

*Kansallisen terveydenhuollon hankkeen
seurantaryhmän raportti.
Vuoden 2006 toiminta.*

*Kansallisen terveydenhuollon hankkeen
seurantaryhmän raportti*

Vuoden 2006 toiminta



KUVAILELEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisun laji Raportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä	
Julkaisun nimi Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta.			
Tiivistelmä Raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen vuoden 2006 toimintaa seurantaryhmän arvioimana. Raportti on seurantaryhmän yhdeksäs arvio hankkeen etenemisestä. Seurantaryhmä on tekemänsä arviointikyselyn perusteella kiinnittänyt huomiota seuraaviin asiakokonaisuuksiin 1. Terveyden edistämisessä ja ehkäisevässä terveydenhuollossa ei ole tapahtunut juurikaan tehostumista verrattuna hankkeen aloitusvuoteen 2002. Seurantaryhmä kiinnittää jälleen huomiota siihen, että tämän hankeosion eri tavoitteisiin kehitetään uusia ja koko väestöä koskettavia toimintamalleja ja menetelmiä. Erityisesti on panostettava väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen. 2. Arviointikyselyn perusteella on olemassa selkeää tahtoa terveydenhuollon rakenteiden uudistamiseen. Kannatusta saavat eri tavoin organisoidut sosiaali- ja terveystyöryhmät. Terveyskeskusten koon kasvattamisen ja päällekkäisyyksien purkamista pidetään tärkeänä. Valtion ohjauksen tehostaminen sai arviointikyselyssä myös kannatusta. Seurantaryhmä pitää hyvänä, että hankkeen viimeisenä toimintavuotena panostetaan terveyskeskustyöhön. Terveydenhuollon voimavarojen lisäykset ovat ohjautuneet useimmiten erikoissairaanhoidon ja työterveyshuoltoon. Tulevaisuudessa perusterveydenhuollon asemaa, roolia ja voimavaroja olisi vahvistettava toimintaedellytysten turvaamiseksi. Terveyskeskus 2015 – strategian tavoitteet ja kehittämistoimet ovat merkittäviä avauksia perusterveydenhuollon kehittämiseksi. Uudistaminen tulee tehdä pikaisesti ja tähän työhön tarvitaan valtakunnallista tukea, uusia toimintakäytäntöjä, terveyskeskusten perustehtävän määrittelyä sekä kentältä lähtevää vuoropuhelua. 3. Seurantaryhmä kiinnittää huomiota henkilöstön vajaukseen eri ammattiryhmissä. Erityisesti hammaslääkäreiden ja hoitohenkilöstön ala- ja aluekohtaiseen saatavuuteen tulee etsiä ratkaisuja. Terveydenhuollon henkilöstöryhmien välisessä työnjaossa on edistytty valtakunnallisesti ja myös arviointikyselyn perusteella tässä osahankkeessa on edistytty kohtuullisen hyvin. 4. Terveydenhuollon rahoituksen kokonaisuuden seuranta ja hankkeen rationalisointihyötyjen arviointi on seurantaryhmän arvion mukaan pulmallista. Hankkeen kustannusvaikutukset näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä. Hankkeen päättyessä arvioinnissa tulisi selvittää saatuja kustannushyötyjä, toimintakäytäntöjen muutoksia ja hoitoon pääsyn parantumista. Arvioinnin pohjalta tarvitaan myös jatkokehittämisehdotuksia. Arvioinnin voisi suorittaa esimerkiksi puolueeton arviointiryhmä.			
Asiasanat: ehkäisevä terveyspolitiikka, hoitohenkilöstö, seuranta, terveyden edistäminen			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:24		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.) 978-952-00-2322-5 (PDF)
Kokonaissivumäärä 34	Kieli Suomi	Hinta 10,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet	
Publikationens titel Rapport av uppföljningsgruppen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Verksamheten år 2006.			
Referat <p>Rapporten beskriver uppföljningsgruppens utvärdering av verksamheten i anslutning till det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet för år 2006. Rapporten är uppföljningsgruppens nionde utvärdering av hur projektet framskrider.</p> <p>Uppföljningsgruppen har utifrån sin utvärderingsenkät fäst uppmärksamheten vid följande sakhelheter.</p> <ol style="list-style-type: none"> Hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård har inte just blivit effektivare jämfört med år 2002 när projektet inleddes. Uppföljningsgruppen fäster åter uppmärksamhet vid att nya verksamhetsmodeller och metoder som gäller hela befolkningen utvecklas för de olika målen i denna projektdel. Särskilt måste insatser göras för att minska skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupperna. På grundval av utvärderingsenkäten finns det en tydlig vilja att reformera strukturen inom hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsdistrikt som är organiserade på olika sätt får stöd. Det anses viktigt att öka storleken på hälsovårdscentralerna och ta bort överlappningar. Att effektivisera den statliga styrningen fick också stöd i utvärderingsenkäten. Uppföljningsgruppen anser det bra att det under projektets sista verksamhetsår görs satsningar på arbetet vid hälsovårdscentralerna. Ökade resurser inom hälso- och sjukvården har för det mesta styrts till den specialiserade sjukvården och företagshälsovården. Primärvårdens ställning, roll och resurser behöver stärkas i framtiden för att trygga verksamhetsförutsättningarna. Hälsovårdscentral 2015 – målen och utvecklingsåtgärderna för strategin utgör betydande öppningar för att utveckla primärhälsovården. Reformen bör genomföras snabbt och för detta arbete behövs riksomfattande stöd, ny verksamhetspraxis, fastställande av den primära uppgiften för hälsovårdscentralerna samt en dialog utgående från fältet. Uppföljningsgruppen fäster uppmärksamhet vid bristen på personal i olika yrkesgrupper. Man bör särskilt söka lösningar för att få tillgång till tandläkare och vårdpersonal inom verksamhetsområden och regioner. Riksomfattande framsteg har gjorts i fråga om arbetsfördelningen mellan personalgrupperna inom hälso- och sjukvården och även enligt utvärderingsenkäten har man framskridit relativt väl i detta delprojekt. Att följa upp hälso- och sjukvårdens finansiering i sin helhet och utvärdera rationaliseringsvinsterna i projektet är enligt uppföljningsgruppen problematiskt. Kostnadseffekterna av projektet syns först på längre sikt. Vid projektets utgång borde man utreda uppnådda kostnadsvinster, ändringar i verksamhetspraxis och förbättringen av tillgången till vård. Med stöd av utvärderingen behövs även förslag till fortsatt utveckling. Utvärderingen kunde göras av till exempel en opartisk utvärderingsgrupp. 			
Nyckelord: förebyggande hälsopolitik, hälsofrämjande, uppföljning, vårdpersonal			
Övriga uppgifter: www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2007:24		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2321-8 (inh.) 978-952-00-2322-5 (PDF)
Sidoantal 34	Språk Finska	Pris 10,80 €	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date	
Authors		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ	
Title of publication Report by the Monitoring Group for the National Health Care Project on Actions in 2006			
Summary The report reviews the actions undertaken within the National Health Project in 2006 as assessed by the Monitoring Group. The report is the group's ninth assessment of the progress of the project. The Monitoring Group has on the basis of an assessment inquiry focused attention on the following complexes of issues 1. The efficiency of health promotion and preventive health care has not been improved much compared with 2002 when the project was initiated. The Monitoring Group points out again that new and inclusive policies and methods should be developed in connection with the objectives of this project item. Specific emphasis must be put on bridging health gaps between population groups. 2. The assessment inquiry shows that there exists an explicit desire to reform the health structures. Social welfare and health care districts organised in different ways are advocated. It is considered important to make health centres bigger and to remove overlapping. Also more effective Government steering was advocated in the assessment inquiry. The Monitoring Group views it positive that during the last year of the project the focus has been on the work at health centres. Most often the increases in health care resources have been allocated to specialised health care and occupational health care. In future, the status, role, and resources of primary health care must be reinforced in order to safeguard prerequisites for future activities. The goals and development measures of the Health Centre 2015 Strategy constitute major moves towards improved primary health care. Reforms must be implemented soon and this work requires national support, new practices for activities, definition of the basic tasks of health centres as well as grass roots dialogue. 3. The Monitoring Group draws attention to the shortage of personnel in various occupational groups. Solutions must be sought in particular regarding the sectoral and regional access to dentists and care personnel. At the national level, improvements have been achieved in the division of tasks between health personnel groups, and according to the assessment inquiry, the progress in this sub-project has been relatively good. 4. The Monitoring Group views that the follow-up of the total health financing and the assessment of the rationalisation benefits of the project are problematic. The cost effects of the project will be visible only in the longer term. As the project is concluded, the assessment should examine the achieved cost benefits, the implemented practice revisions and the improved access to care. There is also a need for proposals for future development measures on the basis of the assessment. The assessment should be carried out for example by an independent assessment group			
Key words: mcare personnel, health promotion, monitoring, preventive health policy			
Other information: www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2007:24		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2321-8 (paperpack) 978-952-00-2322-5 (PDF)
Number of pages 34	Language Finnish	Price 10.80 €	Publicity Public
Orders Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

SISÄLLYSLUETTELO

KUVAILULEHTI	3
PRESENTATIONSBLAD	5
DOCUMENTATION PAGE	7
1 JOHDANTO	11
2 KATSAUS VUODEN 2006 TOIMINTAAN	13
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TERVEYDENHUOLTO	16
4 HOITON PÄÄSYN TURVAAMINEN	17
5 HENKILÖSTÖN SAATAVUUDEN JA OSAAMISEN TURVAAMINEN	19
6 TOIMINTOJEN JA RAKENTEIDEN UUDISTAMINEN	21
6.1 Valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen käyttöönotto terveyskeskusten ja sairaaloiden tietojärjestelmien yhteensopivuuden turvaamiseksi	23
6.2 Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako	24
6.3 Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden uudelleenjärjestelyt ja tietoteknologian hyödyntäminen	25
7 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN	26
8 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN VAHVISTAMINEN	27
9 SEURANTARYHMÄN TOIMINTA	29
LIITE 1. Terveystuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä	30

1 JOHDANTO

Kansallinen terveydenhuollon hanke on toteuttanut Valtioneuvoston periaatepäätöstä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 5 vuotta. Meneillään on hankkeen viimeinen toimeenpanovuosi 2007.

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä on asetettu 1.8.2002. Seurantaryhmän jäsenissä on tapahtunut jonkin verran muutoksia vuoden 2006 aikana. Jäsenet on lueteltu liitteessä yksi. Seurantaryhmä raportoi terveyshankkeen etenemisestä kaksi kertaa vuodessa.

Syksyllä 2006 seurantaryhmä toteutti hankkeen edistymisestä sähköisen arviointikyselyn terveydenhuollon päättäjille. Tässä seurantaryhmän yhdeksännessä raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen vuoden 2006 toimintaa pääasiassa arviointikyselyn perusteella. Raportissa kerrotaan kunkin osahankkeen kohdalla arviointikyselyn keskeisimmät tulokset. Seurantaryhmän raportissa 2006: 50 on kuvattu kevään 2006 toimintaa.

Keväällä 2005 käynnistyneen kunta- ja palvelurakennehankkeen edistymistä ja sen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon on seurattu aktiivisesti edelleen. Terveyshankkeen kanssa samaan aikaan uudistuksia toteuttava kunta- ja palvelurakennehanke on aiheuttanut kritiikkiä toimijoissa. Seurantaryhmä on kuitenkin arvioinut, että terveyshanke on luonut suotuisaa pohjaa ja ilmapiiriä myös Paras -hankkeen tavoitteille. Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö on luonut terveyshankkeessa edellytyksiä ja luottamusta eri toimijoiden välille. Vuonna 2006 valmisteltu kunta- ja palvelurakennemuutoksen puitelaki hyväksyttiin eduskunnassa tammikuussa 2007.

Vuonna 2006 terveyshankkeen painoalueina olivat perusterveydenhuollon ja lähipalvelujen seudullinen järjestäminen, sosiaali- ja terveydenhuoltopiirit, sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden edistäminen sekä terveydenhuollon kansallisen sähköisen keskusarkiston järjestäminen.

Arviointikyselyn perusteella terveyshankkeessa on onnistuttu ennen muuta hoitoon pääsyn turvaamisessa ja jonojen lyhentämisessä. Edistystä on tapahtunut myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä sekä seudullisessa kehittämistyössä. Toimintojen ja rakenteiden uudistamisessa myönteistä kehitystä on tapahtunut lääkehuollon ja apuvälinepalvelujen järjestämisessä sekä laboratoriotuotteiden ja päivystyksen kokoamisessa suurempiin yksiköihin. Tietoteknologian kehittäminen herättää ristiriitaisia ajatuksia: osa päättäjistä näkee kehityksen myönteisenä, osa arvioi, että tietoteknologiaan suunnatut resurssit eivät ole tuottaneet riittäviä tuloksia. Lailla säädettyihin kansalliseen potilasasiakirja-arkistoon ja e-reseptiin liittyviä asioita on saatu selkeästi eteenpäin.

Terveyden edistämisessä on onnistuttu kohtuullisesti kunnallisten strategioiden laatimisessa ja toimeenpanossa. Vastaajien mielestä ei ole riittävästi puututtu alkoholin riskikulutuksen aiheuttamien haittojen ehkäisyyn eikä väestöryhmien terveyserojen kaventamiseen.

Kyselyn perusteella kehittämistyötä ovat eniten vaikeuttaneet ennakkoluulot, asenteet ja muutosvastarinta, nurkkakuntaisuus ja reviirien vartiointi sekä ”kyläpolitiikka”. Vastaajat moittivat yhteistyökyvyn puutetta. Lisäksi huolenaiheina olivat

- henkilöstön vaje eri alueilla; pulaa on lääkäreistä, mutta yhä enemmän myös sairaanhoitajista, ja erityisen huono tilanne on hammaslääkäreiden kohdalla
- kuntien taloudellinen tilanne koetaan riskinä
- rakenteiden ja toimintojen uudistaminen ei etene, tilanne on ennallaan verrattuna hankkeen käynnistämiseen
- huoli hankerahoituksen vaikuttavuudesta ja hajanaisuudesta.

Arviointikyselyn tulosten mukaan rakenteiden uudistamiseen on selkeää tahtotilaa. Päättäjät kannattavat lainsäädännön muutoksia rakenteiden uudistamisen edistämiseksi. Kannatusta saavat eri tavalla organisoidut sosiaali- ja terveystiimit. Lisäksi kannatetaan terveyskeskusten väestöpohjan laajentamista ja päällekkäisyyksien purkamista. Käynnissä olevan Paras –hankkeen toimenpiteitä odotellaan. Valtakunnallisen ohjauksen tehostamista ja valtion roolin vahvistamista esitettiin laajasti. Terveystiimin etenemistä ovat tukeneet eniten rahoitus (erityisesti hankerahoitus), lainsäädäntö (hoitotakuu) sekä yhteistyön lisääntyminen.

2 KATSAUS VUODEN 2006 TOIMINTAAN

Seurantaryhmä toteutti syksyllä 2006 laajan sähköisen arviointikyselyn terveydenhuollon päättäjille ja toimijoille. Kyselyn tavoitteena oli saada arviointitietoa terveyshankkeen onnistumisesta ja arvioita asioista, jotka vielä mahdollisesti tarvitsevat toimenpiteitä hankkeen loppuajana. Kyselyssä saatiin myös arvioita siitä, miten vastaajat arvioivat terveydenhuollon kehittyvän terveys-hankkeen päättymisen jälkeen.

Kysely lähetettiin sähköpostitse 286:lle henkilölle 29.9.2006. Kysely toistettiin lokakuun alussa 2006. Vastauksia saatiin yhteensä 90, vastausprosentti oli 32 %.

Kysely lähetettiin

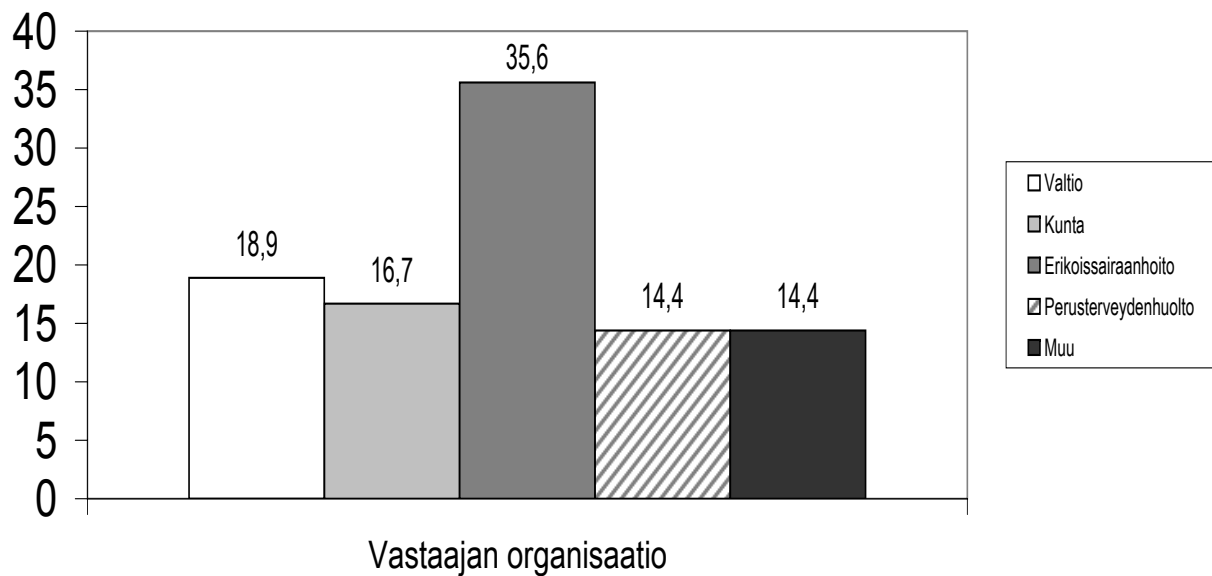
- Sairaanhoidopiirien johtajaylilääkäreille, sairaanhoidopiirien johtajille ja hallinto- ylihoitajille (yhteensä 60)
- Lääninhallitusten sosiaali- ja terveydenhuoltoneuvoksille (5)
- Lääninlääkäreille (16)
- Jokaisen sairaanhoidopiirin sijaintipaikkakunnan kaupungin johtajille (20)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeiden yhteiselle johtoryhmälle
- Seurantaryhmän jäsenille (60)
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön koordinaatioryhmän jäsenille (25)
- Satunnaisella otannalla jokaisesta sairaanhoidopiiristä kaksi erikokoista kuntaa, iso ja pieni, ja kysely lähetettiin jokaisen kunnan kunnanjohtajalle, valtuuston puheenjohtajalle, sosiaali- ja/tai terveysjohtajalle/ perusturvajohtajalle, terveyskeskuksen johtava lääkäri ja johtavalle hoitajalle.

Kyselyyn vastasivat käytännön terveydenhuollon toteuttajat. Osa kyselyyn vastanneista on ollut valmistelemissa terveyshanketta alusta asti. Vastaajat jakaantuivat eri puolille Suomea. Ainoastaan Itä-Savon sairaanhoidopiiristä ei saatu yhtään vastausta.

Erikoissairanhoidosta vastanneita oli 35,6 % (n=32), valtionhallinnosta 18,9 % (17), kunta- sektorilta 16,7 % (15), perusterveydenhuollosta 14,4 % (13), muista organisaatioista, joita edustivat esimerkiksi Kelan, Stakesin ja yliopistojen asiantuntijat 14,4 % (13).

Kuntien päättäjiltä (valtuuston tai sosiaali- ja terveystieteiden lautakuntien pj) ja sairaanhoidopiirien hallitusten puheenjohtajilta ei saatu vastauksia.

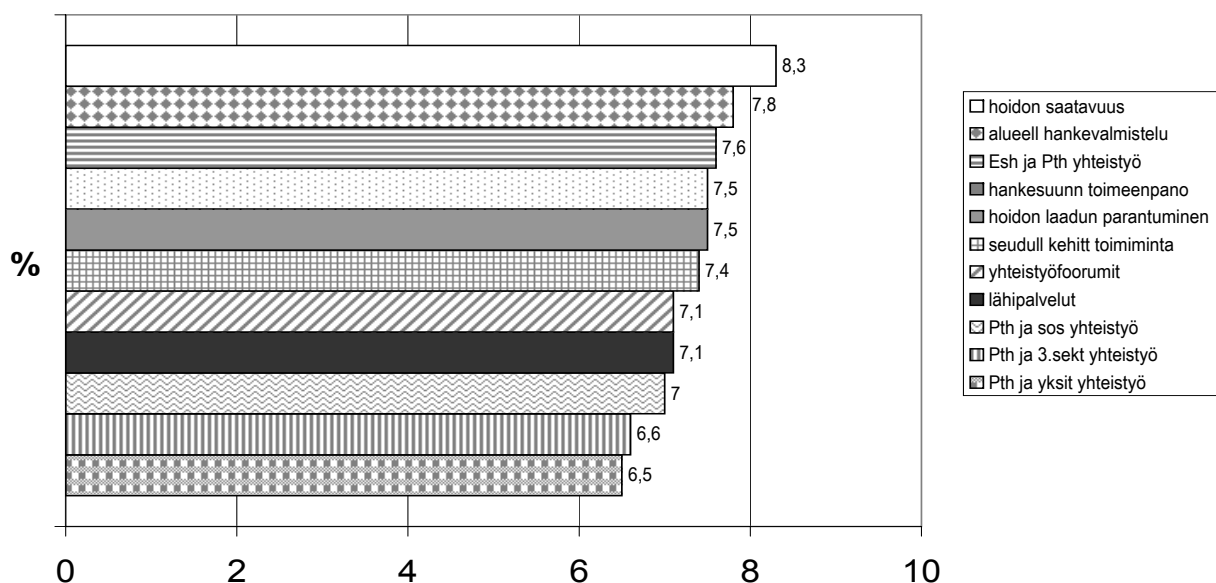
Kuvio 1. Vastaajien taustatiedot



Kyselylomake laadittiin niin, että vastaajia pyydettiin arvioimaan asioiden edistymistä kouluarvosoin ja vertaamaan nykytilannetta vuoteen 2002, jolloin terveyshanke alkoi. Asteikossa kouluarvosana 4 = edistytty erittäin huonosti, 5-6 = edistytty huonosti, 7 = tilanne on ennallaan, 8-9 = edistytty hyvin ja 10 = edistytty erittäin hyvin. Tuloksia arvioimme sen mukaan jäikö vastausten keskiarvoksi 7, joka tarkoittaa, että edistymistä ko. asiassa ei ole tapahtunut verrattuna vuoteen 2002. Jos keskiarvo ylitti 7, olemme tulkinneet vastaukset niin, että edistymistä oli tapahtunut verrattuna vuoteen 2002.

Lisäksi kyselyssä oli useita avoimia kysymyksiä, joihin vastattiin erittäin aktiivisesti. Myös avointen kysymysten vastauksia raportoidaan tässä julkaisussa. Kuviossa 2. on esitetty vastaajien arvio terveyshankkeen edistymisestä.

Kuvio 2. Terveyshankkeen edistyminen



Hoidon saatavuus on parantunut vastaajien mukaan hyvin hankkeen aikana. Tilanne on pysynyt ennallaan yhteistoimintaa edellyttävissä osioissa, kehittämishankkeiden toimeenpanossa ja terveydenhuollon lähipalveluiden toimivuuden selvittämisessä ja arvioinnissa. Arviointien mukaan huonosti on edistytty muun muassa perusterveydenhuollon ja kolmannen sekä yksityissektorin välisessä yhteistyössä.

Terveyshankkeen toteutukseen liittyvät julkaisut

Seurantaryhmän raportissa 2006:50 on kuvattu terveyshankkeen kevään 2006 toimintaa ja lueteltu kesään 2006 mennessä ilmestyneet hankkeeseen liittyvät julkaisut. Syksyn aikana on ilmestynyt seuraavat sosiaali- ja terveysministeriön raportit:

- Yhteenveto terveystieteiden seutuyhteistyön etenemisestä 15.8.2006 (Kansallisen terveydenhuollon hankkeen tilanne perusterveydenhuollossa syksyllä 2006 aluetuki-henkilöiden raportoina)
- Terveystieteiden 2015 – terveystieteen tulevaisuus, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56
- Terveystieteiden edistämisen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19
- Lisäksi Suomen Kuntaliitolta ilmestyi syksyllä ”Kunta- ja palvelurakennemuutos, Kunnat toteuttavat uudistuksen” -julkaisu.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TERVEYDENHUOLTO

Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto -hankekokonaisuuden tavoitteena on keskeisten kansansairauksien esiintymisen vähentyminen Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti ja päihteiden käytön sekä näistä aiheutuvan terveyspalvelujärjestelmän kuormituksen vähentäminen.

Terveyden edistämisen laatusuositus valmistui syksyllä. Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Tähän tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta- ja arviointia.

Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä jäsennetään laatusuosituksessa kuudeksi toimintalinjaksi, joihin jokaiseen sisältyy 4-8 suositusta. Suositukset perustuvat olemassa olevaan näyttöön ja hyvistä käytännöistä saataviin kokemuksiin.

Laatusuosituksen liitteenä on esimerkkejä terveyden edistämisen sisällöistä: ravitsemus, liikunta, päihteiden käyttö, tapaturmien ehkäisy, suun terveys, tartuntatauti- ehkäisy ja seksuaali-terveyden edistämien sekä eri ikäryhmien terveyden edistäminen.

Arviointikyselyn tuloksia

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon arviointikyselyn osiossa kysyttiin arvioita väestöryhmien terveyserojen kaventamisesta, terveyden edistämisen strategioiden laadinnasta ja toimeenpanosta, viranomaisten, järjestöjen, kuntalaisten ja elinkeinoelämän yhteistyöstä alkoholihaittojen ehkäisyssä, alkoholin riskikulutuksen aiheuttamien haittojen vähentämisestä varhaisvaiheen tukitoimin, sosiaali- ja terveysministeriön toteuttaman terveyden edistämisen kierroksen jatkotoimenpiteistä ja Terveys 2015- kansanterveysohjelman toimeenpanosta terveyshankkeen rinnalla.

Edistymistä verrattuna vuoteen 2002 arvioitiin tapahtuneen vain terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyn strategioiden laadinnassa ja toimeenpanossa (ka 7,2) Muissa asioissa arvioitiin edistymisen olleen heikkoa. Huonoimmin on onnistuttu alkoholin riskikulutuksen varhaisvaiheen tukitoimissa (ka 6,4) ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisessa (ka 6,6).

Muutamien vastaajien mukaan terveyden edistämisen kenttäkierros oli hyvä, ja terveyden edistämisen esiin nostaminen on tukenut hankkeen eteenpäin viemistä. Tulevaisuudesta arvioitiin, että terveyden edistäminen vahvistuu tulevina vuosina, medikalisaatiota torjutaan ja painopistettä siirretään ehkäisevään työhön ja terveellisten elämäntapojen omaksumiseen.

Terveyden edistämässä ja ehkäisevässä terveydenhuollossa ei ole tapahtunut juurikaan tehostumista verrattuna hankkeen aloitusvuoteen 2002. Seurantaryhmä kiinnittää jälleen huomiota siihen, että tämän hankeosion eri tavoitteisiin kehitetään uusia ja koko väestöä koskettavia toimintamalleja ja menetelmiä. Eri-tyisesti on panostettava väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen.

4 HOITOON PÄÄSYN TURVAAMINEN

Hoitoon pääsyn turvaaminen on ollut merkittävimpiä kansallisen terveydenhuollon hankkeen osioita, erityisesti kun sitä tarkastellaan erillisenä osiona. Hoidon saatavuutta koskevat säädös-
muutokset tulivat voimaan maaliskuussa 2005 samanaikaisesti suositusluontoisten valtakunnal-
listen hoitoon pääsyn perusteiden kanssa. Valmisteilla on vielä uusia kriteereitä, muun muassa
ihotaudeista (allergiatestauksista, atooppisesta ihottumasta), kroonisen kivun hoidosta ja fysiatri-
asta.

Vuoden 2006 aikana puolet sairaanhoitopiireistä pystyi tarjoamaan kiireettömän hoidon mää-
rääjassa. Lokakuussa 2002 yli kuusi kuukautta jonottaneita oli erikoissairaanhoidon toimenpitei-
siin yli 66 000 henkilöä, vuoden 2006 lopussa enää 7 332 potilasta. Jonot ovat lähes puolittuneet
toukokuusta 2006.

Alueelliset erot hoitoon pääsyn toteutumisessa ovat olleet suuret. Sosiaali- ja terveysministe-
riö seuraa hoitoon pääsyä puolivuositain sairaanhoitopiireille suunnatulla kyselyllä. Ministeriö on
neuvotellut vuoden 2006 aikana niiden sairaanhoitopiirien kanssa, joilla on ongelmia hoitojonojen
kanssa ja edellyttänyt sitovia suunnitelmia hoitojonojen saattamisesta lainmukaisiksi. Vaikein ti-
lanne on plastiikka- ja käsikirurgiassa sekä ortopediassa. Kuulokojeitten saatavuus on parantunut
kuulonhuoltajakoulutusta lisäämällä sekä ostopalveluin.

Lasten- ja nuorten psykiatrisesta hoitoon pääsyä arvioitiin syksyllä 2006 erillisellä kyselyllä.
Hoidon tarpeen arviointia odottaa noin 250 lasta ja useita satoja nuoria yli kolme viikkoa. Nuorten
jonotilat on todettu puutteellisiksi. Noin 650 lasta ja nuorta jonottaa pääsyä psykiatriseen hoi-
toon yli kolme kuukautta. Pahimpia jono-ongelmia on HUS -piirissä sekä Varsinais-Suomen sai-
raanhoitopiirissä.

Eduskunta on kahdeksana vuotena peräkkäin lisännyt voimavaroja lasten- ja nuorisopsykiat-
riaan. Toimintakäytäntöjä on kehitetty, mutta alueittain esiintyy erikoislääkäreistä pulaa. Pääkau-
punkiseudulla perheneuvolat ovat ruuhkautuneet.

Terveyskeskusten hoitoon pääsyn seurantaselvitys tehtiin helmikuussa 2006. Neljä viidesosaa
terveyskeskuksista pystyi järjestämään kiireettömän hoidon määrärajoissa. Suun terveydenhuollon
hoitoon pääsyn selvitys tehtiin helmikuussa ja lokakuussa 2006.

Suun terveydenhuollossa 76 % terveyskeskuksista pystyi toteuttamaan hoitotakuun edellyttä-
mät määrääjat syksyllä 2006. Väestöstä 74 prosenttia asui määrääaikoja noudattavien terveyses-
kusten alueilla. Terveyskeskuksista 13 prosentilla oli jatkuvia ongelmia hoitoon pääsyn järjestä-
misessä määrääjassa; määrällisesti tämä tarkoittaa 27 terveyskeskusta. Tilanne oli huonontunut
eniten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella, jossa seitsemän terveyskeskusta ilmoitti jatkuvista
ongelmista.

Määräaikojen noudattamista estää henkilöstöpula. Yli puolet terveyskeskuksista ilmoitti ham-
maslääkäripulan vaikeuttavan hoitotakuun toteuttamista. Pulaa ilmoittaneiden terveyskeskusten
alueilla asui väestöstä 73 %. Suuhygienisteistä pulaa ilmoitti joka neljäs terveyskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö on hankerahoituksella tukenut toimintakäytäntöjen kehittymistä
sekä henkilöstön työnjakohankkeita, joilla hoitoon pääsyä edistetään. Myös usean kunnan yhteis-
työnä toteutettavan päivystystyön kehittymistä on tuettu hankerahoituksella.

Hoitoon pääsyn perusteet varmistavat hoitoon pääsyä yhtenevin perustein, mutta näitä kri-
teereitä tulee jatkossa edelleen päivittää ja niiden ohjausvaikutuksia arvioida. Stakesin ja palve-
luntuottajien seurantatietojärjestelmissä on vielä puutteita. Tietojen kerääminen jonottavista poti-

laista ei onnistu vielä sähköisesti ja keskitetysti johtuen tietojen kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvistä ongelmista. Hoitoon pääsyä selvitetään edelleen pääosin yksiköitten, jopa jonohoitajien tiedostoista. Hoitotakuun seurannan tulee olla jatkuvaa ja reaaliaikaista, jotta tuottavuutta ja kustannusvaikutuksia pystytään paremmin arvioimaan, ja jotta hoitoon pääsyssä vielä ilmenevät epäkohdat korjaantuvat.

Arviointikyselyn tuloksia

Seurantaryhmän kyselyn mukaan hoidon saatavuuden arviointia leimasivat positiiviset kannanotot. Avovastauksista 71 %:ssa todettiin hankeosion onnistuneen joko hyvin, erittäin hyvin tai kohtalaisen hyvin. Vastaajat nostivat tässä yhteydessä esiin yhtenäisten kriteerien ohjaavan merkityksen sekä puhelinneuvonnan. Huonosti on edistytty päihdeongelmaisten henkilöiden tarpeiden huomioon ottamisessa. Hoidon saatavuutta ovat vaikeuttanut joidenkin vastaajien mielestä lääkärivaje, toisaalta ylimalkaiset hoitoon pääsyn kriteerit, jotka eivät ole velvoittavia sekä pienten kuntien rajalliset resurssit hankkia erikoissairaanhoidon palveluja tarpeeseen nähden alimitoitettuihin budjeteihin.

Alueelliset erot todettiin merkittäviksi. On alueita ja toimintoja, joita hanke on vauhdittanut. Ison hankkeen tulokset näkyvät vasta vuosien kuluttua. Painopiste on vastaajien mukaan suuntautunut operatiivisille aloille samalla kun krooniset sairaudet ovat jääneet sivulle. Joidenkin vastaajien mukaan osahanke on toteutunut liiankin hyvin, ja on herännyt epäily, että kiireetön hoito on nostettu jalustalle. Jonotilanteen todettiin kohentuneen, mutta jonojen seurantavan arvioitiin olevan ns. Nokia-Suomessa 1970-luvulta tai vielä vanhempaa perua.

Arviointikyselyn vastausten mukaan parhaiten on onnistuttu hoitoon pääsyn parantamisessa erikoissairaanhoidossa ja erityisesti operatiivisessa toiminnassa. Lisätoimenpiteitä edellytetään psykiatriassa ja mielenterveyspalveluissa, suun terveydenhuollossa, päihdehuollossa, ortopediasa ja kuulonhuollossa. Arvioinnin mukaan huonosti on edistytty perusterveydenhuollon ja kolmannen sekä yksityissektorin välisessä yhteistyössä. Hoitoon pääsyn seurantatietojen keräämistä tulee kehittää erityisesti perusterveydenhuollon osalta. Lisäksi edellytetään kuntien yhteistyön kehittämistä alueella.

5 HENKILÖSTÖN SAATAVUUDEN JA OSAAMISEN TURVAAMINEN

Seurantaryhmän kevään 2006 raportissa kuvattiin henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen laajasti useasta näkökulmasta. Opetusministeriön Koulutustarjonta 2012 –projektissa määritellään sosiaali- ja terveysalan koulutuksen aloittajataavoitteet vuosille 2007-2012 annettavaa koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa varten. Sosiaali- ja terveysministeriö on mukana tässä projektissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä Kunnallisen työmarkkinalaitoksen kanssa tekemä selvitys kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatilanteesta vuonna 2005 valmistui 1.2.2006. Kevään raportissa kuvattiin keskeiset tulokset. Myös Kunnallisen työmarkkinalaitoksen kanssa tehty selvitys kunnallisen terveydenhuollon täydennyskoulutuksen toteutumisesta vuonna 2005 valmistui 10.5.2006. Kevään raportissa kuvattiin myös nämä tulokset (www.stm.fi > julkaisut > 2006; STM:n selvityksiä 2006:50).

Terveydenhuollon henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa koskevaa suosituluonnosta työstettiin asiantuntijaseminaarissa 16.6.2006. Suositus ja tehtäväsiirtoihin liittyvät ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi on tarkoitus valmistella kevään 2007 aikana.

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti 24.11.2006 terveysalan koulutusyksiköille ja terveydenhuollon toimintayksiköille seminaarin koulutuksen ja työelämän alueellisesta ennakoituyhteistyötä sekä terveysalan koulutuksen kehittämisestä työelämän vaatimusten mukaisesti. Ministeriössä on tarkoitus jatkaa yhteisiä seminaareja myös vuonna 2007.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arvioinnin selvityshenkilöt ja taustaryhmä asetettiin 25.10.2006. Taustaryhmän toimikausi on 1.11.2006 – 31.8.2007.

Opetusministeriö pyysi kirjeellään yliopistoja ja ammattikorkeakouluja yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa käynnistämään sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen. Samalla koulutusyksiköitä pyydettiin raportoimaan opetusministeriölle koulutuksen valmistelusta ja toimeenpanosta maaliskuun 2007 loppuun mennessä. Kunnallinen työmarkkinalaitos on informoinut kuntia sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutukseen osallistumista koskevasta tietojen keruusta vuonna 2007 tehtävän terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus selvityksen yhteydessä.

Arviointikyselyn tuloksia

Arviointikyselyssä henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen hankeosiosta kysyttiin eri ammattiryhmien saatavuutta ja koulutuspaikkojen riittävyyttä, eri ammattiryhmien välisen työnjaon onnistumisesta, johtamisen kehittämisestä, täydennyskoulutussuositusten toteuttamista, tulospalkkauksen hyödyntämistä sekä työolosuhteisiin ja työhyvinvointiin panostamisesta.

Vastaajien mukaan parhaiten on onnistuttu täydennyskoulutussuositusten toteuttamisessa (ka 7,6). Myös lääkärikoulutuksen ja lähihoitajakoulutuksen aloituspaikkojen riittävyys (ka 7,5), terveydenhuollon eri ammattiryhmien keskinäinen työnjako (ka 7,4) ja lääkäreiden saatavuus erikoissairaanhoidossa (7,3) olivat parantuneet verrattuna vuoteen 2002. Huonoimmin on onnistuttu tulospalkkauksen hyödyntämisessä terveydenhuollossa (ka 6,4), hammaslääkäreiden aloituspaikkojen riittävyydessä (ka 6,4) ja röntgenhoitajien aloituspaikkojen riittävyydessä (ka 6,5) sekä hammaslääkäreiden saatavuudessa (6,5).

Avoimissa vastauksissa arvioitiin, että rajalliset henkilöstöresurssit, hoitohenkilökuntapula, hoitajien huonot palkat ja yleisesti hoitohenkilöstön saatavuusongelma julkisella sektorilla ovat olleet esteitä terveydenhuollon hankkeen toteuttamiselle.

Seurantaryhmä kiinnittää huomiota henkilöstön vajaukseen eri ammattiryhmissä. Erityisesti hammaslääkäreiden ja hoitohenkilöstön ala- ja aluekohtaiseen saatavuuteen tulee etsiä ratkaisuja. Terveysthuollon henkilöstöryhmien välisessä työnjaossa on edistytty valtakunnallisesti ja myös arviointikyselyn perusteella tässä osahankkeessa on edistytty kohtuullisen hyvin.

6 TOIMINTOJEN JA RAKENTEIDEN UUDISTAMINEN

Terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistaminen ei ole edennyt arviointikyselyn tulosten mukaan. Merkittävät uudistustoimet ovat jääneet tasolle, joka vallitsi hanketta käynnistettäessä. Muutosten hidas eteneminen selittyy vastaajien mukaan Paras –hankkeen käynnistymisellä. Kunnat jäivät odottamaan uutta hanketta ja kuntarakenteen uudistamista. Kyselyyn vastanneet päättäjät osoittavat kuitenkin nyt selvää tahtoa rakenteellisiin uudistuksiin, mm. suhtautuminen terveystieteisiin vaikuttaa myönteiseltä. Terveyskeskusten koon kasvattamista kannatetaan laajasti. Paras –hanke jatkaa terveydenhuollon rakenteiden uudistusta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan puitelain suurimmat terveydenhuoltoa koskevat muutokset kohdistuvat perusterveydenhuoltoon, jonka järjestämisessä edellytetään tulevaisuudessa vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjaa. Tämä on ollut myös terveyshankkeen alkuperäinen tavoite. Terveysuhanke on luonut edellytyksiä aikaisempaa tiiviimmälle yhteistyölle. Kunnissa etsitäänkin parhaillaan vaihtoehtoisia malleja toiminnan järjestämiseen. Puitelaki mahdollistaa kunnille monenlaisien mallien käyttöönoton.

Keskeinen hankerahoituksella tuettu kehittämisalue on ollut perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisesti. Hankerahoituksella tuettiin muun muassa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden perustamista. Päijät-Hämeen läntisen perusturvapiirin kunnat hankkivat sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut vuoden 2007 alusta lähtien Hollolassa toimivalta kunnalliselta liikelaitokselta, Peruspalvelukeskus Oivalta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteidenhankkeen Heimon toteuttamisen ensimmäisenä vaiheena syntyi tammikuun alussa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystietoyhtymä. Heinola ja Lahti muodostavat oman perusturvapiirinsä. Läntinen perusturvapiiri hankkii palveluita myös Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystietoyhtymältä. Samantyyppinen pirstaleinen palvelujärjestelmä on syntynyt Itä-Savon sosiaali- ja terveystieteidenpiiriin.

Terveydenhuollon tukipalveluiden järjestämistä maakunnallisesti tai usean maakunnan yhteistyönä on tuettu hankerahoituksella. Lisäksi rahoitusta on kohdennettu myös kahdelle valtakunnalliselle ennaltaehkäisevän työn hankkeelle, jotka olivat aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyohjelma ja alkoholin suurkuluttajien tunnistamis- ja hoito-ohjelma.

Kolme suurta kokonaisvaltaista mielenterveys - päihdehuollon kehittämishanketta (Pohjanmaa, Rovaniemi, Vantaa) ovat käynnistyneet hyvin. Kaikkien maassa käynnissä olevien mielenterveys- ja päihdehankkeiden valtakunnallinen yhteisseminaari pidettiin 22.8.06 Kuntatalolla. Yli sataa hanketta eri puolilla Suomea on rahoitettu valtionavustuksina yhteensä 14 miljoonalla eurolla. Hankkeista saatujen kokemusten pohjalta laadittavan kansallisen mielenterveys- ja päihdeohjelman suunnittelu on käynnistynyt Stakesin kanssa.

Perusterveydenhuollon näkökulmasta hankkeessa on toistaiseksi kiinnitetty liian vähän huomiota työprosessien uudelleen arviointiin ja kehittämiseen sekä teknologian tuomien mahdollisuuksien hyödyntämiseen hoitoprosessien kehittämisessä ja uudistamisessa, työn uudelleen suunnittamisessa ja painottamisessa.

Terveystieteiden keskus 2015–terveystietokeskustyön tulevaisuutta pohtinut asiantuntijaseminaari järjestettiin Tuusulassa kesäkuussa 2006, jossa analysoitiin terveystieteiden ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja. Perusterveydenhuollon toimivuutta tarkasteltiin kansantautien ehkäisyyn ja hoitamisen haasteista, erikoissairaanhoidon kustannuskehityksen hallinnasta, terveyden edistämisen johtamisesta sekä yleisten terveystieteiden hoitamisesta käsin. Lisäksi todettiin, että perusterveydenhuoltoa kuormittavat kasvavan vanhusväestön terveystietongelmat. Toimenpide-ehdotuksia esitettiin

yhteensä 16. Tarvitaan syvällistä ja pikaista uudistustyötä, valtakunnallista tukea terveyskeskusten kehittämiseksi, uusia toimintakäytäntöjä sekä vuoropuhelua irrallisten suositusten, normien ja määräysten sijaan. Seminaarin yhteenvedon ja jatkotyön pohjaksi esitettiin kehittämistarpeina terveyskeskuksen perustehtävän määrittelyä, potilaslähtöisyyden vahvistamista, osaamisen ja laadun kehittämistä, kansallista terveyskeskusten verkostoa tai foorumia, informaatioteknologisen tuen järjestämistä tutkimukseen ja kehittämiseen sekä organisaation ja toiminnan kehittämistä.

Terveyskeskus 2015 -strategia on työn alla ministeriössä, ja perusterveydenhuollon kehittämisen on painopisteenä terveyshankkeen viimeisenä toimintavuotena. Perusterveydenhuollon kehittämiskeskus on eräs ehdotetuista toimenpiteistä toimintamuotona, jota on esitetty terveyskeskusten alueellisena ja valtakunnallisena verkostomallina terveyskeskustyön tueksi ja kannustimeksi saada osaavaa työvoimaa perusterveydenhuoltoon.

Arviointikyselyn tuloksia

Seurantaryhmän kyselyn tulosten mukaan rakenteiden uudistamisessa tulisi ehdottomasti saada aikaan:

- rahoituskanavien uudelleen kehittämistä (maakunta, sairaanhoitopiiri ja kunta) sekä laajempia erikoissairaanhoidon tilaajarenkaita
- lainsäädäntöä, joka takaa rakenteiden uudistamisen ja kiinteämmän yhteistyön sekä tarvittaessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisen lainsäädännöllä.

Avoimissa vastauksissa tuotiin esiin, että on romutettava erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntayhtymät, yhdistettävä perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja osa sosiaali-toimesta (ainakin vanhustenhuolto) samaan organisaatioon eli sosiaali- ja terveystieteisiin, joita voisi olla 16 – 18 piiriä. Tämä edellyttää nykyisten erillislakien kumoamista ja uutta lainsäädäntöä, lakien yhdistämistä. Lisäksi ehdotettiin, että erikoissairaanhoidon laki poistetaan ja sosiaali- ja terveyspalvelut laitetaan yhteisen lain alle. Kuntarakenteen muutosta tulisi voimakkaammin ohjata lainsäädännöllä ja yhteistyö-insentiveillä.

Toisaalta osa kannattaa tiiviimpää yhteistyötä, mutta ei pakkoa. Vastauksissa nousevat esille eri tavalla organisoidut sosiaali- ja terveystieteet. Laajaa kannatusta saa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hallinnollinen ja muu yhteistyö. Todettiin myös, että tarvitaan nopeita päätöksiä, ei enää jatkuvia selvittelyjä.

Rakenteiden päällekkäisyyksiä ja keinotekoisia rajoja olisi vastaajien mukaan purettava; mukaan lukien kunta- ja maakuntahallinto, joka mainittiin eräässä vastauksessa tarpeettoman vahvana. Erityisesti luottamushenkilötasolla todettiin toimijoita olevan liikaa. Palvelujen tuottamisessa olisi oltava toiminnalliset lähtökohdat, rakenteita on uudistettava palvelujen käyttäjien tarpeista käsin.

Arviointikyselyn perusteella on olemassa selkeää tahtoa terveydenhuollon rakenteiden uudistamiseen. Kannatusta saavat eri tavoin organisoidut sosiaali- ja terveystieteet. Terveyskeskusten koon kasvattamisen ja päällekkäisyyksien purkamista pidetään tärkeänä. Valtion ohjauksen tehostaminen sai arviointikyselyssä myös kannatusta.

Seurantaryhmä pitää hyvänä, että hankkeen viimeisenä toimintavuotena panostetaan terveyskeskustyöhön. Terveysterveysten voimavarojen lisäykset ovat ohjautuneet useimmiten erikoissairaanhoidon ja työterveyshuoltoon. Tulevaisuudessa perusterveydenhuollon asemaa, roolia ja voimavaroja olisi vahvistettava toimintaedellytysten turvaamiseksi. Terveyskeskus 2015 – strategian tavoitteet ja kehittämistoimet ovat merkittäviä avauksia perusterveydenhuollon kehittämiseksi. Uudistaminen tulee tehdä pikaisesti ja tähän työhön tarvitaan valtakunnallista tukea, uusia toimintakäytäntöjä, terveyskeskusten perustehtävän määrittelyä sekä kentältä lähtevää vuoropuhelua.

6.1 Valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen käyttöönotto terveyskeskusten ja sairaaloiden tietojärjestelmien yhteensopivuuden turvaamiseksi

Lait sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä sähköisestä lääkemääräyksestä hyväksyttiin joulukuussa 2006. Hyväksytyjen lakien pohjalta toteutetaan valtakunnalliset keskitetyt tietojärjestelmät, jotka mahdollistavat potilas- ja lääkemääräystietojen valtakunnallisen käytön potilaiden tietosuojan turvaavalla tavalla. Asetuksen valmistelu on käynnissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki tulee voimaan 1.7.2007. Lain pohjalta rakennetaan neljän vuoden siirtymäajan puitteissa terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuuri, jonka ytimenä on sähköisten potilasdokumenttien keskitetty arkisto. Kela ylläpitää arkistopalvelua rekisterinpitäjien lukuun. Julkisen terveydenhuollon rekisterinpitäjät veloitetaan liittymään palveluun. Yksityiset voivat liittyä palveluun, mikäli haluavat arkistoida potilasasiakirjat sähköisesti. Ministeriön WM-data Oy:n johtamalta konsortiolta tilaamat kansallisten tietojärjestelmäpalveluiden määräykset valmistuivat 31.12.2006. Ministeriö lähetti määräykset laajalle lausuntokierrokselle ja viimeistelee ne 28.2.2007 mennessä. Määritykset ovat pohjana Kelan järjestämälle palveluiden toteutuksen kilpailutukselle. Kansallinen arkistopalvelun sekä reseptikeskuksen testiympäristö on tarkoitus pystyttää vuoden 2008 alkuun mennessä.

Kansallisen ratkaisun avulla sähköisille potilaskertomuksille saadaan yhdenmukainen rakenne ja tekniset standardit. Sähköisen potilaskertomuksen määrittelytyötä on toteutettu kansallisessa terveyshankkeessa. Määrityksiä toimeenpannaan valtakunnallisissa, toimittajakohtaisissa klusterihankkeissa, joita koordinoidaan kansallisesti. Ministeriö rahoittaa klusterihankkeita 50 % rahoitusosuudella (hankerahoitus vajaa kymmenen miljoonaa euroa). Loppu rahoitus tulee kunnilta ja kuntayhtymillä.

Klusterihankkeet toteuttavat sähköisen potilaskertomuksen määräykset ydintietojen ja CDAR2-standardin osalta järjestelmiin kansallisen terveyshankkeen alkuperäisessä aikataulussa, vuoden 2007 loppuun mennessä. Tavoitteena on, että Kelan testiympäristön valmistuttua kullakin potilaskertomusjärjestelmällä on valmius pilotoida potilasdokumenttien lähettämistä arkiston testiympäristöön.

Klusterihankkeet valmistelevat myös laajan käyttöönoton suunnitelmat siten, että arkistopalveluun liittyminen voidaan toteuttaa kattavasti lain siirtymäajan puitteissa. Toimeenpano on teknisen toteutuksen ohella myös suuri koulutuksellinen ja toimintatapojen muuttamiseen liittyvä haaste. Yksityisten palvelutuottajien yhteistyö valtakunnallisten määritysten toteuttamiseksi potilaskertomuksissa käynnistyy vuonna 2007.

Kansallisen terveyshankkeen rahoituksella on myös tuettu sähköisten potilaskertomusten käyttöönottoa. Vuoden 2005 lopulla toteutetun (julkisen terveydenhuollon osalta varsin kattavan) terveydenhuollon tietojärjestelmäselvityksen tulokset osoittavat, että vuoden 2003 jälkeen on sähköisten potilaskertomusten käyttöönotossa ja kehityksessä tapahtunut selvä harppaus. Potilastieto kirjataan digitaaliseen muotoon lähes kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa. Puolella terveyskeskuksista on käytössä ja kolmanneksella suunnitteilla sähköinen lähete erikoissairaanhoidon – sairaanhoitopiireistä kolmella neljästä on lähete-palaute-järjestelmä käytössä ja lopuilla joko kokeilussa tai suunnitteilla. Myös muut potilastietojen alueelliseen välitykseen liittyvät ratkaisut ovat yleistyneet. Vaadittavia standardeja ollaan viemässä järjestelmiin. Kaiken kaikkiaan valmiudet valtakunnalliseen tietojärjestelmäarkkitehtuuriin siirtymiseksi alkavat olla hyvät. Vuoden 2007 lopussa sähköinen potilaskertomus on siten lähes kattavassa käytössä terveydenhuollon organisaatioissa.

Sähköisen arkistopalvelun lisäksi kansallinen arkkitehtuuri vaatii terveydenhuollon varmennepalvelun (TEO) toimeenpanoa sekä potilaskertomuksessa käytettävien koodistojen ja luokitusten kehittämistä ja ylläpitoa (Stakes). Ministeriön ohjausta arkkitehtuurin toimeenpanossa on vahvistettu, ja tehtäviin on osoitettu viisi uutta virkaa. Arkkitehtuurin toimeenpano merkitsee yhtä suurimmista ja vaativimmista kansallisista tietojärjestelmähankkeista sekä volyymien, tietoturva-vaatimusten, integrointitarpeiden että ennen kaikkea toimintatapamuutosten osalta. Ministeriö vastaa muun muassa valtakunnallisen arkkitehtuurin vaatimista määräyksistä, toimeenpanon kokonaisuohjauksesta sekä poikkihallinnollisesta ja kansainvälisestä yhteistyöstä. Potilasasiakirja-asetuksen uusiminen on parhaillaan käynnissä. Lain voimaantultua ministeriön yhteyteen perustetaan sähköisen tietohallinnon neuvottelukunta, johon kootaan sähköisen arkistopalvelun eri sidosryhmien edustus.

6.2 Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako

Yksiköitten toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon kehittäminen erityisvastuualueittain sekä tarpeettomien toiminnallisten ja hallinnollisten päällekkäisyyksien poistaminen on ollut tavoitteena erikoissairaanhoidon kehittämisessä. Muissa kuin tukipalveluissa yhteistyösopimuksia on vain Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien välillä.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) edellyttää 7 §:ssä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman laatimista. Sosiaali- ja terveysministeriö kokosi sairaanhoitopiirien suunnitelmat terveydenhuollon järjestämisestä (vuoden 2006 loppuun mennessä on toimitettu 18 suunnitelmaa) kuluvalle valtuustokaudelle ja laati suunnitelmista yhteenvedon.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (767/2006) annettiin elokuussa 2006. Asetuksessa säädetään velvoittavasti muun muassa niistä toimintayksiköistä, joihin erityistason sairaanhoitoon kuuluvat toimenpiteet ja hoidot keskitetään valtakunnallisesti. Erityisvastuualueiden tulee laatia listaukset erityisvastuualueilla keskittävistä hoidosta. Asetus tuli voimaan 16.10.2006.

Erikoissairaanhoidon laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan erikoissairaanhoidolaissa lueteltuihin kuntayhtymiin, jotka vastaavat erikoissairaanhoidolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa säädetyistä palveluista. Ne myös edistävät alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamisesta.

6.3 Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden uudelleenjärjestelyt ja tietoteknologian hyödyntäminen

Kuuden sairaanhoitopiirin (Pirkanmaa, Pohjois-Karjala, Kainuu, Kymenlaakso, Varsinais-Suomi ja HUS) laboratoriotoiminnot on liikelaitostettu. Puolet suomalaisista asuu alueella, jossa pääosa laboratoriopalveluista on järjestetty alueellisen liikelaitoksen kautta. Toistaiseksi vain Pirkanmaan, Varsinais-Suomen ja HUS -yhtymän liikelaitokset kattavat suurimman osan alueiden kunnallisesta laboratoriotoiminnasta. KYS -miljoonapiirin alueelle suunnitellaan koko alueen yhteistä laboratoriota.

Kuvantamispalvelujen toimintojen yhdistämistä on toteutunut laboratoriotoimintojen uudistamista hitaammin. Maakunnallisia kuvantamisliikelaitoksia on perustettu Varsinais-Suomeen, HUS -yhtymän alueelle sekä Pirkanmaalle. Kartoitus kuva-arkiston toteuttamisesta eli valtakunnallinen selvitys digitaalisen kuvamateriaalin pitkäaikaisarkistoinnista valmistui 31.12.2006.

Seurantaryhmän arviointikyselyn mukaan toimintojen ja rakenteiden uudistamisessa on edistytty hyvin lääkehuollon, laboratoriotoimintojen ja apuvälinepalvelujen järjestämisessä suurempiin yksiköihin. Lisäksi päivystystä ja kuvantamispalveluja on uudistettu.

Toimintojen ja rakenteiden uudistamiseen kaivataan tueksi nykyistä vahvempaa valtakunnallista ohjausta. Toiminnallisia lähtökohtia tulisi kehittää tuotantotapoja ja asiakasprosesseja rationalisoimalla. Tilanteen on arvioitu pysyneen ennallaan tietoteknologisten innovaatioiden hyödyntämisessä sekä kuntien tai seutukuntien välisessä yhteistyössä, joka koskee lasten- ja nuorten psykososiaalisia palveluita sekä mielenterveys- ja päihdepalveluita. Lisäksi vastauksissa toivotaan erikoissairaanhoidon keskittämistä, muun muassa purkamalla sairaanhoitopiirejä.

Viimeisenä toimeenpanovuotenaan kansallinen terveyshanke keskittyy erityisesti perusterveydenhuoltoon, rakenteellisten ja toiminnallisten muutosten myötä sen työolosuhteiden parantamiseen ja vetovoiman vahvistamiseen.

7 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN

Käypä hoito -suosituksia on tehty kymmenen vuoden aikana 65. Lääkäriseura Duodecim vastaa hoitosuosituksen laatimisesta lääketieteen eri alojen asiantuntijaverkoston avulla. Hoitosuosituksen käytön katsotaan parhaimmillaan parantavan hoidon laatua ja vähentävän hoitokäytäntöjen vaihtelua. Tärkeimmäksi toimeenpanon välineeksi on nostettu hoitoketjujen kehittäminen sairaanhoitopiirien vastuulla ja yhteistyössä alueen perusterveydenhuollon kanssa.

Aivoinfarktia koskeva suositus annettiin lokakuussa 2006. Tämän suosituksen valmistelussa on kiinnitetty huomiota kuntoutukseen aikaisempaa enemmän, kuten vähän aikaisemmin valmistuneessa lonkkamurtumaa koskevassa Käypä hoito -suosituksessa. Käypä hoito ja kuntoutus -seminaari järjestettiin marraskuussa 2006 sairaanhoitopiirien kuntoutusylilääkäreiden kanssa, jossa pohdittiin kuntoutustiedon käyttöä ja alueellisten hoito- ja kuntoutusketjujen kehittämistä.

Käypä hoito -projektia rahoitetaan 1,4 miljoonalla eurolla vuosittain 2003–2007. Työhön tarvitaan tukea myös Stakesista, Finohtasta ja Lääkehoidon kehittämiskeskuksesta. Käypä hoito -ohjelman ja Finohtan tuki olisi turvattava vuoden 2007 jälkeenkin. Em. tahojen kanssa on neuvoteltu yhteistyön käynnistämisestä suositusten tai niiden näytönastekatsausten jatkotyöstämiseksi (kustannus-vaikuttavuusarvion liittäminen). Vuonna 2007 Finohtan rahoituslisäys on 0,5 milj. euroa.

8 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN VAHVISTAMINEN

Hanketta on rahoitettu mittavasti. Vuosina 2003–2007 käyttökustannusten valtionosuutta on lisätty yhteensä 295 milj. eurolla ja kehittämishankkeisiin on myönnetty valtionavustusta yhteensä 107 milj. euroa.

Valtion talousarvion eri momenteilta on vuonna 2006 osoitettu Kansalliseen terveyshankkeeseen valtionosuuden lisäyksenä 50 milj. euroa, 26,5 milj. euroa kehittämishankkeeseen, 1,4 milj. euroa Käypä Hoito- projektille, 1,325 milj. euroa Lääkehoidon kehittämiskeskukseen, 0,8 milj. euroa elektronisen sairauskertomuksen luomiseen, 0,5 milj. euroa Finohtalle ja 0,8 milj. euroa hankkeen toimeenpanoon.

Käyttökustannusten valtionosuuksia lisättiin Kansallisen terveyshankkeen johdosta seuraavasti eri vuosina: vuonna 2003 57 milj. euroa, vuonna 2004 63 milj. euroa, vuonna 2005 75 milj. euroa, vuonna 2006 50 milj. euroa ja vuonna 2007 50 milj. euroa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuusprosenttia on korotettu vuosina 2002–2006. Säädosmuutokset hoidon saatavuudesta voivat lisätä terveyspalvelujen järjestämisestä kunnille aiheutuvia kustannuksia lain voimaantulon alkuvaiheessa. Kustannusvaikutukset on otettu huomioon valtionosuusprosenttia korottamalla. Vuonna 2002 valtionosuusprosentti oli 25,36 %, vuonna 2003 28,06 %, vuonna 2004 31,82 %, vuonna 2005 32,99 % ja vuonna 2006 33,33 %. Vuoden 2007 talousarviossa valtionosuusprosentti on 33,88 %.

Valtionavustuksen hakemista hankekierrokselle 2006 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeille vuosille 2005–2007 on ohjattu Hakijan oppaassa (STM oppaita 2004:16), joka päivitettiin loppuvuodesta 2005. Avustuksista säädetään valtioneuvoston asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 2006 voimavaroista (754/2005), jossa vahvistetaan jaettavissa oleva valtionavustuksen määrä sekä valtioneuvoston asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden kriteereistä ja painoalueista (804/2005), jossa vahvistetaan kehittämishankkeiden painoalueet. Kuntatiedotteessa (11/2005) ohjattiin hankeavustusten hakemista. Hakijan oppaan valmistelun yhteydessä on sovittu Stakesin tehtävistä kehittämishankkeiden ohjauksessa ja arvioinnissa. Lisäksi tehtäväksi on määritelty hankkeiden verkostoiminen, asiantuntijatuken tarjoaminen hakkeille ja hankearviointi. Stakes arvioi vain lääninhallitusten rahoitusvastuulla olevat painoalueet.

Hakemuksia vuodelle 2006 tuli sekä sosiaali- ja terveysministeriön että lääninhallitusten päättäväksi aiempia vuosia vähemmän, mutta toisaalta hankehakemukset olivat paremmin valmisteltuja. Hankkeiden arviointi tehtiin suunnitelmallisesti perustuen voimavarapäätöksessä ja hankeoppaassa (2005) kirjattuihin painopisteisiin ja kriteereihin. Terveyshankkeesta ja sosiaalialan kehittämishankkeesta rahoitettavia hankkeita on vuonna 2006 jo noin 800, ja vuoden 2007 päätösten jälkeen niitä tulee olemaan noin 900.

Vuodelle 2007 terveydenhuollon hankerahoitusta on jaettavissa talousarvion mukaan terveydenhuollon hankkeille 12,5 milj. euroa, josta lääninhallitusten jaettavaa hankerahoitusta on 5 milj. euroa. Kun otetaan huomioon vuonna 2006 jakamatta jäänyt määräraha 3,7 milj. euroa, on hankerahoitusta vuonna 2007 yhteensä 16,3 milj. euroa.

Vuoden 2006 valtionavustusten painoalueet ovat olleet tietoteknologia (5,3 milj. euroa), sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset rakenteet (3,6 milj. euroa), ennalta ehkäisevä työ (2,9 milj. euroa), yhteiset painoalueet (0,7 milj. euroa), terveyskeskustyö (0,6 milj. euroa), laboratorio- ja kuvantamishankkeet (0,1 milj. euroa).

Valtionavustusjärjestelmää uudistettaessa otetaan huomioon nykyisen hankejärjestelmän kokemukset vuosina 2003–2006. Kehittämishankkeiden hankerahoitusmalli on todettu työlääksi ja järjestelmä pirstaleiseksi ja lyhytjänteiseksi. Vuosi 2006 oli ensimmäinen, jolloin rakentamista ei enää rahoitettu, ainoastaan kehittämistoimintaa rahoitettiin. Yksi toimintaympäristössä tapahtunut muutos on vuoden 2007 alusta voimaan tuleva laki alueiden kehittämisestä, mikä edellyttää, että aluehallintoviranomaisten päätöksentekoon kuuluvat valtionavustukset kootaan yhteiseen suunnittelujärjestelmään.

Tarvitaan hankkeita, malleja, kumppanuushankkeita ja seudullisia kehittämissyksiköitä, jotka myös koordinoisivat, kehittäisivät ja levittäisivät hyviä käytäntöjä myös paikallisiin oloihin. Jatkossa tarvitaan alueellinen toimija tai verkosto pitkäjänteiseen kehittämistyöhön, ja joka tukisi myös niiden organisaatioiden kehittämistä, joissa ei ole riittäviä edellytyksiä tai osaamista.

Syksyllä 2006 käynnistyi kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman valmistelu (Eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen tammikuussa 2007, jossa aiempaa lakisääteistä tavoite- ja toimintaohjelmaa koskevia säännöksiä muutettiin). Lain mukaan seuraava hallitus valmistelee yhden sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen ohjelman, joka toteuttaa tulevan hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Ohjelma määrittelee keskeisimmät sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämistoiminnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat ja suositukset. Uutta kansallista ohjelmaa varten nimetään kansallinen neuvottelukunta ja alueelliset johtoryhmät.

Arviointikyselyssä terveydenhuollon rahoituksesta kysyttiin hankerahoituksen toimivuutta terveydenhuollon kehittämisessä ja hankerahoituksen valinnan onnistumista. Hankerahoituksen toimivuus sai keskiarvon 6,9 ja hankevalinnan onnistuminen 6,8. Avoimissa vastauksissa arvioitiin kuitenkin, että terveydenhuollon hankkeen tavoitteita tukevista asioista tärkein on ollut hankerahoitus.

Terveydenhuollon rahoituksen kokonaisuuden seuranta ja hankkeen rationalisointihyötyjen arviointi on seurantaryhmän arvion mukaan pulmallista. Hankkeen kustannusvaikutukset näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä. Hankkeen päättyessä arvioinnissa tulisi selvittää saatuja kustannushyötyjä, toimintakäytäntöjen muutoksia ja hoitoon pääsyn parantumista. Arvioinnin pohjalta tarvitaan myös jatkokehittämisehdotuksia. Arvioinnin voisi suorittaa esimerkiksi puolueeton arviointiryhmä.

9 SEURANTARYHMÄN TOIMINTA

Seurantaryhmä on kokoontunut vuoden 2006 aikana neljä kertaa. Keväällä pidettiin kaksi kokousta ja työseminaari 19.1. Hanasaaren Kulttuurikeskuksessa. Syksyllä pidettiin kaksi kokousta ja tehtiin arviointikysely terveydenhuollon päättäjille ja toimijoille.

Syyskuun kokouksessa käsiteltiin henkilöstö- ja koulutuskysymyksiä. Ylitarkastaja Marjuka Vallimies-Patomäki sosiaali- ja terveysministeriöstä käsitteli lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja hoitohenkilöstön koulutuksen riittävyttä suhteessa työvoimatarpeeseen. Professori Olli-Pekka Ryyänen puhui samasta teemasta otsakkeella Puute henkilökunnasta: miksi ja miten selvittää?

Marraskuun kokouksessa puheenjohtaja Juha Metso esitteli seurantaryhmän tekemän arviointikyselyn tuloksia. Aluetukihenkilö Arto Vehviläinen Itä-Suomen lääninhallituksesta esitteli kansallisen terveydenhuollon hankkeen arviointia aluetukihenkilöille tehdyn selvityksen perusteella. Hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Suomen Kuntaliitosta käytti kyselyihin liittyvän kommenttipuheenvuoron.

Arviointikysely suoritettiin lokakuussa sähköisenä kyselynä yhteistyössä Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun kanssa. Kysely onnistui teknisesti hyvin, ja tulokset saatiin aikataulun mukaisesti. Kysely oli laaja ja tuotti paljon arviointimateriaalia. Kyselyn tuloksia on raportoitu tässä julkaisussa ja tammikuussa 2007 seurantaryhmän ja sosiaali- ja terveysministeriön järjestämässä lehdistötilaisuudessa. Aineistoa annetaan Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja talouden laitoksen käyttöön jatkoanalyysiä ja opinnäytetyön tekemistä varten.

LIITE 1.

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä:

- Puheenjohtaja perusturvajohtaja Juha Metso, Espoon kaupunki
- Varapuheenjohtaja rehtori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto

Jäsenet:

- Budjettineuvos Raija Koskinen, valtiovarainministeriö
- Henkilökohtainen varajäsen budjettineuvos Pertti Tuhkanen, valtiovarainministeriö

- Opetusneuvos Eevaliisa Virnes, opetusministeriö
- Henkilökohtainen varajäsen opetusneuvos Ari Saarinen, opetusministeriö

- Neuvotteleva virkamies Hannele Savioja, sisäasiainministeriö
- Henkilökohtainen varajäsen hallitusneuvos Arto Sulonen, sisäasiainministeriö

- Apulaisosastopäällikkö Marja- Liisa Partanen, sosiaali- ja terveysministeriö
- Henkilökohtainen varajäsen lääkintöneuvos Risto Pomoell, sosiaali- ja terveysministeriö

- Apulaisosastopäällikkö Olli Kerola, sosiaali- ja terveysministeriö
- Henkilökohtainen varajäsen apulaisosastopäällikkö Reijo Väärälä sosiaali- ja terveysministeriö

- Pääjohtaja Pekka Puska, Kansanterveyslaitos
- Henkilökohtainen varajäsen tutkimusprofessori Arpo Aromaa, Kansanterveyslaitos

- Ylijohtaja Mauno Konttinen, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
- Henkilökohtainen varajäsen kehittämispäällikkö Marjukka Mäkelä, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

- Ylilääkäri Jorma Järvisalo, Kansaneläkelaitos
- Henkilökohtainen varajäsen asiantuntijalääkäri Tiina Telakivi, Kansaneläkelaitos

- Sosiaalineuvos Kirsti Riihelä, Etelä-Suomen lääninhallitus
- Henkilökohtainen varajäsen läänin sosiaali- ja terveysneuvos Pekka Paatero, Länsi-Suomen lääninhallitus

- Apulaiskaupunginjohtaja Kaija Hartiala, Turun kaupunki
- Henkilökohtainen varajäsen ylihammaslääkäri, professori Kyösti Oikarinen, Oulun yliopistollinen sairaala

- Apulaiskaupunginjohtaja Päivi Laajala, Oulun kaupunki
- Henkilökohtainen varajäsen kunnanjohtaja Petri Pikkuaho, Suodenniemen kunta

- Hallintoylihoitaja Kaija Heikura, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ky
- Henkilökohtainen varajäsen hallintoylihoitaja Merja Miettinen, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

- Johtajaylilääkäri Lauri Nuutinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Henkilökohtainen varajäsen johtajaylilääkäri Eva Salomaa, Lapin sairaanhoitopiiri

- Sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Henkilökohtainen varajäsen johtajaylilääkäri Pertti Palomäki, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri

- Sosiaali- ja terveysjohtaja Tuomo Pääkkönen, Kainuun maakunta
- Henkilökohtainen varajäsen ylihoitaja Margareta Nylund, Pietarsaaren seudun kansanterveystyön ky

- Sosiaali- ja terveysjohtaja Paavo Kaitokari, Kuopion kansanterveystyön ky
- Henkilökohtainen varajäsen vastaava lääkäri Eero Vaissi, Turun terveystyö

- Terveysjohtaja Riitta Simoila, Helsingin kaupungin terveystyö
- Henkilökohtainen varajäsen toimialajohtaja Tauno Telaranta, Kotkan kaupunki, sosiaali- ja terveystyö

- Puheenjohtaja Aino Sainio, Terveystyöalan Palvelujärjestöt TEPA ry
- Henkilökohtainen varajäsen hallituksen puheenjohtaja Vesa Ekroos, Suomen Yksityissairaaloiden Yhdistys ry
-
- Aluepäällikkö Stefan Mutanen, Tammiharjun terveydenhuollon ky
- Henkilökohtainen varajäsen kehittämisspäällikkö Gun Eklund, Folkhälsan

- Kuntoutuspäällikkö Tiina Johansson, Mielenterveyskuntoutuksen kehittämiskeskus
- Henkilökohtainen varajäsen puheenjohtaja Karl-Gustav Södergård, Suomen Potilasliitto

- Rehtori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto
- Henkilökohtainen varajäsen professori Tero Kivelä, Helsingin yliopisto

- Tulosaluejohtaja Sirkka Lappalainen, Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu
- Henkilökohtainen varajäsen toimialajohtaja Raijaliisa Laakkonen, Vaasan ammattikorkeakoulu

- Apulaistoiminnanjohtaja Risto Ihalainen, Akava ry
- Henkilökohtainen varajäsen sairaanhoitopiirin hallintoylilääkäri Hanna Mäkäräinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

- Osastopäällikkö Taina Tuomi, SAK/Kunta-alan Ammattiliitto KTV ry
- Henkilökohtainen varajäsen työyhteisökehittäjä Urpo Kankaala, SAK/Kunta-alan Ammattiliitto KTV ry

- Neuvottelupäällikkö Ulla-Riitta Parikka, Kunnallinen työmarkkinalaitos
- Henkilökohtainen varajäsen työmarkkinalakimies Marja-Leena Kiivanen, Kunnallinen työmarkkinalaitos

- Osastopäällikkö Merja Merasto, TEHY
- Henkilökohtainen varajäsen kehittämisspäällikkö Arja Niittynen, Suomen Lähi- ja Perushoitajaliitto, SuPe

- Sihteeri projektipäällikkö Ritva Väistö, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
- Sihteeri ylitarkastaja Hanna Nyfors, sosiaali- ja terveysministeriö

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)

- 2007: 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väliraportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Säntti.
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. "Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia". Alkoholiohjelmaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004-2006.
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)
- 21 Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)