

Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården

KASTE 2008–2011



ISSN 1236-2050

ISBN 978-952-00-2556-4 (inh.)

ISBN 978-952-00-2557-1 (PDF)

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

Tryckning: Universitetstryckeriet, Helsingfors 2008



Sammandrag

Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården.
Kaste 2008–2011. Helsingfors 2008. 80 s.
(Social- och hälsovårdsministeriets publikationer,
ISSN 1236-2050, 2008:8). ISBN 978-952-00-2556-4 (inh.),
ISBN 978-952-00-2557-1 (PDF)

I lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992) fastställer statsrådet vart fjärde år ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården. Programmet för åren 2008–2011 fastställdes 31.1.2008 och fick namnet Kaste-programmet.

Beredningen av programmet inleddes i augusti 2007 genom en utfrågningsserie på bred basis. Framför allt social- och hälsovårdsledningen i kommunerna gavs tillfälle att höras vid diskussionsmöten som ordnades under ledning av omsorgsminister Paula Risikko tillsammans med Finlands Kommunförbund och de regionala ledningsgrupper som utsetts för beredningen och verkställigheten av programmet. Social- och hälsovårdsorganisationerna och medborgarna hördes separat via webbsidorna www.dinasikt.fi. Ett förslag till programmet bereddes vid delegationen för social- och hälsovård under ledning av omsorgsminister Paula Risikko.

I det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) fastslås utvecklingsmålen för social- och hälsovården under de närmaste åren och de viktigaste åtgärderna för att målen ska kunna uppnås. Utvecklingsprogrammet ger en övergripande bild av den styrning som kommer att riktas till kommunerna under programperioden och

lyfter fram de viktigaste åtgärder till vilka Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes), Folkhälsoinstitutet, Arbetshälsoinstitutet och länsstyrelserna kommer att rikta arbetsinsatser och till vilka social- och hälsovårdsministeriets utvecklingsresurser riktas åren 2008–2011.

I bilagorna till programmet beskrivs lagstiftningsreformer som under perioden 2008–2011 berör den kommunala social- och hälsovården, regeringens politikprogram, övriga program och omfattande projekt. Dessutom ingår en förteckning över de rekommendationer och handböcker som kommunerna kommer att tillhandahållas åren 2008–2011.

De primära programmålen baserar sig på de viktigaste strategiska målen på lång sikt för förvaltningsområdet. Målet är att

- kommuninvånarnas delaktighet ökar och deras marginalisering minskar
- kommuninvånarnas välfärd och hälsa ökar och skillnaderna i välfärd och hälsa minskar
- kvaliteten och genomslagskraften för och tillgången till service för kommuninvånarna förbättras och de regionala skillnaderna minskar.

I programmet lyfts också fram konkreta, mätbara etappmål.

Avsikten är att kommunerna ska rikta sin utvecklingsverksamhet så att förändringar som gäller etappmålen kan skönjas.

Programmålen eftersträvas genom förebyggande och tidigt ingripande (fyra åtgärdshelheter), genom säkerställande av tillräcklig personalstyrka och stärkande av kompetensen (tre åtgärdshelheter) samt genom social- och hälsovården som en sammanhängande helhet och effektiva verksamhetsmodeller (sju åtgärdshelheter).

Kommunerna och samkommunerna kan få statsunderstöd för utvecklingsverksamhet som främjar genomförandet av åtgärderna. Dessutom tillhandahåller inrättningarna inom förvaltningsområdet (Stakes, Folkhälsoinstitutet och Arbetshälsoinstitutet) kommunerna expert-

hjälp när det gäller att genomföra åtgärderna. Åtgärderna kan preciseras årligen.

Programmet genomförs i samråd med parterna i den nationella delegationen för social- och hälsovård och de fem regionala ledningsgrupperna. De regionala ledningsgrupperna, som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet, ska inom sin region stödja och främja genomförandet av programmet och bl.a. göra upp en plan för den regionala utvecklingsverksamheten bl.a. utifrån det nationella programmet.

Till stöd för programmet inleds en utomstående utvärdering. Det lämnas årligen in rapporter till den nationella delegationen om hur programmet framskrider, och utifrån rapporteringen kan social- och hälsovårdsministeriet precisera programåtgärderna.

Nyckelord

hälsovård, program, socialvård, utveckling



Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma.

KASTE 2008–2011 I. Helsinki 2008. 80 s.

(Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2008:8)

ISBN 978-952-00-2556-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2557-1 (PDF)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuudesta annetun lain (733/1992) mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Vuosia 2008 – 2011 koskeva ohjelma vahvistettiin 31.1.2008. Ohjelma nimettiin Kaste-ohjelmaksi.

Ohjelman valmistelu alkoi elokuussa 2007 laajalla kuulemisten sarjalla. Ensisijaisesti kuntien sosiaali- ja terveysjohdolle tarkoitettut kuulemiset järjestettiin peruspalveluministeri Paula Risikon johdolla yhdessä Suomen Kuntaliiton ja ohjelman valmistelua ja toimeenpanoa varten nimitettyjen alueellisten johtoryhmien kanssa. Erikseen kuultiin sosiaali- ja terveysalan järjestöjä sekä kansalaisia www.otakantaa.fi-verkkosivujen kautta. Esitys ohjelmaksi valmisteltiin peruspalveluministeri Paula Risikon johdolla sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa.

Kaste-ohjelmassa määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Ohjelma antaa sekä kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta että nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin vuosina 2008 – 2011 suunnataan Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen ja lääninhallitusten työpanosta sekä muita kehittämistoiminnan resursseja.

Ohjelman liiteosassa kuvataan kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvat lainsäädäntöuudistukset vuosina 2008 – 2011, hallituksen politiikkaohjelmat, muut ohjelmat ja laajat hankkeet sekä lista niistä suosituksista ja oppaista, jotka vuosina 2008 – 2011 kunnille annetaan.

Ohjelman päätavoitteet perustuvat hallinnonalan keskeisiin pitkän aikavälin strategiaan tavoitteisiin. Tavoitteena on, että kuntalaisten

- osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähentyy
- hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kasvavat
- palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähentyvät

Ohjelmassa nostetaan esiin myös konkreettisia, mitattavissa olevia osatavoitteita. Tarkoitus on, että kunnat suuntaavat kehittämistoimintaansa siten, että muutos näissä osatavoitteissa olisi havaittavissa.

Ohjelman tavoitteet pyritään saavuttamaan ennalta ehkäisten ja varhain puuttuen (neljä toimenpidekokonaisuutta), henkilöstön riittävyyden varmistuen ja osaamista vahvistaen (kolme toimenpidekokonaisuutta) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheällä kokonaisuudella ja vaikuttavilla toimintamalleilla (seitsemän toimenpidekokonaisuutta).

Kunnat ja kuntayhtymät voivat saada valtionavustusta kehittämistoimintaan, jotka edistävät näiden toimenpiteiden toteuttamista. Lisäksi Stakes, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos tarjoavat kunnille asiantuntija-apua toimenpiteiden toteuttamisessa.

Ohjelmaa toteutetaan yhteistyössä kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa olevien tahojen ja viiden alueellisen johtoryhmän kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön nimittämien alueellisten johtoryhmien tehtävänä on omalla alueellaan tukea ja edistää ohjelman toteutumista ja tehdä muun muassa Kaste-ohjelmaan perustuva alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelma

Ohjelman tueksi käynnistetään ulkopuolinen arviointi. Kansalliselle neuvottelukunnalle raportoidaan vuosittain ohjelman etenemisestä ja siltä pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö voi tarkentaa ohjelman toimenpiteitä.

Asiasanat

kehittäminen, ohjelma, sosiaalihoito, terveydenhoito



Summary

National Development Plan for Social and Health Care Services.
Kaste Programme 2008–2011. 80pp. Publications of the Ministry
of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2050, 2008:8).
ISBN 978-952-00-2556-4 (pb), ISBN 978-952-00-2557-1 (PDF)

According to the Act on Planning and Government Grants for Social Welfare and Health Care (733/1992) the Government adopts every four years a national development plan for social and health care services. The plan for 2008–2011 was adopted on 31 January 2008. It is called the Kaste Programme.

The preparation of the programme started in August 2007 by a broad series of hearings. The hearings, which were chiefly intended for the municipal directors of social and health care services, were arranged under the lead of Minister for Health and Social Services Paula Risikko together with the Association of Finnish Local and Regional Authorities and the regional steering groups appointed for the preparation and implementation of the programme. Non-governmental organisations in the social and health care field and citizens were heard separately through the website www.otakantaa.fi. The draft programme was prepared under the lead of Minister Risikko in the Advisory Board for Social and Health Care.

The Kaste Programme defines the development objectives for social and health care services in the next few years and the main measures for achieving them. The programme both provides an overall picture of

the guidance of municipalities during the programme period and raises the most important measures that the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), the National Public Health Institute, the Finnish Institute of Occupational Health and the State Provincial Offices will focus on in their work in 2008–2011 and to which other development resources are allocated.

The Annex to the programme describes the legislative reforms regarding municipal social and health care services in 2008–2011, the Government's policy programmes, other programmes and extensive projects as well as includes a list of the recommendations and handbooks that will be issued to municipal authorities and employees during the same period of time.

The main objectives of the programme are based on the long-term strategic objectives for the administrative sector. The aim is that

- the municipal inhabitants' involvement will increase and their social exclusion will be reduced,
- the municipal inhabitants' wellbeing and health will increase, inequalities in wellbeing and health diminish, and
- the quality, effectiveness and availability of services for the municipal inhabitants will improve and regional inequalities will be reduced.

The programme also raises concrete, measurable sub-objectives. The purpose is that the municipalities direct their development activities so that a change in regard to these sub-objectives will be discernible.

The aim is to achieve the objectives of the programme by prevention and early intervention (four major measures), by ensuring the sufficiency of staff and strengthening skills (three major measures), and by social and health care services functioning as an integral whole and effective models of operation (seven major measures).

The municipalities and joint municipal boards can obtain discretionary government transfer for development activities that

further the implementation of these measures. In addition, STAKES, the National Public Health Institute and the Institute of Occupational Health will provide expert assistance to the municipalities in carrying out the measures.

The programme is carried out together with the bodies represented in the national Advisory Board for Social and Health Care and the five regional steering groups. The task of the regional steering groups appointed by the Ministry of Social Affairs and Health is to support and promote the implementation of the programme in their own areas and to draw up a regional development plan that will be based on i.a. the Kaste Programme.

An exterior assessment will be started in support of the programme. The national Advisory Board will receive annually a report on the progress of the programme, and the Ministry of Social Affairs and Health can adjust the measures taking into account the report.

Key words

development, health care services, programme, social services



KASTE 2008–2011

Statsrådet har på föredragning från social- och hälsovårdsministeriet antagit detta nationella utvecklingsprogram för social- och hälsovården 2008–2011 den 31 januari 2008.

Programmet baserar sig på lagen av den 3 augusti 1992 om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992) och dess 5 §, sådan den lyder i lag 253/2007.



Innehåll

TILL LÄSAREN	17
1. INLEDNING	20
1.1 Resurserna bör riktas till reformer	22
2. VÅRA MÅL	24
2.1 Delaktigheten ökar och marginaliseringen minskar	25
2.2 Välfärden och hälsan ökar, skillnaderna i välfärd och hälsa minskar	26
2.3 Servicens kvalitet och genomslagskraft och tillgången förbättras, de regionala skillnaderna minskar	27
3. SÅ HÄR GÅR VI TILL VÄGA.....	29
3.1 Genom att förebygga och ingripa i ett tidigt skede.....	29
3.1.1 Skapas strukturer för främjande av välfärd och hälsa	29
3.1.2 Åtgärdas problemen tidigt	32
3.1.3 Stöds barns och ungas utveckling och förbättras servicen	33
3.1.4 Får svårssysselsatta personer hjälp med att rehabiliteras.....	34
3.2 Genom att säkerställa en tillräcklig personalstyrka och stärka kompetensen	36
3.2.1 Tryggas tillgången på personal, en tillräcklig personalstyrka och personalens engagemang.....	37
3.2.2 Stärks kompetensen	38
3.2.3 Förnyas ledarpraxisen och utvecklas arbetshälsan	38

3.3	Genom social- och hälsovården som en sammanhängande helhet och effektiva verksamhetsmodeller.....	39
3.3.1	Stärks klienternas ställning	39
3.3.2	Förnyas servicestrukturerna	41
3.3.3	Samordnas serviceproduktionen och serviceprocesserna.....	44
3.3.4	Breddas medborgarnas möjligheter att kommunicera elektroniskt	46
3.3.5	Stärks utvecklingen av primärvården och socialvården	46
3.3.6	Skapas ett nätverk för God praxis	48
3.3.7	Reformeras kvalitetsrekommendationerna.....	49
4.	GENOMFÖRANDE AV PROGRAMMET.....	51
4.1	Verkställighet, uppföljning, utvärdering och tillsyn	51
4.2	Information och intressegruppsarbete.....	53
BILAGOR (Ingår inte i statsrådets beslut)		
Bilaga 1.	Åtgärder som stödjer KASTE-programmet	54
A.	Lagstiftningsplan 2008–2011	54
B.	Regeringens politikprogram.....	60
C.	Övriga program och omfattande projekt.....	62
D.	Rekommendationer och handböcker.....	67
Bilaga 2.	Delegationens uppgifter och sammansättning	71

Verkställighetsplanen, de regionala planerna för utvecklingsarbete och annat material finns på www.stm.fi/svenska > projekt > Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008–2011



Till läsaren

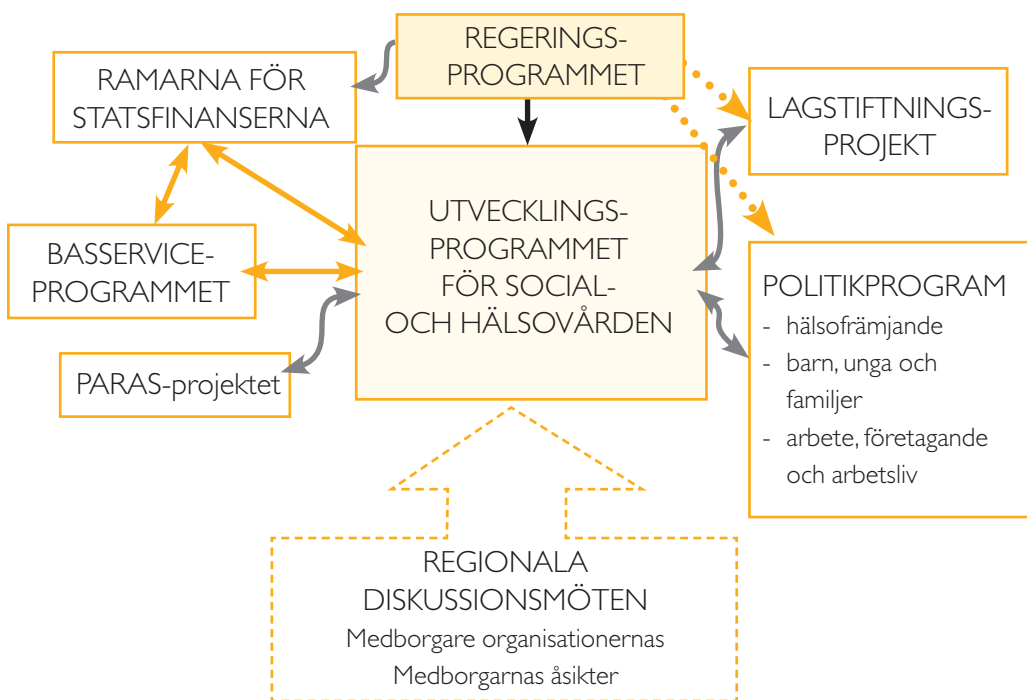
I det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) fastslås utvecklingsmålen för social- och hälsovården under de närmaste åren och de viktigaste åtgärderna för att målen ska kunna uppnås. Utvecklingsprogrammet ger en övergripande bild av den styrning som kommer att riktas till kommunerna under programperioden och lyfter fram de viktigaste åtgärder till vilka Stakes, Folkhälsoinstitutet, Arbetshälsoinstitutet och länsstyrelserna kommer att rikta arbetsinsatser och utvecklingsresurser åren 2008–2011.

Åtgärderna enligt det nationella utvecklingsprogrammet kommer att ses över varje år. Jämsides med programmet inleds en utomstående utvärdering som omspannar hela programperioden. Utvärderingen genererar information om hur åtgärdshelheterna inom programmet har startat och hur de stöder måluppfyllelsen. Inrättningarna inom förvaltningsområdet tillhandahåller kommunerna information om hur programmålen framskrider i ljuset av målindikatorerna.

Programmet började beredas i augusti 2007 genom en utfrågningsserie på bred basis. Framför allt social- och hälsovårdsledningen i kommunerna gavs tillfälle att höras. Finlands Kommunförbund och de regionala ledningsgrupper som utsetts för beredningen av programmet ordnade tillsammans diskussionsmöten i Kuopio, Uleåborg, Åbo, Tammerfors och Helsingfors. Social- och hälsovårdsorganisationerna och medborgarna hördes separat via webbsidorna www.dinasikt.fi. På basis av de förslag som lades fram vid diskussionsmötena beredde sektionerna vid den nationella delegationen för social- och hälsovård etappmålen för programmet och de åtgärder som behövs. Den bredbasiga delegationen har samlats tre gånger under beredningen av programmet.

Förutom på materialet från de regionala diskussionsmötena grundar programaccentueringarna sig på programmet för statsminister Matti Vanhanens andra regering. I programmet ingår de viktigaste betoningarna för politikprogrammen för hälsofrämjande, för barns, ungas och familjers välfärd samt för arbete, företagande och arbetsliv enligt regeringens strategidokument. I programmet ingår också det serviceinnovationsprojekt för social- och hälsovården som inletts i enlighet med regeringsprogrammet och som skapar förutsättningar för en reform av den kommunala servicen.

Det nationella utvecklingsprogrammet är statsrådets beslut och innehåller de åtgärder som regeringen förbundit sig vid i syfte att utveckla social- och hälsovården under de följande fyra åren. Det nationella utvecklingsprogrammet fungerar som ett paraply för de övriga program som pågår. Målen med de övriga programmen följer det nationella utvecklingsprogrammet och kompletterar det till vissa delar.



Jämsides med utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården bereds årligen ett tväradministrativt basserviceprogram som tar fasta på den kommunala ekonomin. I basserviceprogrammet ingår en utredning som genomförs vartannat år och som gäller läget inom basservicen. I utredningen bedöms tillgången och kvaliteten på samt produktiviteten och genomslagskraften för bl.a. primärvården, den specialiserade sjukvården, rådgivningsverksamheten, äldreservicen, småbarnsfostran och mentalvårdstjänsterna. Därmed genererar utvärderingen också information om resultaten av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården.

Programmet baserar sig på lagen av den 3 augusti 1992 om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992) och dess 5 §, sådan den lyder i lag 253/2007. Statsrådet har på föredragning från social- och hälsovårdsministeriet antagit detta nationella utvecklingsprogram för social- och hälsovården 2008–2011 den 31 januari 2008.



I Inledning

Åren 2008–2011 genomförs en kommun- och servicestrukturreform vars centrala mål är att trygga social- och hälsovårdsservicen för befolkningen i framtiden. Reformen förändrar hela omvärlden för social- och hälsovården och förutsätter också utveckling av nya arbetsmetoder och utveckling av kunskapsunderlaget, bra ledarskap och åtgärder som tryggar en ändamålsenlig personalstruktur och personalens möjligheter att orka mitt i förändringarna. Såväl strukturerna och sätten att arbeta som kompetensen bör omprövas. Utvecklingsarbetet inleds utifrån detta.

Statsandelssystemet för social- och hälsovården ändras vid ingången av 2010. Den uppgiftsbaserade statsandelstagiftningen slopas och administreringen och utbetalningen av statsandelarna överförs på finansministeriet. I framtiden ska kommunerna genomföra reformerna av social- och hälsovården genom att omfördela de resurser som finns och genom att utveckla effektivare sätt att arbeta och effektivare tjänster. Dynamiska och välorganiserade utvecklingsinsatser gör också social- och hälsovårdsbranschen attraktivare och lockar unga till att utbilda sig för och arbeta med uppgifter inom branschen.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) initierar åtgärder där målet är att förnya sätten att arbeta så att de starkare än förut ska främja välfärd och hälsa. Åtgärderna är gemensamma för alla aktörer men har något olika accentueringar från en aktör till en annan: vissa åtgärder genomförs till övervägande del av aktörer på riksplanet, för vissa åtgärder gäller att de regionala och kommunala aktörerna bär huvudansvaret för genomförandet. Här krävs det ett närmare samarbete mellan olika förvaltningsområden och aktörer än för närvarande och ett vidsträckt välfärdsansvar inom allt beslutsfattande.

Genom programmet vill man utveckla servicen så att den bättre än förut svarar mot klienternas och patienternas behov. Under programperioden förbättras kunskapsunderlaget inom social- och hälsovården så att arbets- och vårdmetoderna i allt högre grad baserar sig på forskningsbaserad kunskap, utvecklingen ingår i det grundläggande arbetet och god praxis sprids.

*Resurser bör
riktas till
gemensamma
reformer*

Trycket på att utveckla servicesystemet inom social- och hälsovården har ökat, och hela förvaltningsområdets resurser bör målmedvetet styras till gemensam revidering av processerna. Den centralaste riktlinjen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården är att stärka den

kommunala utvecklingen. Målet är att skapa starkare samarbetsstrukturer mellan de aktörer som ansvarar för utvecklingsarbetet på riksnivå (Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stokes, Folkhälsoinstitutet FHI och Arbetshälsoinstitutet AHI) och kommunerna. Statens regionalförvaltning förnyas och uppgifterna för social- och hälsovårdsavdelningarna vid länsstyrelserna kommer att i starkare grad ta fasta på styrning och övervakning av servicen.

Också på det regionala planet behövs det ett på praktiska behov baserat samarbete mellan universiteten, yrkeshögskolorna, kompetenscentrumen inom det sociala området och finansiärerna av forskning och utveckling. Det behövs samarbete på bred basis för att man ska kunna hitta sådana nya sätt att säkerställa servicen som svarar mot medborgarnas behov. Samtidigt gäller det att garantera service som har en hållbar kostnadsnivå, är av god kvalitet och verkningsfull och finns i tillräcklig mängd.

De framtida utmaningarna kräver att den offentliga sektorn har en god produktivitet utveckling och förmåga att förnya sig. I detta utvecklingsprogram har man lyft fram de viktigaste faktorer som kan bidra till att främja social- och hälsovårdens kvalitet och kostnadseffektivitet: servicens genomslagskraft förbättras, problem förebyggs, bas servicen stärks, servicestrukturerna och klientprocesserna förbättras, nya teknologilösningar och serviceinnovationer tas i bruk och ledarskapet och personalstrukturen utvecklas.



1.1 Resurserna bör riktas till reformer

Under ramperioden 2008–2011 ökar de statsandelar för social- och hälsovård som betalas till kommunerna. År 2008 riktas höjningen förutom till att stödja kommunernas löneuppgörelse (150 miljoner euro) också till framför allt personalutökningar när det gäller hemservice och institutionsvård för äldre och till säkerställande av att primärvården stärks samt till en liten del även till att trygga en ofördröjd behandling av ansökningar om utkomststöd (sammanlagt 21,3 miljoner euro).

Under åren efter det uppgår nivåhöjningen av statsandelarna till 21,3 miljoner euro per år. Användningen av anslagsökningarna 2009–2011 preciseras i samband med budget- och rambesluten för dessa år. Programmet genomförs inom ramen för rambesluten om statsfinanserna och den årliga budgetpropositionen.

Inom ramen för statsbudgeten har 24,8 miljoner euro anvisats för kommunerna och samkommunernas utvecklingsprojekt år 2008, 25,8 miljoner år 2009 och 26,8 miljoner euro åren 2010 och 2011. Regionerna disponerar dessutom över rikligt med annan offentlig, projektbaserad utvecklingsfinansiering utöver kommunernas egna utvecklingsresurser.

Utvecklingsarbetet utförs i dialog mellan aktörer på riksnivå, regional nivå och kommunal nivå. Social- och hälsovårdsministeriet riktar statsunderstöden för utvecklingsverksamheten till kommunernas och samkommunernas utvecklingsarbete i enlighet med det som framställts i de regionala planerna för utvecklingsverksamheten. Kommunerna och de övriga regionala aktörerna främjar genom sitt utvecklingsarbete framskridandet för de nationellt överenskomna målen och åtgärderna.

Kommunerna bör få en permanent utvecklingsstruktur för socialvården och primärvården

Det är viktigt att det utvecklingsarbete som tidigare utförts i regionen tas till vara i planen för utvecklingsverksamheten. Utvecklingen av service på svenska och samiska bör beaktas separat. Det rekommenderas att man i kommunerna planerar hur god praxis ska tas i bruk och att detta dokumenteras i den regionala planen för utvecklingsverksamheten.

Social- och hälsovårdsministeriet har som mål att trygga en fortlöpande utveckling av den kommunala social- och hälsovården, för att den ska svara mot klienternas behov och för att förändringarna i omvärlden ska kunna bemötas. Statsrådet rekommenderar att det vid sidan av reformen av servicestrukturerna skapas en permanent utvecklingsstruktur i kommunerna när det gäller socialvården och primärvården, för att utvecklingen inte ska vara beroende enbart av kortsiktig finansiering för en viss tid.



2 Våra mål

De primära programmålen baserar sig på de viktigaste strategiska målen på lång sikt för förvaltningsområdet. Målen är vidsträckta och godkänns generellt som allmänna mål för social- och hälsovården vilka styr både den kommunala verksamheten och verksamheten på riksnivå. Åtgärderna enligt utvecklingsprogrammet för 2008–2011 siktar till att de vidsträckta allmänna målen ska framskrida i hela landet.

Målet är att

- kommuninvånarnas delaktighet ökar och deras marginalisering minskar
- kommuninvånarnas välfärd och hälsa ökar och att skillnaderna i välfärd och hälsa minskar
- kvaliteten och genomslagskraften och tillgången till service för kommuninvånarna förbättras och de regionala skillnaderna minskar.

Genom programmet stärks den kommunala utvecklingsverksamheten så att möjligheterna att främja de vidsträckta målen förbättras. Kommunerna och regionerna har olika slags utvecklingsbehov, och utvecklingen bör riktas i enlighet med just de behoven. Kommunerna fastslår således själva sina viktigaste mål med sikte på vilka de kommer att framskrida. I detta program lyfter man fram konkreta, mätbara etappmål bland vilka kommunerna och regionerna kan välja ut de som är de viktigaste för deras område och i fråga om etappmålen göra upp planer för hur målen ska uppnås.

Ändringar enligt etappmålen kräver många slags åtgärder i kommunerna, och ändringarna kan inte fås till stånd genom enstaka åtgärder

Kommunerna har olika utvecklingsbehov



Det behövs nationellt samarbete


eller enbart med metoder inom den kommunala social- och hälsovården. Dessutom är en del av målen rikstäckande och förutsätter nationellt samarbete på bred front. Det är viktigt att alla aktörer agerar i samma riktning för att målen ska uppnås. Också de ekonomiska konjunkturen och individernas val i det dagliga livet påverkar måluppfyllelsen.

2.1 Delaktigheten ökar och marginaliseringen minskar

Under barndomen och ungdomsåren skapas grunden för livslång välfärd. Ett etappmål under programperioden är därför att särskilt förhindra att barn och unga blir utslagna. Familjerna bör stödjas på olika sätt så att behovet av att placera barn utanför hemmet minskar. Uteblivna studier efter grundskolan är en tydlig riskfaktor för annan marginalisering. Unga som länge lever på utkomststöd i sista hand marginaliseras i samhället, vilket bidrar till att skapa en subkultur samtidigt som det har en passiverande verkan. När beroendet av stöd förlängs, försämras förutsättningarna för att integreras i samhället.

Utslagning i arbetslivet berör alltså en stor grupp vuxna, som behöver ett stort mått av stöd när det gäller att bevara funktionsförmågan så att de hittar en väg till arbetsmarknaden. Det behövs ett starkt samarbete även med arbets- och näringsförvaltningen för att målet att minska långtidsarbetslösheten ska kunna uppnås.

Långvarig bostadslöshet är ett problem i de stora städerna, i synnerhet i huvudstadsregionen. Långvarig bostadslöshet är ofta förenad med okontrollerad användning av berusningsmedel, aktiv droganvändning, psykiska problem, neurologiska skador, våldsbänagenhet, brottslighet, fängelsestraff och skuldsättning. För boendearrangemangen behövs det allt mer riktade, individuellt skraddarsydda lösningar, ett betydligt intensivare stöd än för närvarande när det gäller att bygga upp vardagen på nytt.

- 
1. Antalet barn som placerats utanför hemmet i förhållande till åldersgruppen börjar minska¹
 2. Andelen 17–24-åriga unga som fallit utanför utbildning stannar under 10 procent av åldersklassen²
 3. Andelen 18–24-åriga unga som länge varit mottagare av utkomststöd halveras inom den motsvarande åldersklassen³
 4. Långtidsarbetslösheten minskar så att den understiger 30 000 personer⁴
 5. Långvarig bostadslöshet halveras⁵

2.2 Välfärden och hälsan ökar, skillnaderna i välfärd och hälsa minskar

Tobaksrökning, alkoholkonsumtion och övervikt spelar en viktig roll för uppkomsten av flera folksjukdomar. Genom att minska dessa riskfaktorer kan man också effektivast reducera hälsoskillnaderna. Tobaksrökning, alkoholkonsumtion och fetma förekommer mera allmänt i de lägre socialgrupperna, där också den förväntade livslängden är den kortaste och risken för social utslagning störst.

Genom att minska fattigdomen bland barnfamiljerna kan man i hög grad förbättra välfärden för många människor. De äldres välbefinnande förbättras när funktionsförmågan är god, när de klarar sina dagliga sysslor och har kraft att upprätthålla sociala kontakter. Ett tillgängligt, välfungerande och tryggt hem och en tillgänglig, välfungerande och trygg närmiljö stöder de äldres handlingskraft när funktionsförmågan försämras och förhindrar också olycksfall.

¹ Källa: Stakes, barnskyddsregistret.

² Källa: Statistikcentralen, utbildningsstatistik.

³ Källa: Stakes, utkomstregistret.

⁴ 49 000 personer i september 2007. År 2006 i genomsnitt 65 000 personer. Källa: Arbetsministeriet, arbetslöshetsstatistik.

⁵ Från 2 500 till 1 250 personer. Källa: Uppföljning enligt Statens bostadsfond ARA.

6. Den totala konsumtionen av alkoholhaltiga drycker minskar till 2003 års nivå⁶
7. De överviktigas andel bland personer i arbetsför ålder återgår till 1998–2001 års nivå⁷
8. Andelen 16–18-åriga som röker minskar med fem procentenheter⁸
9. Barnfamiljernas låginkomstgrad sjunker under 10 procent⁹
10. De äldres åldersstandardiserade funktionsförmåga förbättras¹⁰
11. Dödsfall på grund av hem- och fritidsolyckor och allvarliga olycksfall minskar med 10 procent¹¹



2.3 Servicens kvalitet och genomslagskraft och tillgången förbättras, de regionala skillnaderna minskar

Servicens kvalitet och genomslagskraft och tillgången bör bedömas i första hand på det lokala planet. Till stöd för bedömningen behövs det dock jämförelseuppgifter på riksnivå. Via systematiskt genomförda mätningar av klienttillfredsställelsen kan man t.ex. få värdefull information om kvaliteten vid sidan om mätarna för tillgången, hur de utsatta tiderna för tillgången till vård och äldre servicen iakttas.

⁶ År 2003 års nivå 9,4 liter ren alkohol. År 2006 10,3 liter. Källa: Stakes, rusmedelsstatistik.

⁷ De överviktigas (BMI>25) andel bland personer i arbetsför ålder (15–64 år) återgår till 1998–2001 års genomsnittliga nivå, 43 procent. År 2006 48 procent. Uppgifter om inkomsterna i landskapen är för tillfället tillgängliga för en femårig uppföljningsperiod. (Källa: Folkhälsoinstitutet, Den vuxna befolkningens hälsobeteende och upplevda hälsa.)

⁸ År 2006 22 procent av pojkarna, 23 procent av flickorna. Källa: Stakes, skolhälsoenkät.

⁹ Andel av personer under 18 år som bor i ett hushåll vars disponibla inkomster är under 60 procent av medianen (= EU:s definition at-risk-of-poverty). År 2005 11,6 procent. (Källa: Statistikcentralen, inkomstfördelningsstatistik.)

¹⁰ Hur dagliga vardagssysslor klaras och kognitiv funktionsförmåga. Uppgifterna är tillgängliga i kommuner som betalar licens för RAI-mätare. Källa: Stakes, RAI. Dessutom fås uppgifter på basis av den enkät om hälsobeteende och upplevd hälsa bland befolkningen i pensionsåldern som FHI genomför vartannat år.

¹¹ Källa: Statistikcentralen, dödsorsaksstatistik. Stakes, vårdanmälningsregister.

Service tillgången och servicens kvalitet kan tryggas endast om det finns tillräckligt med kompetent personal i kommunerna. Utbildningsvolymerna och det geografiska läget påverkar lokalt tillgången på personal, men även arbetsgivaren kan påverka personalens engagemang i hög grad.

Bättre genomslagskraft för social- och hälsovårdsservicen är det viktigaste målet för hela programperioden. Trygg vård utgör ett led i högklassig och effektiv vård. Det samlas inte systematiskt in kommunala uppgifter om den allmänna genomslagskraften för social- och hälsovårdsservicen. Information om genomslagskraften fås bäst på nivån för enskilda metoder, vårdprocesser eller teknologi.

12. Den belåtenhet med servicen som noterats i klientresponserna förbättras
13. Tidsgränserna för tillgången till vård inom hälso- och sjukvården iaktas
14. Fristerna för bedömning av behovet av äldreservice iaktas
15. Regelbunden behovsbaserad hemvård erbjuds 14 procent av dem som är över 75 år¹²
16. Endast 3 procent av dem som är över 75 år är intagna för långvarig institutionsvård¹³
17. Läkar- och tandläkarunderskottet inom primärvården minskar¹⁴
18. Socialarbetarunderskottet minskar¹⁵
19. De regionala skillnaderna i genomslagskraften för den specialiserade sjukvården minskar¹⁶

¹² Källa: Stakes, socialvårdens vårdanmälningsregister.

¹³ På ålderdomshem eller hälsocentralssjukhus. Källa: Stakes, vårdanmälningsregister inom social- och hälsovården.

¹⁴ I oktober 2007 uppgick läkarunderskottet vid hälsovårdscentralerna till 10 procent (357,5 tjänster obesatta) och tandläkarunderskottet till 12,1 procent (252 tjänster obesatta). (Källa: Suomen lääkäriliitto – Finlands Läkareförbund, Suomen hammaslääkäriliitto – Finlands tandläkarförbund.) Kommunerna får själva fastslå den exakta målnivån i enlighet med de lokala förhållandena.

¹⁵ Källa: SHM:s och Kommunala arbetsmarknadsverkets årliga statistikuppföljning.

¹⁶ Vårdkedjor som följs: hjärtinfarkt, höftfrakturer, vård av små prematurer, stroke, bröstcancer, ledproteskirurgi och schizofreni. Källa: Stakes, PERFECT-projektet.



3 Så här går vi till väga

I kapitlet beskrivs de viktigaste åtgärderna under programperioden genom vilka processerna för att förnya servicestrukturerna, arbetsmetoderna och kunskapsunderlaget inleds. De flesta av åtgärderna är processer som pågår under hela programperioden och vilkas resultat till övervägande del kan ses först under nästa programperiod och verkningarna längre in i framtiden. Åtgärderna riktas inte till enstaka klientgrupper eller tjänster utan anger mera generellt riktlinjerna för servicestrukturerna, arbetssätten, de anställda eller kunskapsunderlaget inom social- och hälsovården som helhet.

Under 2008 uppgörs en noggrannare plan för genomförandet av åtgärderna.

3.1 Genom att förebygga och ingripa i ett tidigt skede

3.1.1 Skapas strukturer för främjande av välfärd och hälsa

Välfärd står som mål på alla nivåer i vårt samhälle: välfärd är individens, näringshällets, kommunens och hela samhällets gemensamma mål. Utmaningar utgörs av bl.a. marginalisering, ökat behov av barnskydd, våld i familjerna, missbruk i vidare kretsar, övervikt, psykiska problem och hem- och fritidsolycksfall. I vissa kommuner medför det snabbt växande antalet invandrare särskilda behov.

Insatser för att stärka förhållanden och tjänster som främjar hälsa och social välfärd, förebygga problem och ingripa i ett tidigt skede är kostnadseffektiva och ofta också verkningsfulla sätt att förbättra män-

niskornas livskvalitet. Människornas ansvar för sitt eget och sina närmastes välbefinnande och hälsa bör betonas. De viktiga målen med servicestrukturen, säkerställande av service och kostnadshantering inom social- och hälsovården, kan uppnås endast genom att ökningen av servicebehovet tyglas.

För att hälsa och välfärd ska kunna främjas behövs det ett bra ledarskap, välfungerande samarbetsstrukturer och tillräckliga resurser. För hälsofrämjande behövs det en tydlig struktur i kommunerna. Dessutom behövs det nya samarbetsarrangemang. Det gäller att tydligt visa vem som ansvarar för att främjandet av hälsa och välfärd beaktas inom all verksamhet i kommunen.

Det gäller att tydligt visa vem som ansvarar för välfärden och hälsan

Inom samarbetsområdena bör det skapas förutsättningar för arbetet så att de uppgifter som kvarstår för kommunen och de uppgifter som samarbetsområdet ska ansvara för fullgörs som en helhet. Social- och hälsovårdens kontakter med kommunens övriga verksamhet får inte brytas och förutsättningarna för bredbasigt samarbete över de sektoriella gränserna bör bevaras. Inom planläggningen, byggandet, boendet, trafikplaneringen, utbildningen, idrottsväsendet och arbetspolitiken fattar man viktiga beslut som gäller välfärd och hälsa. Samarbetet mellan de olika förvaltningarna i kommunerna och samarbetet mellan kommunerna och organisationerna är viktiga för främjandet av välfärd och hälsa. Befolkningens välfärd och välbefinnande främjas bäst när beslutens sociala konsekvenser och hälsoeffekter beaktas inom alla förvaltningsområden.

Åtgärder

1. Kommunerna och samarbetsområdena erbjuder experthjälp för att utveckla och etablera strukturer för främjande av välfärd och hälsa, ledarpraxis och verksamhetsmodeller. Deras funktion utvärderas. (Under ledning av Stakes.)
2. Bestämmelser om de nya strukturerna och ledaransvaret tas in i lagstiftningen under år 2009. Inrättningarna stöder och bedömer

efterlevnaden av bestämmelserna i kommunerna 2009–2011. (Under ledning av SHM.)

3. Uppföljningssystem utvecklas:

- Ett jämförelseinformationssystem för att följa främjandet av hälsa och välfärd och dess resultat inom de olika sektorerna i kommunen tas i bruk före 2010. Vägledning för att tolka och använda informationen. (Under ledning av Stakes.)
- Det utvecklas ett uppföljningssystem för att befolkningens och partiella befolkningsgruppers hälsa samt faktorer som påverkar den ska kunna följas på regional och kommunal nivå (under ledning av FHI).

4. Kommunerna får expertstöd och handledning för att utveckla metoder för förebyggande arbete när det gäller riskfaktorer för folksjukdomar, förhindrande av olycksfall, förebyggande av våld och hantering av problem som hänför sig till möjligheterna att klara arbetet. Minintervention och andra effektiva verksamhetsformer för tidigt ingripande och handledning i fråga om hälsorisker etableras som praxis för primärvården och företagshälsovården före 2010. De nya strukturer som uppkommer i kommunerna skapar allt bättre kanaler för nyttiggörande av information. (Se även åtgärd 23: portalen terveysuomi.fi.) (Under ledning av FHI.)

5. Social- och hälsovårdsministeriet inleder en process mellan ministerierna med hjälp av vilken det utformas nya förfaranden för att bedöma lagarnas och planernas sociala konsekvenser och hälsoeffekter. Särskilt avseende fästs vid bedömningen av konsekvenserna för barn. Genom insatserna stöds utformningen av lokal bedömningspraxis (SVA – bedömning av sociala konsekvenser, TVA – bedömning av hälsoeffekter, IVA – bedömning av konsekvenser för människor). (Under ledning av SHM.)

3.1.2 Åtgärdas problemen tidigt

Tidigt ingripande är ett positivt sätt att arbeta, vilket har en betydande inverkan även på möjligheterna att hejda behovet av service och kostnadsökningen. Redan nu använder olika grupper av arbetstagare i kommunerna arbetsmetoder för tidigt ingripande, men under programperioden kommer det att utformas permanenta ledar- och samarbetsstrukturer i kommunerna, genom vilka greppet för tidigt ingripande inlemmas i hela kommunens beslutsfattande. Det samarbete för spridning av arbetsmetoder som konstaterats vara goda vilket bedrivits med social- och hälsovårdsorganisationerna fortgår och stärks.

Varpu är en positiv handlingsmodell som hejdar behovet av service och kostnaderna

Arbetsmetoderna för tidigt ingripande kan tillämpas inom det arbete som utförs tillsammans med olika klientkategorier inom social- och hälsovården. De erfarenheter man hittills fått av tidigt ingripande i barns och ungas problem breddas även till andra åldersgrupper.

Åtgärder

6. Greppet för tidigt ingripande lyfts upp som ett led i beslutsfattandet i hela kommunen. Det utvecklas olika former för öppet deltagande där föräldrarna, barnen och de unga samt klienterna och de närstående allt starkare involveras i planeringen, genomförandet och utvärderingen av tidigt ingripande.
 - Kommunerna tillhandahåller information om modellerna för tidigt ingripande. Sådana goda modeller sprids där arbetsgreppet för tidigt ingripande har lyfts upp till nivån för hela kommunens beslutsfattande. Forskningen med inriktning på genomslagskraften för tidigt ingripande fortgår och kommunerna stöds när det gäller att skapa och ta i bruk metoder för kontinuerlig utvärdering av genomslagskraften. (Under ledning av Stakes.)
 - Samarbetet mellan organisationerna och kommunerna stöds så att det uppkommer nya modeller för tidigt ingripande (social- och hälsovårdsorganisationerna, PAF).

3.1.3 Stöds barns och ungas utveckling och förbättras servicen

Levnadsförhållandena för barnfamiljer och utvecklingsmiljöerna för barn och unga har genomgått kraftiga förändringar. Den nuvarande basservice inom social- och hälsovården som gäller barn, unga och barnfamiljer, ungdomsarbetet och fritidstjänsterna för barn och unga samt de öppna psykosociala tjänsterna, såsom rådgivnings-, skol- och studenthälsovårdstjänsterna, elevvårdstjänsterna, familjerådgivningstjänsterna och barnskyddet, kan inte i sin nuvarande form till alla delar bemöta de förändrade behoven. Detta ses i form av ökad psykiatrisk sjukhusvård av barn och unga samt i form av ett ökat antal omhändertaganden av barn. Stödande av barns och ungas utveckling i hemmet, inom småbarnsfostran och i skolan, samt förebyggande av emotionella problem, beteendeproblem och problem med lärandet, stöd i ett tidigt skede och en god behandling av störningar bildar en kompakt helhet. Sammantaget säkerställer de en god barndom samtidigt som de förebygger psykosociala problem och omfattande marginalisering i vuxenlivet.

Det räcker inte längre till med sektorspecifika reformer i fråga om servicen för barnfamiljer, barn och unga eller ordnandet av ungdomsarbetet och fritidsverksamheten. Det behövs en kursomläggning och det gäller att söka nya, fördomsfria lösningar på familjernas, barnens och de ungas problem. Det är dags att samla de lokala och rikstäckande resultaten och systematiskt ta dem i praktiskt bruk i barnens utvecklingsmiljöer i hemmen, inom dagvården, i skolorna, inom den psykosociala servicen samt i samband med fritidsaktiviteterna för barn och unga. Det gäller att skapa stödtjänster med låg tröskel för barn, unga och barnfamiljer, utveckla intensivtjänster som förebygger omhändertagande av barn och inlemma ekonomiska stödelement med hjälp av förebyggande utkomststöd. Det gäller att söka metoder för att kombinera de vuxnas närvaro och sporrande intresse när det gäller barns och ungas användning av medier och interaktiva virtuella miljöer.



Åtgärder

7. Servicen för barn och unga och barnfamiljer revideras som helhet så att man på basnivå utvecklar och över de nuvarande sektoriella gränserna (såsom hälsovårds-, socialvårds-, ungdoms-, bildnings- och polisväsendet) sammanlänkar tjänster som stöder utvecklingen och förebygger och avhjälper problem och störningar, utvecklar specialtjänsterna så att de stöder basservicen genom olika alternativa verksamhetsformer (såsom barnpsykiatri, barnskydd och fostrings- och familjerådgivningar), tillhandahåller tjänsterna direkt i barnens och de ungas utvecklingsmiljöer (hemmet, dagvården, skolan, fritidsverksamheten) och luckrar upp institutionsinriktningen. En ny, övergripande servicemodell utvecklas och pilotiseras inom en region och sprids successivt till hela landet. (Under ledning av SHM och Stakes.)
8. Den nationella styrningen i fråga om ordnande och utveckling av barnskyddet stärks. Den nya barnskyddslagen, som trädde i kraft vid ingången av 2008, förs ut i det praktiska livet genom att det ordnas utbildning för kommunerna och annan styrning på riksnivå (under ledning av Stakes).

3.1.4 Får svårssysselsatta personer hjälp med att rehabiliteras

Under programperioden vill man utveckla den s.k. övergångsarbetsmarknaden som ett led i den aktiverande socialpolitiken. Under den nya ESF-perioden (2007–2013) riktas 75,4 miljoner euro till utveckling av övergångsarbetsmarknaden. Sociala företag, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, verkstäder för vuxna, arbetsplatser med låg tröskel och rehabiliterings- och hälsovårdstjänster för arbetslösa hör till insatsområdena för utveckling av övergångsarbetsmarknaden under de närmaste åren.

Nu vill man utveckla övergångsarbetsmarknaden som ett led i den aktiva socialpolitiken

Arbets- och näringsministeriet spelar en betydande roll när det gäller att utveckla övergångsarbetsmarknaden och sysselsätta partiellt arbetsföra personer. Kommunerna ansvarar för den aktiverande socialpolitiken. Avsikten är att man under programperioden ska finna arbetsplatser med låg tröskel för de mest svårssysselsatta klienterna inom socialvården. Arbetsplatserna, som tillhandahålls genom samarbete mellan kommunerna och organisationerna, ska komplettera arbets- och näringsministeriets verksamhet.

De mest svårssysselsatta personerna är till övervägande del kunder inom arbetskraftsförvaltningen och även klienter inom social- och hälsovården. Hos dem har anhopats bl.a. psykiska problem och missbruksproblem. De behöver mycket stöd för att kunna få arbete på den öppna arbetsmarknaden. I fråga om partiellt arbetsföra och personer som löper risk att bli utslagna i arbetslivet är det viktigt att vidmakthålla arbets- och funktionsförmågan, successivt bygga upp vägar till sysselsättning och hitta någonting meningsfullt att göra. I synnerhet medborgarorganisationerna kan stå för de sistnämnda.

Åtgärder

9. Innehållet i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte vidareutvecklas, lagstiftningen ändras; bl.a. åldersgränsen för lagstiftningens förpliktande verkan stryks (under ledning av SHM).
10. I form av samarbete mellan kommunerna och arbetsförvaltningen, organisationerna, de sociala företagen, arbetsgivarna och andra serviceproducenter utvecklas till stöd för svårssysselsatta personer modeller för arbetsinriktad rehabilitering. ESF-finansiering under perioden 2007–2013 utnyttjas till fullt belopp. (Under ledning av ANM i samråd med SHM.)
11. Det produceras information om sysselsättnings- och välfärdseffekterna av aktiverande verksamhetsmodeller (modeller för hälsovårdsservice för arbetslösa, modeller för arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte). Det ges modellbeskrivningar av målen av-

seende arbetslivsfärdigheter och det utvecklas indikatorer som behövs för att påvisa dem. (Under ledning av Stakes.)

12. De social-, hälsovårds- och rehabiliteringstjänster som tillhandahålls vid servicecentren för arbetskraft vidareutvecklas. De modeller som utformats sprids även till de kommuner som inte medverkar i verksamheten med servicecenter för arbetskraft. Uppkomsten av nya kommun- och servicestrukturer styrs så att även tjänster för svårssysselsatta personer ordnas som sammanhängande helheter för klienten inom de nya strukturerna och i form av gott samarbete med andra aktörer. (Under ledning av SHM tillsammans med ANM.)

3.2 Genom att säkerställa en tillräcklig personalstyrka och stärka kompetensen

Användningen av personalresurser bör utvecklas och en tillräcklig personalstyrka bör säkerställas. Även arbetstagarnas kompetens bör stärkas. På så vis kan funktionen och produktiviteten för systemet med social- och hälsovårdsservice förbättras. Utvecklingen av personalens resurser bör basera sig på kommunens personalstrategi, som har samordnats med servicestrategin.

Det behövs förändringsledarskap. Ett bra ledarskap intar en mycket central position när man vill styra personalstyrka till tjänster som svarar mot klienternas behov. Ett bra ledarskap förbättrar också branschens dragningskraft som arbetsplats och arbetstagarnas arbetshälsa.

Genom bra ledarskap förbättras servicens funktion, arbetshälsan och produktiviteten

Det gäller att förbereda sig på att pensioneringen bland personalen kommer att bli omfattande och att behovet av arbetskraft kommer att öka. På riksnivå utökas utbildningen inom social- och hälsovårdsbranschen i enlighet med den plan för utveckling av utbildning och forskning som fastställts för 2007–2012. Dessutom ses det till att vuxenutbildningsutbudet är tillräckligt och att invandrare rekryteras till branschen.

3.2.1 Tryggas tillgången på personal, en tillräcklig personalstyrka och personalens engagemang

Personalens engagemang för verksamhetsenheten inom social- och hälsovården förbättras. I detta syfte utvecklas bonussystem och flexibla arbetstidsarrangemang genom trepartssamarbete. Man går särskilt in för att förbättra primärhälsovårdens dragningskraft och läkarnas engagemang för att arbeta vid hälsovårdscentralerna samt det sociala arbetets attraktionskraft och socialarbetstagarnas engagemang för kommunernas sociala arbete.

På det regionala planet är tillgången på arbetskraft en utmaning inom hela social- och hälsovårdssektorn – framför allt inom primärvården, mun- och tandvården, det sociala arbetet samt vård- och omsorgstjänsterna för äldre. Tillgången på personal bör tryggas genom att nybörjarplatserna inom utbildningen omfördelas så att de svarar mot de regionala behoven av arbetskraft. Dessutom införs regionala rekryterings- och ersättningsystem och börjar rekommendationen för uppgiftsstrukturer för den yrkesutbildade personalen inom socialvården tillämpas i vidare kretsar än för närvarande.

Nybörjarplatserna inom utbildningen bör motsvara behovet av arbetskraft

Inom hälso- och sjukvården etableras nya verksamhetssätt som baserar sig på en reviderad arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper bl.a. genom utnyttjande av distanskonsultation och teknologi.

Åtgärder

13. För områdena för samkommuner med ett brett befolkningsunderlag skapas samarbetsstrukturer i syfte att samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningen samt utveckla utbildningens arbetslivsmotsvarighet (under ledning av SHM och UVM).
14. Det utarbetas en rikstäckande rekommendation om optimal personalstruktur och personaldimensionering för social- och hälsovårdens nya omvärld i syfte att förbättra produktiviteten (under ledning av SHM och Kommunförbundet).

3.2.2 Stärks kompetensen

Utbildning för grundexamina inom social- och hälsovårdsbranschen och tilläggstudier utvecklas med arbetslivet i blickfånget och utgående från forskningsevidens. Detta genomförs i form av regionalt samarbete mellan utbildnings- och verksamhetsenheterna. Kunskaper säkerställs genom utveckling av nya metoder för introduktion av nya arbetstagare och kontinuerlig utveckling av yrkeskompetensen. Kompletterande utbildning ordnas mera heltäckande än för närvarande i enlighet med bestämmelserna och rekommendationerna.

*Utbildningen
bör utvecklas
och kompetensen
säkerställas
systematiskt*

Åtgärder

15. Det utformas samarbetspraxis mellan social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsanstalt och verksamhetsenheterna i syfte att rikta grundutbildningen, fortbildningen, den kompletterande utbildningen och vidareutbildningen för den yrkesutbildade personalen inom social- och hälsovården i enlighet med kraven inom arbetslivet och för att säkerställa behövlig enhetlighet (under ledning av SHM och utbildningsenheterna).
16. Det inleds vuxenutbildningsförsök som gäller nya sätt att avlägga examina och fullgöra tilläggstudier. Försöken inriktas på a) yrkesgrupper som det råder brist på, b) sysselsättning av invandrare och c) uppgifter i anslutning till assistans inom klientarbetet. (Under ledning av SHM och UVM)

3.2.3 Förnyas ledarpraxisen och utvecklas arbetshälsan

Det är nödvändigt att stärka ledarkompetensen och förnya ledarpraxisen för att de strukturella och funktionella reformerna inom social- och hälsovården ska kunna genomföras. För alla föreståndare vid och chefer för verksamhetsenheterna inom social- och

*Det behövs yrkes-
övergripande
ledarutbildning*

hälsovården ordnas yrkesövergripande ledarutbildning. Vid verksamhetsenheterna revideras ledarskapet så att det blir yrkesmässigt.

Åtgärder

17. I samarbete med kommunala aktörer och aktörer på riksnivå inleds ett utvecklingsprojekt för ledarskap, arbetsfördelning och arbetshälsa (under ledning av SHM och Arbetshälsoinstitutet).
18. Genom samarbete utvecklas styr- och uppföljningssystem som baserar sig på nationella specifikationer och som används av ledningen vid verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården samt benchmarkingsystem som möjliggör kollegial utveckling (under ledning av SHM).¹⁷

3.3 Genom social- och hälsovården som en sammanhängande helhet och effektiva verksamhetsmodeller

3.3.1 Stärks klienternas ställning

Människornas möjligheter att påverka sitt liv, närgemenskapernas verksamhet, utvecklingen av social- och hälsovårdsservicen och beslutsfattandet i samhället och kommunen är viktiga i mänskligt hänseende och med tanke på servicens funktion och demokratin. I kommunerna har man redan utvecklat kanaler för att medborgarna ska kunna delta och påverka, men bl.a. ändringarna i kommun- och servicestrukturerna medför nya ut-

¹⁷ Programmet innehåller följande benchmarkingverktyg:

- o 22: Webbplatsen Servicevåg (Palveluvaaka) för att förmedla viktig information om social- och hälsovårdsservicens tillgång, kvalitet, produktivitet och kostnadseffekter
- o 3: Jämförelseinformationssystem för att följa hur hälsan och välfärden framskrider och dess resultat
- o 32: Enhetlig innehållsbeskrivning (s.k. produktifiering) för serviceprocesserna inom primärvården och äldreomsorgen
- o 21: Enkäterna om klienttillfredsställelse systematiseras och information samlas även för riksnivå
- o 38: Mätningen av servicens kvalitet och genomslagskraft utvecklas och på sätt skapas en grund för att revidera kvalitetsrekommendationerna
- o 14: Rekommendation för en optimal personalstruktur.

maningar på denna punkt. Det behövs lösningar där klientens röst blir bättre hörd i ärenden som gäller både val av tjänster och tjänsternas innehåll.

Det behövs lösningar där klientens röst blir hörd

Systemet för social- och hälsovårdsservice måste vara öppet för insyn så att kommuninvånarna får tillförlitlig information om hur de tjänster som berör dem fungerar. Sådan information ökar också möjligheterna för dem som ordnar och producerar tjänsterna att varsebli eventuella problem i tid och utveckla tjänsterna.

I ett samhälle med solidariskt ansvar tar flera aktörer del i produktionen av service. Ambitionen är att bygga upp nya offentliga och privata partnerskap samt organisationspartnerskap inom produktionen av service.

Klienternas och patienternas rättssäkerhet och tillsynen över tjänsterna stärks i enlighet med den lagstiftningsplan som ingår i bilaga 1.

Åtgärder

19. Samarbetet mellan kommunerna och organisationerna utökas i syfte att öka medborgarnas möjligheter att delta. Det skapas verksamhetsförutsättningar för olika slags mötesplatser med låg tröskel. (Under ledning av organisationer inom social- och hälsovårdssektorn.)
20. Genom breddad användning av servicesedlar utökas klienternas alternativ vid valet av service samt görs servicen mångsidigare och effektivare. Den privata sektorn kompletterar den kommunala serviceproduktionen starkare än för närvarande. (Under ledning av SHM.)
21. Klienttillfredsställelsen följs mera systematiskt än för närvarande som en kvalitetsmätare. De enkäter om klienttillfredsställelse som kommunerna genomför systematiseras och information samlas även för riksnivå. (Under ledning av Stakes.)
22. Det upprättas en Internetbaserad webbplats som är öppen för alla, Servicevåg (Palveluvaaka), som ska förmedla central information om tillgången till social- och hälsovårdsservice, servi-



cens kvalitet, produktivitet och kostnadseffekter (under ledning av SHM:s serviceinnovationsprojekt).¹⁸

23. Portalen Terveystuomi.fi erbjuder medborgarna en gemensam kanal till hälsoinformation som produceras av forsknings- och expertinrättningar, myndigheter och organisationer. Portalen förbättrar möjligheterna att hitta tillförlitlig hälsoinformation som motsvarar användarnas behov och möjligheterna att hitta interaktiva hälsofrämjande tjänster. (Under ledning av FHI.)

3.3.2 Förnyas servicestrukturena

Det viktigaste målet med kommun- och servicestrukturreformen är att trygga befolkningens hälsa och välfärd samt högklassiga tjänster oavsett boningsort, vilket främjar tillgodoseendet av de sociala grundläggande

Avsikten är att de nya strukturerna ska öka välfärden och stävja kostnaderna

fri- och rättigheterna. När hälsan, funktionsförmågan och välfärden främjas och sociala problem förebyggs genom att kommuninvånarnas delaktighet utökas kan befolkningens allmänna välfärd utökas och ökningen av servicebehovet och kostnadsökningen inom social- och hälsovården hållas under kontroll.

Genom PARAS-reformen stärks befolkningsunderlaget för ordnande av social- och hälsovård när det bildas kommunsammanslagningar och samarbetsområden för social- och hälsovården. För specialtjänster bildas gemensamma samkommuner med ett brett befolkningsunderlag för social- och hälsovården. Varje kommun ska höra till en sådan samkommun.

Under den inledande reformfasen byggs samkommunerna upp på områdesunderlaget för de nuvarande sjukvårdsdistrikten, men behovet att stärka befolkningsunderlaget gäller också ordnandet av specialtjänster. Samkommunerna med ett brett befolkningsunderlag kommer att ersätta de nuvarande sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten inom omsorgen om utvecklingsstörda. Det här innebär att också soci-

¹⁸ Se dessutom punkterna 3, 18 och 38.

alvården kan få en rikstäckande organisation som ansvarar för specialtjänsterna.

Samarbetsområdena för social- och hälsovården ska bildas så att de tryggar en funktionell helhet inom social- och hälsovården. Det här är en förutsättning för att reformen ska lyckas. Ett gott samarbete inom social- och hälsovården bör tryggas och en klyvning av socialväsendet bör undvikas. I annat fall är risken att det uppkommer oklara servicehelheter inom samarbetsområdena och att tjänsterna splittras. Lösningar på problemen bör sökas tillsammans med kommunerna.

Ur klientens synvinkel är det viktigt att man lyckas undvika otydliga ansvarsfördelningar mellan olika förvaltningsnivåer och att man förmår bilda servicehelheter på ett smidigt sätt. När basservicen inom socialvården hålls kvar på en och samma förvaltningsnivå förbättras produktiviteten och underlättas övergången till enhetliga avgifter, förfaranden och informationssystem. Också ur perspektivet för den kommunala ekonomin är det motiverat att socialvården och primärvården ordnas som en enhetlig funktionell helhet.

Ansvaret för ordnandet av social- och hälsovårdsservice måste definieras tydligt. Ansvarsfördelningarna mellan kommunen, samarbetsområdet och samkommunen med ett brett befolkningsunderlag måste vara tydliga för att klienternas ställning ska kunna tryggas och för att de kommunala förtroendeorganens ställning ska kunna bevaras så som det förutsätts i lagstiftningen. När samarbetsområden skapas gäller det att förutom en funktionell helhet också eftersträva en genuin fördelning av de ekonomiska riskerna. Vid social- och hälsovårdsministeriet bereds i enlighet med regeringsprogrammet lagstiftningsändringar genom vilka ansvarsfördelningen när det gäller ordnandet preciseras.

Reformen kan genomföras endast om dialogen mellan kommunerna, regionförvaltningen och centralförvaltningen är organiserad så att det går att få omedelbar respons på hur reformen framskrider och så att man kan utforma gemensamma nationella riktlinjer för de viktigaste reformfrågorna.

Också med tanke på den kommunala ekonomin lönar det sig att hålla socialvården och primärvården som en sammanhängande helhet

Åtgärder

24. På det nationella planet styrs bildandet av servicestrukturer inom social- och hälsovården i enlighet med kommun- och servicestrukturreformen genom att delegationen för social- och hälsovård och de regionala ledningsgrupperna nyttiggörs (under ledning av SHM).
25. Reformarbetet stöds
 - genom arbetsmöten och seminarier på riksplanet och det regionala planet (under ledning av SHM och med stöd av social- och hälsovårdsavdelningarna vid länsstyrelserna)
 - genom utvärderingshjälp för varje kommun/samarbetsområde för de kommuner som har det sämst ställt (under ledning av Stakes)
 - genom nätverksbildning mellan samarbetsområdena och genom experthjälp och rådgivning för dem när det gäller att bereda administrativa och funktionella lösningar (under ledning av Finlands Kommunförbunds nätverksprojekt för samarbetsområdena).
26. I fråga om specialtjänster inom socialvården
 - stöds kommunernas och samkommunernas beredningsarbete för att utforma riktlinjer för hur specialtjänsterna inom socialvården ska ordnas i samkommuner med ett brett befolkningsunderlag (under ledning av SHM)
 - genom att i samråd med kommunerna och samkommunerna bereda riktlinjer för hur en samkommun med ett brett befolkningsunderlag eller ett specialupptagningsområde inom hälso- och sjukvården ska anvisa skötseln av specialtjänster inom socialvården som förutsätter ett nationellt befolkningsunderlag (under ledning av SHM).
27. I fråga om specialiserad sjukvård
 - fortgår den regionala centreringen, centreringen enligt specialupptagningsområden och centreringen på riksnivå av speciellt

krävande och krävande behandlingar, fastslås behandlingar som centreras regionalt och på riksplanet (under ledning av SHM)

- produceras specialiserad sjukvård inom små sjukvårdsdistrikt med färre än 150 000 invånare antingen tillsammans med andra sjukvårdsdistrikt för specialupptagningsområdet eller inom ett social- och hälsovårdsdistrikt (under ledning av SHM).
28. De bestämmelser i speciallagstiftningen om social- och hälsovård som gäller ansvaret för ordnandet för enhetligas och görs tydligare (under ledning av SHM).
 29. Följs reformens konsekvenser (under ledning av Stakes).

3.3.3 Samordnas serviceproduktionen och serviceprocesserna

Det är svårt för den som anlitar tjänsterna att själv finna den servicehelhet som lämpar sig bäst för just hans eller hennes problem. Exempelvis tjänster avsedda för äldre, personer som lider av missbruksproblem och psykiska problem, barnfamiljer och långtidssjuka är ofta alltför utspridda.

Förvaltningsgränser och olika organisationers olikriktade ekonomiska incitament kan inverka störande på uppkomsten av en sammanhängande servicehelhet. Samarbetet mellan företagshälsovården och hälsovårdscentralerna är synnerligen viktigt inom servicen för befolkningen i arbetsför ålder.

Det är en gemensam uppgift för den yrkesutbildade och klienten eller dennes närstående att identifiera klientens behov. Målet är kontakt vid rätt tidpunkt genom en tjänst som bäst svarar mot klientens behov och som vid behov har skräddarsyttts för honom eller henne. I bästa fall står hela servicespektrumet till förfogande för klienten så att han eller hon upplever att tjänsterna bildar en enda sammanhängande helhet. I syfte att uppnå detta mål utvecklas arbets-

Det är en utmaning att bygga upp en ur klientens perspektiv genuint enhetlig servicehelhet

metoderna för servicestyrningen och uppgörandet och användningen av serviceplaner.

Enhetliga processer ökar samtidigt tillfredsställelsen hos dem som anlitar tjänsterna och den ekonomiska effektiviteten. Systemcentreringen och gränserna mellan olika förvaltningsområden och yrkesgrupper när det gäller att ordna servicen bör minskas.

En ur klientens synvinkel genuint enhetlig servicehelhet genomförs genom att olika yrkesutbildade personers, förvaltningarnas, organisationernas, den privata sektorns och kommunernas arbete samordnas. Också inom de kommunala tjänsterna kan det skapas nya modeller för produktion av tjänster vilka sammanför betydande servicehelheter.

Åtgärder

30. Kundinriktade nya verksamhetsmodeller stärks och sprids. De nya servicemodellerna baserar sig på att den specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården bildar en sammanhängande helhet ur klientens synvinkel. Serviceboende och omsorgstjänster utvecklas genom samarbete. (Under ledning av SHM:s serviceinnovationsprojekt.)
31. Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen stärks ett smidigt samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt patientinriktningen. Systemcentreringen och gränserna mellan olika förvaltningsområden när det gäller att ordna servicen minskas. (Under ledning av SHM.)
32. Enhetlig innehållsbeskrivning (produktifiering) för serviceprocesserna inom primärvården och äldreomsorgen ska stödja kommunernas utvecklingsarbete (under ledning av Stakes).

3.3.4 Breddas medborgarnas möjligheter att kommunicera elektroniskt

Social- och hälsovårdsservicen baserar sig alltid på växelverkan mellan människor och även i fortsättningen har när servicen en nyckelposition. Många klienter efterlyser dock även möjligheten att kommunicera elektroniskt, beställa tid via Internet eller söka och skicka blanketter.

De nya systemen ska betjäna medborgarna

Genom elektroniska tjänster kan man stödja människorna att upprätthålla sin hälsa och välfärd på eget initiativ. Genom de elektroniska tjänsterna kan man också minska på överlappande administrativt arbete inom social- och hälsovården samt effektivisera processhanteringen. Den datatekniska utvecklingen och det nationella arkiv för klientuppgifter inom social- och hälsovården som håller på att inrättas och elektroniska recept förbättrar verksamhetens effektivitet betydligt.

Det är en utmaning att utveckla och använda informationssystemen så att de underlättar de yrkesutbildade personernas arbete och betjänar kommuninvånarna. För målpuppfyllelsen måste både datasäkerheten och rättssäkerheten klarläggas omsorgsfullt.

Åtgärder

33. För behoven inom social- och hälsovården utvecklas elektroniska tjänster riktade till medborgarna. Utvecklingsarbetet utförs inom kommunala projekt och samordnas på riksnivå för att helheten ska samfungera samt vara datasäker och kostnadseffektiv. (Under ledning av SHM.)

3.3.5 Stärks utvecklingen av primärvården och socialvården

Under programperioden förbättras möjligheterna att utveckla både primärvården och socialvården just där som själva klientarbetet utförs. Må-

let är en kommunal struktur för utvecklingsverksamheten, vilken baserar sig på partnerskap mellan den offentliga, privata och tredje sektorn samt läroanstalterna, universiteten, forskningsinstituten, kompetenscentrumen inom det sociala området och ministeriet.

Det behövs välorganiserad utvecklingsverksamhet för att högklassiga tjänster ska kunna tryggas. God praxis uppkommer och sprids via

Primärvården stärks under programperioden

utvecklingsinsatserna. Utvecklings- och forskningsverksamheten är ett sätt att förbättra tjänsternas effektivitet, produktivitet och genomslagskraft. För den lokala och regionala utvecklingen behövs det stöd på riksnivå. Genom nätverksbildning kan nytta ställas till förfogande för hela systemet.

Primärvården stärks under programperioden. Målet är att primärvården fram till 2015 ska ha utvecklats till basservice för hela befolkningen, basservice med dragningskraft. Till stöd för detta krävs det välorganiserad utveckling, där Stakes, Folkhälsoinstitutet, Arbetshälsoinstitutet och universiteten bildar nätverk med hälsovårdscentralerna, och hälsovårdscentralerna får resurser för utvecklingsarbetet.

Åtgärder

34. Permanenta strukturer för utveckling inom socialvården samt deras kontakter med universiteten och yrkeshögskolorna stärks. (Under ledning av delegationen för kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området. Uppgifterna och den organisatoriska ställningen för kompetenscentrumen inom det sociala området utvärderas som ett led i kommun- och servicestruktur-reformen (under ledning av SHM).
35. Forskningsverksamhet som gäller basservicen inom social- och hälsovården tryggas. Fördelningsgrunderna för den ersättning för forskningsarbete som staten betalar enheterna inom hälsovårdsbranschen utvecklas i syfte att stärka framför allt systemforskningen, effektforskningen och den kliniska forskningen. Genom finansieringen säkerställs centralsjukhusens och hälso-

vårdscentralernas fortsatta forskningsverksamhet. (Under ledning av SHM.)

36. Primärvården stärks genom det åtgärdsprogram för hälsovårdscentralerna, Hälsovårdscentral 2015, som färdigställs under våren 2008 och som inrymmer bl.a. följande åtgärder:
- En ny lag som gäller hälso- och sjukvården stöder och stärker primärvården (under ledning av SHM).
 - Vid Stakes inrättas en utvecklingsenhet för primärvården som i samråd med hälsovårdscentralerna, universiteten och andra inrättningar ska producera information om goda vårdprocesser och god handlingspraxis samt sörja för att det finns behövliga nationella utvecklingsverktyg (inkl. punkt 32, enhetlig innehållsbeskrivning) (under ledning av Stakes).
 - Nätverket för 'utvecklare-hälsovårdscentraler' verkar i nära samarbete med utvecklingsenheten för primärvården samt med universitetens institutioner för allmänmedicin och enheterna för allmänmedicin i sjukvårdsdistrikten (under ledning av Stakes).

3.3.6 Skapas ett nätverk för God praxis

Kommun- och servicestrukturen skapar möjligheter att på ett ambitiöst sätt utveckla innehållet i och sätten att genomföra tjänsterna. Nyttan med strukturer som bildar större helheter än för närvarande (samarbetsområden, samkommuner med ett brett befolkningsunderlag) kan uppnås endast om också själva tjänsterna ändras.

Under de senaste åren har man inom social- och hälsovårdssektorn investerat mer projektfinansiering i utveckling av servicen än någonsin. Enbart social- och hälsovårdsministeriet finansierade 1 098 utvecklingsprojekt under den förra programperioden. Många av dem genererar god praxis som kan spridas utanför den kommun som utvecklar den. Det är

en utmaning att utvärdera utvecklingsprojektens resultat och stödja processen för att de nya handlingsmodellerna ska kunna tas i bruk i alla kommuner. Till en början utvärderas särskilt och stöds utvecklingen av t.ex. verksamhetsmodellerna för ett nätverk för rådgivning och service för äldre och familjecentraler, utvecklingen av servicekoncept hem till vårdbehövande vilket möjliggör ledigheter för närståendevårdare samt andra åtgärder som nämns i detta utvecklingsprogram.

Nätverket för God praxis skapar en systematisk stödstruktur för spridningen och införandet av serviceinnovationer. Nätverket erbjuder stöd och verktyg för både dem som sprider innovationer och dem som utvecklar den egna organisationen. Den öppna verksamhetsmodellen inom

God praxis sätts i rotation

nätverket framhäver nya partnerskap mellan olika förvaltningsområden och vetenskapsgrenar samt mellan den offentliga, privata och tredje sektorn.

Åtgärder

37. Nätverket "God praxis" ska stödja möjligheterna att produktifiera, sprida och införa serviceinnovationer. Nätverket säkerställer att den praxis som utformats dokumenteras och utvärderas och att det sprids information om den samt skapar arbetsformer i nätverk för att stödja införandet av praxisen. (Under ledning av SHM:s serviceinnovationsprojekt.)

3.3.7 Reformeras kvalitetsrekommendationerna

Det behövs nya generationens kvalitetsrekommendationer som baserar sig på kunskap om genomslagskraften

Det behövs nya generationens kvalitetsrekommendationer som baserar sig på uppgifter som utvisar balanserade servicestrukturer, välfungerande processer, verksamhetens resultat och genomslagskraft. Via benchmarking kan man lyfta fram god praxis som också kan uppfattas som kvalitetsrekommendationer.

Kvalitetsrekommendationerna är ett instrument för informationsstyrning. Med hjälp av dem kan man utveckla, följa och utvärdera verksamheten. Det har utformats flera kvalitetsrekommendationer¹⁹ sedan 2001. En del av rekommendationerna har riktats till vissa klient- eller befolkningsgrupper (t.ex. service för äldre, småbarnsfostran och mentalvårdstjänster). Andra är däremot mera vidsträckta, såsom kvalitetsrekommendationen för främjande av hälsa, mål- och verksamhetsprogrammet för vårdarbetet och rekommendationen för uppgiftsstrukturer inom socialvården.

Enligt Stakes utvärdering (27/2007) är kvalitetsrekommendationerna användbara och nyttiggörs rikligt om de innehåller konkreta mål som kan följas och utvärderas.

Åtgärder

38. Mätningen av servicens kvalitet och genomslagskraft utvecklas och på så sätt skapas en grund för att ändra kvalitetsrekommendationerna. De kvalitetsrekommendationer som finns förnyas successivt så att de stöder även främjandet av välfärd och hälsa, reformen av servicestrukturen och utvecklingen av innehållet i servicen samt innehåller indikatorer som gäller antalet anställda, personalens struktur och arbetshälsan i enlighet med en gemensamt uppgjord plan (under ledning av Stakes).
39. Genomslagskraften för patientsäkerhetsarbetet följs och utvecklas systematiskt (under ledning av Stakes).

¹⁹ Kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre 2001, Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna 2001, Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården 2002, Kvalitetsrekommendation för boendeservice för handikappade människor 2003, Kvalitetsrekommendation för hjälpmedelstjänster 2003, Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården 2004, Kvalitetsrekommendation om främjande av hälsa 2006, Utvecklingsrekommendation om boendeservice för rehabiliteringsklienter inom mentalvården 2007. Verktyg som liknar kvalitetsrekommendationer är även de kriterier som gäller förebyggande missbruksarbete 2006, Grunder för planen för småbarnsfostran 2005, Hälsa och välfärd genom evidensbaserat vårdarbete 2004, Rekommendation om uppgiftsstrukturer inom socialvården 2007.





4 Genomförande av programmet

4.1 Verkställighet, uppföljning och utvärdering och tillsyn

Programmet genomförs i samråd med parterna i den nationella delegationen för social- och hälsovård och de regionala ledningsgrupperna. De 39 åtgärder som presenteras i programmet ansvarsfördelas, tidsbestäms och konkretiseras i ett separat genomförandedokument för programmet.

Det lämnas årligen in rapporter till den nationella delegationen om hur programmet framskrider, och utifrån rapporteringen kan social- och hälsovårdsministeriet precisera programåtgärderna. Åtgärderna kan preciseras årligen bl.a. i samband med resultatavtalsprocessen för inrättningarna och ämbetsverken inom förvaltningsområdet. Under programperioden är det också möjligt att precisera resurs- och lagstiftningsstyrningen.

De fem regionala ledningsgrupperna tillsatta av social- och hälsovårdsministeriet ska inom sin region stödja och främja genomförandet av programmet. De regionala ledningsgrupperna består förutom av företrädare för kommunerna också av företrädare för privata serviceproducenter, kompetenscentrumen inom det sociala området, Stakes, länsstyrelserna, landskapsförbunden och olika läroanstalter. Ledningsgruppernas viktigaste uppgift är att göra upp en plan för utvecklingsverksamheten under hela programperioden. Utifrån planen förhandlar delegationen för social- och hälsovård fram den finansiering för utvecklingsprojekt som ska riktas till regionen. I planen beaktas särskilt även utvecklingen av service på svenska och samiska. Förhandlingar om finansieringen för utvecklingsprojekt förs varje år.



Till stöd för programprocessen och för bedömning av konsekvenserna ingås ett avtal med en utomstående utvärderare. Utvärderingen inleds samtidigt som programmet inleds i början av 2008.

Under perioden 2008–2011 tar länsstyrelserna och Rättsskyddscentralen för hälsovården fasta på följande i sin tillsyn:

1. Tydliga nya servicestrukturer, sammanhängande servicehelheter, tydliga ansvarsförhållanden

Genom att övervaka och styra genomförandet av kommun- och servicestrukturen säkerställer länsstyrelserna att befolkningens grundläggande rättigheter samt patient- och klientsäkerheten tillgodoses. Särskilt avseende fästs vid att servicestrukturerna blir välfungerande med tanke på befolkningen, att de har tydliga lednings- och ansvarsförhållanden och att främjandet av välfärd och hälsa har beaktats i strukturerna. På så sätt tryggas likabehandling av befolkningen samt tillgången till högklassig social- och hälsovårdsservice oavsett boningsort.


2. Genomförande av vårdgarantin

Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) och länsstyrelserna följer hur lagstiftningen om vårdgaranti genomförs. De fäster särskilt avseende vid tillgången till primärvård, tandvård och mentalvårdstjänster och vid hur befolkningen informeras om tillgången till vård.

3. Tillsyn över vård och omsorg dygnet runt ²⁰

Tillsynen över vård och omsorg dygnet runt inriktas på långvarig institutionsvård och effektiviserat serviceboende för olika grupper av boende och patienter. Ett jämlikt tillgodoseende av de boendes och patienternas grundläggande fri- och rättigheter står som utgångspunkt för tillsynen.

²⁰ TEO och länsstyrelserna kan ytterligare precisera vilka inrättningar de fokuserar sin verksamhet på under olika år – barnskydd, omsorg om utvecklingsstörda, äldreomsorg, privata/offentliga.



Det centrala med tanke på tillsynen är hur de boendes och patienternas funktionsförmåga samt behov av rehabilitering och hjälp bedöms. Utifrån det bestäms vårdplatsens personaldimensionering och utrymmesbehov. Kriterierna definieras närmare i TEO:s och länsstyrelsernas gemensamma tillsynsplan.

Det fästs särskilt avseende vid patientsäkerheten i samband med läkemedelsbehandling. Det ska finnas en sådan plan för läkemedelsbehandling som beskrivs i handboken "Säker läkemedelsbehandling" och planen ska ses över varje år.

4.2 Information och intressegruppsarbete

Genom aktiv och prognostiserande information och intressegruppsarbete stöds projektmålen och engageras de viktigaste aktörerna i genomförandet. Genom informationen rapporteras också om hur programmet framskrider och om dess resultat.

Den nationella delegationen ansvarar för utstakningen av informationen och intressegruppsarbetet och följer genomförandet av dem. SHM ansvarar för den samlade planeringen av informationsförmedlingen tillsammans med delegationen.

De regionala ledningsgrupperna ansvarar för informationen om och förankringen av utvecklingsprogrammet inom sin region. För ändamålet gör de upp en informationsplan och följer hur den genomförs. Informationsförmedlingen och intressegruppsarbetet genomförs tillsammans med övriga aktörer inom regionen.

BILAGA I

Ingår inte i statsrådets beslut

Många lagprojekt
stödjer genomförandet
av KASTE-programmet

Åtgärder som stödjer KASTE-programmet

A. Lagstiftningsplan 2008–2011

De planerade reformerna baserar sig på regeringsprogrammet, EG-lagstiftningen och skyldigheten i enlighet med grundlagen att precisera de grundläggande fri- och rättigheterna i speciallagstiftningen om social- och hälsovården. En del av projekten hör nära samman med målen för och åtgärderna enligt utvecklingsprogrammet. I förteckningen ingår också projekt som inte har behandlats i något annat sammanhang i utvecklingsprogrammet. Innehållet i och tidtabellen för reformen är preliminära och preciseras när beredningen framskrider.

Lagstiftning om PARAS-projektet

Speciallagstiftningen om social- och hälsovården ses över så att kommunerna kan verkställa åläggandena enligt lagen om en kommun- och servicestrukturreform. De ändringar som gäller hälso- och sjukvården samordnas med beredningen av och tidtabellen för den hälso- och sjukvårdslag som bereds som bäst.

Ändringarna gäller de gemensamma strukturerna för social- och hälsovården, dvs. samarbetsområden och samkommuner med ett brett befolkningsunderlag samt större klarhet i ansvaret för ordnandet av social- och hälsovård.

Avsikten är att de mest brådskande ändringarna ska sättas i kraft 2009. Beslut om övriga behövliga ändringar fattas senast i samband med den redogörelse om kommun- och servicestrukturreformen som kommer att lämnas till riksdagen 2009.

Hälso- och sjukvårdslag

Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård sammanförs till en lag som gäller hälso- och sjukvård. Den nya lagen stöder och stärker primärvården och främjar tillgången på, effektiv produktion av och utveckling av hälsovårdstjänsterna. Genom lagstiftningen stärks ett smidigt samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt patientinriktningen inom dessa. Målet är att reducera hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna och de regionala hälsoskillnaderna. Klientens och patientens behov av service står som utgångspunkt när hälsovårdstjänsterna utvecklas.

Systemcentreringen och gränserna mellan olika förvaltningsområden när det gäller att ordna servicen bör minskas. Samtidigt gäller det dock att sörja för en tillräckligt tydlig ansvarsfördelning och för behörighetsförhållandena. Vid revisionen av lagstiftningen utvärderas också samarbetet och arbetsfördelningen på det regionala planet samt samarbetet med det sociala arbetet.

I lagstiftningen tas hänsyn till verkställigheten av kommun- och servicestrukturreformen och tidtabellen för den. Avsikten är att hälso- och sjukvårdslagen ska bidra till att målen med kommun- och servicestrukturreformen uppnås. I syfte att genomföra servicestrukturreformen utvecklas i synnerhet primärvården, det sociala arbetet, akutvården och mentalvårds- och missbruksarbetet.

Likabehandling av medborgarna tryggas genom att rättigheterna för dem som anlitar tjänsterna stärks. Patientens ställning stärks också genom att valfriheten utökas och möjligheterna till kontakter över kommungränserna underlättas.

Utvecklingen av elektroniska informationssystem fortgår som ett led i lagberedningsarbetet. Verksamheten och bedömningen av servicens kvalitet och genomslagskraft samt övervakningen och styrningen av servicen bör effektiviseras och patientsäkerheten förbättras. Det bedöms hur vårdgarantin fungerar och behövliga ändringar genomförs när det gäller tidsgränser och verksamhetsmodeller.

Arbetsgruppen lägger fram sitt förslag till en ny lag före den 31 maj 2008. Lagen träder i kraft under 2009.

Annan lagstiftning

LAGÄNDRING	CENTRALT INNEHÅLL FÖR KOMMUNEN	UPPSTÄLLD TIDTABELL
FÖREBYGGANDE OCH TIDIGT INGRIPANDE		
Bestämmelser om strukturerna för främjande av välfärd och hälsa	Bestämmelserna om den nya strukturen och ledaransvarsområdena tas in i lagstiftningen.	Lagen i kraft 2010
StF om rådgivningsverksamhet samt skol- och studenthälsovård	I förordningen fastslås det centrala innehållet i rådgivningsverksamheten samt skol- och studenthälsovården.	Förordningen i kraft 2009
Lag om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning 1	<ul style="list-style-type: none"> - försäljningen av tobaksprodukter ändras så att den blir tillståndspliktig - det föreskrivs om en minimistorlek för cigarettförpackningar och förpackningar för löstobak - självsläckande cigaretter tas i bruk 	RP våren 2008 i kraft den 1 januari 2009, övergångsperioder ingår
Lag om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning 2	<ul style="list-style-type: none"> - begränsning av tobaksrökning i barns och ungas livsmiljö - uppdatering av straffbestämmelserna i lagen 	RP hösten 2008
Lag om ändring av hälsoskyddslagen	<ul style="list-style-type: none"> - avgiftsbelagda statliga tillsynsprojekt, tillsyn inom försvarsmakten, verkställighet av Internationella hälsoreglementet (WHO) - konsekvenser när det gäller ersättning för de kommunala myndigheternas tillsynsverksamhet med anledning av tillsynsprojekt som staten låter utföra genom kommunerna - de kommunala hälsoskyddsmyndigheternas uppgifter minskar inom området för försvarsmakten - i fråga om fartygsinspektioner hör verkställigheten av hälsoreglementet till de kommunala hälsoskyddsmyndigheternas uppgifter 	RP våren 2008 i kraft sommaren 2008
Ändring av lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte	Åldersgränsen i fråga om förpliktande verkan slopas.	RP hösten 2009 i kraft den 1 januari 2010
Ändring av lagen om utkomststöd	Försöket med prioriterade inkomster etableras som permanent lagstiftning.	RP hösten 2008 i kraft den 1 januari 2009
StB om hälsofrämjande motion och kost	Målet är att stärka ställningen för hälsotion och hälsosam kost i kommunerna och i deras välfärdspolitik.	StB 2008

LAGÄNDRING	CENTRALT INNEHÅLL FÖR KOMMUNEN	UPPSTÄLLD TIDTABELL
TILLRÄCKLIG PERSONALSTYRKA OCH SÄKERSTÄLLANDE AV PERSONALENS KOMPETENS		
Ändringar av lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården	<ul style="list-style-type: none"> - utveckling av arbetsfördelningen för yrkesutbildade personer - legitimering och utbildning av läkare inom primärvården - ett offentlig register 	RP hösten 2008
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN SOM EN SAMMANHÄNGANDE HELHET OCH EFFEKTIVA VERKSAMHETSMODELLER		
SERVICESTRUKTURER OCH FINANSIERING		
Lagstiftning om PARAS-projektet	Se ovan.	
Lag om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet	Statsrådet bemyndigas att bestämma att kommunen ska ingå i ett samarbetsområde för miljö- och hälsoskyddet, om kommunen inte har fattat beslut om detta före den 1 juni 2009.	RP hösten 2008 i kraft våren 2009
Överföring av underhållsstödet till FPA	Verkställigheten, utbetalningen och återkravet av underhållsstödet överförs från kommunerna till FPA.	RP våren 2008, i kraft den 1 april 2009
Överföring av tolktjänsterna på staten	Finansieringen av tolktjänsterna överförs på staten och ansvaret för ordnandet överförs på FPA.	RP hösten 2008, i kraft 2009
Ändring av lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården	Reform av statsunderstödsbestämmelserna för genomförande av utvecklingsprogrammet, SHM som statsbidragsmyndighet.	RP hösten 2007, i kraft den 1 april 2008
Ändringar av lagstiftningen om klientavgifter	Korrigerigering av eftersläpningen för avgifterna. Indexbundna avgifter.	RP våren 2008, i kraft den 1 augusti 2008
VIDSTRÄCKTA REFORMER, STÄRKANDE AV RÄTTIGHETERNA FÖR DEM SOM ANLITAR TJÄNSTERNA		
Hälso- och sjukvårdslag	Se ovan.	
Stegvis revision av lagstiftningen om handikappservice	Inrymmer bl.a. utveckling av personlig hjälp och partiell sammanföring av servicen för utvecklingsstörda med annan handikappservice.	Fas I: RP hösten 2008, i kraft den 1 september 2009
Utvidgning av den sociala garantin	Åldersgränsen för tillträde till bedömning av de äldres servicebehov sänks till 75 år.	RP hösten 2008, i kraft den 1 januari 2009
Reform av lagen om barndagvård (inkl. utredning om förvaltningsområdet)	Dagvårdens kvalitet och innehåll utvecklas genom att säkerheten effektiviseras, planer för varje barn och planer på riksnivå görs upp och serviceutbudet blir mångsidigare.	RP hösten 2010

LAGÄNDRING	CENTRALT INNEHÅLL FÖR KOMMUNEN	UPPSTÄLLD TIDTABELL
Reform av lagstiftningen om familjevård	Kvalitativ utveckling av familjevården och ändring av vårdarvodena och kostnadsersättningarna vid behov. Målet är att förflytta tonvikten för vård utom hemmet från institutionsvård till familjevård.	RP hösten 2010
Reform av beslutssystemet för barnskyddet	Bedömning av hur beslutssystemet enligt den nya barnskyddslagen fungerar.	RP hösten 2010 Vid behov
Bestämmelser om övervakade möten med barn	I socialvårdslagen intas bestämmelser om kommunens skyldighet att ordna stöd och övervakning vid möten mellan barn och föräldrar. Stödandet och övervakningen av mötena ska vara avgiftsfri socialservice. I lagen föreslås dessutom bestämmelser som syftar till att påskynda möjligheterna att få socialnämndens utredningar i ärenden som gäller vårdnad om barn och umgängesrätt.	RP hösten 2010
Fortsatt arbete kring hemkommunsreformen	Det bestäms om ett ersättningssystem mellan kommunerna, vilket möjliggör rätt för äldre och handikappade att fritt välja hemkommun.	RP hösten 2008
Utvidgning av användningen av servicesedlar	Målet är att göra tjänsterna mångsidigare genom att utöka klientens möjligheter att välja serviceproducent. Det bestäms om för vilken social- och hälsovårdsservice servicesedeln lämpar sig.	RP hösten 2008, i kraft den 1 januari 2009
ELEKTRONISK KOMMUNIKATION		
Lagstiftning om klienthandlingarna inom socialvården	Det bestäms om behandling och förvaring av handlingarna och om förvaringstider.	Öppen
Förordning om journalhandlingar	De nuvarande bestämmelserna ändras bl.a. för förberedelse inför rikstäckande elektronisk dokumenthantering.	Förordningen i kraft 2008
STÄRKANDE AV KLIENTENS RÄTTSSÄKERHET OCH TILLSYNEN ÖVER SERVICEN		
Ändring av den lag som gäller klienterna inom socialvården	Säkerställande av en opartisk ställning för socialombudsmannen.	RP hösten 2009
Reform av lagen om tillsyn över privat socialservice	Bestämmelserna om tillstånds- och tillsynsförfarandet i fråga om privat socialservice preciseras.	Öppen
Utvidgning av TEO:s uppgifter till socialvården	Det bestäms om att Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) ska styra länsstyrelserna i syfte att förenhetliga tillsynen.	RP hösten 2008 i kraft den 1 januari 2009

LAGÄNDRING	CENTRALT INNEHÅLL FÖR KOMMUNEN	UPPSTÄLLD TIDTABELL
Lagen om patientens ställning och rättigheter	Patientens självbestämmanderätt stärks och bestämmelserna om patientombudsmannens verksamhet preciseras.	RP 2008
Patientskadelagen	Lagens tillämpningsområde och täckningen för obligatorisk försäkring (implantat) preciseras.	Öppen
Lagen om privat hälso- och sjukvård	Lagstiftningen revideras så att den motsvarar dagens behov.	RP 2008 i kraft 2009
Alternativbehandlingar	Frågor som gäller tillhandahållandet av alternativbehandlingar ska regleras genom lag.	Öppen
Lagen om utredande av dödsorsak	Bestämmelserna om medicinsk och rättsmedicinsk utredning av dödsorsak ändras.	Öppen
INGREPP I KLIENTENS ELLER PATIENTENS SJÄLVBESTÄMMANDERÄTT		
Rättspsykiatrisk vård och undersökning	Bestämmelserna om vård av rättspsykiatriska patienter ändras bl.a. utgående från förslagen av den arbetsgrupp som dryftat en samordning av strafflagen och mentalvårdslagen (2005:20). Utgående från detta revideras mentalvårdslagen. I förslaget ingår också rättspsykiatriska undersökningar av barn och unga.	RP 2008
Inskränkningar i självbestämmanderätten när det gäller social- och hälsovårdsservice	Det bestäms om skyddsåtgärder och begränsningar så som förutsätts i grundlagen och i internationella människorättskonventioner.	Öppen
Lag om omskärelse av pojkar	I lagen regleras förutsättningarna för omskärelser på icke-medicinska grunder och även den kommunala hälso- och sjukvårdens roll i samband med sådana operationer.	Öppen
LÄKEMEDEL; PRODUKTER OCH UTRUSTNING		
Läkemedelslagen	Vissa bestämmelser om apoteksverksamhet ändras; även bestämmelserna om sjukhusapotek ändras.	RP 2008 i kraft 2009
Lagen om obligatorisk upplagring av läkemedel	Bestämmelserna om obligatorisk upplagring av läkemedel ändras. Ändringarna gäller bl.a. upplagens omfattning.	RP våren 2008 i kraft 2008
Lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård	Ändringarna baserar sig på bl.a. reviderade EU-direktiv.	RP 2009 i kraft 2009
FORSKNING		
Biobanksverksamhet	Reglering av användningen av vävnadsprov.	RP 2008 i kraft 2009

B. Regeringens politikprogram

[www.vn.fi](#) > *Regeringens verksamhet* > *Regeringens politikprogram*

Politikprogrammen är omfattande tväradministrativa uppgiftshelheter som fastställs i regeringsprogrammet för att uppnå de centrala mål som regeringen ställt. Politikprogrammen består av åtgärder, projekt och anslag som hör till de olika ministeriernas ansvarsområden. För politikprogrammen fastställs samhälleliga effektmål.

Politikprogrammet för hälsofrämjande

[www.stm.fi](#) > *Projekt* > *Politikprogrammet för hälsofrämjande*

Politikprogrammet för hälsofrämjande framhäver tänkesättet ”Hälsa i all politik”, dvs. att hälsoaspekter beaktas inom all verksamhet och allt beslutsfattande i samhället. Programmet koncentrerar sig på åtgärder med vilka man kan förebygga att problem uppstår eller ingripa i ett tillräckligt tidigt skede då det gäller faktorer som hotar hälsan. Målet är att öka sådan kunskap och verksamhet som gör det lättare att göra hälsosamma val i vardagen. Det väsentliga är att beslutsfattare och inflytelserika personer kan definiera de faktorer med vilka man kan påverka hälsoläget och hälsoskillnaderna genom nationella och lokala beslut. I programmet fästs uppmärksamhet bl.a. vid följande:

- utveckla hälsofrämjande strukturer och lagstiftning som tryggar dem
- främja barns och ungas hälsa och välmående
- arbetsföras arbets- och funktionsduglighet samt välmående i arbetslivet
- främja den åldrande befolkningens hälsa och funktionsförmåga
- resursering och uppdelning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet
- motionens och kulturens betydelse för välmående
- en hälsosam fysisk miljö.

Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd

www.minedu.fi > Riktlinjer och finansiering > Genomförande av regeringsprogrammet > Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd

Politikprogrammet syftar till att förebygga illabefinnande och marginalisering genom att utveckla ett barnvänligare samhälle, barnfamiljernas välfärd, tidigt ingripande och förebyggande arbete. Genom programmet eftersträvas bl.a. följande:

- respektera den allmänna principen om barnets bästa och säkerställa barnvänliga beslut utöka hörandet av barn och unga och deras delaktighet
- öka lågtröskelservicen för barnfamiljer
- stärka familjernas utkomst
- minska familjevåldet och framför allt våldet mot barn och unga
- fästa uppmärksamhet vid barns och ungas dagliga hälsobeteende
- främja färdigheterna för livsbalans och motivera de unga att utbilda sig

I programmet nämns att syftet är att skapa ett informationssystem för barns och ungas välfärd som grundar sig på regelbundna undersökningar av basinformation. Dessutom gäller det bl.a. att utveckla medel som kan vara till hjälp särskilt för ungdomar som hotas av utslagning redan i grundskolan. Åtgärderna inom politikprogrammet ska inriktas särskilt på ungdomar som befinner sig i en svår livssituation.

Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv

www.tem.fi > Ministeriet > Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv

För att trygga finansieringen av den ekonomiska tillväxten, sysselsättningen och välfärdssamhället är det nödvändigt att produktiviteten och arbetslivets kvalitet väsentligt förbättras på de finländska arbetsplatserna under de kommande årtiondena. Genom den nya finländska modellen försöker man åstadkomma en bättre växelverkan mellan trygghet och flexibilitet i arbetslivet

än för närvarande. I politikprogrammet beaktas arbetet som utförs av den kommitté som har i uppdrag att utreda en sporrande social trygghet. Genom programmet genomförs bl.a. följande åtgärder:

- kartläggning av de faktorer som kan utgöra ett hinder för uppkomsten av nya arbetstillfällen
- främjande av bl.a. förlängning av tiden i arbetslivet och samordning av arbete och familjeliv
- sökande av medel för att de anställda ska orka i arbetet och för att förbättra arbetsstrivseln
- anpassning av utbudet på arbetsplatser till efterfrågan på arbetskraft
- utökning och effektivisering av prognostiseringen av arbetskraftsbehovet samt prognostiseringens inverkan på utbildningen.
- ökning av den yrkesmässiga och regionala rörligheten utvidgning av läroavtalsutbildningen, den kompletterande utbildningen och den examensinriktade fortbildningen
- sökning av metoder för att förbättra ställningen för arbetstagare i atypiska anställningsförhållanden.

C. Övriga program och omfattande projekt

Totalreformen av den sociala tryggheten (SATA)

www.stm.fi > Projekt > Totalreformen av den sociala tryggheten (SATA)

Statsrådet har tillsatt en kommitté som ska bereda en totalreform av den sociala tryggheten. Målet med reformen av den sociala tryggheten är att sporra till arbete, minska på fattigdomen och garantera en tillräcklig grundtrygghet i alla skeden av livet. För att förbättra arbetsmarknadens funktion kommer en reform av beskattningen, grundtryggheten (bostadsbidraget medräknat) och utkomstskyddet för arbetslösa att utvärderas i samband med reformen av den sociala tryggheten.

Tack vare att systemet blir enklare och klarare förbättras stödtagarens ställning. Reformen genomförs genom att finansieringen av den sociala tryggheten står på en hållbar grund på lång sikt. I samband med reformen av den

sociala tryggheten utreds också beskattningen för de sociala förmånerna och klientavgifterna.

Regeringens beslut angående lagstiftningen om socialförsäkring och tjänstskydd inom arbetslivet bereds i samarbete med arbetsmarknadsparterna. Kommittén har för avsikt att vara klar med arbetet före utgången av 2009.

Handikappolitiskt program

Utgående från regeringsprogrammet bereds ett program som utstakar handikappolitiken för kommande år. Programmet grundar sig på den redogörelse om handikappolitiken som godkändes 2006. Programmet bereds i form av samarbete mellan förvaltningsområdena och erbjuder tillfälle att bedöma vilka olika åtgärder som behövs för att de handikappades behov ska beaktas i samhället. I programmet tas hänsyn till FN:s nya konvention om de handikappades rättigheter, vilken styr den framtida utvecklingen av både lagstiftningen om handikapp och de handikappsrelaterade verksamheterna. Det handikappolitiska programmet kommer att utgöra ett led i det nationella genomförandet av handikappkonventionen.

Elektronisk dataförvaltning inom social- och hälsovården

www.stm.fi > Ansvarssektorer > Dataförvaltningen inom social- och hälsovården

Vid social- och hälsovårdsministeriet har det tillsatts en delegation som ansvarar för behandlingen av elektronisk dataförvaltning inom social- och hälsovården. Det skapas en nationell datasystemarkitektur i Finland. De centrala delarna i denna arkitektur består av det elektroniska arkivet för patientuppgifter och en nationell receptcentral. Detta baserar sig på lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) och lagen om elektroniska recept (61/2007). Folkpensionsanstalten (FPA) ansvarar för verkställigheten av tjänsterna. Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) ansvarar för certifikattjänsten, och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) ansvarar för de kods-system och

klassificeringar som används i samband med datasystemen. Systemet tas i bruk under en övergångsperiod på fyra år. Social- och hälsovårdsministeriet ska ha hand om helhetsstyrningen. Målet är att bygga upp en kostnadseffektiv och datasäker datateknologisk infrastruktur i Finland, vilken främjar patientsäkerheten samt vårdens kontinuitet och kvalitet och gör det möjligt att införa nya verksamhetsmodeller.

Mieli 2009, Nationell plan för mentalvårds- och missbruksarbete

www.stakes.fi/mielijapaihde

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte på våren 2007 en arbetsgrupp för att utarbeta en plan för mentalvårds- och missbruksarbete i enlighet med ministeriets strategi 2015. Arbetsgruppen ska också utarbeta verksamhetsmodeller för tillhandahållandet av mentalvårds- och missbrukstjänster och jouten i anslutning till dem som en regional helhet samt lägga fram förslag i syfte att göra god praxis allmännare och utveckla styrpraxisen.

Projekt för att förebygga depression och minska arbetsförmåga på grund av depression (MASTO)

www.stm.fi > Projekt

Social- och hälsovårdsministeriet har tillsatt ett projekt för att minska arbetsförmåga som orsakas av depression. Med projektet vill man stödja arbetshälsan och den mentala hälsan, förebygga depressioner, effektivisera vården av deprimerade och utveckla rehabilitering och god praxis för att få kontroll över sjukfrånvaro. Syftet med projektet är att stödja människorna så att de kan fortsätta arbeta och kan återvända till arbetet efter att de har varit sjuklediga på grund av depression samt minska depressionsbaserad arbetsförmåga. Inom projektet uppgörs ett handlingsprogram som parterna gemensamt förbinder sig vid och börjar fullgöra var och en på sitt håll. Inom programmet kommer man bl.a. att utveckla god praxis som främjar möjligheterna för deprimerade arbetstagare att fortsätta arbeta och möjligheterna att återvända till arbetet för dem som återhämtar sig från en depression.

Nationellt handlingsprogram för att minska hälsoskillnaderna

www.teroka.fi

Handlingsprogrammet för att minska skillnaderna i hälsa (TEROKA) har beretts vid social- och hälsovårdsministeriet och hör nära samman med det politikprogram för främjande av hälsa som regeringen startat. TEROKA stöder verkställigheten av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 som drar upp linjerna för Finlands hälsopolitik. Programmet för att minska hälsoskillnaderna hör också samman med många andra program som pågår inom olika förvaltningsområden och samlar de åtgärder för minskade hälsoskillnader som föreslagits inom dessa program. Syftet med TEROKA är att minska skillnaderna mellan de socioekonomiska befolkningsgrupperna när det gäller arbets- och funktionsförmåga, sjukfrekvens och mortalitet. Inom arbetet för att minska skillnaderna i hälsa gäller det att ingripa i orsaksfaktorerna och processerna i bakgrunden till skillnaderna. Målsättningen att minska skillnaderna eftersträvas genom följande huvudlinjer: 1) genom att med samhällspolitiska åtgärder påverka fattigdom, utbildning, sysselsättning och boende, 2) genom att stödja en sund livsstil rent allmänt och i synnerhet inom befolkningsgrupper i en sämre socioekonomisk ställning och 3) genom att förbättra jämlikheten i fråga om social- och hälsovårdsservice. För att målen ska kunna uppnås gäller det att utveckla ett system för uppföljning av hälsoskillnaderna, stärka kunskapsunderlaget i fråga om hälsoskillnader och ordna effektiv information.

Alkoholprogrammet

www.alkoholihjelma.fi

Alkoholprogrammet, som inleddes 2003, är en samarbetsprocess som syftar till att minska alkoholskador. Målet är att de åtgärder som olika aktörer konstaterat vara effektiva ska samlas till en strukturerad helhet där samarbete främjar uppnåendet av gemensamma mål. Samarbetsvilliga aktörer ansluter sig till alkoholprogrammet som partner. Partnerskapet styrks genom ett skriftligt avtal. I samband med partnerskapsavtalet fastslår varje aktör de mål och verksamhetssätt för att minska alkoholskador som är centrala med tanke på aktörens verksamhet.

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015

www.terveys2015.fi

Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 är ett långsiktigt hälsopolitiskt program. Bakom programmet ligger Världshälsoorganisationen WHO:s program Health for All (Hälsa för alla). I programmet uppställs åtta mål för folkhälsoarbetet. Dessutom ingår flera ställningstaganden som utstakar verksamheten och innehåller utmaningar för olika parter: kommunerna, näringslivet, organisationerna osv. Alla mål gäller centrala problem som kan avhjälpas endast i form av samarbete mellan olika parter. Flera av målen är konkreta och mätbara. Målet är bl.a. att dödsfall till följd av olycksfall och våld bland unga vuxna män ska minska med en tredjedel samt att rökning bland ungdomar ska minska så att mindre än 15 procent av 16–18-åringarna röker år 2015. I programmet betonas att även sjukdomar bland äldre kan förebyggas, deras funktionsförmåga främjas och därmed förutsättningarna för ett självständigt liv stödjas.

Genomslagskraft och dragningskraft för vårdarbetet genom ledarskap. Nationellt mål- och verksamhetsprogram 2008–2011.

Avsikten är att ett nytt mål- och verksamhetsprogram för vårdarbetet börjar beredas i början av 2008 efter det att perioden för genomförande av programmet för 2004–2007 har avslutats. Det nya programmet inriktas på att utveckla ledarskapet inom vårdarbetet i enlighet med riktlinjerna i utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Genom det nya programmet stöds verkställigheten av utvecklingsprogrammet i vårdarbetet.

Främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa. Handlingsprogram 2007–2011

http://info.stakes.fi/seksuaaliterveys

En arbetsgrupp tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet har utarbetat Finlands första nationella handlingsprogram för främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa. Målet är att främja den sexuella hälsan och fortplantnings-

hälsan hos befolkningen samt par och individer. Särskild uppmärksamhet fästs vid unga. I handlingsprogrammet ges riktlinjerna för det främjande arbetet inom sexuell hälsa och fortplantningshälsa under de närmaste åren, dess ledning, servicestruktur, sätt att arbeta och kompetensutveckling.

Målprogram för förebyggande av hem- och fritidsolycksfall åren 2007–2012

Delegationen för förebyggande av hem- och fritidsolycksfall har utarbetat ett målprogram för förebyggande av hem- och fritidsolycksfall åren 2007–2012. I programmet fastslås mål och åtgärdsrekommendationer på riksnivå i syfte att förebygga hem- och fritidsolycksfall. Programmet kompletterar statsrådets program för den inre säkerheten genom att mer exakt utforma mål i fråga om hem- och fritidsolycksfall. I programmet föreslås åtgärder för att stärka verksamheten på riksnivå och lokal nivå, utveckla statistikföringen och stärka kunnandet. Dessutom finns förslag till åtgärder som gäller hela befolkningen och olika åldersgrupper.

D. Rekommendationer och handböcker

Indikatorsbanken SOTKANet innehåller viktig statistisk information om befolkningens välfärd och hälsa. Uppdateras kontinuerligt.
Stödmaterial för främjande av välfärd och hälsa, Stakes 2008

Allmänna standarder

CodeServer (Koodistopalvelin), fördelar klassifikationer och koder. Uppdateras kontinuerligt. Handboken Koodistopalvelun käsikirja, Stakes, 2008
Uppföljning av befolkningens hälsa på regional nivå, FHI, året öppet
Informationssystem om vår hälsa (Terveystemme tietojärjestelmä), handbok om användning och tolkning, FHI, året öppet
Standardkostnader för hälso- och sjukvård och äldreomsorg, Stakes, 2008 och 2011
Nätverket Toimia: mätare som används för funktionsförmågan och rekommendationer för dem 2008–2009, FHI, året öppet

Barn, unga, barnfamiljer

Handbok om barnskydd, (Lastensuojelun käsikirja) ger anvisningar för arbetsprocessen inom barnskyddet och för tolkningen av den nya barnskyddslagen. Uppdateras kontinuerligt.
Rikstäckande kvalitetsrekommendation för barnskyddet. Kommer att inrymma bl.a. mål och riktlinjer på riksnivå för barnskyddet. SHM och Stakes, året öppet.)

Huolia huojentavien käytäntöjen dialogit lasten ja lapsiperheiden palveluissa, Stakes, 2008 (Hänför sig till tidigt ingripande)

Lapsikohtaisen Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (handbok som gäller grunderna för planen för småbarnsfostran för varje barn), Stakes, 2008

Läheisneuvonpito-opas (handbok om familjerådslag), Stakes, 2008

Mediakasvatus Varhaiskasvatuksessa (Mediefostran inom småbarnsfostran), särpublikation, Stakes, 2008

Vi väntar barn, Stakes, 2008, 2009, 2010, 2011

Niin ainutlaatuinen - näkökulmia lapsikohtaiseen varhaiskasvatussuunnitelmaan (Så unik - aspekter på planen för småbarnsfostran för varje barn). Särpublikation, Stakes, 2008.

Sairaalassa olevan lapsen varhaiskasvatussuunnitelma (Plan för småbarnsfostran för barn på sjukhus), särpublikation, Stakes, 2008

Aktuellt inom småbarnsfostran, Stakes, 2008 och 2010.

Den andra utvärderingen av handboken om grunderna för planen för småbarnsfostran, Stakes, 2010

Nationell rekommendation för tidig matning och amning, FHI, året öppet

Handbok om elev- och studentvård, Stakes (samarbete med UVM och UBS), 2008

Uppdatering av handböckerna om skol- och studenthälsovård som ett led i den samlade elev- och studentvården, Stakes och FHI, 2009–2011

Uppföljning av barns hälsa, handbok och guide, FHI 2008

Rekommendationer för mödravården, SHM 2009

Rådgivningshandbok, Stakes och FHI, uppdatering senast 2010

Nuorten masennus, tietoa nuorille ja heidän perheilleen (Unga och depression, information för unga och deras familjer), FHI, året öppet

Nuorten depressio, ohjeita nuorten kanssa työskenteleville aikuisille (Depression bland unga, anvisningar för vuxna som arbetar med ungdomar), FHI, året öppet

Nuorten itsetuhokäyttäytymisen tunnistaminen ja arviointi, ohjeita nuorten kanssa työskenteleville aikuisille (Identifiering och bedömning av självdestruktivt beteende bland unga, anvisningar för vuxna som arbetar med ungdomar), FHI, året öppet

Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille (Information för vuxna som arbetar med ungdomar). Nuorten päihdehäiriöiden hoito (Behandling av rusmedelsstörningar bland unga), FHI

Ravitsemushoito- ja ruokailusuositus (Rekommendation för dietbehandling och kost), SHM 2009

Missbruksarbete

Handbok om kvalitetskriterier och indikatorer för förebyggande missbruksarbete, Stakes, 2008

Arbetslösa

Työttömien terveystalvun hyvät käytännöt (God praxis för hälsovårdsservice för arbetslösa), Stakes, 2009

Äldre

Apuvälineitä ja esteettömyyttä ikäihmisille (Hjälpedel och tillgänglighet för äldre), Stakes, 2010

- Kvalitetsrekommendation för service för äldre, SHM, 2008
- Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun (Hemvård med klienten i blickfånget – handbok om kvalitet i hemvården för äldre), Stakes, 2008
- Laadukkaat dementia-apalvelut – opas kunnille (Högklassig service för dementa – handbok för kommunerna), Stakes, 2008
- Systemaattinen katsaus ehkäisevien palveluiden vaikuttavuudesta (systematisk översikt över genomslagskraften för förebyggande tjänster), Stakes, 2008
- Publikation om utveckling av rådgivningstjänster för främjande av de äldres välfärd och hälsa och om utveckling av förebyggande tjänster, SHM, 2008

Allmänt socialt arbete

- Kuntouttavan ja aktivoivan sosiaalityön hyvät käytännöt (God praxis för rehabiliteringsinriktat och aktiverande socialt arbete), Stakes, 2008
- Sosiaalitoimiston kehittämisen hyvät käytännöt (God praxis för utveckling av socialbyrån), Stakes, 2008
- Socialporten, portal som sammanställer elektronisk information för yrkesfolk inom det sociala området, uppdateras kontinuerligt.
- Rekommendationer för social- och hälsovården om arbetet för att förebygga våld i närrelationer och inom familjen, 2008.

Personal

- Rekommendation om grunderna för personaldimensionering inom socialvården, 2009.

Att klara sig på egen hand

- Kvalitetsrekommendation för hjälpmedelsservice, Stakes, 2011
- Handbok om grunderna för tillgång till hjälpmedel, Stakes, 2009
- Handbok om insamling av tillgänglighetsinformation vid serviceenheter inom social- och hälsovården, Stakes, 2008
- Mångsektoriellt tillgänglighetskoncept - möjligheter med lagstiftningen, Stakes, 2008
- Systematisk översikt över hjälpmedel för att röra sig, Stakes, 2008
- Systematisk översikt över proteser för de nedre extremiteterna, Stakes, 2009
- Systematisk översikt över utrustning för hantering av omgivningen och över smart home-teknologi, Stakes, 2009
- Handbok om den hjälp som gravt handikappade behöver i sitt hem, Stakes, 2009

Genomslagskraft för metoderna inom hälso- och sjukvården

- (temana har ännu inte slagits fast) årligen 3–6 omfattande rapporter, Finohta/Stakes
- (temana har ännu inte slagits fast) årligen 5–10 HALO-översikter, Finohta/Stakes
- Databasen Ohtanen, som uppdateras kontinuerligt, hundratals sammanfattningar varje år, Finohta/Stakes

Vårdrekommendationer

Uppdateras kontinuerligt:

- Anvisningarna Gångse vård www.kaypahoito.fi (Duodecim och specialisterorganisationer)

Anvisningarna för bekämpning av smittsamma sjukdomar www.ktl.fi (Folkhälsoinstitutet)

Uppdateras regelbundet:

Grunderna för icke-brådskande vård www.stm.fi, www.terveysportti.fi (SHM)

Andra vådrekommandationer

Expertrapport och rekommendationer som gäller hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, FHI

Astma- och allergiprogram och rekommendationer, FHI, året öppet

Material för utbildning och styrning när det gäller enhetlig fosterscreening, Stakes, 2008

Arbetshälsoinstitutets evidensbaserade vådrekommandationer: Hand-armvibration, Buller, Astma, Depression (2008), Stress (2009); AHI

Företagshälsovård

Arbetsrelaterade sjukdomar, 2008, AHI

Arbetshygien, 2008, AHI

Sjukdomar som smittar via blod, 2008, AHI

Enkät om arbetsstress – Hur använder jag enkäten om arbetsstress, reviderad, 2008, AHI

Tyky-barometer, 2008, AHI

Företagshälsovården i Finland, 2008, 2009, AHI

Arbete och hälsa i Finland, 2009, 2010, AHI

ASA (Anmälda personer i Finland som i sitt yrke exponeras för cancerframkallande ämnen och metoder), 2008, 2009, 2010, 2011, AHI

Yrkessjukdomar och misstänkta yrkessjukdomar, 2008, 2009, 2010, 2011, AHI

Handbok för beställare av företagshälsovårdstjänster, 2008, AHI

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, uppdatering AHI

Tillsynen över arbetarskyddet, uppdatering AHI

Arbetskyddslagen: Tillämpningsguide, uppdatering AHI

Sininen kirja (Terveystarkastukset työterveyshuollossa), uppdatering AHI

Handböckerna Työhön paluu, uppdatering 2008, AHI

Miljö- och hälsoskydd

Handbok om tillämpning av badvattendirektivet (AHI bereder, SHM utger)

Handbok om tillämpning av direktivet om hushållsvatten, AHI, året öppet

Anvisningar om olika mikrobiologiska metoder vid kontrollmätningar av vatten i fråga om både hushållsvatten och badvatten, AHI, året öppet

PCR-metoder för att konstatera mögelskador, AHI, året öppet

Handbok om boendehälsa, AHI, året öppet

Handbok om lokalisering av behandlingen av bioavfall ur miljö- och hälsoskydds-perspektiv, AHI, året öppet

Toxinproducerande mögel i inomhusklimat, AHI, året öppet

Handbok om renovering av mögelhus, AHI, året öppet

BILAGA 2

Delegationens uppgifter och sammansättning

Delegationen för social- och hälsovård

Delegationen har till uppgift att

- för social- och hälsovårdsministeriet bereda ett förslag till nationellt utvecklingsprogram utgående från nationellt sammanställda mål
- främja och följa genomförandet av programmet
- vid behov lägga fram för social- och hälsovårdsministeriet förslag till rekommendationer och anvisningar som syftar till att främja och stödja uppnåendet av målen i utvecklingsprogrammet
- lägga fram förslag om anvisande av de anslag som står till förfogande för utvecklingsverksamhet inom social- och hälsovården till olika prioritetsområden i utvecklingsverksamheten

Sammansättning av delegationen: (suppleanterna inom parentes)

Ordförande:

omsorgsminister *Paula Risikko*

Vice ordförande:

statssekreterare *Terttu Savolainen*

Medlemmarna:

avdelningschef *Aino-Inkeri Hansson*, social- och hälsovårdsministeriet
(biträdande avdelningschef *Reijo Väärälä*, social- och hälsovårdsministeriet)

avdelningschef *Kimmo Leppo*, social- och hälsovårdsministeriet
(direktör *Tapani Melkas*, social- och hälsovårdsministeriet)

medicine licentiat *Per Löv*
(statssekreterare *Stefan Johansson*, undervisningsministeriet)

direktör *Jussi Merikallio*, Finlands Kommunförbund

vice verkställande direktör *Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma*, Finlands Kommunförbund
(personlig suppleant för representanterna för Finlands Kommunförbund)

förvaltningsöverläkare *Liisa-Maria Voipio-Pulkki*, Finlands Kommunförbund)

statssekreterare *Ilkka Oksala*, social- och hälsovårdsministeriet
(specialmedarbetare *Anna Manner-Raappana*, social- och hälsovårdsministeriet)

statssekreterare *Katariina Poskiparta*, arbetsministeriet
(specialmedarbetare *Tarja Parviainen*, arbetsministeriet)

kanslichef *Kari Välimäki*, social- och hälsovårdsministeriet
(utvecklingschef *Klaus Halla*, social- och hälsovårdsministeriet)

Sekreterare för delegationen t.o.m. 15.4.2008 var konsultativa tjänstemannen *Pirjo Marjamäki*, SHM. Från 1.5.2008 sekreterare är överinspektör *Salme Kallinen-Kräkin*, SHM, tfn (09) 160 73228, salme.kallinen-krakin@stm.fi

MEDBORGARSEKTIONEN

Medborgarsektionen förmedlar medborgarnas, klienternas och organisationernas åsikter till beredningen och genomförandet av programmet samt förhandlar och lägger fram förslag om hur organisationernas utvecklingsverksamhet ska riktas så att den stödjer genomförandet av programmet.

Sammansättning av medborgarsektionen: (suppleanterna inom parentes)

Ordförande:

avdelningschef *Aino-Inkeri Hansson*, social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande:

verksamhetsledare *Riitta Särkelä*, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa

direktör *Tapani Melkas*, social- och hälsovårdsministeriet

Medlemmarna:

avdelningschef *Janne Peräkylä*, Penningautomatföreningen
(bidragshandläggare *Elina Varjonen*, Penningautomatföreningen)

verksamhetsledare *Mika Pyykkö*, Centret för hälsofrämjande
(*Eeva Kuuskoski*, Social- och hälsoorganisationernas samarbetsförening)

biträdande avdelningschef *Reijo Väärälä*, social- och hälsovårdsministeriet
(biträdande avdelningschef *Olli Kerola*, social- och hälsovårdsministeriet)

programdirektör *Marie Rautava*, Mannerheims Barnskyddsförbund
(ledande sakkunnig *Esa Iivonen*, Mannerheims Barnskyddsförbund)

verkställande direktör *Marjatta Varanka*, Vates-Stiftelsen
(utvecklingschef *Pauliina Lampinen*, Vates-Stiftelsen)

Sekreterare för medborgarsektionen är utvecklingsdirektör *Juha Pantzar*, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa, tfn (09) 7747 2272, 050 313 0523, juha.pantzar@stkl.fi, överinspektör *Markus Seppelin*, SHM, tfn (09) 160 73828 markus.seppelin@stm.fi och projektplanerare *Martta Forsell*, SHM, tfn (09) 160 74008, martta.forsell@stm.fi (t.o.m. mars 2008).

KONCERNSEKTIONEN

Koncernsektionen förbereder och samordnar de utvecklings- och andra funktioner med hjälp av vilka institutionerna inom förvaltningsområdet stödjer kommunerna vid genomförandet av programmet och bereder de prioriteringsområden för övervakningen som är centrala med tanke på genomförandet av programmet samt utarbetar en verksamhetsplan för övervakningen.

Sammansättning av koncernsektionen: (suppleanterna inom parentes)

Ordförande:

kanslichef *Kari Välimäki*, social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande:

avdelningschef *Kimmo Leppo*, social- och hälsovårdsministeriet

avdelningschef *Aino-Inkeri Hansson*, social- och hälsovårdsministeriet

Medlemmarna:

överdirektör *Jukka Männistö*, Rättsskyddscentralen för hälsovården

(biträdande direktör *Tarja Holi*, Rättsskyddscentralen för hälsovården)

avdelningschef *Raimo Pantti*, länsstyrelsen i Lapplands län

(avdelningschef *Marja-Leena Kärkkäinen*, länsstyrelsen i Uleåborgs län)

generaldirektör *Pekka Puska*, Folkhälsoinstitutet

(överdirektör *Juhani Eskola*, Folkhälsoinstitutet)

generaldirektör *Vappu Taipale*, Stakes

(överdirektör *Matti Heikkilä*, Stakes)

generaldirektör *Harri Vainio*, Arbetshälsoinstitutet

(direktör för kompetenscenter *Hilkka Riihimäki*, Arbetshälsoinstitutet)

Sekreterare för koncernsektionen är planeringschef *Tero Meltti*, Stakes terom@stakes.fi; och projektplanerare *Martta Forsell*, SHM, (t.o.m. mars 2008).

DEN REGIONALA SEKTIONEN

Den regionala sektionen sammanställer, samordnar och förmedlar kommunernas och de andra regionala aktörernas förslag om målen för programmet och de behövliga åtgärderna för att nå dem samt stödjer genomförandet av de åtgärder inom regionerna som man kommit överens om nationellt.

Sammansättning av den regionala sektionen: (suppleanterna inom parentes)

Ordförande:

avdelningschef *Kimmo Leppo*, social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande:

vice verkställande direktör *Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma*, Finlands Kommunförbund

biträdande avdelningschef *Olli Kerola*, social- och hälsovårdsministeriet

Medlemmarna:

avdelningschef *Elli Aaltonen*, länsstyrelsen i Östra Finlands län

(avdelningschef *Pekka Paatero*, länsstyrelsen i Västra Finlands län)

biträdande stadsdirektör *Päivi Laajala*, Uleåborgs stad

(social- och hälsovårdsdirektör *Auvo Kilpeläinen*, Rovaniemi stad)

beställningschef *Erkki Lehtomäki*, Tammerfors stad
(direktör för serviceproduktion inom social- och hälsovården *Päivi Sillanaukee*, Tammerfors stad)

social- och hälsovårdsdirektör *Tuomo Meriläinen*, Kuopio stad
(utvecklingschef *Tarja Miettinen*, Kuopio stad)

biträdande stadsdirektör *Majja Kyttä*, Åbo stad
(social- och hälsovårdsdirektör *Eero Vaissi*, Reso stad)

omsorgsdirektör *Juha Metso*, Esbo stad
(biträdande stadsdirektör *Jukka Salminen*, Vanda stad)

direktör *Jussi Merikallio*, Finlands Kommunförbund
(förvaltningsöverläkare *Liisa-Maria Voipio-Pulkki*, Finlands Kommunförbund)

verkställande direktör *Tarja Myllärinen*, Kompetenscentret för det sociala området i sydöstra Finland
(*Minna Veistilä*, Kompetenscentret för det sociala området i södra Finland)

biträdande avdelningschef *Marja-Liisa Partanen*, social- och hälsovårdsministeriet
(direktör *Tapani Melkas*, social- och hälsovårdsministeriet)

chefsöverläkare *Eva Salomaa*, Lapplands sjukvårdsdistrikt
(direktör för samkommun *Pertti Palomäki*, Samkommunen för sjukvårds- och socialservicen i Norra Karelen)

ledande överläkare *Marina Erhola*, Samkommunen för folkhälsoarbetet i Tavastehusregionen
(ledande överläkare *Jarmo Lappalainen*, Juva)

socialdirektör *Alice Backström*, Korsholms kommun
(socialdirektör *Päivi Ahonen*, Joutseno kommun)

Sekreterare för den regionala sektionen är specialsakkunnig *Jaana Viemerö*, Finlands Kommunförbund, tfn (09) 771 2303, 050 511 1090 jaana.viemero@kuntaliitto.fi och specialsakkunnig *Soile Paahtama*, Finlands Kommunförbund, tfn (09) 771 2620, 050 511 0957, soile.paahtama@kuntaliitto.fi, projektplanerare *Martta Forsell*, SHM, tfn (09) 160 74008, martta.forsell@stm.fi (t.o.m. mars 2008).

DE REGIONALA LEDNINGSGRUPPERNA

De regionala ledningsgrupperna utsågs i augusti 2007. I statsrådets förordning om delegationen för social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården föreskrivs att de regionala ledningsgrupperna har till uppgift att

- inom sin region stödja beredningen av programmet
- främja och följa genomförandet av programmet
- göra upp ett program för genomförande av den regionala utvecklingsverksamheten, med hjälp av vilket uppnåendet av de nationella målen kan stödjas inom ledningsgruppens ansvarsområde
- för delegationen även lägga fram förslag om åtgärder med hjälp av vilka genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet kan främjas.

Om de så vill, kan ledningsgrupperna även inrätta geografiska eller tematiska undergrupper.

Den regionala ledningsgruppen för Norra Finland

Sammansättning (suppleanterna inom parentes):

Ordförande:

Päivi Laajala, biträdande stadsdirektör, Uleåborgs stad

Vice ordförande:

Auvo Kilpeläinen, Rovaniemi stad

Medlemmarna:

Olavi Timonen, ledande läkare, Vaala kommun

(*Eeva-Maarit Valkama*, omsorgsdirektör, Kempele kommun)

Aino-Liisa Oukka, chefsöverläkare, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt

(*Eva Salomaa*, chefsöverläkare, Lapplands sjukvårdsdistrikt)

Timo Peisa, ledande läkare, Ranua kommun

(*Leena Varesmaa-Korhonen*, hälsocentralläkare, Enare kommun)

Sinikka Soukka, ledande skötare, Samkommunen för hälsovården i Vieska

(*Hannu Heikkinen*, hälsovårdsdirektör, Samkommunen för hälsovården inom Brahestadsregionen)

Liisa Ståhle, social- och hälsovårdsdirektör, Kemi stad

(*Timo Alaräisänen*, social- och hälsovårdsdirektör, Kemijärvi stad)

Jussi Salminen, omsorgsdirektör, Karleby stad

(*Tarja Oikarinen-Nybacka*, omsorgsdirektör, Kannus stad)

Tuomo Pääkkönen, social- och hälsovårdsdirektör, Samkommunen för

Kajanalands landskap

(*Marita Pikkarainen*, utvecklingsdirektör, Samkommunen för Kajanalands landskap)

Hannu Kallunki, omsorgsdirektör, Kuusamo stad

(*Leila Kerola*, social- och hälsovårdsdirektör, Uleåborgs stad)

Sari Guttorm, planerare, Sametinget

(*Magga Ristenrauna*, projektchef, SamiSoster ry)

Kaisa Kostamo-Pääkkö, utvecklingsdirektör, Kompetenscentret för det sociala området i Norra Finland

(*Petri Kinnunen*, direktör för enhet, Kompetenscentret för det sociala området i Norra Finland)

Hannu Pajunpää, direktör för sjukvårdsdistrikt, Samkommunen för Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt

(*Pasi Parkkila*, utvecklingsdirektör, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt)

Mauno Konttinen, överdirektör, Stakes

(*Anneli Pohjola*, chef för institution, Lapplands universitet)

Anne Mustakangas-Mäkelä, utvecklingsdirektör, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa

(*Raija Näppä*, Oulun seudun settlementti ry)

Marja Irjala, verksamhetsledare, Nuorten ystävät ry

(*Eero Väättäin*, Stiftelsen för Uleåborgs diakonissanstalt)

Marja-Leena Kärkkäinen, social- och hälsoråd, länsstyrelsen i Uleåborgs län

(*Ritva Kauhanen*, landskapsplanerare, Lapplands förbund)

Den regionala ledningsgruppen för Östra och Mellersta Finland

Sammansättning (suppleanterna inom parentes):

Ordförande:

Tuomo Meriläinen, social- och hälsovårdsdirektör, Kuopio social- och hälsocentral

Vice ordförande:

Tarja Miettinen, utvecklingschef, Kuopio social- och hälsocentral

Medlemmarna:

Matti Pulkkinen, direktör för sjukvårdsdistrikt, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt

(*Matti Nupponen*, direktör för sjukvårdsdistrikt, Södra Savolax sjukvårdsdistrikt)

Tarja Kauppila, direktör, Kompetenscentret för det sociala området i Östra Finland

(*Marja Heikkilä*, direktör, Kompetenscentret för det sociala området i Mellersta Finland)

Saara Pesonen, socialdirektör, Nyslotts stad

(*Marja-Leena Meriläinen*, omsorgsdirektör, Idensalmi stad)

Markku Tervahauta, kommundirektör, Leppävirta kommun

(*Martti Pärnänen*, överläkare, Samkommunen för hälsovården i Siilinjärvi-Maaninka)

Pirjo Kohonen, socialdirektör, Saarijärvi stad

(*Ritva Korhonen*, socialdirektör, Maaninka kommun)

Airi Turunen, socialdirektör, Kitee stad

(*Merja Miettinen*, förvaltningsöverskötare, Kuopio universitetscentralsjukhus)

Kaarina Kursukangas-Hourula, direktör för samkommun, Samkommunen för hälsovården i Övre Savolax

(*Aulis Kärkkäinen*, överläkare, Kiuruvesi)

Pekka Kuosmanen, social- och hälsovårdsdirektör, Joensuu social- och hälsovårdsverk

(*Tuomas Lappalainen*, utvecklingsdirektör, Joensuu social- och hälsovårdsverk)

Maria Närhinen, social- och hälsovårdsdirektör, S:t Michels stad

(*Pekka Pöllänen*, ledande överläkare, S:t Michels stad)

Pekka Utriainen, social- och hälsovårdsdirektör, Jyväskylä stad

(*Jarmo Koski*, direktör för resultatområde, Jyväskylä stad)

Riitta Vanhanen, social- och hälsovårdsdirektör, Keuru stad

(*Risto Kortelainen*, social- och hälsovårdsdirektör, Jyväskylä landskommun)

Eлина Pajula, utvecklingsdirektör, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa

(*Aarno Lehmusto*, utbildningschef, Jyväskylä yrkeshögskola)

Matti Heikkilä, överdirektör, Stakes

(*Liisa Heinämäki*, specialforskare, Stakes, chef för regionenheten i Jyväskylä)

Sirkka Jakonen, hälsovårdsinspektör, länsstyrelsen i Östra Finlands län

(*Markku Aholainen*, landskapsombud, Södra Savolax landskapsförbund)

Mika Rytkönen, verkställande direktör, lisalmen Veljeskoti Oy

(*Riitta Smolander*, verkställande direktör, Kyyhkylä-Stiftelsens Rehabiliteringscenter)

Den regionala ledningsgruppen för Västra Finland

Sammanfattning (suppleanterna inom parentes):

Ordförande:

Kajja Hartiala, biträdande stadsdirektör, Åbo stad (v. 2007)

Maija Kyttä, biträdande stadsdirektör, Åbo stad (v. 2008-)

Vice ordförande:

Eero Vaissi, social- och hälsovårdsdirektör, Reso stad

Medlemmarna:

Aki Lindén, direktör för sjukvårdsdistrikt, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt
(*Hanna Mäkäräinen*, chef för resultatområde, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt)

Alpo Komminaho, socialdirektör, Raumo stad

(*Juhani Tynjälä*, kommundirektör, Marttila kommun)

Aulis Laaksonen, biträdande stadsdirektör, Björneborgs stad

(*Jaakko Kaunisto*, socialdirektör, Loimaa stad)

Merja Anis, verkställande direktör, Kompetenscentret för det sociala området i Egentliga Finland

(*Kristiina Laiho*, verkställande direktör, Pikassos Oy)

Helena Smirnoff, sektorchef, Pargas stad

(*Inger Westerlund*, chef för enhet, Yrkeshögskolan Sydväst, Åbo)

Seija Hyvärinen, förvaltningsöverskötare, hälsovårdscentralen i Saloregionen

(*Markku Suokas*, hälsovårdsdirektör, Åbo stad)

Sakari Alhopuro, verkställande direktör, Läkarstationen Pulssi, Åbo

(*Ritva Niemi*, verkställande direktör, Saga Care Oy)

Arto Sinkkonen, idrottsdirektör, Åbo stad

(*Kimmo Rinne*, idrottsdirektör, Björneborgs stad)

Sirpa Rantanen, ledande läkare, Härkätie hälsovårdscentral

(*Jorma Hannukainen*, chef för resultatområde, Satakunta sjukvårdsdistrikt)

Tuula Peltoniemi, utvecklingsdirektör, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa

(*Pauli Heikkinen*, regionchef, FRK, Åbo)

Helena Leino-Kilpi, professor, Åbo universitet

(*Marjut Putkinen*, utbildningsdirektör, Åbo yrkeshögskola)

Helvi Heiniö, social- och hälsovårdsdirektör, Nystads stad

(*Seija Sjöblom*, direktör för äldreomsorg, S:t Karins stad)

Terhi Lönnfors, direktör, Stakes

(*Riitta Haverinen*, direktör för resultatområde, Stakes)

Sanna-Tuulia Lehtomäki, social- och hälsovårdsdirektör, Ulvila stad

(*Ritva Päiväranta*, ledande skötare, Reso stad)

Risto Kapari, socialråd, länsstyrelsen i Västra Finlands län

(*Tuula Telin*, regionutvecklingsplanerare, Satakuntaförbundet)

Den regionala ledningsgruppen för Mellanfinland

Sammansättning (suppleanterna inom parentes):

Ordförande:

Erkki Lehtomäki, beställningschef, överläkare, Tammerfors stad

Vice ordförande:

Päivi Sillanaukee, serviceproduktionschef, Tammerfors stad

Medlemmarna:

Matti Lehto, direktör, överläkare, Birkalands sjukvårdsdistrikt

(*Pirjo Aalto*, förvaltningsöverskötare, Birkalands sjukvårdsdistrikt)

Matti Liukko, social- och hälsovårdsdirektör, Lahtis stad

(*Kari Virta*, omsorgsdirektör, Ylöjärvi stad)

Marja-Liisa Lindfors, omsorgsdirektör, Riihimäki stad

(*Kari Österberg*, ledande läkare, Samkommunen för hälsovården i Forssaregionen)

Sirkka-Liisa Pylväs, direktör för primärservice, Samkommunen för social- och hälsovården i Päijät-Häme

(*Päivi Hiltunen*, social- och hälsovårdsdirektör, Hollola kommun)

Harri Jokiranta, biträdande stadsdirektör, Seinäjoki stad

(*Vesa Helin*, omsorgsdirektör, Akaa stad)

Juha Karvala, social- och hälsovårdsdirektör, Vasa stad

(*Erkki Kesti*, överläkare, Samkommunen för hälsovården i Kuusio-kommunerna)

Alice Backström, socialdirektör, Korsholms kommun

(*Stefan Näse*, socialdirektör, Pedersöre kommun)

Ulla Mattelmäki, ledande läkare, Samkommunen för grundskyddet i Sastamala

(*Sari Mäkinen*, överläkare, Orivesi stad)

Hannu Puolijoki, direktör, överläkare, Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt

(*Arja Narinen*, förvaltningsöverdirektör, Samkommunen för social- och hälsovården i Päijät-Häme)

Juha Luomala, utvecklingschef, SONet Botnia

(*Juha Kaakinen*, verkställande direktör, Sosiaalikehitys Oy)

Jaakko Luomahaara, socialdirektör, Hämeenkyrö kommun

(*Eija Leppänen*, direktör för socialarbete, Tavastehus stad)

Anna Astikainen, utvecklingsdirektör, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa

(*Juhani Lehto*, professor, Tammerfors universitet)

Majja-Liisa Junnila, direktör för resultatområde, Stakes

(*Esko Hänninen*, direktör för regionenhet, Stakes regionenhet i Tammerfors)

Marjatta Teliranta, verkställande direktör, Ikaalisten Kylpylä Oy

(*Kaisa Aare-Puff*, servicedirektör, Medivire Hoiva Oy)

Markku Jokela, länsråd, länsstyrelsen i Södra Finlands län

(*Jaana Simola*, specialsakkunnig, Päijät-Häme förbund)

Den regionala ledningsgruppen för Södra Finland

Sammanfattning (suppleanterna inom parentes):

Ordförande:

Juha Metso, omsorgsdirektör, Esbo stad

Vice ordförande:

Jukka Salminen, biträdande stadsdirektör, Vanda stad

Medlemmarna:

Paavo Voutilainen, socialdirektör, Helsingfors stad

(*Jarmo Rähkä*, ledande specialsakkunnig, Helsingfors stads socialverk)

Tuula Heinänen, hälsovårdsdirektör, Esbo stad

(*Timo Aronkytö*, direktör för hälsovårdsservicen, Vanda stad)

Seppo Kivinen, direktör för HUCS sjukvårdsområde, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

(*Juha Tuominen*, förvaltningsöverläkare, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt)

Merja Salmi, verkställande direktör, Socialkompetens Ab - Sosiaalitalo Oy

(*Kirsi Nousiainen*, direktör, Kompetenscentret för det sociala området i Södra Finland, enheten för huvudstadsregionen)

Markus Hemmilä, social- och hälsovårdsdirektör, Träskända stad

(*Tua Evokari*, social- och hälsovårdsdirektör, Kervo stad)

Matti Toivola, verkställande direktör, Helsingfors stads hälsovårdsverk

(*Riitta Simoila*, utvecklingsdirektör, Helsingfors stads hälsovårdsverk)

Pertti Soveri, social- och hälsovårdsdirektör, Borgå stad

(*Jukka Lindberg*, omsorgsdirektör, Hangö stad)

Leena Kokko, social- och hälsovårdsdirektör, Sibbo stad

(*Maria Andersson*, socialdirektör, Borgå stad)

Niina Korpelainen, omsorgsdirektör, Kuusankoski stad

(*Marja-Liisa Grönvall*, socialdirektör, Kotka stad)

Virpi Kölli, social- och hälsovårdsdirektör, Villmanstrands stad

(*Päivi Ahonen*, socialdirektör, Joutseno kommun)

Heidi Anttila, hälsovårdsdirektör, Kotka stad

(*Jaana Peltola*, direktör för vårdarbete, Imatra stad)

Ulla Saastamoinen, utvecklingsdirektör, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa

(*Arja Yliluoma*, omsorgsdirektör, Lojo stad)

Riitta Haverinen, direktör för resultatområde, Stakes

(*Terhi Lönnfors*, direktör, Stakes)

Esa Ellala, social- och hälsoråd, länsstyrelsen i Södra Finlands län

(*Juhani Joutsenlahti*, forskare, Nylands förbund)

Risto Hämäläinen, verkställande direktör, Invalidförbundets Boendetjänster

(*Anita Kuokkanen*, verkställande direktör, Carema Vård och Omsorg AB)

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
ISSN 1236-2050

- 2008: 1 Urpo Kiiskinen, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen,
Sanna Natunen, Arpo Aromaa. Terveysten edistämisen
mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.
ISBN 978-952-00-2503-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2504-5 (PDF)
- 2 Utarbetande av en datasäkerhetsplan. Handbok för
verksamhetsenheter inom social- och hälsovården.
(Bara på nätet).
ISBN 978-952-00-2507-6 (PDF)
- 3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.
ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF)
- 4 Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre.
ISBN 978-952-00-2527-4 (inh.)
ISBN 978-952-00-2528-1 (PDF)
- 5 National framework for high quality services for
older people.
ISBN 978-952-00-2529-8 (pb)
ISBN 978-952-00-2530-4 (PDF)
- 6 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämis-
ohjelma KASTE-ohjelma 2008–2011.
ISBN 978-952-00-2533-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2534-2 (PDF)
- 7 Näyttöpäätetyö. Valtioneuvoston päätöksen 1405/1993
soveltaminen ja vaikutukset työpaikoilla.
ISBN 978-952-00-2550-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2551-9 (PDF)
- 8 Nationella utvecklingsprogrammet för social- och
hälsovården KASTE 2008–2011.
ISBN 978-952-00-2556-4 (inh.)
ISBN 978-952-00-2557-1 (PDF)