

*Kansallisen terveydenhuollon hankkeen  
seurantaryhmän raportti sosiaali- ja  
terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta*



*Kansallisen terveydenhuollon hankkeen  
seurantaryhmän raportti*

---

**sosiaali- ja terveysministeriölle  
vuoden 2005 toiminnasta**





# KUVAILELEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä</b>	
<b>Tekijät</b> Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä puheenjohtaja Jarmo Rantanen varapuheenjohtaja Juha Metso sihteerit Ritva Väistö ja Hanna Nyfors		<b>Julkaisun laji</b> Arviointiraportti	
		<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	
		<b>HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä</b> 01.08.2002	
<b>Julkaisun nimi</b> Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta ( Uppföljningsgruppens rapport om verksamheten i anslutning till det nationella hälsoprojektet under året 2005 till social- och hälsovårdministeriet)			
<b>Tiivistelmä</b> Raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen vuoden 2005 toimintaa seurantaryhmän arvioimana. Raportti on seurantaryhmän seitsemäs arvio hankkeen etenemisestä. 1. Seurantaryhmä pitää hyvänä, että terveyshankkeen loppuajana kiinnitetään erityistä huomiota terveyden edistämiseen ja ehkäisevään terveydenhuoltoon. Seurantaryhmä korostaa panostamista lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Seurantaryhmä pitää tärkeänä uusien innovatiivisten menetelmien etsimistä ja hyödyntämistä ehkäisevässä työssä sekä hankerahoituksen suuntaamista terveyden edistämisen hankkeisiin. 2. Seurantaryhmä kiinnittää huomiota hoidon saatavuuden systemaattiseen seurantaan, joka pohjautuu yhtenevästi ja tuottamistavoiltaan luotettavasti kerättyihin seurantatietoihin. Seurantaryhmä edellyttää, että hoitoon pääsyä koskevia määräaikoja ja niiden edistymistä seurataan suunnitellulla tavalla. Haasteena on yksikkökohtainen seurantatietojen tiedottaminen ja odotusaikojen kansallinen seuranta ja analyysi kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja Stakesin yhteistyönä. Jatkotyössä on panostettava perusterveydenhuollon aseman vahvistamiseen ja työolosuhteiden kehittämiseen. 3. Seurantaryhmä pitää tärkeänä, että henkilöstön saatavuus, riittävyys ja osaaminen turvataan. Koulutuksen sisällön on vastattava työelämän tarpeisiin. Palvelujen tuotantotapoja tulee kehittää niin, että ne suuntavat henkilöstön työpanoksen oikeisiin asioihin. Mobiiliteknologia ja muut uudet palvelukanavat tulee hyödyntää tehokkaasti. Hoitohenkilökunnan osalta tulee kiinnittää erityistä huomiota palkkaukseen, työoloihin ja joustaviin työaikoihin. Seurantaryhmä kiinnittää huomiota alueellisen ennakoinnin tarpeellisuuteen ja aloituspaikkojen suuntaamiseen alueiden tarpeiden mukaisesti. Seurantaryhmä pitää tärkeänä, että työnjakohankkeiden perusteella käynnistetään tarvittavat lainsäädännön muutokset. Seurantaryhmä kiirehtii johtamiskoulutuksen nopeaa käynnistymistä koulutuksen eri tasoilla. 4. Seurantaryhmä korostaa, että tarvitaan edelleen rohkeita ja perusteellisia rakenteellisia muutoksia järkevien ja taloudellisten toimintakokonaisuuksien aikaansaamiseksi kuntatalouden kiristyessä ja terveydenhuollon kustannuspaineiden kasvaessa. Myönteistä on ollut se, että kunta- ja palvelurakenneskustelun virittämänä monella seudulla on pyritty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen rajapintojen madaltamiseen. Eri tavalla organisoituja terveystiimijä/sosiaali- ja terveystiimijä toimii tai niiden toiminnan suunnittelu on käynnistynyt eri puolilla maata. 5. Seurantaryhmä painottaa, että sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten myöntämiä hankerahoituskriteereitä ja hankearviointia kehitetään edelleen, jotta hankkeet toteutetaan monien eri hallinnonalojen yhteisinä, aikaisempia laajempina ja paremmin kohdistettuina ohjelmakokonaisuuksina. Lisäksi hankkeiden suunnitteluun, sitoutumiseen, innovatiivisuuteen, organisointiin ja resursointiin kiinnitetään kunnissa enemmän huomiota			
<b>Asiasanat:</b> Ehkäisevä terveyspolitiikka, hankkeet, hoitohenkilöstö, seuranta, suunnittelu, terveyden edistäminen			
<b>Muut tiedot</b> www.stm.fi			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:13		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 952-00- 1988-x(nid.) 952-00-1989-8 (PDF)
<b>Kokonaissivumäärä</b> 43	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 10.80 €	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> Yliopistopaino Kustannus Pl 4 ( Vuorikatu 3 A 00014 HELSINGIN YLIOPISTO books@yliopistopaino.f		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	



# PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet		<b>Utgivningsdatum</b>	
<b>Författare</b> Uppföljningsgruppen för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden Ordförande Jarmo Rantanen Viceordförande Juha Metso Sekreterare Ritva Väistö och Hanna Nyfors		<b>Typ av publikation</b> Utvärderingsrapport	
		<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	
		<b>Projektnummer och datum för tillsättandet av organet</b> 1.8.2002	
<b>Publikationens titel</b> Uppföljningsgruppens rapport om verksamheten i anslutning till det nationella hälsoprojektet under år 2005 till social- och hälsovårdsministeriet			
<b>Referat</b> Rapporten beskriver uppföljningsgruppens utvärdering av verksamheten kring hälsoprojektet under år 2005. Rapporten är uppföljningsgruppens sjunde utvärdering om hur hälsoprojektet avancerar. 1. Uppföljningsgruppen anser det bra att man i hälsoprojektets slutfast fäster särskild uppmärksamhet vid hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård. Uppföljningsgruppen betonar satsning på främjandet av barns och ungdomars hälsa och välbefinnande. Uppföljningsgruppen anser det viktigt att nya innovativa metoder efter söks och utnyttjas i det förebyggande arbetet och att projektfinansiering inriktas på projekt som syftar till att främja hälsan. 2. Uppföljningsgruppen fäster avseende vid en systematisk uppföljning av tillgång till vård som bygger på uppföljningsdata som har samlats på pålitliga och sammanfallande sätt. Uppföljningsgruppen förutsätter att tidsfrister för tillgång till vård och tidsfristernas utveckling uppföljs på det planerade sättet. Utmaningen är att informera om uppföljningsdata per enhet och att uppfölja och analysera väntetiderna på det nationella planet i samarbete mellan det nationella hälsoprojektet och Stakes. I fortsättningsarbetet skall betonas förstärkande av primärhälsovårdens ställning samt utvecklande av arbetsmiljön. 3. Uppföljningsgruppen anser det viktigt att trygga tillgång till samt tillräcklighet och kunskaper av personalen. Utbildningens innehåll skall motsvara arbetslivets behov. Tjänsternas produktionsätt skall utvecklas så att personalens arbetsinsats inriktas på rätta saker. Mobilteknologi och andra nya servicekanaler skall utnyttjas effektivt. I fråga om vårdpersonalen bör man fästa särskilt avseende vid belöning, arbetsmiljö samt flexibla arbetstider. Uppföljningsgruppen fäster uppmärksamhet vid hur viktigt det är med regionalt föregripande samt allokering av intagningsplats i enlighet med regionernas behov. Uppföljningsgruppen anser det viktigt att de nödvändiga lagreformerna sätts igång på basis av arbetsfördelningsprojekt. Uppföljningsgruppen påskyndar en snabb lansering av ledarskaputbildning på olika nivåer. 4. Uppföljningsgruppen betonar att det fortfarande behövs modiga och djupgående strukturella reformer för att åstadkomma rationella och ekonomiska verksamhetsenheter samtidigt som kommunernas finanser blir stramare och hälso- och sjukvårdens kostnadstryck ökar. Positivt har varit att projektet för en reform av kommun- och servicestrukturen har inspirerat flera regioner att försöka minska klyftorna mellan den specialiserade sjukvården och primärhälsovården samt socialväsendet. I olika delar av landet har man upprättat eller planerar att upprätta hälsodistrikt/social- och hälsodistrikt som organiseras olika sätt. 5. Uppföljningsgruppen betonar att kriterierna för och projektutvärdering av projektfinansiering, som social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelserna beviljar, skall vidareutvecklas så att projekt skall genomföras i samarbete med flera förvaltningsområden och de skall bestå av mer omfattande och bättre inriktade programhelheter. Därtill skall kommunerna fästa större uppmärksamhet vid planering, förpliktelse, innovativitet, organisering och resursallokering av projektena.			
<b>Nyckelord</b> Förebyggande, hälsofrämjande, hälsopolitik, uppföljning, planering, projekt, vårdpersonal			
<b>Övriga uppgifter</b> <a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:13		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 952-00-1988-x(inh.) 952-00-1989-8 (PDF)
<b>Sidoantal</b> 43	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 10.80 €	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Försäljning</b> Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	





## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health, Finland		<b>Date</b>	
<b>Authors</b> Monitoring Group for the National Health Care Project Chairman: Jarmo Rantanen Vice chairman: Juha Metso Secretaries: Ritva Väistö and Hanna Nyfors		<b>Type of publication</b> Evaluation Report	
		<b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health	
		<b>Date of appointing the organ</b> 1 August 2002	
<b>Title of publication</b> Report by the Monitoring Group for the National Health Care Project on Actions in 2005 to the Ministry of Social Affairs and Health			
<b>Summary</b> The report reviews the actions undertaken within the National Health Care project in 2005 as assessed by the Monitoring Group. The report is its seventh assessment of the progress of the project. 1. The Monitoring Group finds it positive that during the final phase of the Health Care Project particular attention will be paid to health promotion and preventive health care. The Group emphasises the need to focus on promoting children's and young people's health and wellbeing. It sees it important to seek and make use of new innovative methods in prevention as well as to allocate project financing to health promotion projects. 2. The Monitoring Group draws attention to systematic monitoring of the access to care and treatment based on follow-up data compiled in a uniform way and by reliable methods. It presupposes that the defined time frames for access to care and how they are realised are monitored systematically. The challenge here is to inform about unit-specific follow-up data and to monitor and analyse the waiting times at national level in co-operation between the National Health Care Project and the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). In further work, emphasis should be placed in particular on strengthening the status of primary health care and on developing working conditions. 3. It is vital to secure the availability, sufficiency and skills of staff. The content of education and training must meet the needs of working life. The ways of service provision should be developed so as to direct the staff's work input to the relevant tasks. Mobile technology and other new service channels should be made use of efficiently. In regard to the health care staff particular attention should be paid to pay, working conditions and flexible hours of work. The Monitoring Group draws attention to the necessity of regional foresight and allocation of study places according to regional needs. It also sees it important to start, based on the outcome of the labour division projects, the drafting of necessary legislative amendments. The Group stresses the urgency of starting management training at different levels of education. 4. Courageous and thorough structural changes are further needed to accomplish sensible and economical functional wholes as the municipal economy is increasingly under stress and the pressures to curb health care expenditure are increasing. It has been positive that many regions have, inspired by the current municipal and service structure reform, made efforts to reduce the interfaces between specialised medical care and primary health care and social services. Today, health care districts/social and health care districts organised in different ways are operating or are being planned in various localities across the country. 5. The Monitoring Group underlines that the criteria for the project financing granted by the Ministry of Social Affairs and Health and State Provincial Offices and the project assessment should be developed further to the effect that projects will be carried out as more comprehensive and appropriately targeted joint programme complexes between several administrative sectors. Furthermore, more attention should be devoted to the planning, innovativeness, organisation and resourcing of the projects and the commitment at the local level.			
<b>Key words</b> health care staff, health promotion, monitoring, planning, preventive health policy, projects			
<b>Other information</b> www.stm.fi			
<b>Title and number of series</b> Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:13		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 952-00- 1988-x(print) 952-00-1989-8 (PDF)
<b>Number of pages</b> 43	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> 10.80 €	<b>Publicity</b> Public
<b>Distributor/Orders</b> Helsinki University Press, POB 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 UNIVERSITY OF HELSINKI Fax +358-9-7010 2374, tel. +358-9-7010 2363 books@yliopistopaino.fi		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	



# SISÄLLYS

<i>KUVAILULEHTI</i> .....	3
<i>PRESENTATIONSBLAD</i> .....	5
<i>DOCUMENTATION PAGE</i> .....	7
<i>SISÄLLYS</i> .....	9
<i>TIIVISTELMÄ</i> .....	11
<i>1 JOHDANTO</i> .....	12
<i>2 KATSAUS VUODEN 2005 TOIMINTAAN</i> .....	14
<i>3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TERVEYDENHUOLTO</i> .....	16
<i>4 HOITON PÄÄSYN TURVAAMINEN</i> .....	18
<i>5 HENKILÖSTÖN SAATAVUUDEN JA OSAAMISEN TURVAAMINEN</i> .....	21
5.1 Täydennyskoulutuksen toteutuminen .....	21
5.2 Eri henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa –osahanke.....	22
5.3 Terveydenhuollon johtaminen .....	23
<i>6 TOIMINTOJEN JA RAKENTEIDEN UUDISTAMINEN</i> .....	25
6.1 Terveyskeskusten toimintaedellytysten parantaminen .....	25
6.2 Valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen käyttöönotto terveyskeskusten ja sairaaloiden tietojärjestelmien yhteensopivuuden turvaamiseksi .....	28
6.3 Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako .....	29
6.4 Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden uudelleenjärjestelyt ja tietoteknologian hyödyntäminen 30	
<i>7 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN</i> .....	31
<i>8 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN VAHVISTAMINEN</i> .....	32
<i>9 SEURANTARYHMÄN TOIMINTA</i> .....	35
<i>LIITE 1. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä</i> .....	37
<i>LIITE 2. Valmiit osahankkeet vuoden 2005 loppuun mennessä</i> .....	40



## TIIVISTELMÄ

Raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen vuoden 2005 toimintaa seurantaryhmän arvioimana. Raportti on seurantaryhmän seitsemäs arvio hankkeen etenemisestä.

Seurantaryhmä on kiinnittänyt huomiota seuraaviin asiakokonaisuuksiin:

*1. Seurantaryhmä pitää hyvänä, että terveyshankkeen loppuaikana kiinnitetään erityistä huomiota terveyden edistämiseen ja ehkäisevään terveydenhuoltoon. Seurantaryhmä korostaa panostamista lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Seurantaryhmä pitää tärkeänä uusien innovatiivisten menetelmien etsimistä ja hyödyntämistä ehkäisevässä työssä sekä hankerahoituksen suuntaamista terveyden edistämisen hankkeisiin.*

*2. Seurantaryhmä kiinnittää huomiota hoidon saatavuuden systemaattiseen seurantaan, joka pohjautuu yhtenevästi ja tuottamistavoiltaan luotettavasti kerättyihin seurantatietoihin. Seurantaryhmä edellyttää, että hoitoon pääsyä koskevia määräaikoja ja niiden edistymistä seurataan suunnitellulla tavalla. Haasteena on yksikkökohtainen seurantatietojen tiedottaminen ja odotusaikojen kansallinen seuranta ja analyysi kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja Stakesin yhteistyönä. Jatkotyössä on panostettava perusterveydenhuollon aseman vahvistamiseen ja työolosuhteiden kehittämiseen.*

*3. Seurantaryhmä pitää tärkeänä, että henkilöstön saatavuus, riittävyys ja osaaminen turvataan. Koulutuksen sisällön on vastattava työelämän tarpeisiin. Palvelujen tuotantotapoja tulee kehittää niin, että ne suuntavat henkilöstön työpanoksen oikeisiin asioihin. Mobiiliteknologia ja muut uudet palvelukanavat tulee hyödyntää tehokkaasti. Hoitohenkilökunnan osalta tulee kiinnittää erityistä huomiota palkkaukseen, työoloihin ja joustaviin työaikoihin. Seurantaryhmä kiinnittää huomiota alueellisen ennakkoinnin tarpeellisuuteen ja aloituspaikkojen suuntaamiseen alueiden tarpeiden mukaisesti. Seurantaryhmä pitää tärkeänä, että työnjakohankkeiden perusteella käynnistetään tarvittavat lainsäädännön muutokset. Seurantaryhmä kiirehtii johtamiskoulutuksen nopeaa käynnistymistä koulutuksen eri tasoilla.*

*4. Seurantaryhmä korostaa, että tarvitaan edelleen rohkeita ja perusteellisia rakkenteellisia muutoksia järkevien ja taloudellisten toimintakokonaisuuksien aikaansaamiseksi kuntatalouden kiristyessä ja terveydenhuollon kustannuspaineiden kasvaessa. Myönteistä on ollut se, että kunta- ja palvelurakennepöytäkirjojen virittämänä monella seudulla on pyritty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen rajapintojen madaltamiseen. Eri tavalla organisoituja terveystieteiden/terveyspiirejä/ ja terveyspiirejä toimii tai niiden toiminnan suunnittelu on käynnistynyt eri puolilla maata.*

*5. Seurantaryhmä painottaa, että sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten myöntämiä hankerahoituskriteereitä ja hankearviointia kehitetään edelleen, jotta hankkeet toteutetaan monien eri hallinnonalojen yhteisinä, aikaisempia laajempina ja paremmin kohdistettuina ohjelmakokonaisuuksina. Lisäksi hankkeiden suunnitteluun, sitoutumiseen, innovatiivisuuteen, organisointiin ja resursointiin kiinnitetään kunnissa enemmän huomiota.*

## 1 JOHDANTO

Kansallinen terveydenhuollon hanke on toteuttanut Valtioneuvoston periaatepäätöstä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi neljä vuotta. Kaksi viimeistä toimeenpanovuotta ovat vielä edessä. Näyttää todennäköiseltä, että hanke toteutuu pääosin sille asetetussa aikataulussa. Monet osahankkeet ovat edistyneet hyvin (Liitteessä kaksi yhteenveto osahankkeiden toteutumisesta). Väestön kannalta eräs hankkeen tärkeimmistä päätöksistä, hoitotakuun toteutuminen, on pääosin saavutettu ja sen arviointi on aloitettu.

OECD arvioi vuoden 2005 aikana suomalaista terveydenhuoltoa sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä. Järjestelmä on arvioitu taloudelliseksi ja tehokkaaksi. Palveluiden tekninen laatu on arvioitsijoiden mielestä hyvä ja terveydenhuollon henkilöstöresurssit pääosin OECD-maiden keskitasolla tai jonkin verran keskitasoa runsaammat. Suomalainen lääkäri ja hammaslääkäri vastaanottaa potilaita vähemmän kuin OECD-maiden kollegansa keskimäärin. Suomessa valta-osa terveyskeskuskäynneistä on käyntejä hoitajien vastaanotoille. Vain noin 40 % on lääkärikäyntejä, mikä on pääselitys lääkärikäyntien vertailumaita vähäisempään määrään. Sairaaloiden vuodeosastohoitojaksoja on Suomessa selvästi enemmän kuin OECD-maissa keskimäärin.

OECD:n katsauksessa todettiin viimeaikoina kansallisessa terveyshankkeessa tehdyt uudistukset hyvinä – erityisesti hoitoon pääsyä koskevat enimmäisajat. Myös Käypä hoito-ohjelmien mainitaan vähentävän alueellista vaihtelua monissa palveluissa. Järjestelmän tehostamiskeinona nimetään muun muassa tietojärjestelmien yhteensovittamiseen tähtäävät toimet, potilaan laajempi oikeus valita lääkäriinsä, apteekki- ja lääkekorvausjärjestelmän sekä lääkärin lääkebudjetin kehittäminen. Teknisiä välineitä kehitetäänkin parhaillaan valtakunnallisesti sähköisen lääkemääräyksen ja sähköisen sairauskertomusjärjestelmän osiossa. Lisätehoa tulee etsiä erikoistason toimijoiden yhdistämisestä ja työnjaosta, palvelujen ulkoistamisesta sekä tilaaja-tuottajamallin kehittämisestä.

Arvioitsijat uskovat tulospalkkauksen toimintaa tehostavaan vaikutukseen. He ehdottavat tulospalkkausta sekä erikoissairaanhoidon, että perusterveydenhuollon keskeisiin toimintoihin. He ehdottavat myös terveydenhuollon ohjauksen lisäämistä ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja työnjaon tiivistämistä. Sairaanhoidopiirejä on näiden asiantuntijoiden mukaan Suomessa liikaa ja erikoissairaanhoido muutenkin liiaksi hajautunutta. Kaiken kaikkiaan ehdotuksessa painotetaan voimakkaasti ennaltaehkäisevän työn lisäämistä edelleen ja suomalaisen pääosin hyvin toimivan terveyskeskuksmallin kehittämistä ja terveyskeskusten resurssien lisäämistä.

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä on asetettu 1.8.2002. Sen työn tavoitteena on Valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutumisen seuranta, arviointi ja edistäminen. Seurantaryhmän tehtäväksi on annettu 1) edistää terveydenhuollon ja sen sidosryhmien vuoropuhelua terveyspalvelujen kehittämisessä 2) välittää tietoa periaatepäätöksen tavoitteista ja toteutumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon, sen sidosryhmien sekä hankkeen johdon kesken 3) seurata ja arvioida periaatepäätöksen toteutumisen etenemistä sekä tehdä tarvittaessa täytäntöönpanoa koskevia muutos- ja tarkistusehdotuksia 4) arvioida toimintaympäristön muutoksia periaate-

päätöksen toteutumisen kannalta sekä 5) tehdä tarvittaessa aloitteita ja ehdotuksia periaatepäätöksen tavoitteiden toteuttamiseksi. Seurantaryhmän toimikausi on 1.8.2002 – 31.12.2007. Seurantaryhmää on täydennetty uusilla jäsenillä keväällä 2005. Jäsenet ovat lueteltu liitteessä yksi.

Tässä seurantaryhmän seitsemännessä raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen vuoden 2005 toimintaa seurantaryhmän arvioimana.

## 2 KATSAUS VUODEN 2005 TOIMINTAAN

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon merkitys on noussut huomiota kohteeksi vuoden 2005 aikana. Terveys 2015- kansanterveysohjelman tavoitteiden saavuttamiseen ja terveyden edistämiseen tullaan kiinnittämään erityistä huomiota terveydenhuollon hankkeen loppupuolella. Terveyden edistämiseen on panostettu muun muassa valmistelemalla laaja vuoden 2006 alussa toteutettava kenttäkierros, valmistelemalla muutoksia kansanterveyslakiin ja jatkamalla terveyden edistämisen laatusuosituksen valmistelua.

Vuoden 2005 alun keskeisin saavutus oli hoitoon pääsyn turvaamista koskevat säädösmuutokset. Samaan aikaan ns. hoitotakuun voimaan tullessa saimme valtakunnalliset hoitoon pääsyn perusteet keskeisistä tauti- ja sairausryhmistä. Loppuvuonna saatiin ensimmäiset arviot enimmäisaikojen toteutumisesta erikoissairaanhoidossa, suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollossa.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet julkaisu ilmestyi huhtikuussa 2005 (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:5).

Terveyshankkeen yhtenä painoalueena on ollut alusta lähtien perusterveydenhuollon vahvistaminen ja kehittäminen. Päivystisyhteistyö on esimerkki toiminnasta, jossa on edistytty terveyshankkeen tavoitteiden mukaisesti. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on ollut keskeinen tavoite pitkään. Vuoden 2005 aikana on terveydenhuoltopiiri tai -alueet ratkaisuja kehitetty eri puolilla valtakuntaa.

Palvelujärjestelmä toimivaksi seutukunnallisten kehittämishankkeiden ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiskokeilujen arviointi ilmestyi kesäkuussa 2005 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:7).

Suun terveydenhuollossa työnjaon kehittäminen tiimityönä hammaslääkärin, suuhygienistin ja hammashoitajan välillä on monin paikoin johtanut erinomaisiin tuloksiin. Päivystystoimintaa on keskitetty kuntien yhteistyönä ja näiden palvelujen saatavuus on parantunut koko maassa. Hammaslääkärripula vaikeuttaa kuitenkin jo tällä hetkellä toiminnan järjestämistä monissa kunnissa; erityisesti itäisen Suomen kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on arvioinut hammaslääkärin koulutusmäärien lisäystarpeen olevan 35 hammaslääkärinä vuodessa. Lisäkoulutus aloitettaisiin hajautettuna vuodesta 2006 siten, että pääosa lisäyksestä suunnataan toteutettavaksi Kuopion alueelle. Lisäksi on kiinnitetty huomiota myös suuhygienistien koulutustarpeen arviointiin.

Eri henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako –osahankkeesta valmistui arviointiraportti Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 21).

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö ilmestyi lokakuussa 2005 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10). Maksutoimikunta esittää mm. terveydenhuollon maksuissa alaikäisten hoidon maksujen poistamista sekä terveyskeskuksen vuosimaksus-



ta luopumista ja siirtymistä käyntikertaiseen maksuun, jatkovalmistelua terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä Kelan lääkekattoon, sekä suun ja hampaiden perushoidon maksun porrastamista (suuhygienisti, hammaslääkäri, erikoishammaslääkäri) ja tutkimuksesta perittävän maksun porrastamista toimenpiteen vaativuuden perusteella.

Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjaon kehittäminen erityisvastuualueittain jatkuu. Terveyspiirien/sosiaali- ja terveyspiirien suunnittelu etenee tällä hetkellä Etelä-Suomessa, Päijät-Hämeessä, Itä-Savossa ja Etelä-Karjalassa. Pohjois-Karjalan terveydenhuoltopalvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma on jo hyväksytty sairaanhoitopiirin hallituksessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut 1.2.2005 – 31.12.2007 väliselle ajalle POKA- työryhmän, jonka tehtävänä on varmistaa sähköisten potilasasiakirjojen osalta tähänastisten tulosten käyttöönotto ja tarvittavilta osin huolehtia tehdyn määrittelytyön jatkumisesta, laatia ehdotukset kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteiksi ja tehdä ehdotus terveydenhuollon tietojärjestelmien kansallisen standardoinnin kohdealueista ja kansallisen toimijan määrittelemiseksi.

Kansallinen sähköinen potilastietojen arkistopalvelu ja toiminnallinen vaatimusmäärittely työryhmäraportti valmistui joulukuussa 2005 (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:21)

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi syyskuussa kansallisen terveysthankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arvioinnin VIA Groupilta. Loppuraportti Kansallisen terveysthankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi ilmestyi 31.12.2005.

Terveysthankkeen lisärahoitusta aikataulutettiin uudelleen (11.3.2005 hallituksen kehyspäättös) vuoden 2006 valtion osuuden osalta 25 miljoonaa euroa ja 2007 valtion osuuden osalta 25 miljoonaa euroa.

### 3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TERVEYDENHUOLTO

Terveys 2015 –ohjelman hyväksymisestä on kulunut yli neljä vuotta. Ohjelma sisältää kahdeksan tavoitetta ja 36 toimintalinjausta. Ehkäisevää työtä tukevat erilaiset ohjelmat kuten alkoholiohjelma, huumeohjelma, nuorten tupakoinnin vähentämisohjelma, terveyttä edistävä liikuntaohjelma, ravitsemussuositukset ja –ohjelma sekä sisäisen turvallisuuden ohjelma. Lisäksi on viime vuosina laadittu lukuisia näyttöön perustuvia hyvien käytäntöjen oppaita kuten lastenneuvolaopas, kouluterveydenhuollon opas, rokottajan käsikirja, tupakasta vieroitus opas sekä lasten ja nuorten ravitsemusopas. Meneillään on myös useita kansallisia ohjelmia kuten diabeteksen ehkäisyohjelma DEHKO:n D2D hanke 2003 -2007, jota myös säännöllisesti arvioidaan, mini-interventio-ohjelma jne.

Vaikka suomalaisten terveys on parantunut jatkuvasti ja monia kansatauteja on vähennetty tai jopa eliminoitu, on kuitenkin jatkuvasti tulossa uusia kansanterveydellisiä haasteita, joihin ehkäisevällä työllä on mahdollista vaikuttaa. Keskeisiä haasteita aiheuttaa yhteiskunnan ja ikärakenteen muutokset. Merkittäviä terveysriskejä ovat lihavuus, alkoholin käytön aiheuttamat ongelmat ja sairaudet, mielenterveyden ongelmat, koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ja vanhusten toimintakyky. Väestöryhmien väliset terveyserot eivät ole Suomessa kaventuneet, ja terveyserojen vähentäminen on terveydenhuollon yksi merkittävin haaste.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli vuoden 2005 aikana laajan kenttäkierroksen, jossa erityisesti keskitytään terveyden edistämiseen. Tarkoituksena on lisätä terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan näkyvyyttä sekä lisätä ymmärrystä keskeisistä kansanterveyteen liittyvistä haasteista ja tehtävistä. Lisäksi halutaan virittää alueille toimintaa, joka johtaa terveyden edistämisen vahvistumiseen sekä poikkihallinnollisena työnä että terveydenhuollon toiminnassa ja tukea terveyden edistämisen nykyaikaisten toimintatapojen ja työvälineiden käyttöönottoa.

Terveyttä edistävän työn tukemiseksi on uudistettu myös kansanterveyslakia. Lakiin on tarkennettu kunnan roolia terveyden edistämisessä. Kunta velvoitetaan seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa väestöryhmittäin ja ottamaan terveysnäkökohdat huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Lisäksi edellytetään yhteistyötä kaikkien kunnassa toimivien tahojen kanssa. Tarkoituksena on varmistaa terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan riittävä toteutuminen ja edistää sen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Lakimuutokset tulivat voimaan 1.1.2006.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Stakes selvitti syksyllä 2005 terveyden edistämisen nykytilaa ja kehittämissaasteita kuntien kansanterveystyössä. Kysely lähetettiin 258 terveyskeskuksen johtavalle lääkärille tai johtajalle. Vastaus saatiin 224 terveyskeskuksesta (88 %). Kyselyn tulosten mukaan terveyden edistäminen kiinnosti vain harvoja kuntien luottamushenkilöitä. Väestön terveydentilaa seurasi suunnitelmallisesti vain 15 prosenttia terveyskeskuksista. Vaikka terveyserojen kaventaminen on terveydenhuoltomme keskeisin tavoite, näiden erojen seuraaminen kiinnosti vain viittä prosenttia vastaajista. Vain joka kymmenennellä terveyskeskuskella oli mitattavia tavoitteita terveyserojen kaventamiseksi. Terveyskeskuksista 38

% ilmoitti, että kouluterveydenhuollon laatusuositukset oli jaettu tiedoksi ja 4 % oli päättänyt sen aiheuttamista toimenpiteistä. Lastenneuvolaoppaan aiheuttamat toimenpiteet olivat vielä vähäisemmät.

Stakesissa on valmisteltu luonnos terveyden edistämisen laatusuosituksiksi. Suosituksella pyritään rohkaisemaan kuntia arvioimaan omia terveyden edistämisen edellytyksiään ja keskeisiä kehittämisen kohteitaan sekä suunnittelemaan uudenlaisia toimintatapoja kuntalaisten terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Laatusuositukset keskittyvät ensisijaisesti kunnan strategiseen tasoon, terveyttä edistävän toiminnan johtamiseen ja toimintaedellytysten parantamiseen sekä toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon selkiyttämiseen.

Hoitoon pääsyä koskevaa lainsäädäntöä muutettaessa kiinnitettiin erityistä huomiota perusterveydenhuollon rooliin ehkäisevässä työssä ja terveyden edistämisessä. Eduskunnan käsittelyssä Sosiaali- ja terveysvaliokunnan (StVM 13/2004) mietintöön on kirjattu tästä seuraavaa ” Ensisijaisena on pidettävä perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon voimavarojen turvaamista. Lisäksi on huolehdittava, että perusterveydenhuollon, psykiatrian, päihdehuollon, konservatiivisten alojen potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja hoito toteutuvat lain edellyttämällä tavalla.” Hallitusta on myös evästetty seuraamaan uudistuksen vaikutuksia perusterveydenhuoltoon ja ehkäisevään työhön kunnissa. Tämän asian seuraamista ja arvioimista suunnittelevat yhdessä sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Kuntaliitto.

***Seurantaryhmä pitää hyvänä, että terveyshankkeen loppuaikana kiinnitetään erityistä huomiota terveyden edistämiseen ja ehkäisevään terveydenhuoltoon. Seurantaryhmä korostaa panostamista lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Seurantaryhmä pitää tärkeänä uusien innovatiivisten menetelmien etsimistä ja hyödyntämistä ehkäisevässä työssä sekä hankerahoituksen suuntaamista terveyden edistämisen hankkeisiin.***

## 4 HOITOON PÄÄSYN TURVAAMINEN

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen hoitoon pääsyn turvaaminen on ollut merkittävä hankkeen osio, jota koskevat lainsäädännön muutokset tulivat voimaan 1.3.2005 samanaikaisesti suositusluontoisten valtakunnallisten hoitoon pääsyn perusteiden kanssa. Julkisen vallan palvelujen järjestämisvelvollisuutta täsmennettiin. Määräajat – välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen, hoidon tarpeen arviointi kolmessa arkipäivässä ja hoidon toteutus kolmessa, viimeistään kuudessa kuukaudessa – eivät luo subjektiivista oikeutta palvelun saatavuudelle.

Yhtenäiset, kiireettömän hoidon perusteet ovat lääkärin/hammaslääkärin työvälineitä hoitopäätösten teossa. Tavoitteena on vähentää perusteetonta vaihtelua hoidon määrässä ja laadussa sekä vahvistaa näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä Käypä hoitosuositukseen perustuen. Valtakunnallisten perusteiden laadintaa on jatkettu koko vuoden 2005 ajan. Yhtenäisistä perusteista huolimatta hoidon tarpeen arviointi on aina tehtävä potilaskohtaisesti ja yksilöllisesti.

Hoitoon pääsyn määräaikojen käyttöönotto edellyttää perusteellisia toimintatapamuutoksia, työjaon uudistamista ja teknologian hyödyntämistä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on lain edellyttämä taso viimeistään kesäkuussa 2006. Uudistuksen toteuttaminen on edennyt oikeaan suuntaan, mutta ei kaikkialla riittävällä nopeudella.

Toteutumisen seurannasta kerätään säännöllisesti tietoja kunnista ja sairaanhoitopiireistä. Toistaiseksi tietojärjestelmät eivät ole pystyneet tuottamaan suoraan valmista seurantatietoa hoitoon pääsystä. Syksyllä arvioitiin ensimmäiset seurantatiedot erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon saatavuudessa. Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sekä Kainuun maakunnassa yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä on vähentynyt muita hitaammin. Nämä sairaanhoitopiirit ovat esittäneet suunnitelmat ministeriölle toiminnan tehostamiseksi. Sairanhoitopiirien osalta hoitoon pääsyn seuranta toteutettiin tammikuussa 2006, muilta osin helmikuussa. Seurantatiedot julkistetaan helmi-maaliskuussa 2006. Suunnitteilla on, että vuoden 2006 lopusta lähtien saadaan puolivuositilastot hoitoon pääsyaikojen toteutumisesta sekä sairaaloista että terveyskeskuksista.

Hoitotakuu on selvästi arviointien pohjalta uudistanut ja parantanut yhteydenaantia terveyskeskuksiin. Toimintakäytäntöjä on muutettu ja palvelua parannettu, muun muassa kehittämällä puhelinpalvelu- ja hoitajien vastaanottoa. Arkisin, virka-aikana välitön yhteydenaanti ja hoidon tarpeen arviointi toteutuu kolmessa päivässä 92 % väestöstä. Väestöstä 2 % asuu sellaisten terveyskeskusten alueella, joissa on jatkuvia ongelmia yhteydenaannissa, ajoittain ongelmia esiintyy alueilla, joissa asuu 25 % väestöstä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyssä ei ole tapahtunut olennaisia muutoksia. Paras lääkäripalvelujen saatavuus näyttäisi olevan siellä, missä on otettu käyttöön lääkäri-hoitaja työparityöskentelymalli.

Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsy määräajassa toteutui elokuussa 2005 tehdyn kyselyn perusteella 77 % terveyskeskuksista, kun taas 12 % terveyskeskuksista ilmoittaa ongelmien jatkuvan. Välitön yhteys terveyskeskuksen suun terveydenhuol-

toon toteutuu lähes 90 prosenttisesti väestön kohdalla, mikä on merkittävä parannus. Toistakymmentä terveyskeskusta näyttäisi arviointien mukaan olevan vaikeuksissa joko resurssien tai toimintatapojen puolesta. Työnjaon kehittäminen tiimityönä hammaslääkärin, suuhygienistin ja hammashoitajan välillä on monin paikoin johtanut erinomaisiin tuloksiin. Päivystystoimintaa on keskitetty kuntien yhteistyönä ja näiden palvelujen saatavuus on parantanut koko maassa.

Myös yksityishammashoidossa palvelujärjestelmä on toiminut hyvin ja tasoittanut hoitopalvelujen kysynnän kasvua terveyskeskuksissa. Sairausvakuutuskorvauksia hammashoidosta saaneiden määrät ovat pysytelleet samalla tasolla vuosina 2003 ja 2004 ja potilaat ovat jatkaneet hyviä hoitosuhteitaan yksityissektorilla.

Hammaslääkäripula vaikeuttaa kuitenkin jo tällä hetkellä toiminnan järjestämistä monissa kunnissa; erityisesti itäisen Suomen kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on arvioinut hammaslääkärien koulutusmäärien lisäystarpeen olevan 35 hammaslääkärinä vuodessa. Lisäkoulutus aloitettaisiin hajautettuna vuodesta 2006 siten, että pääosa lisäyksestä suunnataan toteutettavaksi Kuopion alueelle. Lisäksi on kiinnitetty huomiota myös suuhygienistien koulutustarpeen arviointiin.

Kuntaliiton marraskuussa 19 terveyskeskukselle tekemän nettikyselyn mukaan hoitotakuun toivotaan hoidon tarpeen arvioinnin myötä vähentävän ja järkevöittävän päivystyskäyntejä. Vastaajien käsityksen mukaan hoidon saatavuus näyttää suurelta osin toteutuvan. Ensisijaiseksi kehittämistarpeeksi nousi puhelinpalvelu. Puhelimeen vastaajia ja puhelinlinjoja oli lisätty tai suunniteltu lisättävän. Lääkäri-sairaanhoitaja työnjakoon ja hoidon tarpeen arviointiin on monessa kunnassa kiinnitetty huomiota jo ennen hoitotakuun voimaantuloa, esimerkiksi väestövastuun myötä. Muutoksena on nähty lisääntyvä kirjaaminen ja kirjaamiskäytäntöjen täsmentyminen. Lääkäritilanne oli parantunut.

Perusterveydenhuollon osalta hoitotakuun on pelätty jättävän ehkäisevän terveydenhuollon entisestään sairauksien hoidon ”jalkoihin”, toisaalta uudistuksen toivotaan tehostavan kansantautien hoitoa, työnjakoa ja toimintaprosesseja selkiyttämällä. Resurssivajeen vaikutukset työntekijöiden jaksamiseen otettiin esille erityisesti suun terveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa resurssivajeen ohella uhkakuvina nähtiin potilaiden lisääntyneet yhteydenotot ja valitukset. Seurantakysely em. terveyskeskuksille toteutetaan tammikuussa 2006 nettikyselynä. (Kuntaliiton selvitys 15.11.2005 hoitotakuun vaikutuksista 19 terveyskeskuksen toimintaan)

Suomen Lääkäriliiton tilaaman, Taloustutkimuksen toteuttaman väestökyselyn mukaan kolmasosa vastanneesta tuhannesta henkilöstä arvioi pääsyn terveyskeskuslääkärille nopeutuneen hoitotakuun ansiosta. Pienten kuntien asukkaat olivat isojen kuntien asukkaita tyytyväisempiä. Terveyskeskuksessa asioinneista 86 % on vähintään melko tyytyväinen saamaansa hoitoon. Vajaa kaksi kolmasosaa (63 %) oli käynyt terveyskeskuksessa tai ottanut yhteyttä sinne puhelimitse. Heistä 74 % katsoo, että yhteyden saa riittävän nopeasti ja 65 % arvioi, että vastaanotolle pääsee tarpeeksi nopeasti. Yli kolmasosa arvioi yhteydensaannin ja vastaanotolle pääsyn nopeutuneen hoitotakuun tultua voimaan.

Joka neljäs terveyskeskuslääkäri arvioi elokuussa 2005 lääkäriiliiton kyselyn mukaan hoitotakuun nopeuttaneen potilaiden pääsyä vastaanotolle. Vastanneista terveyskeskuslääkäreistä 60 % arvioi hoitotakuun lisänneen työmäärää.

Jononpurkuprojektin seurauksena, siihen suunnatun määrärahan turvin ja jonojen läpikäymisen avulla lokakuun alun 2002 tilanteesta, noin 66 000 yli 6 kuukautta jonotaneen potilaan hoitojonot ovat pääsääntöisesti puolittuneet syksyllä 2005. Joulukuun lopun 2005 tilannearviossa jonossa olevia potilaita on noin 21 000. Eniten jonoa on vielä ortopediassa, plastiikka- ja käsikirurgiassa, kuulon kuntoutuksessa (kuulokojeet) ja kaihileikkauksissa. Suun terveydenhuollon organisoiminen julkisella puolella vaatii lisätoimenpiteitä. Hoidon tarpeen arvio kolmessa päivässä onnistuu jo kaikissa sairaanhoitopiireissä.

Sairaanhoitopiirien aktiivisuus hoitotakuun tiedottamiseen on hyvin erilaista eri puolilla maata. Tiedottaminen tapahtui pääsääntöisesti yleisten tiedotusvälineiden kautta. Stakesin marraskuussa 2005 tekemän arvion mukaan valtaosalta sairaanhoitopiirien internet-sivustoista löytyi yleistä tietoa hoitotakuusta. Viideltä sivulta ei löytynyt tietoja jonotustilanteesta tai -ajoista. Keskimääräinen jonotusaika löytyi kahdeksalta sivulta. Etusivulta linkki hoitotakuutietoihin löytyi seitsemältä sivulta.

*Seurantaryhmä kiinnittää huomiota hoidon saatavuuden systemaattiseen seurantaan, joka pohjautuu yhtenevästi ja tuottamistavoiltaan luotettavasti kerättyihin seurantatietoihin. Seurantaryhmä edellyttää, että hoitoon pääsyä koskevia määräaikoja ja niiden edistymistä seurataan suunnitellulla tavalla. Haasteena on yksikökohtainen seurantatietojen tiedottaminen ja odotusaikojen kansallinen seuranta ja analyysi kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja Stakesin yhteistyönä. Jatko-työssä on panostettava perusterveydenhuollon aseman vahvistamiseen ja työolosuhteiden kehittämiseen.*

## 5 HENKILÖSTÖN SAATAVUUDEN JA OSAAMISEN TURVAAMINEN

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tilastojen mukaan Suomessa työskenteli vuonna 2004 terveydenhuollossa 124 731 henkilöä. Heistä työskenteli 72 399 erikoissairaanhoidossa ja 52 332 perusterveydenhuollossa. Vuodesta 2000 erikoissairaanhoidon henkilöstö oli lisääntynyt 9,2 %, perusterveydenhuollon 5,0 % ja koko sektorin 7,4 %. Samanaikaisesti koko kuntasektorin henkilöstön määrän lisäys oli 3,6 %. Ammattiryhmistä suurin lisäys oli perushoitajien kohdalla, joiden määrä oli lisääntynyt 32,6 % (23 000:sta 30 500:een) . Sairaanhoidtajien määrän lisäys oli 26,4 % (26110:sta 33 000:een). Perushoitajien määrä oli lisääntynyt erityisesti perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa heidän määränsä oli vähentynyt 7 %:lla.

Suomen Lääkäriliitto on yhteistyössä Kunnallisen työmarkkinalaitoksen kanssa tehnyt lokakuussa 2005 kattavan selvityksen terveystieteiden lääkäripalveluista ja ostopalveluina hankitusta lääkärityöpanoksesta. Lokakuussa 2005 lääkärivaje oli 8,5 %. Ostopalveluna oli täytetty 6,8 % viroista ja toimista. Viranhaltija oli työssä 69 %:ssa viroista, sijainen tai ei sijaisen tarvetta oli 15,7 %:ssa viroista ja toimista. Terveystieteidenhammaslääkäriin viroista oli täyttämättä 265 virkaa tai tointa, joka on 12,6 %, sijainen tai ei sijaisen tarvetta oli 5,7 prosentissa, ostopalveluina hoidettiin 1,1 %.

Yleislääkärityötilanteen vaikein tilanne on ohitettu ja tilanne on paranemaan päin. Erikoislääkärityötilanne on vaikeutumassa, mutta vaihtelee aloittain ja alueittain. Tällä hetkellä ollaan yhä enemmän huolestuneita hoitohenkilöstön saatavuudesta ja riittävydestä. Erityisen vaikeaa on saada hoitohenkilökuntaa sijaisuuksiin. Vakinaisiin tehtäviin on ollut vielä päteviä hakijoita.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa arvioidaan avautuvan vuoteen 2015 mennessä 207 000 työpaikkaa. Avautuvista työpaikoista on uusia arviolta 29 %. Avautuvat työpaikat muodostavat työllisten määrän muutoksesta ja poistumasta. Se, millaista palvelurakennetta sosiaali- ja terveysalalla tullaan jatkossa painottamaan, vaikuttaa alan koulutuksen aloittajamäärien jakautumaan peruskoulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen välillä. (Hanhijoki ym. Koulutus- ja työvoimakysyntä 2015, Valtakunnallisia laskelmia, Opetushallitus, 2004).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2003 Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakoinnin yhteistyöryhmän (ENNY). Työryhmän tehtävänä oli seurata ja ennakoida väestön tarpeisiin sekä palvelujärjestelmän ja työelämän muutoksiin liittyviä työvoima- ja koulutustarpeita sekä koulutuksen kehittämistarpeita. Yhteistyöryhmän toimikausi päättyi vuoden 2005 lopussa.

### 5.1 Täydennyskoulutuksen toteutuminen

Vuoden 2004 alusta tulivat voimaan kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin tehdyt täydennyskoulutusta koskevat lainmuutokset sekä sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskeva asetus. Säännösten

mukaan työnantajan tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, saattaa ajan tasalle ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Täydennyskoulutuksen rahoitusvastuu on työnantajalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1194/2003) edellytetään, että terveydenhuollon toimintayksiköt seuraavat täydennyskoulutuksen toteutumista, täydennyskoulutukseen osallistumista sekä siitä aiheutuvia kustannuksia osana terveydenhuollon toimintayksiköiden seurantajärjestelmiä. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tehtävänä on kerätä toimintayksiköiden seurantatietojen pohjalta vuosittain terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskevat määrälliset ja kustannustiedot sekä raportoida kehityksestä. Vuoden 2004 tiedot raportoitiin seurantaryhmän alkuvuoden toimintaa kuvanneessa raportissa. Kunnallinen työmarkkinalaitos on tammi-kuussa 2006 lähettänyt kunnille kyselyn täydennyskoulutuksen toteutumisesta vuoden 2005 aikana. Nämä kyselyn tulokset ovat käytettävissä alkukesästä 2006.

## *5.2 Eri henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa –osahanke*

Kansallisen terveyshankkeen yhdessä osahankkeessa on kehitetty terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa ja yhteistyötä. Tavoitteena on hoitoon pääsyn ja henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä toimintatapojen uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriössä on tehty 25 pilotin perusteella selvitys työnjaon uudistamisesta, työnjakoon liittyvästä vastuunjaosta ja laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvästä lisäkoulutuksesta ( Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21)

Pilotteja koskeneen selvityksen mukaan työnjaon kehittäminen liittyi yleisimmin sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottotyöhön perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien laajennetut tehtäväkuvat liittyivät hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ja hoitoon ohjaamiseen äkillisissä terveysongelmissa hoitajavastaanotolla ja puhelinneuvonnassa sekä pitkäaikaissairaiden seurantaan. Piloteissa järjestettiin sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvää ammatillista lisäkoulutusta 15-40 opintoviikon laajuisena. Piloteista osassa järjestettiin yhteistä lisäkoulutusta lääkäreille ja hoitajille. Piloteissa kehitettiin myös toimintayksiköiden seurantajärjestelmiä ja Kelan todistus- ja lausuntokäytäntöjä hoitajan vastaanottotyössä sekä laadittiin hoitosuosituksia hoitajavastaanottojen tueksi.

Piloteissa saadut tulokset hoitajavastaanotoista olivat varsin myönteisiä. Sairaanhoitajan päivystysvastaanottokäynnit muodostivat parhaimmillaan 28 % lääkärin ja hoitajan yhteenlasketuista päivystyskäynneistä ja hoitajavastaanottokäynnit yli puolet lääkärin ja hoitajien yhteenlasketuista vastaanottokäynneistä. Lääkäreiden päivystysvastaanottokäynnit vähenivät hoitajavastaanottojen seurauksena 5–15 % edelliseen vuoteen verrattuna. Potilasvahinkoja ei ilmoittanut yksikään hanke. Myös henkilöstön ja potilaiden kokemukset työnjaon kehittämisestä olivat pääosin myönteisiä.



Piloteista yhdeksän ehdotti, että työnjaon uudistamista varten laadittaisiin valtakunnalliset linjaukset, ja seitsemän teki lainsäädännön muutostarpeisiin liittyviä ehdotuksia. Ne koskivat muiden ohella lääkärin erityisten oikeuksien piiriin kuuluvia tehtäviä ja tiettyjen lääkintölaillisten todistusten ja lausuntojen vahvistamista perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyössä. Lainsäädännön muutoksia koskevissa ehdotuksissa oli pitkälti kyse jo olemassa olevien käytäntöjen virallistamisesta. Piloteista viisi ehdotti perusterveydenhuollon vastaanottotyössä toimiville sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta. Ehdotus on samansuuntainen kuin OECD:n Suomen terveydenhuoltoa koskevassa raportissa.

Kansallisen terveysthankkeen hoitoon pääsyä koskevan seurannan mukaan vuoden 2005 loppupuolella neljässä terveyskeskuksessa viidestä oli päivystävän sairaanhoitajan vastaanotto ja noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa omalääkäri- omahoitaja -työpari. Pitkäaikaissairaiden seurantaan ja hoitoon liittyviä hoitajavastaanottoja oli terveyskeskuksista yli 90 %:ssa. Tulokset osoittavat, että työnjaon ja yhteistyön kehittämiseen perustuvat toimintatavat ovat levinneet varsin nopeasti. Pilotteja koskeva selvitys osoitti kuitenkin, että toimintatapojen sisällöissä ja hoitajavastaanottojen tukijärjestelmissä on kehitettävää, lisäkoulutus on kirjavaa, terveyskeskusten seurantalajärjestelmät eivät kata aina hoitajavastaanottoa eikä lainsäädäntö tue parhaalla mahdollisella tavalla työnjaon kehittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä arvioidaan kevään 2006 aikana työnjakopilotteja koskevan selvityksen, OECD:n raportin ja hoitajien lääkkeenmääräämisoikeutta eräissä muissa maissa koskevan selvityksen pohjalta sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tarvetta ja toteuttamista. Hoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus edellyttäisi lainsäädäntömuutoksia muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin, valtakunnallisesti yhtenevän lisäkoulutuksen järjestämistä sekä sen pohjalta rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myöntämistä ja rekisteröintiä. Ministeriössä tullaan kevään 2006 aikana laatimaan myös valtakunnalliset suositukset, joissa linjataan työnjaon ja yhteistyön kehittämiseen perustuvat toimintatavat, hoitoa koskevan päätöksenteon tukijärjestelmät hoitajavastaanottoja varten, hoitajien laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvä lisäkoulutus ja hoitajavastaanottokäyntien seuranta. Lisäkoulutusta koskevat suositukset edellyttävät yhteistyötä ammattikorkeakoulujen, yliopistojen ja työelämän edustajien kanssa.

### *5.3 Terveysthankkeen johtaminen*

Valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista johtamiskoulutuksen kehittämistä varten opetusministeriön asettama työryhmä luovutti ehdotuksensa opetusministeriölle 30.11.2004 (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30). Ehdotusten keskeinen sisältö oli rakentaa kattava koulutusjatkumo siten, että sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen perusteet annetaan kaikissa sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksissa. Peruskoulutuksen jälkeen sosiaali- ja terveysalan moniammatillinen johtamiskoulutus jatkuu kaikissa nykyisissä ammatillisissa jatkotutkinnoissa 20 opintoviikon laajuisena niin, että koulutus tuottaa lähijohtajuuden edellyttämän osaamisen. Johtamisosaaminen karttuu rinnan

työelämäkokemuksen ja tehtävien kanssa koulutusjatkumoa eteenpäin vievänä sosiaali- ja terveysalan moniammatillisena täydennyskoulutuksena keskijohdolle (20 ov) ja ylimmälle johdolle (20 ov.). Ammattikorkeakouluihin esitettiin omaa sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutuksen jatkotutkintoa.

Ehdotukset olivat laajalla lausuntokierroksella keväällä 2005. Lausuntojen perusteella työryhmän ehdotuksia pidetään hyvin perusteltuna ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kannalta tarpeellisena johtamiskoulutuksen uudistamisena ja systematisoijana. Sosiaali- ja terveysalan yhteisen johtamiskoulutuksen nähtiin tukevan johtamistyön eri osa-alueita sekä palveluiden järjestämisen kannalta tarpeellisia toiminnallisia ja rakenteellisia uudistuksia. Koulutuksen käynnistymistä kiirehdittiin monissa lausunnoissa. Opetusministeriö on 23.12.2005 lausuntojen perusteella pyytänyt eri tahoja käynnistämään sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen ehdotusten toimeenpanon.

Ammattikorkeakoulujen osalta peruskoulutusta koskevat sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamisen keskeiset osatavoitteet otetaan huomioon vuoden 2005 aikana valmistuvassa terveysalan koulutuksesta valmistuvien ammatillista osaamista, opintojen keskeisiä sisältöjä ja vähimmäisoppimääriä koskevan seurantaryhmän raportissa. Ammattikorkeakoulujen ylempien ammattikorkeakoulututkintojen osalta johtamisen koulutus on terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa. Yliopistojen osalta johtamisen perusteiden laajuus tulee arvioida ottaen huomioon tavoitteena olevan, nykyisin annettavan ja yhteistyössä rakennettavan koulutuksen tuomat mahdollisuudet. Täydennyskoulutuksena annettavan koulutuksen eteenpäinviemisessä tulee hyödyntää yliopistolla ja täydennyskoulutuskeskuksilla olevaa kokemusta niin siirtymävaiheen kuin uuden järjestelmän valmistumisen jälkeen.

Koulutuksen koordinoimiseksi, kehittämiseksi ja seuraamiseksi opetusministeriö pitää tärkeänä, että yliopistot ja ammattikorkeakoulut yhdessä työelämän kanssa perustavat yhteisen kehittämisverkoston.

***Seurantaryhmä pitää tärkeänä, että henkilöstön saatavuus, riittävyys ja osaaminen turvataan. Koulutuksen sisällön on vastattava työelämän tarpeisiin. Palvelujen tuotantotapoja tulee kehittää niin, että ne suuntaavat henkilöstön työpanoksen oikeisiin asioihin. Mobiiliteknologia ja muut uudet palvelukanavat tulee hyödyntää tehokkaasti. Hoitohenkilökunnan osalta tulee kiinnittää erityistä huomiota palkkaukseen, työoloihin ja joustaviin työaikoihin. Seurantaryhmä kiinnittää huomiota alueellisen ennakkoinnin tarpeellisuuteen ja aloituspaikkojen suuntaamiseen alueiden tarpeiden mukaisesti. Seurantaryhmä pitää tärkeänä, että työnjakohankkeiden perusteella käynnistetään tarvittavat lainsäädännön muutokset. Seurantaryhmä kiirehtii johtamiskoulutuksen nopeaa käynnistymistä koulutuksen eri tasoilla.***

## 6 TOIMINTOJEN JA RAKENTEIDEN UUDISTAMINEN

### 6.1 Terveyskeskusten toimintaedellytysten parantaminen

Terveyshankkeen yhtenä painoalueena on ollut alusta lähtien perusterveydenhuollon vahvistaminen ja kehittäminen. Päivystisyhteistyö on esimerkki toiminnasta, jossa on edistytty terveyshankkeen tavoitteiden mukaisesti. Terveyskeskusten yöpäivystys on lähes kokonaan keskittynyt useiden terveyskeskusten muodostamiin yksiköihin, aluesairaaloihin tai keskussairaaloihin. Kustannussäästöjen arvioidaan jo nyt olevan 40 miljoonaa euroa vuosittain. Päivystystoiminnan kehittämishankkeita on ollut 9 (hankerahaa 0,8 miljoonaa euroa). Suun terveydenhuollossa on toteutettu menestyksellisesti kehittämistyötä 14 alueellisessa hankkeessa (hankerahaa 1,9 miljoonaa euroa).

Terveyskeskukset ovat käynnistäneet puhelinpalvelutoiminnan. Puhelinyhteydenoton aikana potilaan ongelmaan otetaan heti kantaa, ja osa terveyskeskuskäynneistä hoitajalle tai lääkärille vältetään kokonaan. Laskelmat Kotkassa toimivasta puhelinpalvelusta osoittavat, että pitkälle kehitetty puhelinpalvelutoiminta koko maahan ulotettuna voisi tuottaa 300 miljoonan euron hyödyt vuodessa. Muista hankkeista parhaiten ovat edenneet päivystystoiminnan lisäksi hankintatoimen keskittäminen. Lääkehankinnat hoidetaan suurimmaksi osaksi sairaanhoitopiireittäin, niin että sekä alueen terveyskeskukset että sairaalat tekevät hankinnat yhdessä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimiva kokonaisuus on ollut keskeisenä tavoitteena pitkään. Tämän tavoitteen kehittämiseksi on myönnetty mittavasti rahoitusta esimerkiksi 20:een eri laboratorio- ja kuvantamishankkeeseen (3,4 miljoonaa euroa) sekä kahdeksaan apuvälinepalveluhankkeeseen (1,1 miljoonaa euroa). Erikoisalojen hoitoketjuja on kehitetty 25 hankkeessa (3,5 miljoonaa euroa) ja erikoissairaanhoidon rakenteellisia uudistuksia 22 hankkeessa (3,5 miljoonaa euroa). Vanhustenhuollon (69 hanketta, 11 miljoonaa euroa) ja päihde- sekä mielenterveyspalveluja on parannettu (61 hankkeessa 9 miljoonaa euroa).

Terveydenhuoltopiiri tai -alueet ratkaisuna ovat olleet vähitellen kehittymässä todennäköisesti kunta- ja palvelurakennehankkeen edistämänä.

- Kainuun-malli on toteutunut ripeästi. Yhdeksän kunnan terveyskeskusten toiminta on Kainuun maakuntakuntayhtymän järjestämää ja rahoittamaa toimintaa. Työn sisältöjä ja johtamista on selkiytetty. Lisäksi perusterveydenhuollon osallistuminen koko sairaanhoidon johtamiseen ja suunnitteluun on koettu onnistuneena.
- Forssan terveydenhuoltoalue on jo vakiinnuttanut asemansa. Erityisiä mahdollisuuksia on tuonut poikkihallinnollinen ennaltaehkäisevä yhteistyö.
- Sastamalan perusturvakuntayhtymä tuottaa Kiikoisten, Lavian, Mouhijärven, Suodeniemen, Vammalan ja Äetsän kunnille perusterveydenhuollon, vanhustyön ja ympäristöterveydenhuollon palveluja.

- Kuusiokuntien (Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä, Ähtäri) terveyskeskuskuntayhtymän perussopimus tuli voimaan vuoden 2006 alusta.
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän perustaminen etenee, valtuustojen päätökset ovat tulleet 15.2.2006.
- Valmistelu etenee ja selvityksiä on seuraavilta alueilta; Länsi-Uudenmaan terveydenhuoltoalue, Hyvinkään sairaanhoitoalueen terveydenhuoltoalue, Porvoon sairaanhoitoalueen terveydenhuoltoalue.
- Jyväskylän verkostokaupunki suunnittelee liikelaitoksia sosiaali- ja terveystoimen sekä opetuksesta vastaavien yksiköitten kanssa. Kinkomaan sairaala keskittyisi seudullisesti vanhusten palveluihin, johon liitettäisiin myös hoidon kehittämiskeskus Vitapolis.
- Lapin läänin alueella on laajaa erityisvastuualueen yhteistyötä Länsi-Pohjan PERES –hankkeessa kehitetään hoitolinjoja ja suunnitteilla on terveystoimintaa.
- Hiita-yhteistyössä (Karjalohja, Karkkila, Lohja, Nummi-Pusula, Sammatti, Siuntio, Vihti) HUS sairaanhoitoalueen (Lohjan sairaala) ja terveyskeskusten lähisairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämisessä on suunnitteilla kuntayhtymä, myös kunnallista liikelaitosta on pohdittu. Terveydenhuoltoalueen organisoimisen pulmana koetaan vielä yhteys Lohjan sairaanhoitoalueeseen.
- Etelä-Karjalan terveystoimintaselvitys ja Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus hanke vireillä. Alueellisessa ratkaisussa tulee korostua perusterveydenhuollon rooli ja asema.

Terveyshankkeen käynnistyessä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot kokosivat aluetukihenkilöverkoston osaksi hankkeen toimeenpanoa. Aluetukiverkosto on edelleen avainasemassa terveyshankkeen toteutuksessa. Heidän keskeisinä tehtävinään on ollut tukea ja seurata lähipalveluiden toimivuutta ja niiden alueellista ja seudullista kehittämistä sekä yhteistyötä eri sektorien välillä. Verkosto koostuu alueiden kokeneista terveydenhuollon ammattilaisista. Valtaosa heistä on toiminut osana aikaisena tehtävänsä oman toimen ohella. Etelä-Suomen ja Itä-Suomen alueilla on toiminut aluekoordinaattori kokopäivätoimisesti. Lääneissä toimii koordinaattoreiden ohjauksen tukena alueelliset asiantuntijaohjausryhmät. Esimerkkinä toiminnasta on keskustelufoorumien luominen ja kahdensuuntainen tiedonvälitys (kentän toimijat - lääninhallitus - ministeriö). Kantaa on otettu mm. eräiden terveyskeskustoimintojen organisoimiseen, päivystystoiminnan keskittämiseen, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämiseen sekä tietojärjestelmien kehittämiseen eri organisaatioiden välillä.

Aluetukiverkosto on keskeinen tuki rakenteellisten muutosten ja seudullisten palvelujen lujittamisessa, hoidon saatavuuden seurannassa ja sen turvaamisessa tarvittavien toimenpiteiden edistämiseksi. Hankevalmistelu ja hallinnointi ovat edelleen työläs prosessi monille pienille organisaatioille. Tähän tarvitaan tukihenkilöiden avustusta. Erityistä lisäarvoa tuo panostus sosiaalialan kehittämishankkeen kanssa tehtävä yhteistyö mielenterveyspalvelujen, psykososiaalisen työn ja päihdehuollon osalta. Terveyden edistämisen viimeaikaiset panostukset edellyttävät aluetukiverkoston toimintaa palvelujärjestelmän tukena.

Terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen yhteensovittaminen on palvelujen käyttäjän kannalta välttämätöntä. Myös kansallinen sosiaalialan kehittämishanke toteutti mittavan kenttäkierroksen marras-joulukuussa 2005.

**Sisäasiainministeriö asetti kunta- ja palvelurakennemuutos –hankkeen 11.5.2005.**

Valtioneuvoston päätökseen (11.3.2005) valtiontalouden kehystistä 2006 – 2009 sisältyy linjaus ja toimeksianto uudistaa kunta- ja palvelurakennetta. Linjaukset uudistuksesta on kirjattu valtioneuvoston selontekoon keskus-, alue- ja paikallishallinnon toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tehtävänä on arvioida ja tehdä ehdotus kuntien vastuulla olevien lakisääteisten ja kuntien itselleen tehtäväksi ottamien palveluiden tarkoituksenmukaisista järjestämisvastuualueista ottaen huomioon palveluiden sisältö ja ominaispiirteet, niiden saatavuus ja laatu sekä kuntien kantokyky pitkällä aikajänteellä sekä alueelliset ja kielelliset erityispiirteet.

Hanketta johtaa peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä, joka tekee hankkeen kuluessa kevään 2006 aikana tarvittavat poliittiset johtopäätökset ja linjaukset. Hankkeen yhtenä keskeisenä osa-alueena on sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisten palvelurakenteiden uudelleenarviointi. Rakenneryhmän apuna toimii sihteeristö ja neljä valmisteluryhmää, joista yksi on sosiaali- ja terveystieteiden valmisteluryhmä. Hankkeen toimikausi päättyy 31.5.2006.

Seurantaryhmä kuuli syyskuun kokouksessaan esitykset kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Hankkeen lähtökohtana on, ettei nykyisellä palvelurakenteella toimien selvitä ikääntymisen, sen myötä sairastavuuden ja muuttoliikkeen aiheuttamasta palvelutarpeiden muutoksista. Seurantaryhmä keskusteli hankkeesta luonnostelluista peruskunta-, piiri- ja aluekuntamalleista. Keskusteluissa tuotiin esiin, että lähipalvelut tulee kuitenkin taata mallien rakenteellisista painotuksista huolimatta seudullisissa ja laajemmista palveluyksiköissäkin. Keskusteluissa nostettiin esille myös perus- ja erikoissairaanhoidon kytkentä, sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyö sekä vaihtoehtoiset mallit palvelujen järjestämisessä.

Kunta- ja palvelurakennemuutokseen panostaminen tukee jo meneillään olevaa terveyshankkeen kehittämistyötä. Säädosmuutosten tulee antaa tilaa erilaisille toimintatavoille ja rakenteille, joita on käynnistynyt terveyshankkeen aikana. Esille on nostettu kysymys kansallisen ohjauksen tarpeesta ja vaihtoehtoisia mekanismeja pohditaan – tarvitaanko normeja, kilpailutusta vai kumppanuutta? Terveysuhanke on edennyt kuntien ja alueiden ehdoilla, vaikeiden rakennemuutosten tekeminen edellyttää kuitenkin kriittistä ja järjestelmällistä arviointia sekä avointa valmistelua.

Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä on hyväksynyt kunta- ja palvelurakenneryhmän esityksen mukaisesti järjestämis- ja/tai rahoitusvastuun siirtämisen kunnilta valtiolle muun muassa seuraavien terveyspalveluja koskevien tehtävien osalta:

- ulkomailla asuvien terveydenhuoltokustannusten rahoitusvastuu
- lasten seksuaalisen hyväksikäytön selvittämisen ja muiden oikeuspsykiatristen selvittelyjen rahoitusvastuu.

Vastuunalaisille ministeriöille on annettu tehtäväksi ryhtyä säädösmuutosvalmisteluihin. Jatkovalmisteluun on siirretty mm. erityisen kallis sairaanhoito, hengityshalvauspotilaiden hoito, rikoksesta syytettyjen ja tuomitsematta jätettyjen väkivaltarikollisten hoitovastuu sekä uusien hoitomuotojen vaikuttavuuden selvittäminen.

*Seurantaryhmä korostaa, että tarvitaan edelleen rohkeita ja perusteellisia rakenteellisia muutoksia järkevien ja taloudellisten toimintakokonaisuuksien aikaansaamiseksi kuntatalouden kiristyessä ja terveydenhuollon kustannuspaineiden kasvaessa. Myönteistä on ollut se, että kunta- ja palvelurakennepöytäkirjojen viritämisenä monella seudulla on pyritty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen rajapintojen madaltamiseen. Eri tavalla organisoituja terveyspiirejä/sosiaali- ja terveyspiirejä toimii tai niiden toiminnan suunnittelu on käynnistynyt eri puolilla maata.*

## 6.2 Valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen käyttöönotto terveyskeskusten ja sairaaloiden tietojärjestelmien yhteensopivuuden turvaamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut 1.2.2005-31.12.2007 väliselle ajalle työryhmän, jonka tehtävänä on varmistaa sähköisten potilasasiakirjojen osalta tähänastisten tulosten käyttöönotto ja tarvittavilta osin huolehtia tehdyn määrittelytyön jatkumisesta, laatia ehdotukset kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteiksi ja tehdä ehdotus terveydenhuollon tietojärjestelmien kansallisen standardoinnin kohdealueista.

Valtakunnallisen sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän rakentaminen edellyttää valtakunnallisten määritysten toimeenpanoa terveydenhuollon organisaatioissa käytössä oleviin sähköisiin tietojärjestelmiin. Lisäksi tarvitaan kansallisen tason tietojärjestelmäpalveluita. Tällaisia ovat muun muassa koodistopalvelu (Stakes), terveydenhuollon ammattilaisen varmennepalvelu (TEO), reseptitietokanta (Kela) tai tilastotiedon vastaanottokeskus (Stakes). Palveluiden rakentaminen on käynnistetty projektirahoituksella. Palveluiden turvaaminen edellyttää pysyvää rahoituksen saamista kehyksiin lisäyksenä asianomaisten laitosten (Stakes, TEO) toimintamenomenteille. Näiden sekä vielä puuttuvien palveluiden toteutusta ohjataan em. STM:n työryhmässä. Työryhmä on valmistellut esityksensä terveydenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteiksi (STM:n selvityksiä 2006:8).

Pääpaino jatkokehittämisessä on valtakunnallisesti loogisesti keskitetyn sähköisen arkistoinnin toteuttamisessa. Samanaikaisesti valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevaa lainsäädäntöä ja uusitaan potilasasiakirja-asetusta. Valtakunnallisia määräyksiä ollaan viemässä eri kaupallisten toimittajien sähköisiin potilaskertomusjärjestelmiin valtakunnallisissa klusterihankkeissa. Lisäksi valmistellaan laboratorio- ja kuvantamistoiminnan kansallisia ja alueellisia malleja.

Tietoyhteiskuntaohjelman ministeriryhmä on esittänyt, että ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen arkistoinnin edellyttämästä ”kansallisesta toimijasta” tulee tehdä kevään 2006 aikana.

Sosiaali- ja terveysministeriö teki kansallisen terveysthankkeen rahoituspäätökset huhtikuussa 2005. Hankerahoitus on suunnattu kunnille ja kuntayhtymille. Hankkeissa on osapuolina myös järjestelmätoimittajia ja muita toimijoita. Valtionavustuksesta tietoteknologiahankkeisiin kohdistuu noin 11 miljoonaa euroa ja laboratorio- ja kuvantamishankkeisiin 1,2 miljoonaa euroa. Kunnat ja kuntayhtymät sitoutuvat osaltaan vähintään samansuuruiseen rahoitukseen. Hankkeita koordinoidaan valtakunnallisesti ja hankkeet katselmoidaan vuosittain ulkopuolisten arvioitsijoiden toimesta.

### *6.3 Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako*

Yksiköitten toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon kehittäminen erityisvastuualueittain sekä tarpeettomien toiminnallisten ja hallinnollisten päällekkäisyyksien poistaminen on ollut tavoitteena erikoissairaanhoidon kehittämisessä. Tässä hankeosiossa kehitys on ollut hidasta. OECD:n arvioitsijat ehdottavat vuonna 2005 myös terveydenhuollon ohjauksen lisäämistä ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja työnjaon tiivistämistä. Sairaanhoidopiirejä on näiden asiantuntijoiden mukaan Suomessa liikaa ja erikoissairaanhoido muutenkin liiaksi hajautettu.

Erikoissairaanhoidon työnjaon kehittämisessä on tähän mennessä päästy pisimmälle Seinäjoen, Vaasan ja Kokkolan välillä. Kemin ja Rovaniemen sekä Hämeenlinnan ja Lahden välillä työnjako on suunnitteluasteella. Erityisvastuualuetoiminta tiivistyy erityisesti hankintatoimen, laboratorio- ja kuvantamistoimen sekä tietoteknologian järjestämisen osalta.

Sairaanhoidopiirejä koskevat järjestelyt todennäköisesti tehostuvat osana kunta- ja palvelurakennehanketta. Terveyspiirien/sosiaali- ja terveystieteiden suunnittelu etenee tällä hetkellä Päijät-Hämeessä, Itä-Savossa ja Etelä-Karjalassa. Itä-Savon sairaanhoidopiirin selvitystyön tuloksen on suunnitteilla perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen sairaanhoidopiirille. Pohjois-Karjalan suunnitelmassa terveydenhuoltopalvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma on jo hyväksytty sairaanhoidopiirin hallituksessa, on esitetty terveystieteiden piiriä, jossa on mukana keskussairaala ja kolme terveydenhuoltoaluetta. Terveystieteidenhuoltoalue on jo osana sairaanhoidopiiriä Mäntässä Pirkanmaan sairaanhoidopiirissä.

Erityisen kalliista hoidoista ja vaativasta erikoissairaanhoidosta valmistui selvitystyö syksyllä 2005. Työssä on tarkasteltu hoitojen kokonaiskustannukset diagnoosiryhmittäin ja alueittain sekä valtakunnallisesti keskitettävän vaativan erityistason hoidon kokonaiskustannukset ja määrät toimenpideluokittain. Sairaanhoidopiirien välillä on todettu suuria eroja. Tarvitaan yhtenäistä valtakunnallista ohjeistusta ja uusien hoitomuotojen määrittämistä. Kustannusten laskentaan ja hoitojen sisältöön tarvitaan tarkennuksia.

## *6.4 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.

Selvitysvaiheessa on useita hankkeita. Ne ovat yleensä yhtä sairaanhoitopiiriä koskevia. KYS:n erityisvastuualueella on selvitysvaiheessa neljän sairaanhoitopiirin yhteistä laboratorio-organisaatiota koskeva hanke.

Terveyshanke arvioi laboratoriotoimintojen uudelleenorganisoinnin tuottavan 100 miljoonan euron vuosittaiset hyödyt vastaten n. 20 % toimialan kokonaiskustannuksista. Pirkanmaan pisimpään toiminut järjestelmä on saavuttanut noin 40 % tuottavuuden lisäyksen seitsemässä vuodessa. Muut liikelaitokset on perustettu vuosina 2003 – 2004. Näistä vasta Varsinais-Suomen ja HUS-yhtymän liikelaitokset kattavat suurimman osan alueidensa kunnallisesta laboratoriotoiminnasta. Terveyshankkeen laboratorioalan asiantuntijana toimiva Ari Miettinen on arvioinut, ettei laboratoriopalveluja koskeva säästötavoite toteudu vuoteen 2007 mennessä.

Ongelmat, jotka hidastavat terveyshankkeen laboratoriopalveluja koskevien säästötavoitteiden saavuttamista on mm. rationalisointihyötyjen toteutuminen huomattavalla viiveellä, yksittäisten kuntien vastustuksena sekä asenteellisina epäilyinä.

Kuvantamispalvelujen toimintojen yhdistymistä on toteutunut laboratoriotoimintojen uudistamista hitaammin. Kymenlaaksossa on yhdistetty laboratorio- ja kuvantamispalvelujen liikelaitos. Terveyskeskusten kuvantamistoimintojen suunnittelu ja toteutus tulisi toteuttaa sairaanhoitopiiritasolla. Terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien yhteistoimintaa potilaskertomusjärjestelmien hankinnassa, toimivien tietojärjestelmäyhteyksien luomisesta sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten välillä tulisi tehostaa.



## 7 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN

Uusia näyttöön perustuvia Käypä hoito –suosituksia tai merkittävästi päivitettyjä on tehty vuonna 2005 yhdeksän. Vuoden aikana ovat valmistuneet muun muassa suositukset lasten lihavuuden ja alkoholiongelmien hoitoon. Valmiita suosituksia on 64. Käypä Hoito – projektia rahoitetaan 1,4 miljoonalla eurolla vuosittain 2003 – 2007. Suositukset tunnetaan kohtuullisen hyvin ja erityisesti perusterveydenhuollossa niitä hyödynnetään päivittäin. Lääkäriseura Duodecim vastaa hoitosuosistusten laatimisesta lääketieteen eri alojen asiantuntijaverkoston avulla. Parhaimmillaan suositukset toimivat pohjana alueellisille hoitoketjuille, joiden avulla voidaan välttää hoitojen päällekkäisyyttä sekä tehostaa hoitoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Alueellisten hoitosuosistusten laatiminen vaatii yhteistyötä sairaaloiden ja terveyskeskusten kesken ja tukea myös Stakesista, FinOhtasta ja lääkehoidon kehittämisselityksestä. Käypä hoito-ohjelman ja FinOhtan tuki olisi turvattava vuoden 2007 jälkeenkin.

## 8 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN VAHVISTAMINEN

Valtion talousarvion eri momenteilta vuonna 2005 Kansalliseen terveyshankkeeseen on kokonaisuutena osoitettu 75 milj. €, 30 milj. € kehittämisrahoitukseen, 1,4 milj. €, Käypä Hoito- projektille, 1,325 milj. € lääkehoidon kehittämiskeskukseen, 0,8 milj. € elektronisen sairauskertomuksen luomiseen, 0,5 milj. € FinOhtalle ja 0,8 milj. € hankkeen toimeenpanoon.

Vuosien 2004 – 2007 ja 2005 - 2008 kehyspäätöksissä myöhempien vuosien valtionosuuksien lisäykset ovat seuraavat: vuonna 2005 lisäystä 110 250 000, josta kansalliseen terveyshankkeen johdosta 75 000 000 euroa, vuonna 2006 lisäystä 98 000 000 euroa, josta terveydenhuollon hankkeen johdosta 75 000 000 euroa ja vuonna 2007 lisäystä 100 000 000 euroa, josta terveydenhuollon hankkeen johdosta 75 000 000. Seurantaryhmä pitää tärkeänä kehyspäätösten toteutumista.

Valtioneuvoston 11.3.2005 antamassa valtionalouden kehyspäätöksessä vuosille 2006-2009 myöhempien vuosien valtionosuuksien lisäykset olivat seuraavat: vuonna 2006 lisäystä 73 000 000 euroa, josta kansallisen terveydenhuollon hankkeen johdosta 50 000 000 euroa ja vuonna 2007 lisäystä 75 000 000 euroa, josta terveydenhuollon hankkeen johdosta 50 000 000 euroa. Terveyshankkeen lisärahoitusta aikataulutettiin kuitenkin uudelleen vuoden 2006 valtionosuuden osalta 25 miljoonaa euroa ja 2007 valtionosuuden osalta 25 miljoonaa 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 33,32 %.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002:6) arvioi päätöksessään esitettyjen rationalisointitoimien toimeenpanon tuottavan vuoden 2007 loppuun mennessä terveydenhuollon järjestämisen kustannuksiin noin 200 miljoonan euron hyödyt yhtä vuotta kohden. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan rationalisointihyötyjä on vuoden 2005 loppuun mennessä saatu noin 300 miljoonaa euroa (materiaalihankinnat, terveyskeskusten puhelinalvelu, päivystystoiminta, laboratorio- ja kuvantamispalvelut sekä hoitoon pääsyn enimmäisajat. Rationalisointihyödyistä merkittävä osa kohdentuu Kelan maksamiin korvauksiin, työnantajille ja yksityisille kansalaisille).

Sosiaali- ja terveysministeriön valtionavustuspäätökset hankerahoituksille julkaistiin 4.5.2005. Hankerahoitus ratkaistiin etukäteen julkaistussa hankeoppaassa esitettyjen kriteerien perusteella. Ministeriö rahoittaa noin sataa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishanketta (71 terveydenhuollon hanketta) eri puolilla Suomea yhteensä 26 miljoonalla eurolla. Erityisenä painoalueena molemmissa kansallisissa hankkeissa on palveluiden järjestäminen nykyistä suuremmalla väestöpohjalla. Terveyshankkeelle jätettiin hakemuksia 109 kappaletta, yhteensä 100 miljoonaa euroa. Lääninhallitukset

jakoivat noin 10 miljoonaa euroa kehittämishankkeiden mukaisista valtionavustuksista helmikuussa 2005. (Liite 2)

Terveydenhuollon kehittämishankkeista saivat väestömäärään suhteutettuna eniten avustusta Lapin ja Päijät-Hämeen maakunnat. Terveydenhuollon painoalueita ovat terveyskeskustoiminnan järjestäminen seudullisina kokonaisuuksina sekä laboratorio- ja kuvantamispalvelujen kokoaminen nykyistä suurempiin yksiköihin. Lisäksi rahoitetaan valtakunnallisesti merkittäviä ehkäisevän työn hankkeita, lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalveluiden kehittämiseen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Suurin yksittäinen painoalue terveydenhuollon valtionavustuksissa oli tietoteknologian kehittäminen, 10,5 miljoonaa euroa.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen ansiosta määräraha on tällä hallituskaudella poikkeuksellisen suuri, koska hankkeen toteuttamiseen on varattu vuosina 2004 – 2007 vuosittain 30 miljoonaa euroa. Nykyisten päätösten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin varatun määrärahan pysyvä taso on tulevaisuudessa runsaat 25 miljoonaa euroa vuodessa.

Kehittämishankkeiden painoalueet ovat laajoja ja monelta osin yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollolle. Painoalueet on määritelty vuodelle 2004 annettussa voimavaraasetuksessa ja ne pysyvät pääosin samoina vuoteen 2007 asti. Erona vuoteen 2004 on, että vuosien 2005 – 2007 osalta määritellään erikseen lääninhallitusten ja ministeriön rahoittamien hankkeiden painoalueet (Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 2005 voimavaroista 854/2004)

Kunnat ovat panostaneet terveysthankkeen tavoitteiden saavuttamiseen sekä rahallisesti että työpanoksella erilaisissa kehittämishankkeissa. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan on arvioinut, että hoitoon pääsyn turvaaminen lisäsi kuntien menoja noin 150 milj. eurolla vuonna 2005. Vuonna 2006 lisäys olisi 30 milj.euroa.

### **Hankerahoituksen arviointi**

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi syyskuussa 2005 VIA Groupilta (selvityshenkilönä johtava konsultti Seppo Tuomola) kansallisen terveysthankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arvioinnin. Loppuraportti julkistettiin 31.12.2005. Arviointiraportissa tarkasteltiin Kansallisen terveysthankkeen toteuttamiseksi vuosina 2003 – 2004 rahoitettuja hankkeita.

Arvioinnissa hankkeet jaettiin kolmeen ryhmään: palvelurakenne-, toimintatapamuutos- ja kunnallisen yhteistyötavoitteiden toteutuminen.

Vaikuttavuuden arvioinnissa selvitettiin, miten hankerahoituksella on voitu edistää terveysthankkeen tavoiteltavien rakenteellisten muutosten toteutumista, miten hankerahoitus on edistänyt terveysthankkeessa tavoiteltavien terveydenhuollon toimintatapojen muuttamista sekä kuntien välistä yhteistyötä. Arviointimenetelminä käytettiin hankeasiakirja-aineiston luokittelua ja analyysiä, sosiaali- ja terveysministeriön hankekatsastilaisuuksia sekä kokemusten vaihtoa. Lisäksi ”Lisäarvo-mallia” käytettiin arvioinnissa, jolla tarkasteltiin, onko hankkeissa tehty tavoitteiden mukaisia asioita.

Arvioijan mukaan arviointi ei perustu numeraaliseen aineistoon, sen sijaan analysointi sisältää paljon tulkintaa.

Vuosina 2003-2004 sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamia hankkeita oli 126 kpl. Kaikki alueet ovat saaneet hankerahoitusta. Arvioija toi esiin, että aineiston pohjalta arvioituna ennaltaehkäiseviä hankkeita oli vähän. Hankekuvausten heikkoutena oli, ettei niiden perusteella saanut selkeää kuvaa hankkeen tavoitteista. Hankkeissa ei tullut myöskään esille rakenteellisia muutoksia, mutta toimintatapojen muutoksia hankkeet olivat saaneet aikaiseksi.

Hankkeiden myötä organisaatioiden ja asiantuntijoiden yhteistyö on lisääntynyt. Ensimmäistä kertaa on tehty yhteistyötä alueiden välillä. Hankehakemuksissa ei ole käsitelty hankkeen taloudellisia vaikutuksia.

Palvelurakennehankkeet olivat keskenään samankaltaisia, päätöksiin asti ei ole edetty monessakaan palvelurakennehankkeessa, mutta aika palvelurakennemuutoksille on vielä lyhyt. Yhteishankinnoissa on edistytty hyvin. Joissakin hankkeissa oli luovuttu tavoitteista tai niitä ei kyetty toteuttamaan.

Tuomolan mukaan jatkossa tulisi saada vähemmän hankkeita – ja enemmän vaikuttavia hankkeita. Hän toteaa yhteenvetona hankkeiden toteuttamiseen vaikuttavina ”menestyvinä” piirteinä ja hanketta ”vaikeuttavina” tekijöinä seuraavaa: Menestyvien hankkeiden piirteitä ovat selkeä, hanketta ohjaava, konkreettinen tavoitteen asettelu, innovatiivisuus, osapuolten aito sitoutuminen, hyvä hankeorganisaatio ja riittävä resursointi.

Hankkeita vaikeuttavia tekijöitä ovat strategian puute, esityö ja valmistelu (tahtotila) tulisi olla paremmin tehty ennen kuin hanke käynnistyy, tulisi luoda järjestelmä, jossa olisi mukana monia osajia, myös poliittiset päättäjät. Ongelmia oli neuvottelumenettelyssä ja hankkeen johtamisessa sekä aidon kumppanuuden ja verkostotyön hallinnan puute.

Hankearviointia kehitettäessä tulisi ottaa huomioon myös lääninhallitusten ja sosiaalialan kehittämishankkeen rahoittamien hankkeiden arviointi.

***Seurantaryhmä painottaa, että sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten myöntämiä hankerahoituskriteereitä ja hankearviointia kehitetään edelleen, jotta hankkeet toteutetaan monien eri hallinnonalojen yhteisinä, aikaisempaa laajempina ja paremmin kohdennettuina ohjelmakokonaisuuksina. Lisäksi hankkeiden suunnitteluun, sitoutumiseen, innovatiivisuuteen, organisointiin ja resursointiin kiinnitetään kunnissa enemmän huomiota.***

## 9 SEURANTARYHMÄN TOIMINTA

Seurantaryhmä on pitänyt vuonna 2005 neljä kokousta. Kokouksien teemat on pyritty valitsemaan hankkeen kannalta ajankohtaisista asioista. Helmikuun kokouksessa käsiteltiin terveyden edistämisen osahanketta. Asiantuntijoina kuultiin Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja Pekka Puskaa ja kehittämispäällikkö Pirjo Koskinen-Ollonqvistia Terveyden edistämisen keskukselta. Keskeisiksi kehittämisalueiksi nousi terveyden edistämisen rakenteet, terveyden edistämisen johtaminen ja terveyden edistämisessä käytettävien resurssien niukkuus.

Kesäkuun kokouksessa paneuduttiin sosiaalialan kehittämishankkeen ja terveys-hankkeen yhteistyön tarpeisiin ja mahdollisuuksiin. Kokouksessa kuultiin apulais-osastopäällikkö Reijo Väärälää sosiaali- ja terveysministeriöstä ja Tampereen kaupungin apulaiskaupunginjohtaja Päivi Sillanaukeeta. Reijo Väärälä korosti yhteistyön tärkeyttä sosiaali- ja terveysalan hankkeen kesken erityisesti yhteisillä rajapinnoilla kuten päihdehuolto, lasten ja nuorten, perhe- ja erityispalvelujen ja vanhustenhuollon osalta.

Syyskuun kokouksessa kuultiin ylijohtaja, osastopäällikkö Kimmo Lepon katsaus hankkeen etenemisestä. Asiantuntijoina kuultiin lisäksi ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäkeä sosiaali- ja terveysministeriöstä ja ylilääkäri Jukka Mattilaa Kotkan kaupungista. Vallimies-Patomäki kertoi eri henkilöstöryhmien välisestä työnjaoista ja Mattila kertoi puhelinpalvelutoiminnan kehittämisestä Kymenlaakson alueella. Joulukuun kokouksessa käsiteltiin kunta- ja palvelurakennemuutosta ja pohdittiin eri mallien vaikutuksia terveydenhuoltoon. Asiantuntijoina kuultiin valtiosihteerit Terttu Savolaista, projektipäällikkö Jukka Peltomäkeä ja toimitusjohtaja Risto Parjannetta Suomen Kuntaliitosta. Keskustelu kokouksessa oli erittäin vilkasta ja asiaa monelta kannalta valaisevaa.

Seurantaryhmä on asiantunteva ja asioita monelta kannalta arvioiva ryhmä. Keskusteluissa on pohdittu monipuolisesti suomalaista terveyspalvelujärjestelmää, sen toimivuutta maan eri osissa, potilaiden asemaa ja hoidon saatavuutta, henkilöstökysymyksiä jne. Seurantaryhmän monipuolinen kokoonpano mahdollistaa asioiden tarkastelun eri näkökulmista ja keskustelut rikastuttavat eri toimijoiden näkemyksiä asioiden kehittymisestä.

Seurantaryhmän puheenjohtajat ja sihteerit arvioivat omissa kokoontumisissaan seurantaryhmän toimintaa ja pyrkivät valitsemaan kokouksen teemat niin, että ajankohdaiset asiat tulevat käsittelyyn ryhmän kokouksissa. Kehittämisohjelmiksi on tuotu esiin, että hankkeen loppuaikana seurantaryhmän tulisi tiivistää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeen johtoryhmän ja aluetukihenkilöiden kanssa. Puheenjohtajisto ja sihteeristö arvioivat yhteistyön mahdollisuuksia ja toteuttamistapoja vuoden 2006 aikana. Lisäksi tulee perusterveydenhuolto ottaa painokkaammin esiin jatkossa sekä kokouksissa että raportoinnissa.



## **LIITE 1. Terveysthuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantarvryhmä**

Puheenjohtaja kaupunginjohtaja Jarmo Rantanen, Tampereen kaupunki  
Varapuheenjohtaja perusturvajohtaja Juha Metso, Espoon kaupunki

Jäsenet:

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

Opetusneuvos Terttu Jääskeläinen, 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 Reijo Väärälä, sosiaali- ja terveysministeriö  
Henkilökohtainen varajäsen apulaisosastopäällikkö, Olli Kerola sosiaali- ja terveysministeriö

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

Ylijohtaja Juha Teperi, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
Henkilökohtainen varajäsen kehittämispäällikkö Marjukka Mäkelä, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Ylilääkäri Antti Huunan-Seppälä, 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 yliharnnaslääkäri, professori Kyösti Oikarinen, Oulun yliopistollinen sairaala

Apulaiskaupunginjohtaja Silja Hiironniemi, Oulun kaupunki  
Henkilökohtainen varajäsen kunnanjohtaja Petri Pikkuaho, Suodenniemen kunta

Hallintoylihoitaja Pirkko Valkonen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin ky  
Henkilökohtainen varajäsen hallintoylihoitaja Arja Mäkinen, Satakunnan 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

Johtava lääkäri Tuomo Pääkkönen, Suomussalmen terveyskeskus  
Henkilökohtainen varajäsen ylihoitaja Margareta Nylund, Pietarsaaren seudun kansanterveystyön ky

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

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

Puheenjohtaja Aino Penttilä, Terveydenhoitoalan Palvelujärjestöt TEPA ry  
Henkilökohtainen varajäsen hallituksen puheenjohtaja Vesa Ekroos, Suomen Yksityissairaaloitten Yhdistys ry

Aluepäällikkö Stefan Mutanen, Tammiharjun terveydenhuollon ky  
Henkilökohtainen varajäsen kehittämispäällikkö Gun Eklund, Folkhälsan

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

Rehtori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto  
Henkilökohtainen varajäsen professori Leila Laatikainen, Helsingin yliopisto

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

Apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala, 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 Kiiwanen, Kunnallinen työmarkkinalaitos



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

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

## **LIITE 2. Valmiit osahankkeet vuoden 2005 loppuun mennessä**

- 3.1 Lääkärikoulutuksen aloituspakkojen lisääminen kuuteensataan, toteutettu keuhkolla 2002
- 3.2 Lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutusta koskevan asetuksen tarkistus sekä lisäkoulutuksen sisällön ja tarjonnan kehittäminen ja lisääminen. Pitkityneiden opintojen loppuvaiheen tukitoimien tehostaminen.
- 3.3 Hammaslääkäreiden käytännön palvelua koskevan asetuksen muutos.
- 3.4 Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erikoistumiskoulutusta koskevien asetusten tarkistus siten, että koulutuksesta vähintään puolet suoritetaan yliopistosairaaloiden ulkopuolella.
- 3.5 Lisätään muun terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta alueelliset erityistarpeet huomioiden sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan suositusten mukaisesti alkaen vuodesta 2003.
- 3.9 Henkilöstölle järjestetään jatkuva täydennyskoulutus peruskoulutuksen pituudesta, työn vaatavuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen keskimäärin 3 –10 päivää vuodessa.  
Säädökset tulivat voimaan vuoden 2004 alusta.
- 3.10 Terveyskeskuksia ja sairaaloita ohjataan suuntaamaan yritysten terveydenhuollon henkilöstölle suuntaama koulutustuki toimintayksiköiden kautta. Uudistuksen liittyvät lääkelain ja lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain muutokset tulivat voimaan 1.5.2004.
- 3.12 Tuloksekas työpanos huomioidaan terveydenhuoltoalan palkkaratkaisuissa. Kunta-alan tulopoliittinen sopimus vuosille 2005-2007 solmittiin vuoden 2004 lopussa.
- 3.13 Erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan asteittain ja samalla kehitetään muita kannustinjärjestelmiä. Lakkauttaminen toteutetaan asteittain 1.3.2005 lähtien.
- 3.14 Samalla, kun erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan asteittain, kehitetään toimintatapaa, jossa sairaanhoitopiiri voi ostaa lisätyönä omalta henkilöstöltään varsinaisen työajan jälkeen myös sellaisia polikliinisia ja päiväkirurgisia palveluita, joiden maksajina ovat muut kuin potilaiden asuinkunnat, esimerkiksi työnantajat, vakuutusyhtiöt ja potilaat itse. Sairaalan on tällöin täytettävä valtioneuvoston periaatepäätöksessä mainitut hoitoon pääsyn kriteerit. Toiminta on ollut mahdollista vuonna 2005.
- 6.5 Tutkimus- ja hoitajajonojen purkuun vuonna 2002 osoitetun valtionavustuksen 25 miljoonaa euroa hallinnointi ja vaikutusten arviointi.

**Toimenpiteitä suoritettu vuosina 2003 - 2005, mutta edellyttävät vuosittain lisätoimenpiteitä tai toimenpiteiden vaikutusten seuranta ja arviointi jatkuvat vuonna 2006**

- 2.1 Periaate hoitoon pääsystä kohtuujassa sisällytetään lakiin ja ohjataan tarkemmin asetuksella ja ohjeilla 1.1.2005 mennessä. Valmistellaan yhteistyössä Suomen kuntaliiton kanssa valtakunnalliset ohjeet ja säädökset hoitoon pääsyn turvaamisesta ja jononhallinnasta. Uudistus tuli voimaan 1.3.2005. STM seuraa enimmäismääräaikojen toteutumista kuuden kuukauden välein 2006.
- 3.8 Erikoissairaanhoitolain mukaisesta tutkimustoimintaan tarkoitettuista valtionkorvauksesta siirretään varoja 8 milj. € lääkäreiden ja hammaslääkäreiden koulutukseen vuosina 2003 – 2005. Periaatepäätöksen mukainen 8 milj. € siirtyi tutkimusEVO-rahoitukseen vuoden 2006 alusta. Valtionkorvauksen lisäyksessä painotetaan terveyskeskustyöskentelyä yliopistosairaaloitten ulkopuolella. Terveyskeskuksen lisäkoulutusaikaan sopivien koulutuskokonaisuuksien kehittämistä vauhditetaan yhteistyöllä.
- 4.2.1 Erikoissairaanhoidon yksiköiden toiminnallinen yhteistyö ja työnjako, mahdolliset yhteistyösopimukset tai muutokset toteutetaan erityisvastuualueittaisen suunnitelmien pohjalta. Samalla paikkakunnalla toteutettavassa erikoissairaanhoidossa poistetaan toiminnalliset ja hallinnolliset päällekkäisyydet siirtämällä vaativa erikoissairaanhoito saman hallinnon alaisuuteen. Hankerahoitusta suunnataan kriteerien mukaisten muutosten toteuttamiseen.
- 4.2.3 Lääkkeiden ja materiaalien yhteishankintamenettelyä on kehitetty merkittävästi ja kehitetään edelleen.
- 5.1 Kansallisten hoitosuositusten laatimista tuetaan edelleen ja niiden käyttöä tehostetaan sairaaloissa ja terveyskeskuksissa.
- 5.2 Alueellisten hoito-ohjelmien laatimista ja käyttöön soveltamista edistetään sairaaloissa ja terveyskeskuksissa.
- 5.3 Kuntoutustoimintaa kehitetään hyödyntämällä olemassa olevaa tutkimusta, toimivia hoitomenetelmiä ja vaikuttavuustietoa.
- 5.4 Rationaalisen lääkehoidon kehittämistä edistetään.
- 5.5 Terveystieteiden menetelmien arviointia edistetään tukemalla terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön (FinOHTA) toimintaa merkittävästi.
- 6.1 Hallituksen kehysneuvotteluissa sopimien päätösten mukaisesti kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia nostetaan 104 miljoonalla €:lla vuodessa vuodesta 2003 alkaen siten, että terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen tavoitteet voidaan saavuttaa.
- 6.2 Kuntarahoituksen vakautta ja ennakoitavuutta parannetaan. Toimintojen ja rakenteiden uudistamisen käynnistyttyä nostetaan sosiaali- ja terveydenhuol-

lon valtionosuuksia sekä niiden prosenttiosuutta asteittain. Vuonna 2004 sosiaali- ja terveystoimen laskennallinen valtionosuusprosentti oli 31,82 %.

- 6.6.1 Palvelujärjestelmän kehittämisen tuki hankerahoituksen kautta, vuonna 2003 hankerahoitusta 8 miljoonaa € ja vuodesta 2004 vuoteen 2007 vuosittain 30 miljoonaa €.
- 6.7 Valtion toimesta tuetaan erillisrahoituksella kansallisen sähköisen sairauskerptomuksen kehittämistä ja käyttöönottoa 0,8 miljoonalla €:lla vuosina 2003 – 2007.
- 6.8.1 Valtion toimesta tuetaan erillisrahoituksella Käypä Hoito-projektia 1,4 miljoonalla €:lla vuosina 2003 – 2007
- 6.9 Lääkehoidon kehittämiskeskuksen perustaminen, 1,3 miljoonaa € vuodesta 2003, toiminta käynnistynyt vuonna 2004.

Terveystoimen menetelmien arviointiyksikön rahoitusta nostetaan vuodesta 2004 alkaen 2,5 miljoonaan €:oon vuoteen 2007 mennessä.

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.  
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)  
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006.  
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)  
ISBN 952-00-1934-9 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006.  
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumeystötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.  
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.  
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)  
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset.  
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)  
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveystenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen.  
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)  
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seuranta tutkimus 2002-2004.  
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Airi Palosaari, Olli Saarsalmi. Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset.  
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)  
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.  
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)

2006:12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)

13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta.  
ISBN 952-00-1988-X (nid.)  
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)