoa vaatineissa tapaturmissa.
- + Terveydenhuollon toimipaikkoihin muodostuu tapaturma-aineisto, jota he voivat itse hyödyntää paikallisella tasolla terveyden edistämisessä.
- + Tiedonkeruu noudattaa Euroopan Unionin maissa yleisesti käytettyä tiedonkeruutapaa.

- + Menettelystä on käyttökokemusta Kuluttajaviraston vastatessa tiedonkeruusta.

Järjestelmän miinukset:

- Osin päällekkäinen tiedonkeruujärjestelmä jo olemassa olevan sairaalatilastojärjestelmän kanssa, tieto kerätään vain eri luokituksella. (Aiemmissa EHLASS-aineistoissa vuodeosastopotilaiden osuus oli 15% koko aineistosta.)
- Kuormittaa sairaalahenkilökuntaa esitetyistä vaihtoehdoista eniten.
- Aiheuttaa muutoksia sairaaloiden erilaisiin ja toisistaan eroaviin ATK-järjestelmiin, mistä seuraa sekä kustannuksia että lisätyötä sairaaloille.
- Koska tiedonkeruu ei suoraan liity hoitotyöhön, henkilöstön motivoiminen tiedonkeruuseen voi muodostua ongelmalliseksi ja heijastua tiedon laatua heikentävästi.
- Jos tiedonkeruu terveydenhuollon toimipisteessä osoittautuu vaikeaksi toteuttaa ja toimipiste päättää luopua tiedontuottamisesta, on sillä aineiston laatuun muita vaihtoehtoja suurempi vaikutus, koska tiedontuottajien määrä tässä järjestelmässä olisi kaikkein pienin.
- Sairaalassa työskentelevien koulutus ja työnohjaus on vaikeaa, etenkin pidemmällä aikavälillä. Ongelmia voi aiheutua vuorotyöstä ja henkilökunnan vaihtuvuudesta. Jos järjestelmä rakentuu yhden vastuuhenkilön varaan, on järjestelmä erittäin haavoittuvainen.
- Aliarvioi kuolemantapaukset.
- Lievät, kotona hoidetut tapaturmat eivät tule mukaan.
- Vaarana on, että näytteestä ei tule edustavaa. Tällöin väestöestimaatit tulevat epäluotettaviksi tai mahdottomiksi laskea, mikä sinänsä on jo ristiriidassa Euroopan yhteisön koti- ja vapaa-ajan tapaturmien toimintaohjelman kanssa.
- Otosta ei voi hyödyntää muuhun tapaturmia koskevaan tiedonhankintaan.
- Rekisteripohjaisille tilastojärjestelmille tyypillinen jähmeys ja staattisuus. Vain hitaat muutokset kerran luotuun tilastojärjestelmään ovat mahdollisia.
- Terveydenhuollon tilastointijärjestelmissä on odotettavissa seuraavan viiden vuoden sisällä järjestelmään liittyvä laajempi uudistus, mistä syystä tiedonkeruun yhdistäminen hoitoilmoitusjärjestelmään ei nyt ole toivottavaa.

Järjestelmässä katoa aiheuttaa:

- Henkilökunnan motivaation alentuminen, jos riittävästä työnohjauksesta ei huolehdi.

- Vaarana systemaattinen kato esimerkiksi vastuuhenkilön loman aikana.

Vaihtoehto 2: Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaiset erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevat tilastotiedot kerätään potilailta joko haastattelulla tai kyselylomakkeella. Tiedonkeruu voi tapahtua terveydenhuollon toimipisteessä hoitotapahtuman yhteydessä, muulla tavoin terveydenhuollon toimipisteessä tai jälkikäteen tehtävänä haastatteluna.

Tiedonkeruu on mahdollista toteuttaa useammassa toimipisteessä kuin vaihtoehdossa 1, koska vaihtoehdon 2 mukainen tiedonkeruujärjestelmä ei vaadi sairaaloiden ATK-järjestelmiin muutoksia. Edustavan näytteen saamiseksi (5 000 – 10 000 tapaturmaa) tiedonkeruun ei myöskään tarvitse olla ympärivuotinen. Edustava näyte tapaturmista on mahdollista saada esimerkiksi 4 kertaa vuodessa toteutettavan lyhyemmän, 2 – 4 viikon pituisten seurantajaksojen aikana.

Koska tässä tiedonkeruuvaihtoehdossa yhteistyössä olevien terveydenhuollon toimipisteiden määrä on vaihtoehtoa 1 suurempi ja terveydenhuollon henkilökuntaa joudutaan myös koulutamaan tiedonkeruun onnistumiseksi, muodostuu tilastoviranomaisen koulutuskierrroksesta vaihtoehtoa 1 laajempi. Toisaalta koulutuksen ei tarvitse olla niin yksityiskohtainen kuin vaihtoehdossa 1, jossa terveydenhuollon henkilökunta koulutetaan monisivuisen koodausoppaan käyttäjiksi. Kustannuksia terveydenhuollon toimipaikoille aiheutuu lähinnä koulutustilaisuuksiin osallistumisen ja tiedonkeruuseen käytettävän työajan kautta.

(a) Haastattelu jälkikäteen. Terveydenhuollon toimipisteissä tapaturmapotilaalta pyydetään kirjallinen suostumus siihen, että häneen voidaan ottaa jälkikäteen yhteyttä. Potilaan nimi ja yhteystiedot (ehkä myös tapaturmaan liittyvät lääketieteelliset perustiedot) toimitetaan haastattelijoille. Noin kuukauden sisällä tapaturmasta ammattihaastattelijat tekevät tapaturmaan liittyvän haastattelun. Haastattelun yhteydessä tallennetaan aineisto ATK-järjestelmään ja toimitetaan ennalta sovitun mukainen vastaustiedosto tilastoviranomaiselle.

(b) Potilaat täyttävät kyselylomakkeen, jonka terveydenhuollon toimipiste toimittaa tilastoviranomaiselle tallennusta varten. Lomakkeen voi jakaa esimerkiksi sairaalaan, poliklinikalle, terveyskeskukseen ilmoittautumisen yhteydessä. Hoitotapahtuman yhteydessä henkilökunta käy lomakkeen läpi yhdessä potilaan kanssa.

(c) Potilaan haastattelu henkilökunnan toimesta. Jos tieto tallennetaan potilasasiakirjoihin vastaa vaihtoehtoa 1. Tiedon tallentaminen voi vaihtoehtoisesti tapahtua tilastoviranomaisen toimesta.

Vaihtoehdoista (a) - (c) ryhmässä käsiteltiin erityisesti vaihtoehdon (a) mukaisen tiedonkeruun ominaisuuksia. Vaihtoehdoissa (b) ja (c) tehdään tallennustyö haastattelun jälkeen, eikä yksityiskohtaisen luokitusmanuaalin käyttö haastattelua tehtäessä/kyselylomaketta täytettäessä ole mahdollista. Tämän katsottiin heikentävän aineiston luotettavuutta.

Järjestelmän (a) plussat:

- + Henkilöstölle aiheutuva lisätyö on huomattavasti pienempi kuin vaihtoehdossa 1.
- + Jos tiedonkeruu toteutetaan esimerkiksi 4 x 2 viikon jaksoissa, voi terveydenhuoltohenkilöstön olettaa hoitavan lisätyön huolellisesti.
- + Mukaan tulevien terveydenhuollon toimipisteiden määrä voi olla suurempi kuin ensimmäisessä vaihtoehdossa, jolloin yhden toimipisteen vaihtuminen ei haavoita järjestelmää samassa määrin kuin vaihtoehdossa 1 ja aineistosta laskettavat kansalliset estimaatit ovat luotettavampia.
- + Kun haastattelu tehdään jälkikäteen puhelinhaastatteluna, tiedonkeruun tekevät ammattihaastattelijat. Haastattelijoiden koulutus on helpompi järjestää kuin terveydenhuollon henkilökunnan.
- + Koodauksen laatu on todennäköisesti yhtenäisempi kuin vaihtoehdoissa 1.
- + Tulokset ovat koodattavissa haastatteluhetkellä.
- + Tiedonkeruu voidaan käynnistää ja lakkauttaa joustavammin kuin vaihtoehdossa 1.
- + Haastatteluun voidaan haluttaessa lisätä tarkentavia kysymyksiä. Esimerkiksi tapaturmaan liittyvän tuotteen merkkiin tai valmistajaan liittyviä kysymyksiä voi sisällyttää haastatteluun.

Järjestelmän (a) miinukset:

- Koska vastaavaa tapaturmatilastointia ei ole aikaisemmin käytetty, järjestelmän käyttöönotto vaatii laajahkon pilotin.

- Terveysthuollon toimipaikkaan ei muodostu tapaturma-aineistoa, mikä heikentää tiedon hyödyntämismahdollisuuksia paikallisesti.
- Vaaditaan edelleen työpanosta terveydenhuollon toimipaikoissa, motivaatio voi olla pieni.
- Sairaalahoittoon/kuolemaan johtavat tapaturmat eivät tule automaattisesti mukaan. Tieto näiden tapaturmien osalta on otettava huomioon tiedonkeruun suunnitteluvaiheessa.
- Joidenkin ryhmien (esim. päihtyneenä tapahtuneista) tapaturmista voi olla vaikea saada myöhemmin haastattelua, vaikka suostumus saataisiin hoitotilanteessa.
- Ongelmaksi saattaa nousta suostumuksen saaminen potilaalta.
- Jos näyte ei ole edustava, ovat väestöestimaatit epäluotettavia tai mahdottomia laskea. Lähtötilanne on ensimmäistä vaihtoehtoa parempi.
- Vastaajat rajoittuvat tapaturmapotilaisiin, eikä heitä voi käyttää muuhun kuin tapaturmakyselyyn. Tällöin se mahdollisuus, että samaan haastatteluun yhdistetään useamman eri tiedosta kiinnostuneen tahon intressit, jää käyttämättä.

Katoa aiheuttaa:

- Puhelimiton
- Potilaalta ei saada suostumusta haastattelun tekemiseen (vaikea vamma, päihtymys, henkilökunnan huolimattomuus).
- Sairaalaan tai muuhun hoitolaitokseen pitkäksi aikaa jäävät potilaat.

Vaihtoehto 3: Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaiset erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevat tilastotiedot kerätään laajamittaisella väestöhaastattelulla

Jos tiedonkeruu toteutetaan väestöhaastatteluna, 10 000:n 15 vuotta täyttäneiden väestötöksellä saadaan noin 1000 koti- ja vapaa-ajan tapaturmaa. Arvio on tehty vuoden 1997 tutkimuksesta, missä Tilastokeskuksen haastatteluorganisaatio keräsi tiedot puhelimitse. Haastatteluorganisaation keräämät vastaustiedot toimitetaan tilastoviranomaiselle.

Järjestelmän plussat:

- + Saadaan vaihtoehtoista parhaiten tilastolliset väestöestimaatit tutkittavasta ilmiöstä.

- + Vaihtoehtoista joustavin. Haastatteluun on mahdollista liittää myös muuta tiedonkeruuta, jolloin kansallisia tarpeita voidaan huomioida paremmin (voi alentaa yksikkökustannuksia, jos osallistujien määrä kasvaa)
- + Ei rasita millään tavalla sairaalahenkilökuntaa.
- + Tiedonkeruun tekevät haastattelun ammattilaiset yhtenäisen toimintamallin mukaan.
- + Mahdollista koodata tuotetiedot haastattelun aikana. Tarvittaessa voidaan lisätä kyselyyn merkkikohtaista tuotetietoa.
- + Haastattelututkimuksista tapaturmasektorilla on Suomessa hyviä kokemuksia.

Järjestelmän miinukset:

- Poikkeaa eniten EU:n yleisesti käytössä olevasta tiedonkeruumallista, jolloin vertailtavuus muihin maihin on ongelmallista.
- Jos tiedot kysytään vuoden ajalta, ovat vanhimpia tapaturmia kuvaavat yksityiskohdat voineet unohtua.
- Vakavimmat tapaturmat ovat aliedustettuina, etenkin vanhuksilla.
- Kuolemaan johtaneet tapaturmat puuttuvat.
- Suunnitteluvaiheessa on otettava huomioon, että lasten tapaturmat saadaan mukaan. Alle 15-vuotiaita lapsia koskevat tapaturmat kysyttävä lasten vanhemmilta.
- Kuluttajaviranomaisten kannalta heikoin vaihtoehto, koska tuottaa selvästi vähemmän tuotetietoja kuin vaihtoehdot 1 tai 2.

Järjestelmässä katoa aiheuttaa:

- Puhelimeton
- Laitoksissa asuvat vanhukset
- Vähäisen tapaturman unohtuminen haastatteluhetkellä.

Vaihtoehto 4: Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaiset erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevat tilastotiedot kerätään valituista kunnista kattavasti jotakin edellä kuvattua vaihtoehtoa 1-3 käyttäen.

Koska joillakin kunnilla on ollut kiinnostusta nykyistä laajempaan tapaturmien rekisteröintiin oman kuntansa alueella, pohdittiin työryhmässä myös sitä vaihtoehtoa, että lähdettäisiin yhteistyössä näiden kuntien kanssa keräämään tilastotietoja. Näin rajauduttaisiin vain tiettyihin kuntiin. Kun aikaisemmassa EHLASS-tietojenkeruujärjestelmässä rajauduttiin tiettyihin sairaaloihin, tässä uudessa järjestelmässä rajauduttaisiin tiettyihin kuntiin, jolloin tiedonkeruuseen osallistuvien kuntien osalta saataisiin kattava kuva kunnan tapaturmatilanteesta. Käydyn keskustelun perusteella todettiin, että kuntakohtaisiin tapaturmatietoihin pohjautuvan tilastojärjestelmän suurimpana heikkoutena on se, että kansallisia estimaatteja aineistosta on ongelmallista laskea ja näin tämä lähestymistapa olisi ristiriidassa yhteisön tapaturmia koskevan toimintaohjelman kanssa. Todettiin kuitenkin, että nyt valittavasta järjestelmästä toivotaan sellaista, että kunta halutessaan, voisi tilata alueelleen erillisen tapaturmaselvityksen.

1. Euroopan yhteisön toimintaohjelman mukaisen erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevan tilastotiedonkeruun arvioidut kustannukset eri vaihtoehdoissa

Työryhmä ei pysty esittämään täsmällistä kustannusarviota vaihtoehtoisista tilastojärjestelmistä. Ei ollut realistista, että lyhyen määräajan puitteissa terveydenhuollon toimipisteistä ja ATK-taloista olisi saatu pitävät arviot ATK-järjestelmien muutoksista aiheutuvista kustannuksista. Tässä esitetyt kustannusarviot pohjautuvat työryhmässä mukana olleiden kokemukseen vastaavanlaisista hankkeista.

Työryhmän esittämänä tavoitteena on, että Suomeen saadaan pysyvä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastojärjestelmä, jossa jo olemassa olevia tilastojärjestelmiä kehitetään ja integroidaan uuden EU:n tilastojärjestelmän kanssa yhdeksi kokonaisuudeksi. Suomessa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ovat niin suuret, että kunnolliseen ja hyvin toimivaan tilastojärjestelmään (sisältää korkealaatuisen tilastoaineiston, tilastoaineiston käsittelyohjelmat, tilastoraporttien ja muiden selvitysten kirjoittamisen sekä tilastotietopalvelun ko. aihealueelta) on järkevää investoida.

Työryhmä pitää tärkeänä, että järjestelmävaihtoehdosta riippumatta Suomeen saadaan ainakin yksi erikoissuunnittelijatasen tilastotyöntekijä vastaamaan erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastoinnista. Erikoissuunnittelijan tehtävänä on paitsi EU:n tilastojärjestelmästä vastaaminen myös koti- ja vapaa-ajan tapaturmatilastoinnin kokonaisvaltainen kansallinen kehittäminen. Näin kaikkiin esitettyihin vaihtoehtoihin sisältyy yksi henkilötyövuosi. Erikoissuunnittelijan palkkakustannukset/vuosi on noin 250 000 mk. Aineiston käsittelystä, tietopalvelusta ja aineistosta laadittavien raporttien tuottamisesta arvioidaan syntyvän noin 100 000 mk kustannukset ensimmäisen vuoden aikana. Kustannuksista suurin osa syntyy aineiston käsittelyyn ja jatkojalostamiseen tarvittavan tietokannan suunnittelu- ja ohjelmointityöstä. Kaikkiin vaihtoehtoihin sisältyy myös pakollisia hallinto- ja matka- sekä ATK-laitehankintakustannuksia. Nämä kustannukset arvioidaan 50 000 –100 000 mk:ksi ja ovat suurimmat ensimmäisen vuoden aikana.

Vaihtoehdossa 1 kokonaiskustannuksista suuri osa muodostuu järjestelmän alkuvaiheessa terveydenhuollon toimipisteiden ATK-järjestelmien muutoksista, jotka tulevat terveydenhuollon toimipisteiden maksettavaksi. Erittäin karkeana arviona voidaan olettaa, että ATK-järjestelmiin tehtävistä muutoksista aiheutuu 50 000 – 100 000 mk:n kustannukset/terveydenhuollon toimipaikka. Tämä arvio sisältää sekä ohjelmistotalojen perusohjelmiin että toimipaikkakohtaisiin sovellusohjelmiin tehtävät muutokset ja muutoksista aiheutuvat toimipaikkakohtaiset työkustannukset. Jos vaihtoehdon 1 mukaiseen tiedonkeruuseen otetaan mukaan viisi terveydenhuollon toimipistettä, aiheutuu heille yhteensä arviolta 250 000 – 500 000 mk:n kustannukset ensimmäisen vuoden aikana ATK-järjestelmien muutostöistä.

Edelleen vaihtoehdossa 1 oletetaan, että sairaaloille joudutaan korvaamaan tiedonkeruusta aiheutuneet kustannukset. Kuluttajaviraston maksamien korvausten perusteella tiedonkeruusta aiheutuvat kustannukset ovat noin 50 000 - 200 000 mk/terveydenhuollon toimipiste/vuosi. Kuluttajaviraston sairaaloille maksamien tiedonkeruusta aiheutuneiden kustannusten perusteella muodostuisi tiedonkeruukorvaukset viidelle terveydenhuollon toimipisteelle vuosittain noin 750 000 mk:n suuruisiksi.

Esityksen mukaan vaihtoehdossa 2 ja 3 henkilöstökustannukset tilastovirastossa ovat samat kuin vaihtoehdossa 1. Pois jäävät terveydenhuollon toimipisteiden ATK-kustannukset ja vaihtoehdossa 3 kokonaan terveydenhuollon henkilökunnan työaikakustannukset. Vaihtoehdoissa

2 ja 3 kustannuksia aiheutuu haastatteluorganisaation käytöstä tilastotietojen keruuseen. Alustavan arvion mukaan ensimmäisen vuoden haastattelukustannukset olisivat noin 700 000 mk. Seuraavina vuosina kustannusarvio tarkentuisi alaspäin, koska ensimmäisenä vuonna tehtävät haastattelijoiden tallennuspohjat olisivat kertaluontoisia töitä ja muu tiedonkeruuseen liittyvä suunnittelutyö myös vähenisi.

2. Työryhmän pohdinta ja johtopäätökset

Työryhmä on päätenyt yksimielisesti suosittalemaan seuraavaa:

- 1. Päävastuu Stakesille.** Koska terveydenhuollon tilastointi ja luokitusjärjestelmien kehittäminen ovat Stakesin vastuulla, on Euroopan yhteisön koti- ja vapaa-ajan tapaturmia (ent. EHLASS) koskevan tilastojärjestelmän päävastuun siirtäminen Kuluttajavirastosta Stakesiin perusteltua. Päävastuun sijoittamista Stakesiin perusteltiin myös sillä, että Stakesin vastuulla on terveydenhuollon kansainvälinen tilastoyhteistyö. Vaikka tilastojärjestelmän päävastuuta ehdotetaan Stakesille, työryhmä pitää erittäin tärkeänä, että koti- ja vapaa-ajan kansallista tilastojärjestelmää ryhdytään kehittämään Stakesin ja Tilastokeskuksen yhteisvastuullisena hankkeena. Näin etenkin siksi, että Tilastokeskuksessa on vankkaa osaamista tapaturmahaastattelujen toteuttamisesta.
- 2. Tiedonkeruu haastattelumenetelmällä.** Työryhmä tarkasteli tarkemmin kolmea mallia tiedonkeruun hoitamiseksi. Vaihtoehtoista ensimmäinen oli mukana siksi, että terveydenhuollon tilastointijärjestelmä on perinteisesti ollut rekisteripohjainen. Vaihtoehdon yksi keskeisin ongelma on, että se aiheuttaa terveydenhuollon henkilökunnalle suurimman työmäärän sekä mittavat ATK-järjestelmien uusimiset kustannuksineen. Tilastoviranomaisena Stakes joutuisi myös käyttämään kahta eri luokitusjärjestelmää samoissakin sairaaloissa.

Vaihtoehtoon kaksi sisältyy myös ongelmia, mutta vaihtoehto mahdollistaa vaihtoehtoa 1 joustavamman tietojenkeruujärjestelmän, työllistää vähemmän terveydenhuollon henkilökuntaa ja kohdentaa tiedonkeruun ainoastaan tapaturmapotilaisiin.

Kolmas, puhtaasti haastattelututkimukseen perustuva malli, oli mukana lähinnä siksi, että Suomessa haastattelututkimuksista on muodostunut yksi pysyvä tilastojärjestelmä koti- ja

vapaa-ajan tapaturmien osalta. Haastattelututkimukset ovat myös tuoneet aina lisätietoa tapaturmatilanteesta. Haastattelututkimusten ongelmana on se, että arviolta kymmenestä otantaan osuvasta vain yksi on ollut koti- tai vapaa-ajan tapaturmassa.

Työryhmä ehdottaa tiedonkeruussa haastattelumenetelmän käyttämistä. Suomessa tilastotietoja (entinen EHLASS) ryhdytään vuoden 2000 alusta keräämään tavalla, jossa tiedot kerätään joka toinen vuosi puhelinhaastatteluin niiltä tapaturmapotilailta, joilta on saatu suostumus (= vaihtoehto 2a) ja joka toinen vuosi väestöhaastatteluna (= vaihtoehto 3) edellyttäen, että ehdotetulle tiedonkeruujärjestelmälle saadaan EU:n tuki. Vuonna 2000 tehdään potilashaastattelu ja vuonna 2001 laajempi väestöhaastattelu yhdistettynä uhritutkimukseen.

Työryhmä päätyi ehdotukseensa, koska vaihtoehdon 1 mukainen rekisteripohjainen tilastojärjestelmä työllistää eniten terveydenhuollon henkilökuntaa ja tuottaa epäluotettavimmat kansalliset estimaatit tapaturmatilanteesta. Myös koska lähivuosina on tavoitteena uusia terveydenhuollon tilastojärjestelmä, ei nyt ole mielekasta rakentaa rinnakkaisjärjestelmää, joka vaatii ATK-järjestelmien uusimisen terveydenhuollon toimipisteissä.

Terveydenhuollon toimipisteissä hoidettujen tapaturmapotilaiden haastattelu vuosittain ei sekään ole tarpeellista, koska tapaturmatilanteessa ei vuosittain tapahdu suuria muutoksia. Joka toinen vuosi tehtävä laajempi väestöhaastattelu täydentää terveydenhuollon toimipisteistä saatua aineistoa. Nyt ehdotettu järjestelmä jättää riittävästi aikaa kokonaisvaltaisen (sisältäen kaikki käytössä olevat tilastoaineistot) tapaturmatilastoinnin kehittämiseksi. Samalla se tuottaa vuosittain Euroopan yhteisön käyttöön Suomen tapaturmatilanteesta tiedot, joissa käytetään yhteisön luokitusjärjestelmää.

3. **Pilotti vuonna 1999.** Työryhmä esittää, että vaihtoehdon 2 mukaista tietojenkeruuta pilotoidaan vuoden 1999 loppupuolella. Neuvottelut asiasta käynnistetään sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Tilastokeskuksen kanssa.
4. **Luokitusjärjestelmien kehittäminen.** Työryhmä korostaa, että pitkäntähtäimen kehittämistavoitteissa on erityisesti kiinnitettävä huomiota siihen, että luokitusjärjestelmät eri tilastojärjestelmissä muodostavat yhden kokonaisuuden. Tämä vaatii erityistä herkkyyttä

seurata, mihin ulkoisen syyn luokitukseen Euroopan Unionin maissa ollaan asettumassa ja toisaalta miten WHO:n luokitustyö kehittyy. Pyritään vaikuttamaan siihen, että Suomessa EU-tilastot voidaan sairaaloiden ja poliklinikkojen osalta tuottaa tulevaisuudessa osana muuta terveydenhuollon tilastointia. Tämä edellyttää erityisesti tapaturmatilastoinnissa yhtenäisen luokitusjärjestelmän kehittämistä.

5. **ATK-järjestelmä.** Kuluttajavirasto luovuttaa nyt käytössään olevan EHLASS-järjestelmään liittyvän ATK-järjestelmän Stakesin käyttöön maksutta, jos se katsotaan tarpeelliseksi edellyttäen, että uudistuksesta käytävissä hallinonalojen välisissä budjettineuvotteluissa asiasta päästään yksimielisyyteen. Mahdollisesta järjestelmän siirtämisestä neuvottelevat Stakes ja Kuluttajavirasto, kun tiedetään uusitun koodausoppaan sisältö.
6. **Kuluttajavirasto nimeää yhdyshenkilön,** joka on käytettävissä järjestelmän siirtymävaiheessa.
7. **Arvio kustannuksista.** Sosiaali- ja terveysministeriön tulee varmistaa tarvittavat taloudelliset resurssit, jotta uusi EU:n tilastojärjestelmä sekä kansallinen koti- ja vapaa-ajan tilastojärjestelmä kokonaisuudessaan saadaan toimivaksi. Karkean arvon pohjalta kokonaiskustannukset vuosittain ovat noin 1 150 000 mk. Kustannukset koostuvat seuraavasta:

ATK-järjestelmän rakentamien	100 000 mk
yksi henkilötyövuosi	250 000 mk
hallinnolliset kulut	100 000 mk
<u>haastatteluorganisaatio</u>	<u>700 000 mk</u>
yhteensä	1 150 000 mk

ATK-järjestelmällä tarkoitetaan Stakesiin rakennettavaa tietokantaa tapaturmatilastojärjestelmäksi. Haastatteluorganisaatio tarkoittaa Tilastokeskusta. Tilastokeskuksen kustannuksista 150 000 mk syntyy tutkijan palkasta ja 550 000 markkaa varsinaisesta haastattelu työstä. Osa Stakesille ja Tilastokeskukselle aiheutuvista kustannuksista rahoitetaan Euroopan Unionin henkilövahinko-ohjelmasta.

8. **Suomessa ryhdytään määrätietoisesti kehittämään koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastointia.** Vuosittaisten tilastotaulukkojen rinnalle ryhdytään rakentamaan joka toinen vuosi julkaistavaa perusteellisempaa koti- ja vapaa-ajan tapaturmatilastoa. Tapaturmatilastoon sisällytetään myös kuolemansyyrekisterin ja hoitoilmoitusrekisterin sekä väestöhaastattelun koti- ja vapaa-ajan tapaturmia koskevat tilastot.

9. **Stakes ja Tilastokeskus** käynnistävät yhteisneuvottelut, joissa sovitaan koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastojärjestelmän käynnistämisestä yhteishankkeena.

10. **Perustetaan ohjausryhmä.** Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien kehittämistä varten perustetaan ohjausryhmä, jonne pyydetään Stakesin, Tilastokeskuksen, Sosiaali- ja terveysministeriön edustajien lisäksi sekä Kuluttajaviraston että tapaturmatutkijoiden edustus. Yksi ryhmän tehtävistä tulee olemaan EU-tilastojärjestelmän mukaisen tiedontuottamisen varmistaminen, järjestelmän kehittäminen ja arvioiminen.

- 1999: 1 Maatalousyrittäjien sosiaaliturvaan EU:sta johtuvia muutostarpeita selvittäneen työryhmän (EMELY) muistio.
ISBN 952-00-0576-5
- 2 Terveystarkastukset työterveyshuollossa ja työntekijöiden tietosuoja.
ISBN 952-00-0578-1
- 3 Tasa-arvo valtavirtaan. Sukupuolten tasa-arvon tila vuosituhaten kynnyksellä. Loppuraportti Suomen hallituksen tasa-arvo-ohjelmasta 5.2.1997-28.2.1999. Liite: Hallituksen tasa-arvo-ohjelman hankkeet 1999.
ISBN 952-00-0596-X
- 4 Varhaiskasvatustyöryhmän muistio.
ISBN 952-00-0593-5
- 5 Matti Marjanen. Työpankki - vaikeimmin työllistettävien työttömien työllistämismalli.
ISBN 952-00-0592-7
- 6 Markku Wallin, Lauri Koivusalo. Lakisääteisen työeläkejärjestelmän kilpailuolosuhteiden selvittäminen. Selvitysmiestehtävän väliraportti.
ISBN 952-00-0595-1
- 7 Ehdotukset syrjäytymisen vastaisista toimista.
ISBN 952-00-0599-4
- 8 Euroopan unionin koti- ja vapaa-ajan tapaturmien tilastointi. Ehdotus tilastoinnin toteuttamiseksi Suomessa 1999-2003.
ISBN 952-00-0605-2