

**Det nationella utvecklingsprogrammet
för social- och hälsovården
KASTE 2012–2015**

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2012:2

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2012–2015

ISBN 978-952-00-3329-3 (inh.)

ISBN 978-952-00-3330-9 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1236-2050 (print)

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3330-9

<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-3330-9>

www.stm.fi/sv/publikationer

Förläggare: Social- och hälsovårdsministeriet

Pämbild: Rodeo

Layout och tryckeri: Juvenes Print – Tammerfors Universitet Tryckeri, Tammerfors 2012



KASTE 2012–2015

Statsrådet har 2.2.2012 fastställt Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) för åren 2012–2015 efter förredragning från social- och hälsovårdsministeriet.

Programmet grundar sig på lagen av den 3 augusti 1992 om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) och 5 § i den lagen.

SAMMANDRAG

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2012–2015

■ Statsrådet fastställer vart fjärde år ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården (Kaste). Programmet grundar sig på lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992, 5 §). I programmet fastställs målen för sektorns utvecklingsverksamhet och åtgärderna för att nå målen. Vidare fastställs de viktigaste lagstiftningsprojekten, programmen, rekommendationerna och prioriteringarna inom tillsynen som ska stödja måluppfyllelsen.

Kaste-programmet tar sig an reformbehov som centrala sakkunniga inom social- och hälsovården och allmänheten har lyft fram. Programmet binder samman regeringsprogrammet och styrningen av lagstiftning, resurser och växelverkan enligt social- och hälsovårdsministeriets (SHM) strategi. Delegationen för social- och hälsovården och ledningsgruppen under den samt fem regionala ledningsgrupper ansvarar för beredningen och genomförandet av programmet.

Kaste-programmet syftar till att

- I. Skillnaderna i välfärd och hälsa minskar och
- II. Social- och hälsovårdens strukturer och tjänster ordnas klientorienterat.

Fokus förflyttas från att ta hand om problem till att aktivt främja fysiskt, mentalt och socialt välmående och till att förebygga problem inom hela befolkningen.

Kaste-programmet består av sex delprogram, lagstiftningsreformerna i anknytning till dem och rekommendationer. Delprogrammen är:

- I. Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras,
- II. Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas,
- III. Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas,
- IV. Servicestrukturen och primärservicen förnyas,
- V. Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk
- VI. Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet

Statsunderstöden för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården stödjer måluppfyllelsen och verkställandet av målen. Det står årligen 17,5 miljoner euro till förfogande för projektfinansiering, inalles ca 70 miljoner euro för åren 2012–2015. Vidare samordnar social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med olika finansiärer annan finansiering avsedd för kommunernas, samkommunernas, organisationernas och företagens projekt inom social- och hälsovården. I tillägg till projektfinansieringen använder de olika aktörerna egna resurser för det utvecklingsarbete programmet stakar ut.

Kaste-programmets målsättningar nås genom samarbete mellan kommuner och samkommuner, olika förvaltningsområden, organisationer, församlingar, företag, utbildningsenheter samt nationella och regionala forsknings- och utvecklingsenheter. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för den strategiska ledningen av programmet. Vidare ansvarar ministeriet för lagberedningen och för fullföljandet av programmet på olika sätt.

Verkställandet av programmet och måluppfyllelsen följs och utvärderas regelbundet. Genom aktiv kommunikation görs programmet, dess framsteg och resultat, bekant för fackfolk på området, för beslutsfattare och för allmänheten.

Nyckelord:

hälso- och sjukvård, program, socialvård, utveckling

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015

■ Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste). Ohjelma perustuu Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin (733/1992, 5 §). Ohjelmassa määritellään alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Lisäksi siinä määritellään tavoitteiden saavuttamista tukevat keskeiset lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat, suositukset ja valvonnan painopisteet.

Kaste-ohjelma pureutuu sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten asiantuntijoiden ja kansalaisten esille nostamiin uudistustarpeisiin. Ohjelmassa nivotaan yhteen hallitusohjelma ja sosiaali- ja terveysministeriön (STM) strategian mukainen säädös-, resurssi- ja vuoro-vaikutusohjaus. Ohjelman valmistelusta ja toimeenpanosta vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta ja sen alainen johtoryhmä sekä viisi alueellista johtoryhmää.

Kaste-ohjelman tavoitteena on, että:

- I. Hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja
- II. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakas lähtöisesti.

Painopistettä siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä.

Kaste-ohjelma muodostuu kuudesta osaohjelmasta, niihin liittyvistä säädösuudistuksista ja suosituksista. Osaohjelmat:

- I. Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan,
- II. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan,
- III. Ikäihmisten palveluiden rakennetta ja sisältöä uudistetaan,
- IV. Palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan,
- V. Tieto ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi ja
- VI. Johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia.

Kaste-ohjelman tavoitteiden saavuttamista ja toimeenpanoa tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustukset. Hankerahoitukseen on käytettävissä 17,5 miljoonaa euroa vuosittain, yhteensä noin 70 miljoonaa euroa vuosina 2012–2015. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi yhteistyössä eri rahoittajatahojen kanssa muuta kunnille, kuntayhtymille, järjestöille ja yrityksille tarkoitettua sosiaali- ja terveydenhuollon hankerahoitusta. Hankerahoituksen lisäksi eri toimijat käyttävät omia resurssejaan ohjelman linjausten mukaiseen uudistustyöhön.

Kaste-ohjelman tavoitteet saavutetaan kuntien ja kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutusyksiköiden sekä kansallisten ja alueellisten tutkimus- ja kehittämissiköiden yhteistyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ohjelman strategisesta johtamisesta. Lisäksi se vastaa säädösvalmistelusta ja ohjelman toteutumisesta eri keinoin.

Ohjelman toimeenpanoa ja tavoitteiden saavuttamista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Aktiivisella viestinnällä tehdään tunnetuksi ohjelmaa, sen etenemistä ja tuloksia alan ammattilaisille, päätöksentekijöille ja kansalaisille.

Asiasanat:

kehittäminen, ohjelma, sosiaalihuolto, terveydenhuolto

SUMMARY

The National Development Programme for Social Welfare and Health Care THE KASTE PROGRAMME 2012–2015

■ The government adopts the National Development Programme for Social Welfare and Health Care, the Kaste programme, every four years. The programme is based on the Act on Planning and Government Grants for Social Welfare and Health Care (733/1992, section 5). The programme defines the objectives for the reform of the sector as well as the actions to achieve them. It also defines the major legislative projects, programmes, recommendations and priorities for supervision by which the achievement of the objectives is supported.

The Kaste programme focuses on the reform needs raised by major stakeholders in social welfare and health care and by citizens. The programme integrates the relevant objectives of the Government Programme and the steering regarding legislation, resources and interaction in accordance with the strategy of the Ministry of Social Affairs and Health. The Advisory Committee for Social Welfare and Health Care, the steering group under it and five regional steering groups are in charge of the preparation and implementation of the programme.

The targets of the Kaste programme are:

- I. Inequalities in wellbeing and health will be reduced
- II. Social welfare and health care structures and services will be organised in a client-oriented way.

The focus is shifted from the treatment of problems to promoting physical, mental and social wellbeing and preventing problems across the entire population.

The Kaste programme consists of six sub-programmes and of legislative reforms and recommendations associated with them. The sub-programmes are the following:

- I. Improving the opportunities of risk groups for inclusion, wellbeing and health,
- II. Reforming services for children, young people and families with children,
- III. Reforming the structure and content of services for older people,
- IV. Reforming the service structure and basic public services,
- V. Adjusting the information and information systems so as to support clients and professionals, and
- VI. Supporting the restructuring of services and wellbeing at work by means of management.

The discretionary government transfers to local government for social welfare and health care development projects underpin the achievement and implementation of the targets of the Kaste programme. EUR 17.5 million has been allocated for the project financing annually, totalling roughly EUR 70 million in 2012–2015. Furthermore, the Ministry of Social Affairs and Health coordinates together with different financiers other project financing for social welfare and health care targeted to local authorities, joint municipal boards, NGOs and companies. In addition to project financing, different actors use their own resources for the reform in accordance with the policy lines laid down in the programme.

The objectives of the Kaste programme are achieved through cooperation of the local authorities and joint municipal boards, the different branches of government, NGOs, parishes, companies, educational units, and national and regional research and development units. The Ministry of Social Affairs and Health is responsible for the strategic management of the programme. In addition, it is in charge of legislative drafting and the implementation of the programme in different ways.

The implementation of the programme and target achievement are monitored and assessed on a regular basis. Awareness of the programme, its progress and outcomes is promoted by active information to professionals in the field, decision-makers and citizens.

Key words:

development, health care, programme, social welfare

SISÄLLYS

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012–2015	3
Sammandrag.....	4
Tiivistelmä	6
Summary	8
1 KASTE-PROGRAMMET FÖRNYAR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSPOLITIKEN	13
1.1 Detta är Kaste-programmet	13
1.2 Många olika aktörer medför resurser till stöd för reformerna	14
2 VARFÖR BEHÖVS KASTE-PROGRAMMET?	15
2.1 Skillnaderna i välfärd och hälsa bör minskas	15
2.2 Strukturer och tjänster bör ordnas klientorienterat och ekonomiskt hållbart.....	17
3 KASTE-PROGRAMMETS MÅL OCH INNEHÅLL.....	18
3.1 Fokus på främjande av välfärd och hälsa och på klientorientering inom servicen.....	18
3.2 Delprogrammen tydliggör programmålen och programstrukturerna..	19
I Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras.....	20
II Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas	22
III Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas.....	24
IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas.....	26
V Data och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk.....	28
VI Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet	30
4 LAGSTIFTNINGSREFORMER, PROGRAM OCH REKOMMENDATIONER.....	32
5 KASTE-PROGRAMMET GENOMFÖRS I SAMARBETE.....	35

6	GENOM UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING KAN PROGRAMMETS INRIKTNING SES ÖVER.....	36
7	ÖVERVAKNING STÄRKER PROGRAMMET	37
8	KOMMUNIKATIONEN SKA VARA FÖRUTSEENDE OCH INTERAKTIV	38
	BILAGA 1 Uppföljningsindikatorer för Kaste-programmet	39
	BILAGA 2 Program och rekommendationer som anknyter till Kaste-programmet	40
	BILAGA 3 Uppgifter och sammansättning för delegationen för social-och hälsovård, för ledningsgruppen och de regionala ledningsgrupperna.....	43

I KASTE-PROGRAMMET FÖRNYAR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSPOLITIKEN

I.1 DETTA ÄR KASTE-PROGRAMMET

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) är en långvarig process för förändring, modernisering och innovationer. Kaste är ett nationellt program som skapar, utvärderar, sprider och förankrar ny god praxis. Det utgår från en enhetlig social- och hälsovård. Programmet syftar till att minska ojämlikheten och till att ordna social- och hälsovårdens strukturer och tjänster klientorienterat och ekonomiskt hållbart.

Programmet har utarbetats i samarbete mellan centrala sakkunniga i regionerna och centralförvaltningen. Det tar sig an reformbehov som allmänheten och centrala sakkunniga inom social- och hälsovården har lyft fram. I beredningen av programmet har man begagnat sig av många olika källor, såsom utlåtanden från nationella och regionala sakkunniga, resultat från den externa utvärderingen av föregående programperiod och en enkät bland allmänheten. Programmet för åren 2012–2015 fortsätter till en del reformarbetet från den föregående programperioden 2008–2011.

Kaste-programmet binder samman regeringsprogrammet och styrningen av lagstiftning, resurser och växelverkan enligt social- och hälsovårdsministeriets (SHM) strategi. Programmet är social- och hälsovårdens huvudprogram som de andra centrala programmen på området integreras i. I programmet fastställs målen för utvecklingsarbetet på området och åtgärderna för hur målen ska nås. Programmet ska underlätta beredningen av de viktigaste ändringarna i lagstiftningen och det praktiska genomförandet av dem. Övervakningen stödjer måluppfyllelsen. Delegationen för social- och hälsovården och ledningsgruppen under den samt de fem regionala ledningsgrupperna ansvarar för beredningen och genomförandet av programmet (bilaga 3).

I.2 MÅNGA OLIKA AKTÖRER MEDFÖR RESURSER TILL STÖD FÖR REFORMERNA

Statsunderstöden för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården stödjer programmets mål och genomförande. Det står årligen 17,5 miljoner euro till förfogande för projektfinansiering, inalles ca 70 miljoner euro för åren 2012–2015. Kommunerna och social- och hälsovårdens samkommuner får ansöka om statsunderstöd för regionala, eller i vissa fall för nationella, utvecklingsprojekt. Statsunderstödet får utgöra högst 75 procent av projektets totala kostnader. För projektarbetet anvisar kommunerna och samkommunerna minst 25 procent av de totala kostnaderna som självfinansieringsandel.

I samarbete med olika finansiärer samordnar SHM också annan finansiering avsedd för kommunernas, samkommunernas, organisationernas och företagens projekt inom social- och hälsovården i syfte att främja programmålen. Sådana finansiärer är bland andra Utvecklingscentralen för teknologi och innovationer (Tekes), Penningautomatföreningen (RAY), Jubileumsfonden för Finlands självständighet (Sitra), Europeiska socialfonden (ESR) och Folkpensionsanstalten (FPA). Arbets- och näringsministeriet (ANM), undervisnings- och kulturministeriet (UKM) och finansministeriet (FM) har egna utvecklingsprojekt med likartade mål som Kaste-programmets. I tillägg till projektfinansieringen använder de olika aktörerna avsevärda mängder med egna resurser för det utvecklingsarbete programmet stakar ut.

2 VARFÖR BEHÖVS KASTE-PROGRAMMET?

2.1 SKILLNADERNA I VÄLFÄRD OCH HÄLSA BÖR MINSKAS

Finländarnas välfärd och hälsa har ständigt förbättrats, men skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper har ökat inom så gott som alla dimensioner av välfärd och hälsa. Det finns skillnader i den somatiska och den psykiska sjukfrekvensen och i hälsovanorna. Den som är sämre lottad är ofta också arbetslös, har låga inkomster och svag hälsa.

Ökande fattigdom, återigen uppåtgående långtidsarbetslöshet och atypiska anställningsförhållanden som blir allt vanligare medför större osäkerhet och risk för utslagning i många människors liv. Risken för utslagning är störst hos människor med sjukdomar som sänker funktionsförmågan över en längre tid, som har problem med missbruk och en låg utkomstnivå. Det är oroväckande att livsföring och problem som försämrar välfärd och hälsa i många familjer går i arv till följande generation.

Otrygghet, beteendestörningar och inlärningssvårigheter hos barn kommer till synes i dagvården och skolvärlden. Barnskyddets behov av öppen vård och fostervård har fortsatt att öka. Våld i nära relationer och familjer har långtgående verkningar såväl för människans hälsa som för funktionsförmågan. Det är vanligt med mentala problem och missbruksproblem och de direkta och indirekta sociala och ekonomiska kostnaderna är betydande. En stor utmaning är fortfarande de splittrade tjänsterna inom mentalvården och missbrukarvården för barn, unga och vuxna, otillräcklig primärservice och att specialtjänsterna är fristående från primärservicen.

En speciell utmaning i Finland är att befolkningen åldras snabbt. När befolkningens åldersstruktur förändras kommer det att finnas

fler åldringar än i dag, det blir vanligare med minnessjukdomar och andra långtidssjukdomar och antalet personer med flera sjukdomar kommer att öka. Det innebär växande utgifter för social- och hälsovårdstjänsterna och ett behov av mera personal, om tjänsterna inte blir mera produktiva och effektiva. För en stabil offentlig ekonomi är det centralt att så många som möjligt i arbetsför ålder är sysselsatta.

Förebyggande arbete som överskrider förvaltnings- och sektorgränser samt ett tidigt stöd är lönsamt både mänskligt och ekonomiskt sett. Härutöver bör social- och hälsovården säkerställa att vården av långvariga sjukdomar och det långvariga sociala stödet fungerar och har bra verkan. Riskgrupper och människor som lever i svåra förhållanden bör uppmärksammas särskilt.

Människans välfärd och hälsa är summan av många faktorer. Enbart genom social- och hälsovårdens försorg kan välfärd och hälsa inte tryggas eller alla riskfaktorer röjas undan. Det behövs sektorövergripande åtgärder som främjar välfärd och hälsa hos alla befolkningsgrupper, förebyggande arbete som fokuserar på riskgrupperna samt korrigerande arbete för dem som har blivit sjuka eller har sociala svårigheter.

Varje individ har också ett eget ansvar, och människorelationer och livsföring har sin betydelse. Vårt samhälle bör erbjuda var och en förutsättningar för individuella, kollektiva och samhälleliga lösningar som stödjer välfärd och hälsa. Det bör erbjudas möjligheter till hälsosam kost, till motion och till att bygga upp sociala relationer. Ett väsentligt element i människornas välfärd är också en hälsosam, trygg och tillgänglig livsmiljö.

2.2 STRUKTURER OCH TJÄNSTER BÖR ORDNAS KLIENTORIENTERAT OCH EKONOMISKT HÅLLBART

Social- och hälsovårdens primärservice fungerar inte tillräckligt bra i alla kommuner. Det inbördes samarbetet mellan social- och hälsovården och samarbetet och arbetsfördelningen mellan tjänster på basnivå och specialnivå kan förbättras. De regionala skillnaderna i tjänsternas kvalitet och tillgänglighet är betydande. Klienterna har också svårigheter med att få service på sitt modersmål.

Social- och hälsovårdens metoder som ständigt utvecklas och klienternas valfrihet och rörlighet ställer allt högre krav på servicesystemet. För att utveckla systemet måste det klart och hållbart utstakas hur den kommunala social- och hälsovården och arbetet med att utveckla den ska organiseras på lång sikt. Kommunstrukturreformen utgör grunden för detta organiseringsarbete.

Social- och hälsovårdens kunskapsunderlag och styrningssystemet för den elektroniska datahanteringen bör stärkas. Det behövs systematisk insamling av data om tillståndet för befolkningens välfärd, om de välfärdsbestämmande faktorerna och om hur servicen fungerar. I hanteringen av data och effektiveringen av servicefunktionerna bör man kunna utnyttja informationstekniken mångsidigare och mera klientorienterat än i dagsläget.

Social- och hälsovårdens attraktionskraft, tillgången till personal samt personalens ork är gemensamma utmaningar. Vi behöver kunnigt ledarskap för att trygga en professionell personal som både orkar och trivs med sitt arbete. Den finländska social- och hälsovården är fortfarande rätt oförberedd på den ökade globaliseringen och på de utmaningar och möjligheter som invandringen och det mångkulturella elementet medför för servicesystemet. Även frågor som anknyter till tillgången till kunnig arbetskraft inom social- och hälsovården och till arbetskraftens rörlighet har blivit i skymundan.

3 KASTE-PROGRAMMETS MÅL OCH INNEHÅLL

3.1 FOKUS PÅ FRÄMJANDE AV VÄLFÄRD OCH HÄLSA OCH PÅ KLIENTORIENTERING INOM SERVICEN

Kaste-programmets mål är att

- I. I Skillnaderna i välfärd och hälsa minskar
 - Riskgruppernas delaktighet, välfärd och hälsa blir bättre
 - Förebyggande arbete och tidigt stöd ger effekter
 - Våldet i nära relationer och familjevåldet minskar

- II. Social- och hälsovårdens strukturer och tjänster har ordnats klientorienterat
 - Klienterna litar på att servicen har bra kvalitet och är effektiv
 - Genom ledarskap tryggas en fungerande service och en kunnig och välmående personal
 - Servicestrukturerna är ekonomiskt hållbara och fungerande

Fokus förflyttas från att ta hand om problem till att aktivt främja fysiskt, mentalt och socialt välmående och till att förebygga problem inom hela befolkningen.

3.2 DELPROGRAMMEN TYDLIGGÖR PROGRAMMÅLEN OCH PROGRAMSTRUKTURERNA

Kaste-programmet består av sex delprogram, lagstiftningsreformerna i anknytning till dem och rekommendationer. De viktigaste reformbehoven som sakkunniga inom social- och hälsovården och allmänheten har lyft fram har utsetts till delprogram.

Delprogrammen förtydligar målen och strukturen i Kaste-programmet. De har i uppgift att samordna styrningen av normer, resurser och växelverkan samt samarbetet mellan de viktigaste aktörerna på området och projektfinansiärerna. Delprogrammen genomförs på ett sådant sätt som upprätthåller och befrämjar likställigheten för nationalspråken.

Delprogrammen är:

- I. Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras
- II. Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas
- III. Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas
- IV. Servicestrukturen och primärservicen förnyas
- V. Information och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk
- VI. Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet

Specialbehoven hos samisk- och teckenspråkiga samt hos andra språkliga och kulturella minoriteter beaktas när delaktighet, välfärd och hälsa främjas och tjänster utvecklas. I genomförandet av hela programmet beaktas ytterligare behoven hos personer med funktionsnedsättningar, skillnaderna mellan könen och främjandet av jämställdhet.

Centrala principer i Kaste-programmet är delaktighet och klientorientering. I social- och hälsovårdstjänsterna innebär delaktigheten och klientorienteringen bland annat att människor ska få sin röst hörd och kunna påverka mera när det gäller beslut som rör dem själva, tjänsterna och hur de utvecklas. För att öka påverkningsmöjligheterna och klarlägga synpunkterna hos människor i olika åldrar är det nödvändigt att införa kollektiva arbetsmetoder som till exempel kan vara erfarenhetsexpertis, klientpaneler, råd och forum.

I Riskgruppernas möjligheter till delaktighet, välfärd och hälsa förbättras

Förutom det arbete som satsas på att främja välfärd och hälsa hos hela befolkningen bör uppmärksamheten särskilt fokuseras på riskgrupperna. Delaktighet i samhället innebär att var och en ska ha en chans till hälsa, utbildning, arbete, utkomst, bostad och sociala relationer. De mentala problemen och problemen med missbruk bör minskas. Läget för långtidsarbetslösa och bostadslösa måste förbättras. Särskilt bör behoven hos invandrare och etniska minoriteter uppmärksammas. Samarbetet mellan olika aktörer, såsom den offentliga sektorn, organisationer, företag och församlingar behöver förtydligas och bli smidigare.

I enlighet med regeringsprogrammet ska ett Åtgärdsprogram för att minska fattigdom, utslagning och skillnader i hälsa startas upp för att pågå hela regeringsperioden. Samtidigt är ett projekt som ingår i strategin EU2020 på gång som syftar till att minska antalet personer i riskzonen för fattigdom. Åtgärderna i Kaste-programmet är också ett led i verkställandet av dessa program.

Åtgärd 1: Delaktighetsfrämjande arbetsformer utvecklas för att stödja riskgrupper så att de reder sig.

- Delaktigheten i arbetslivet för långtidsarbetslösa och svårt sysselsatta personer främjas genom att förnya metoderna i vuxensocialarbetet och genom att effektivera den sociala sysselsättningen och den rehabiliterande arbetsverksamheten. Hälsa- och sjukvården kopplas i högre grad till processer som upprätthåller arbetsförmågan och har sysselsättande funktion. Ytterligare uppmärksammas särskilt utbildningsmöjligheterna och sysselsättningen för personer med funktionsnedsättningar, för etniska och språkliga minoriteter, för invandrare samt för rehabiliteringsklienter inom mental- och missbrukarvården.
- Frigivna fångars integrering i samhället främjas genom att de stödformer inom hälsovård och rehabilitering som inleds under fängelsetiden får fortsätta utan avbrott.
- Åtgärderna i enlighet med Programmet för att minska långtidsbostadslösheten fortsätter.

Åtgärd 2: De riktade formerna för främjande av välfärd och hälsa samt lågtröskeltjänsterna ska bli fler.

- Riktade och sporrande metoder för att främja hälsan hos riskgrupperna tas fram och genomförs i samarbete med den offentliga sektorn, organisationer och företag.
- Lättillgängliga mentalvårds- och missbrukartjänster utvecklas i linje med den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli).
- En regional samordningsmodell enligt Alkoholprogrammet inarbetas till stöd för den lokala rusmedelspolitiken och för att minska skadorna av missbruk.

Åtgärd 3: Kompetensen för förebyggande av våld förkovras.

- Ett koncept för förebyggande arbete avseende våld i nära relationer införs med beaktande av SHM:s rekommendationer och det nationella handlingsprogrammet för att minska kroppslig åtgång. Strukturer och kompetenser ska stärkas för att förhindra våld och kroppslig åtgång och för att man ska kunna ta sig an problemet.

Våld mot barn, unga, äldre och personer med funktionsnedsättningar uppmärksammas särskilt. Åtgärdsmodeller skapas för att hjälpa barn och unga som har utnyttjats sexuellt och deras familjer.

Delprogrammets åtgärder genomförs i samarbete med frivilligorganisationer, ANM, JM, IM, UKM och MM. Åtgärderna har kopplingar bland annat till Programmet för att minska långtidsbostadslösheten, Programmet för att minska våld mot kvinnor och Bostadsprogrammet för utvecklingsstörda samt till de strategiska riktlinjerna för RAY:s understödsverksamhet.

II Tjänsterna för barn, unga och barnfamiljer förnyas

Servicen för barn, unga och barnfamiljer utvecklas som klientorienterade serviceenheter i enlighet med den goda praxis som skapades under den föregående programperioden. Kompetenser inom specialtjänster, såsom barnpsykiatri, barnskydd och barn- och familjerådgivning erbjuds som stöd för primärtjänsterna till barnens normala uppväxt- och utvecklingsmiljöer, såsom hem, dagvård och skola. Det viktigaste är att det satsas på åtgärder som främjar välmående och förebygger problem och att tjänsternas kostnadseffektivitet förbättras.

Ett särskilt mål är att minska ojämlikheten och att förhindra utslagning hos barn och unga samt att stärka det förebyggande barnskyddet och minska behovet av omhändertaganden. Samarbetet mellan social- och hälsovårdstjänsterna, undervisningssektorn och ungdomsarbetet bör ökas för att anpassa de utspridda tjänsterna till varandra. Vidare bör partnerskapen med organisationer, församlingar och också den privata sektorn stärkas. FN:s konvention om barnets rättigheter är en av utgångspunkterna i delprogrammet.

Åtgärd 4: Serviceenheter för barn, unga och barnfamiljer utvecklas och verksamhetsmodeller införs som stödjer familjer, föräldraskap och vuxna som arbetar med barn och unga.

- Det satsas på ett mångprofessionellt, sektorövergripande och förenande ledarskap för barnfamiljstjänsterna.
- Förankring och spridning av metoder och verksamhetsmodeller från Kaste-programmets första programperiod som syftar till att stödja barns och ungas välmående samt deras somatiska och mentala hälsa inleds. Vidare utvecklas primärtjänster för att stödja barn i familjer där det förekommer någon allvarlig fysisk sjukdom, mentala problem och/eller missbruksproblem.

- Kommunerna instrueras att utarbeta den plan för barns och unga personers välfärd som avses i barnskyddslagen så att den också inbegriper kommunernas ungdomspolitiska programarbete enligt ungdomslagen och anpassas till välfärdsberättelsen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Kommunerna uppmuntras att vid utarbetandet av välfärdsplanerna ta reda på barnens och ungdomarnas egna åsikter och att använda planerna som arbetsredskap.

Åtgärd 5: De förebyggande tjänsterna och tjänsterna för tidigt stöd stärks och barnskyddsarbetet utvecklas.

- I samarbete med programmet Samhällsgaranti för unga (ANM) ökas delaktigheten i utbildning och i arbetslivet för unga med risk för utslagning. Särskilt uppmärksammas invandrarungdomar och unga romer.
- Socialarbetet för unga och det uppsökande ungdomsarbetet stärks. Elev- och studerandevården utvecklas och större välmående i skolorna, liksom uppkomsten av en hälsofrämjande skola främjas.
- Familjecentralernas verksamhet utvidgas i samarbete med familjerna, kommunerna, organisationerna och andra aktörer.
- Barnskyddets öppenvård och familjevård utvecklas. Satsningarna för barn och barnfamiljer på hemservice och på service som förs ut till hemmen stärks.
- Effekterna av de förebyggande hälsotjänsterna för barn och unga utvärderas.

Delprogrammet genomförs i samarbete med UKM och ANM. Förutom med programmet Samhällsgaranti för unga har delprogrammet bland annat samband med UKM:s Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogram (Lanuke) och med Utvecklingsplanen för utbildning och för forskning som bedrivs vid universiteten (Kesu) samt med RAY:s understödsprogram Emma och Elias.

III Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas

En stor del av de äldre bor till hög ålder hemma utan regelbundna tjänster. En förutsättning för att man ska klara sig hemma är att funktionsförmågan upprätthålls och då behövs det också andra tjänster parallellt med social- och hälsovårdstjänsterna. Det är särskilt viktigt att finna riskgrupperna och dem som är i behov av stöd och tjänster. Det kan göras förbättringar vad gäller bedömningen av servicebehovet och en rättvis fördelning av tjänsterna. Det behövs rådgivningstjänster, mångsidigare tjänster till hemmen och rehabilitering. Vårt servicesystem är splittrat, ställvis är den helhet av stöd och tjänster som klienten behöver dåligt samordnad, och det blir lätt avbrott i vård- och servicekedjan. Samarbetskompetensen mellan olika yrkesgrupper och andra aktörer bör stärkas.

Rehabiliteringens och andra välfärds- och hälsofrämjande tjänsters andel i servicehelheterna för äldre bör ökas. För klienterna och de närstående som tar hand om dem hemma bör det erbjudas individuellt skraddarsyddas tjänster i hemmet. För att minska institutionsvården och långvarig institutionsaktig vård behövs det nya servicekoncept som kombinerar boende och service. Kvalitetsmässigt ligger institutionsvårdens utmaning i att minska orienteringen mot organisationen och kännetecknen på institutionskultur samt i att öka klienternas möjligheter att påverka sitt eget liv och beslut som gäller det. Särskilt bör ensamhet och näringstillstånd hos ålderstigna människor uppmärksammas, liksom även regelbunden granskning av multimediceringskontroll, problem med den mentala hälsan och missbruk.

Åtgärd 6: Strukturuomvandling av tjänsterna för äldre.

- Praxis för bedömning av servicebehovet förbättras och för enhetligas.
- Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre förnyas och genomförandet inleds.

- Samordningen av och smidigheten hos servicekedjorna förbättras. Behovet av långvarig institutionsvård minskas genom att dygnetruntvården förnyas och genom mångsidigare och flera tjänster i hemmet och rehabilitering.
- Ett utvecklingsprogram för boende för äldre bereds i samarbete med MM.
- Ett utvecklingsprogram för närståendevården bereds i syfte att stärka författningsgrunden för närståendevården och för att utveckla ett mångsidigt stöd för familjer med närståendevårdare.

Åtgärd 7: Innehållet i tjänsterna utvecklas och kompetensen kring äldre förbättras.

- Ett nationellt minnesprogram genomförs. Det syftar till att främja hjärnans hälsa, förebygga minnessjukdomar, främja tidig diagnostisering, övergripande vård och rehabilitering av minnessjukdomar samt till att säkerställa en obruten vård- och servicekedja för minnessjuka och deras närstående.
- Ett nationellt projekt startas i syfte att utveckla munhälsovårdstjänsterna för äldre. En regelbunden utvärdering av näringsstillståndet hos äldre främjas och tillämpningen av närings- och motionsrekommendationer för äldre effektiveras.
- Regelbundna rutiner och redskap för medicineringsutvärdering främjas. I enlighet med Mieli-programmet byggs det upp servicehelheter som främjar den mentala hälsan och som förebygger bruk av rusmedel hos äldre.
- Kompetensen i gerontologi, mänskliga relationer och samverkan stärks i samarbete med de aktörer som ansvarar för utbildningen.

Delprogrammet har samband med RAY:s understödsprogram En bra vardag för äldre.

IV Servicestrukturen och primärservicen förnyas

Det krävs avsevärda strukturella och funktionella reformer för att klientorienterade och ekonomiskt hållbara social- och hälsovårdstjänster (främjande och förebyggande arbete, undersökningar, vård, omsorg och rehabilitering) ska kunna säkerställas. Ser man till servicesystemets hållbarhet ligger utmaningarna i splittrade strukturer och en splittrad finansiering, försämrade primärservice och bristfälligt samarbete mellan olika delar och nivåer av servicesystemet. Hela social- och hälsovårdsfältet påverkas väsentligt av kommunreformen och, som ett led i den, av nya servicestrukturer som syftar till avsevärt större befolkningsunderlag för ordnandet av tjänster. De nationella riktlinjerna för primärservicen och för specialtjänster som lämpar sig för centralisering behöver också preciseras.

Ur befolkningens och klienternas synvinkel sett finns det problem och en stor regional variation i tjänsternas kvalitet, effekt, tillgång och tillgänglighet. Särskilt i mentalvårdstjänsterna och missbrukartjänsterna samt i hälsovårdcentralernas tjänster behövs det förbättringar. Människor bör i högre grad göras delaktiga i planeringen av sina egna tjänster. Nya typer av klientskap utmanar också tjänsterna till förnyelse.

Åtgärd 8: Klientorienterade serviceenheter byggs upp.

- Nya klientorienterade, kostnadseffektiva vård-, rehabiliterings- och serviceenheter utformas och utarbetandet av organiseringsplaner för hälso- och sjukvården stöds.
- Införandet av innovativa praxis och produktionssätt i bredbasigt utvecklingssamarbete främjas (exempelvis serviceformgivning).
- Kommunernas sektorövergripande strukturer för främjande av hälsa och välfärd stärks och den kommunala företagshälsovårdens strukturer och innehåll utvecklas.

Åtgärd 9: Rättvis tillgång till service enligt behov ska säkerställas.

- Lagstiftningen om rätten att få vård förnyas och munhälsovårdstjänsterna utvecklas.
- Servicemodeller på distans införs för att säkerställa tillgången till service, till exempel webbaserade former för rådgivning och stöd, mottagningar med distanskonsultation, tjänster på hjul och teknologiunderstödd gruppstyrning.
- Utarbetande och utnyttjande av vård- och serviceplaner främjas och metoder och modeller som stödjer egenvården införs. Ett samarbete byggs upp mellan kommunerna och organisationerna kring förebyggande och vård av långtidsjukdomar.
- Utvärderingen av kvalitativa och effektiva verksamhetsrutiner utvecklas och ett behärskat införande av fungerande rutiner, respektive avstående från rutiner som inte fungerar, uppmuntras.

Delprogrammet genomförs i samarbete med Tekes program Innovativa social- och hälsovårdstjänster samt med RAY:s understödsprogram.

V Data och informationssystem omformas till stöd för klienter och fackfolk

Kunskapsunderlaget som styr social- och hälsovårdsverksamheten består av forskningsdata, data om befolkningen, klienterna, personalen och verksamheten (patient- och klientdatasystem, register och statistik) och av erfarenhetsbaserad information (klientresponssystem och den tysta kunskapen hos fackfolk).

Ur klienternas och befolkningens synpunkt ligger utmaningen särskilt i tillgången till data som rör en själv och till allmän social- och hälsovårdsinformation, i möjligheten att behärska användningen av data som berör en själv, att sköta ärenden smidigt och ge respons. Ur professionell synpunkt ligger utmaningarna i effektiv informationshantering, tillgång till aktuella klientuppgifter, nåbarhet och utnyttjande av forskningsdata och uppföljningsuppgifter om serviceverksamheten i beslutsfattandet och i utvecklandet av verksamheten. När tjänstestrukturerna i social- och hälsovården förnyas och samarbetet blir intensivare fordras det att klientuppgifterna kan sammanvändas. Detta förutsätter att datasystemlösningarna utvecklas och författningsgrunden förnyas.

Åtgärd 10: Förnyande och utnyttjande av datalager och informationssystem stöds.

- De nationella riktlinjerna för informationshantering inom social- och hälsovårdssektorns genomförs och interoperabiliteten mellan verksamhet, information, informationssystem och teknologi stärks (övergripande arkitektur) i samarbete med kommunerna och andra intressegrupper. I samarbete med Finlands Kommunförbund ges det stöd och anvisningar för utarbetandet av regionala strategier för informationshantering och hantering av den övergripande arkitekturen.
- Nationella informationssystem understöds, exempelvis eReceipt och eArkiv, och pilotprojekt som gäller de nationella definitionerna och nya modellerna för klientuppgifter som tagits fram i socialvårdens datateknologiprojekt genomförs.

- Kommunerna stöds i utarbetandet av välfärdsberättelser och uppmuntras att utvärdera verkningarna av sina beslut bland olika befolknings- och åldersgrupper.
- Modeller utvecklas som ska stärka beställningskompetensen och beställningssamarbetet hos de organisationer som beställer informationssystem. Vidare utvecklas innovativ offentlig upphandling i enlighet med upphandlingslagstiftningen.
- Informationssystemlösningar som gör det möjligt att samla in aktuell och täckande statistik och registeruppgifter samt gör kunskapsledarskap möjlig understöds.
- I serviceledningen, -utvecklingen, -övervakningen och -forskningen ökas det nationella, regionala och lokala utnyttjandet av data om invånarnas välfärd, hälsa och service.

Åtgärd 11: Den elektroniska kommunikationen stärks.

- Nationella definitioner för allmänhetens elektroniska social- och hälsovårdstjänster genomförs. En tjänstekatalog för social- och hälsovården utförs som en riksomfattande tjänst. Vidare ska det avtalas om ansvaret och strukturen för att upprätthålla och sprida allmän social- och hälsovårdsinformation till allmänheten.

Förutom med FM:s SADe-program genomförs delprogrammet i samarbete med Tekes program Innovativa social- och hälsovårdstjänster.

VI Genom ledarskap stöds förnyandet av servicestrukturen och välbefinnandet i arbetet

En central förutsättning för att utbudet av social- och hälsovårdstjänster ska motsvara befolkningens behov är tillgången till personal samt personalens varaktig. Det förutsätter att man tar hand om personalens välbefinnande och börjar utveckla en mångprofessionell arbetskultur och att man är bättre informerad än i dagsläget om hur personalen räcker till och om dess kompetens. Informationen samlas in nationellt och regionalt. I fortsättningen behöver man utveckla metoder för att analysera det övergripande personalläget.

Behovet av arbetskraft inom social- och hälsovården tilltar de närmaste åren i och med att servicebehovet ökar när befolkningen åldras. Samtidigt ökar också pensionsavgången bland de anställda i denna verksamhetssektor. Attraktionskraften till social- och hälsovården och i ledningen av den behöver stärkas. Ledarskapets utmaning ligger i att ansvara för en klientorienterad och effektfull service i kommun- och servicestrukturer som befinner sig i omvandling. Patientsäkerheten och fullföljandet av klientens rättigheter ställer särskilda krav på ledarskapet i denna sektor. Arbetsgivaren ansvarar för att arbetsplatsen är säker och hälsosam och för hanteringen av faktorer som inverkar på arbetsförmågan. Företagshälsovården och arbetsplatsens arbetarskyddsorganisation stödjer arbetsgivaren i de här uppgifterna. Samverkan mellan dem fordrar en vidare utveckling.

Åtgärd 12: Ledarskapet stärks för att förnya servicestrukturen och klientorienterade arbetssätt och för att främja personalens delaktighet och välbefinnande i arbetet.

- Strategiskt ledarskap och förändringsledarskap samt chefsarbetet på alla nivåer stärks när klientorienterade servicehelheter förnyas till struktur och funktion. Till stöd för ledarskapet utvecklas regionala samarbetsnätverk utifrån riktlinjerna för hur servicesystemet ska förnyas.

- Modeller utarbetas och förankras för att främja personalens delaktighet i att förbättra processerna. Ett mångprofessionellt sätt att arbeta och gemensamt ansvar utvecklas hos personalen i syfte att trygga en smidig klientservice.
- Genom gott ledarskap främjas arbetsförmågan, deltagandet i arbetet samt förenandet av arbetet med livet i övrigt hos anställda i olika livssituationer och med olika arbetsförmåga.
- Åtgärder som förbättrar personalens välbefinnande i arbetet genomförs. På samma gång utvärderas de funktionella och ekonomiska effekterna i samarbete mellan arbetsplatsen, företagshälsovården och andra aktörer. Det utvecklas en systematisk uppföljning av välbefinnandet i arbetet och utnyttjandet av den insamlade informationen.

Åtgärd 13: Ledarskapet stärks för att personalen ska räcka till och för att utveckla kunnandet.

- Verktyg för planering, dimensionering och uppföljning utvecklas för hantering av personalresurserna samt för nationell och regional prognostisering av personalens utbildningsbehov och för utvärdering och utveckling av personalkompetensen. Praxis för internationell rekrytering av personal förtydligas.
- I samarbete med utbildningsenheterna och andra aktörer skapas nationella kompetenshelheter för social- och hälsovården efter grundexamen och behovet av lagstiftning inom förvaltningsområdet bedöms i anknytning till dem.
- Mångprofessionellt lärande i arbetet främjas och arbetet med att utveckla uppgiftsbeskrivningar och uppgiftsstrukturer fortsätter.

4 LAGSTIFTNINGSREFORMER, PROGRAM OCH REKOMMENDATIONER

Författningsgrunden för social- och hälsovården förnyas. Varje delprogram i Kaste-programmet anknyter till lagstiftningsreformer eller ärenden som bör uppmärksammas i beredningen av lagreformerna. Delprogrammen är också förknippade med åtgärder som stödjer genomförandet av lagreformerna. I det här kapitlet förs de lagstiftningsreformer, principbeslut och rekommendationer av statsrådet samman som får stöd i beredningen och genomförandet genom Kaste-programmet.

Bland de viktigaste betoningarna i *Hälso- och sjukvårdslagen* (1325/2010) som trädde i kraft våren 2011 finner vi klientorientering, kvalitet i tjänster och vård och patientsäkerhet, stärkt primärvård, samarbete mellan de olika aktörerna, främjande av hälsa och välfärd och en dämpad kostnadsökning. Enligt lagen ska kommunen följa upp invånarnas hälsa och välfärd samt hälsans bestämningsfaktorer enligt befolkningsgrupp och utarbeta en välfärdsberättelse. *Barnskyddslagen* (417/2007) förutsätter att det utarbetas välfärdsberättelser om barn och unga på befolkningsnivå.

I beredningen av beslutsfattning och lösningar bör det tas hänsyn till *hur besluten inverkar på befolkningens hälsa och sociala välfärd* i olika befolkningsgrupper, hos personer av olika kön och olika ålder. I *programmet för skydd av hälsan* som är under beredning tas det fram nya modeller för hur miljöbetingade skador på hälsan kan beaktas i beslutsfattandet.

Arbetet med *den nya socialvårdslagen* som är under beredning och förnyandet av lagar som har nära koppling till den syftar till att göra socialvårdslagen till en täckande och stark övergripande lag. Reformens primära mål är att stärka klientens ställning i serviceprocessen, stärka stödstrukturerna för främjande av välfärd och att förbättra

samarbetet mellan de olika aktörerna. Den övergripande reformen av socialskyddslagen stärker också socialarbetets strukturer. Det är meningen att den nya lagen ska inbegripa *bestämmelser om verkställandet av skilsmässorådgivning för barnfamiljer och om medling enligt äktenskapslagen*. Avsikten är att närmare beslut i dessa frågor ska fattas i samband med att man tillsammans med de andra förvaltningsområdena ser över utvecklandet av de lagar som befinner sig i det så kallade gränssnittet.

I mars 2011 offentliggjordes *ett utkast till lag om tryggnad av tillgången till social- och hälsovårdstjänster för äldre personer*. Den bärande tanken i lagutkastet är att tjänsterna ska utföras så att äldre personer kan leva ett värdigt liv trots att funktionsförmågan eller hälsan försämrats. Beredningen av lagen fortsätter under Kaste-programperioden 2012-2015.

Hela social- och hälsovårdsfältet omformas av kommunreformen och av de nya servicestrukturerna som är en del av den. *Lagen om utvecklande av ordnandet av social- och hälsovården åren 2011–2014* (305/2011) trädde i kraft våren 2011. Enligt regeringsprogrammet ska social- och hälsovårdens servicestruktur förnyas som ett led i reformen av kommunstrukturen. Så säkerställs lika tillgång till högklassiga, effektiva och rättidiga tjänster inom social- och hälsovården. Social- och hälsovården ska ordnas som en enda helhet, med större befolkningsunderlag än i dagsläget i syfte att trygga en stabil och hållbar ekonomi och den kompetens som behövs. Ansvaret för finansieringen av tjänsterna och hur de organiseras ska innehas av en och samma organisation. Även strukturerna för främjande av hälsa och välfärd och för utvecklandet av social- och hälsovården beaktas i *beredningen av lagen om ordnande, utveckling och övervakning av social- och hälsovården* enligt regeringsprogrammet samt i reformen av socialvårdslagen.

Lagstiftningen om klienternas självbestämmanderätt förnyas. Direktivet om *patientens rätt att söka sig till hälsovård i ett annat EU-land* trädde i kraft 2011. Bestämmelserna ska införlivas i den nationella lagstiftningen inom loppet av två och ett halvt år. Under programperioden utvärderas förutsättningarna för anpassning av de juridiska grunderna för *social- och hälsovårdens informationssystem* och behovet av att förnya lagstiftningen kring *dataskydd* samt bereds nationell *lagstiftning som rör informationssystemtjänster* inom socialvården samt förnyandet av bestämmelserna om nationella personregister. Vidare utreds behovet av ändringar i lagstiftningen som *de elektroniska tjänsterna till allmänheten* förutsätter.

Alkohollagen och lagen om nykterhetsarbete förnyas i syfte att främja välfärd och hälsa och att minska skadorna. Beskattningen utvecklas i en hälsobaserad riktning. Vidare ska målen för *tobaks- och narkotikapolitiken* utstakas genom principbeslut av statsrådet.

Inom flera andra ministeriers ansvarsområden bereds lagstiftning som stödjer fullföljandet av målen i Kaste-programmet. ANM bereder *lagstiftning om servicecentraler för arbetskraft* som ska stärka ett mångprofessionellt samarbete till stöd för arbetslösa. I UKM är bland annat *en lag om elevvård* och *en reform av lagstiftningen om småbarnsfostran* under beredning.

I social- och hälsovårdsministeriet och inrättningar under ministeriet har det beretts flera nya program och rekommendationer, såsom rekommendationerna om *förebyggande av hem- och fritidsolyckor* och om *terminalvård*, vilkas verkställande fortsätter under Kaste-programperioden. Vidare verkställs till vissa delar program som fastställts av statsrådet, såsom *Programmet för minskning av långtidsbostadslösheten*, *Handikappolitiska programmet* (Vampo) och *Rompolitiska programmet* (Rompo), inom ramen för Kaste-programmet.

Program och rekommendationer som anknyter till Kaste-programmet finns i bilaga 2.

5 KASTE-PROGRAMMET GENOMFÖRS I SAMARBETE

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för den strategiska ledningen av programmet. Vidare ansvarar ministeriet för lagberedningen och för fullföljandet av programmet på olika sätt. Kaste-programmets målsättningar nås genom gemensamt arbete i kommunerna och samkommunerna, olika förvaltningsområden, organisationer, församlingar, företag samt utbildnings-, forsknings- och utvecklingsenheter.

De regionala ledningsgrupperna ansvarar för det regionala genomförandet av programmet. Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Arbetshälsoinstitutet (TTL) genomför landsomfattande utvecklingsåtgärder och stödjer lagberedningen och kommunernas utvecklingsarbete med sin egen sakkunskap. Sakkunniga från Finlands Kommunförbund och social- och hälsovårdens frivilligorganisationer fungerar som stöd för verkställandet. Organisationerna deltar i Kaste-programmets nationella, regionala och lokala utvecklingsprocesser särskilt i egenskap av sakkunniga som företräder tjänstebbrukarnas synvinkel.

För programmet utarbetas det en nationell genomförandeplan och regionala genomförandeplaner. I den nationella genomförandeplanen beskrivs programmets nationella åtgärder i detalj. Där fastställs vem som ansvarar för åtgärderna, vilka som är samarbetspartner samt tidtabellen för genomförandet. De regionala genomförandeplanerna utgår från utvecklingsbehoven i regionen och redogör för vilka av de nationella målen som är primära i regionen och med vilka regionala åtgärder de målen ska nås. För de regionala genomförandeplanerna används bland annat kommunernas välfärdsberättelser och servicestrategier samt planer för hur sjuk- och hälsovården ordnas och landskapens välfärdsprogram.

Innovationsbyn (Innokylä) och dess inlärningsnätverk stödjer genomförandet av programmet och spridandet av fungerande praxis. Innovationsbyn är ett innovationskollektiv som är gemensamt för aktörer och utvecklare inom social- och hälsovården och som erbjuder arenor, webbaserade arbetsredskap och gemensamma aha-upplevelser i syfte att generera, utvärdera och införa nya verksamhetspraxis.

6 GENOM UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING KAN PROGRAMMETS INRIKTNING SES ÖVER

Verkställandet av programmet och måluppfyllelsen följs och utvärderas halvårsvis bland annat med hjälp av statistiska uppgifter och enkäter. För varje delprogram har det utsetts uppföljningsindikatorer som beskriver den samhälleliga effekten samt processindikatorer som närmare beskriver hur Kaste-programmets åtgärder har lyckats och hur verksamhetsrutinerna har förändrats. Med indikatorernas hjälp följer man hur programmet fortskrider och vid behov görs det ändringar i betoningarna. Uppgifterna om hur programmet och dess delprogram fortskrider, om hur samarbetet med kommunerna och olika aktörer lyckas och om hur projektfinansieringen fördelas kompletteras med externa utvärderingar. Uppföljningsindikatorerna finns i bilaga 1.

7 ÖVERVAKNING STÄRKER PROGRAMMET

Övervakningen som ska stödja genomförandet av programmet verkställs genom Valviras och regionförvaltningsmyndigheternas gemensamma övervakningsprogram. Övervakningen riktas särskilt till följande helheter:

- hur social- och hälsovårdens servicestrukturer utvecklas,
- tillgången till primärtjänster och
- dygnetruntvård, omsorg och boendetjänster.

8 KOMMUNIKATIONEN SKA VARA FÖRUTSEENDE OCH INTERAKTIV

Aktiv och förutseende kommunikation ska stödja Kaste-programmets mål och engagera de centrala aktörerna i genomförandet av programmet. Kommunikationen ska göra programmets framsteg och resultat bekanta för fackfolk, beslutsfattare och allmänheten. Kommunikationen sköts i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och inrättningarna under ministeriet, med Kommunförbundet, organisationerna och de regionala ledningsgrupperna.

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar tillsammans med delegationen för den övergripande kommunikationsplaneringen och stödjer de regionala ledningsgrupperna med den regionala kommunikationen. För detta ändamål utarbetas det en nationell kommunikationsplan som ett led i genomförandeplanen för programmet och regionala kommunikationsplaner som ett led i de regionala genomförandeplanerna.

Principerna för kommunikationen är tillförlitlighet, förutsebarhet, växelverkan och diskussion. Ytterligare viktiga principer är jämlikhet, partnerskap och verkan. Kommunikationen sköts på finska, svenska och till merparten också på engelska.

BILAGA I

UPPFÖLJNINGSSINDIKATORER FÖR KASTE-PROGRAMMET

Uppföljningsindikatorer för samhällelig verkan	Processindikatorer
Befolkningens upplevelse av hälsotillstånd och livskvalitet <ul style="list-style-type: none"> - unga - personer i arbetsför ålder - äldre - enligt kön 	Skillnaderna i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna följs upp och rapporteras i kommunerna
Förväntad livslängd för en 25-åring enligt utbildning	Målen för att minska skillnaderna i välfärd och hälsa i kommunens verksamhets- och ekonomiplaner
Utslagning och ojämnt fördelad välfärd <ul style="list-style-type: none"> - andelen unga utslagna - andelen småinkomsttagare - inkomstfördelningen (Ginikoefficient) - antal personer som varit arbetslösa i över ett år - antal långtidsbostadslösa - andelen placerade utanför hemmet - hushåll som fått utkomststöd 	Bruk av metoder för förhandsutvärdering i kommunerna (olika åldersgrupper)
Barnfamiljernas bekymmer och deras upplevelse av att få hjälp	Välfärdsberättelser enligt barnskyddslagen i kommunerna
Funktionsförmågan hos äldre (andelen 75–84-åringar som utan svårighet kan röra sig ute ensamma)	Utvärdering av servicebehovet och serviceplaner inom äldreomsorgen
Ökat och mångsidigare individuellt boende för äldre: Andel av dem som fyllt 75 år som får service för äldre, (%) <ul style="list-style-type: none"> - regelbunden hemtjänst - effektiverat serviceboende - långvarig institutionsvård 	Hur allmänt är det med äldreråd
Befolkningens tilltro till social- och hälsovårdstjänsterna och klienttillfredsställelse	Hur vanligt är det med samordningsmetoder för service och hur fungerar de (beskrivningar av servicekedjor, case management)
Summavariabel om tillgången till service och behandling (inkl. tjänster inom primärvården och specialistsjukvården, mentalvårdstjänster och socialtjänster)	Hälsofrämjandet är aktivt i kommunen
	Användning av eArkivet vid behandlingen av patienter (täckning/användningsgrad)
	Användning av den elektroniska välfärdsberättelsen med kringverktyg (täckning, användningsgrad)
	Responstjänster för klienterna, omfattning/täckningsgrad
Dimensionering och omsättning av personal inom social- och hälsovårdssektorn <ul style="list-style-type: none"> - läkare och tandläkare - övrigt fackfolk inom hälso- och sjukvården - fackfolk i socialt arbete 	Personalkompetensen inom social- och hälsovården <ul style="list-style-type: none"> - andel som deltar i fortbildning och fortbildningsdagar per yrkesgrupp - upplevd kongruens mellan kompetens och arbetskrav
Välbefinnandet i arbetet inom social- och hälsovården <ul style="list-style-type: none"> - kommunernas social- och hälsovårdspersonal - sjukhuspersonalen 	Ledarskapets kvalitet inom social- och hälsovården <ul style="list-style-type: none"> - ledarskapskvaliteten i kommunerna så som personalen inom social- och hälsovården upplever den

BILAGA 2

PROGRAM OCH REKOMMENDATIONER SOM ANKNYTER TILL KASTE-PROGRAMMET

- Alkoholprogrammet 2004–2011, 2012–
http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/forskning/program/alkoholprogrammet
- Vårldsfärdsprogrammet HYVÄ, ANM
http://www.tem.fi/index.phtml?105034_m=104823&l=sv&s=4760
- Förslag av arbetsgruppen Ikähoiva (på finska)
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1554171#fi
- Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre
http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/kvalitet_och_utveckling/aldre/rekommendation
- Förslag av arbetsgruppen Ikäneuvo
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10124.pdf
- Nätverk för ledare, SHM
- Nationell handlingsplan för mänskliga rättigheter 2012–2013, JM
<http://www.om.fi/sv/Etusivu/Valmisteilla/Kehittamishankkeita/1302674002425>
- Nationella hälsoarkivet, KanTa, SHM
<https://www.kanta.fi/sv>
- Handlingsprogram för minskning av hälsoskillnaderna 2008–2011, Teroka-samarbetsprojektet 2008–2011 (på finska)
<http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=89&Itemid=121>
- Nationell plan för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli), 2009–2015
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8871.pdf
- Boendeprogram för utvecklingsstörda, MM
<http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=375416&lan=fi&clan=sv>
- Målprogram för förebyggande av hem- och fritidsolycksfall åren 2007–2012. SHM:s publikationer 2006:24 (på finska)
- Plan för utveckling av utbildningen och forskningen vid universitetet (Kesu), UKM
http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/asiakirjat/kesu_2012_sv.pdf
- Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogrammet 2012-2015 (Lanuke), UKM

http://www.minedu.fi/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/Kehittamisohjelma_2012-2015/?lang=sv

- Främjande av rökfrihet bland barn och unga, SHM (på finska)
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1490715
- Läke medel spolitiken 2020, 2010–2020, SHM (på finska)
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf
- Projekt Masto för att minska arbetsförmåga som beror på depression, 2008–2011, SHM
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1381393
- Programmet för att minska våld mot kvinnor, SHM (på finska)
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1522973
- Samhälls garantin för unga, ANM (på finska)
<http://www.tem.fi/index.phtml?s=4659>
- Programmet för minskning av långtidsbostadslösheten 2008-2011, MM
<http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=274993&lan=fi&clan=sv>
- Patientsäkerhet genom kunskap och färdighet
http://www.thl.fi/sv_SE/web/potilasturvallisuus-sv
- Programmet för den inre säkerheten, SM
<http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/pages/indexsve>
- Politiskt program för romerna i Finland, ROMPO, 2009–, SHM
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1477342
- Finlands handikappolitiska program VAMPO, 2010–2015, SHM
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1522141
- Tvärdministrativt åtgärdsprogram för att minska utslagning, fattigdom och hälsorelaterade problem
- Programmet för att påskynda elektronisk ärendehantering och demokrati, SAdE, FM
http://www.vm.fi/vm/sv/05_projekt/04_sade/index.jsp
- Konst och kultur ger hälsa och välfärd (Taiku-programmet), 2010–2014,
http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2010/Taiteesta_ja_kulttuurista_hyvinvointia.html
- Politikprogrammet för hälsofrämjande, 2007–2011
<http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/sv.jsp>
- Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, 2001–2015
http://www.stm.fi/sv/under_arbete/utvecklingsprojekt/halsa_2015
- Åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler, 2008–2011
http://www.stm.fi/sv/under_arbete/utvecklingsprojekt/fungerande_halsocentral

- Strategi för utveckling av arbetslivet, ANM
<http://www.tem.fi/index.phtml?l=sv&s=4698>
- Statsrådets principbeslut om drog- och narkotikapolitiken, 2008–2011 (på finska)
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3475.pdf
- Attraktiv och hälsofrämjande hälsovård 2008–2011 (på finska)
<http://www.vete.fi/>
- Gemensamt riksomfattande tillsynsprogram för miljö- och hälsoskyddet, 2011–2014
http://www.valvira.fi/se/styrning_och_tillsyn/tillsynsprogram/miljohalsovard

Förkortningar:

UKM	= Undervisnings- och kulturministeriet
IM	= Inrikesministeriet
MM	= Miljöministeriet
ANM	= Arbets- och näringsministeriet
JM	= Justitieministeriet
FM	= Finansministeriet
TTL	= Arbetshälsoinstitutet
THL	= Institutet för hälsa och välfärd
Valvira	= Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården
RFV	= Regionförvaltningsverket
TEKES	= Utvecklingscentralen för teknologi och innovationer
RAY	= Penningautomatföreningen

BILAGA 3

UPPGIFTER OCH SAMMANSÄTTNING FÖR DELEGATIONEN FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRD, FÖR LEDNINGSGRUPPEN OCH DE REGIONALA LEDNINGSGRUPPERNA

UPPGIFTER OCH SAMMANSÄTTNING FÖR DELEGATIONEN FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRD

Uppgifter

Delegationen har i uppgift att

- för social- och hälsovårdsministeriet bereda ett förslag till det nationella utvecklingsprogrammet utgående från nationellt sammanställda mål
- främja och följa genomförandet av programmet
- vid behov ge social- och hälsovårdsministeriet förslag till rekommendationer och anvisningar som syftar till att främja och stödja utvecklingsprogrammets måluppfyllelse
- ge förslag om anvisande av de anslag som står till förfogande för utvecklingsverksamhet inom social- och hälsovården till olika prioriteringsområden i utvecklingsverksamheten.

Sammansättning (suppleanter inom parentes)

Ordförande:

Maria Guzenina-Richardson,
omsorgsminister, social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande:

Vesa Rantahalvari, statssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet

Sekreterare:

konsultativa tjänstemannen **Salme Kallinen-Kräkin** och
konsultativa tjänstemannen **Taina Mäntyranta**, social- och hälsovårdsministeriet

Medlemmar:

Marjo Anttoora, statssekreterare, inrikesministeriet
(**Niklas Andersson**, specialmedarbetare, inrikesministeriet)

Jarmo Lindén, statssekreterare, undervisnings- och kulturministeriet
(**Minna Kelhä**, specialmedarbetare, undervisnings- och kulturministeriet)

Katariina Poskiparta, statssekreterare, miljöministeriet
(**Elina Moisio**, specialmedarbetare, miljöministeriet)

Marcus Rantala, statssekreterare, försvarsministeriet
(**Malin Brännkärr**, specialmedarbetare, justitieministeriet)

Kari Välimäki, kanslichef, social- och hälsovårdsministeriet
(**Raimo Ikonen**, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet)

Erkki Virtanen, kanslichef, arbets- och näringsministeriet
(**Ulla-Maija Laiho**, utvecklingsdirektör, arbets- och näringsministeriet)

Harri Skog, kanslichef, undervisnings- och kulturministeriet
(**Eeva-Riitta Pirhonen**, direktör, undervisnings- och kulturministeriet)

Päivi Laajala, avdelningschef, finansministeriet
(**Auli Valli-Lintu**, regeringsråd, finansministeriet)

Aino-Inkeri Hansson, avdelningschef, överdirektör, social- och
hälsovårdsministeriet
(**Olli Kerola**, biträdande avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet)

Päivi Sillanaukee, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet
(**Reijo Väärälä**, biträdande avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet)

Pekka Puska, generaldirektör, Institutet för hälsa och välfärd
(**Marina Erhola**, överdirektör, Institutet för hälsa och välfärd)

Kari Nenonen, vice verkställande direktör, Finlands Kommunförbund rf
(**Soile Paahtama**, specialsakkunnig, Finlands Kommunförbund rf)

Vertti Kiukas, verksamhetsledare, Finlands social och hälsa rf – SOSTE
(**Eeva Kuuskoski**, direktör, Finlands social och hälsa rf – SOSTE)

UPPGIFTER OCH SAMMANSÄTTNING FÖR LEDNINGS-GRUPPEN FÖR DET NATIONELLA UTVECKLINGS-PROGRAMMET FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

Uppgifter

Ledningsgruppen har i uppgift att

- leda beredningen av det nationella utvecklingsprogrammet samt det riksomfattande och regionala genomförandet,
- främja samarbetet mellan centralförvaltningen och regionerna,
- behandla frågor som gäller samarbetet med social- och hälsovårdsorganisationerna inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet,
- behandla den helhet som styrnings- och tillsynsåtgärderna utgör, och att
- sköta andra riksomfattande styrningsuppgifter med anknytning till genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet.

Sammansättning (suppleanter inom parentes)

Ordförande:

Kari Välimäki, kanslichef, social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande:

Aino-Inkeri Hansson, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet

Vice ordförande:

Päivi Sillanaukee, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet

Sekreterare:

konsultativa tjänstemannen **Salme Kallinen-Kräkin** och

konsultativa tjänstemannen **Taina Mäntyranta**, social- och hälsovårdsministeriet, Kaste-programchef **Meri Larivaara**, Institutet för hälsa och välfärd, specialsakkunnig **Soile Paahtama**, Finlands Kommunförbund, utvecklingsdirektör **Juha Pantzar**, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa (till 31.12.2011)

Medlemmar:

Marina Erhola, överdirektör, Institutet för hälsa och välfärd
(**Erkki Vartiainen**, överdirektör, Institutet för hälsa och välfärd)

Harri Vainio, generaldirektör, Arbetshälsoinstitutet
(**Anna-Liisa Pasanen**, verksamhetsområdesdirektör, Arbetshälsoinstitutet)

Marja-Liisa Partanen, överdirektör, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården
(**Tarja Holli**, direktör, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården)

Kirsi Paasikoski, direktör, Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland
(**Sirkka Jakonen**, direktör, Regionförvaltningsverket i Östra Finland)

Elise Kivimäki, förmånschef, Folkpensionsanstalten
(**Pekka Koivisto**, ledande läkare, Folkpensionsanstalten)

Sami Uotinen, tf. direktör, Finlands Kommunförbund rf
(**Päivi Koivuranta-Vaara**, administrativ överläkare, Finlands Kommunförbund rf)

Sisko Seppä, direktör, Penningautomatföreningen RAY
(**Elina Varjonen**, utvecklingschef, Penningautomatföreningen RAY)

Pia Harju-Autti, branschdirektör, Tekes – utvecklingscentralen för teknologi och innovationer
(**Mervi Pulkkanen**, program, direktör Tekes – utvecklingscentralen för teknologi och innovationer)

Jorma Niemelä, rektor, yrkeshögskolan Diakonia
(**Kimmo Kontula**, prorektor, Helsingfors universitet)

Tor Jungman, ordförande, Finlands social och hälsa rf – SOSTE
(**Leena Rosenberg-Ryhänen**, vice ordförande, Finlands social och hälsa rf – SOSTE)

Pirjo Aalto, administrativ överskötare, Birkalands sjukvårdsdistrikt
(**Risto Miettunen**, direktör, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt)

Tarja Myllärinen, verkställande direktör, Sydöstra Finlands kompetenscentrum inom det sociala området

(**Torbjörn Stoor**, verkställande direktör, Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC)

Matti Rekiaro, chef för verksamhetsenhet, överläkare, Sydösterbottens sjukvårdsdistrikt

(**Anu Niemi**, överläkare, Norra Karelens sjukvårdsdistrikt)

Sinikka Salo, biträdande stadsdirektör, Uleåborgs stad

(**Matti Ansala**, biträdande stadsdirektör, Rovaniemi stad)

Juha Metso, omsorgsdirektör, Esbo stad

(**Jukka T. Salminen**, biträdande stadsdirektör, Vanda stad)

Markku Tervahauta, serviceområdesdirektör, Kuopio stad

(**Raija Voutilainen**, social- och hälsovårdsdirektör, Varkaus stad)

Maija Kyttä, biträdande stadsdirektör, Åbo stad

(**Aulis Laaksonen**, biträdande stadsdirektör, Björneborgs stad)

Taru Kuosmanen, beställningschef, Tammerfors stad

(**Erkki Lehtomäki**, beställningschef, Tammerfors stad)

REGIONALA LEDNINGSGRUPPER

Uppgifter

Bestämmelser om de regionala ledningsgruppernas uppgifter finns i statsrådets förordning om delegationen för social- och hälsovård (3–5 §). Enligt 4 § ska de regionala ledningsgrupperna

- göra upp de planer inom det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården som avser genomförandet i regionerna med hjälp av vilka uppnåendet av de nationella målen stöds och i vilka de nationella riktlinjerna för utvecklingsarbetet och utvecklingsbehoven inom ledningsgruppens ansvarsområde samordnas,
- för delegationen lägga fram förslag till åtgärder med hjälp av vilka genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet kan främjas,
- till delegationen ge ett utlåtande om de projekt inom regionen som har ansökt om statsunderstöd enligt 5 b § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården, och
- dessutom sköta de uppgifter som anges särskilt i social- och hälsovårdsministeriets beslut om att tillsätta ledningsgruppen eller som delegationen bestämmer.

REGIONAL LEDNINGSGRUPP FÖR NORRA FINLAND

Ordförande:

Sinikka Salo, biträdande stadsdirektör, Uleåborg

Vice ordförande:

Matti Ansala, biträdande stadsdirektör, Rovaniemi

Sekreterare:

programchef **Margit Pääta**

Medlemmar:

Liisa Niiranen, omsorgsdirektör, Kemi
(**Auvo Kilpeläinen**, social- och hälsovårdsdirektör, Kemijärvi)

Timo Peisa, ledande hälsovårdscentralläkare, Ranua
(**Ulla Ylläsjärvi**, ledande hälsovårdscentralläkare, Kolari)
Vesa Isoviita, omsorgsdirektör, Kuusamo
(**Keijo Koski**, tf. social- och hälsovårdsdirektör, Uleåborg)

Sinikka Soukka, personalchef, Samkommunen för basservice Kallio,
Ylivieska
(**Anne Mäki-Leppilampi**, omsorgsdirektör, Kalajoki)

Kirsti Ylitalo, direktör, Oulunkaari samkommun
(**Eeva Maarit Valkama**, omsorgsdirektör, Limingo)

Jussi Salminen, social- och hälsovårdsdirektör, Karleby
(**Tarja Oikarinen-Nybacka**, basservicedirektör, Affärsverket för bas-
service JYTÄ, Kannus)

Maire Ahopelto, social- och hälsovårdsdirektör, Samkommunen för
Kajanalands landskap
(**Marita Pikkarainen**, utvecklingschef, Samkommunen för Kajanalands
landskap)

Hannu Leskinen, direktör, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt
(**Pasi Parkkila**, utvecklingsdirektör, Norra Österbottens sjukvårdsdi-
strikt)

Hannu Pajunpää, direktör, Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt
(**Eva Salomaa**, direktör, Lapplands sjukvårdsdistrikt)

Anne Mustakangas-Mäkelä, specialsakkunnig, Finlands social och
hälsa rf – SOSTE
(**Jussi Kemppainen**, verksamhetsledare, Oulun seudun setlementti)

Piia Ruotsala, social- och hälsovårdssekreterare, Sametinget
(**Ristenrauna Magga**, SámiSoster ry)

Marja-Leena Kärkkäinen, basservice, chef för avdelningen rättsskydd och tillstånd, Regionförvaltningsverket i Norra Finland
(**Ritva Kauhanen**, landskapssakkunnig, Lapplands förbund)

Anneli Pouta, avdelningschef, Institutet för hälsa och välfärd
(**Juha Fränti**, enhetschef, Institutet för hälsa och välfärd)

Petri Kinnunen, direktör, Kompetenscentret inom det sociala området i Norra Finland Poske, enheten för Norra Österbotten, Uleåborg
(**Kaisa Kostamo-Pääkkö**, utvecklingsdirektör, Kompetenscentret inom det sociala området i Norra Finland Poske, enheten för Lappland, Rovaniemi)

Marja Irjala, generalsekreterare för De ungas vänner (Nuorten ystävät ry)
(**Veli-Pekka Cajan**, verkställande direktör, Respecta Oy)

Anneli Pohjola, direktör, institutionen för socialt arbete, fakulteten för samhällsvetenskaper, Lapplands universitet
(**Kari Virolainen**, direktör, enheten för social- och hälsovård, Uleåborgsregionens yrkeshögskola)

Pekka Honkanen, professor i allmänmedicin, Uleåborgs universitet, Samkommunen för Kajanalands landskap
(**Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi**, professor i allmänmedicin, Uleåborgs universitet)

REGIONAL LEDNINGSGRUPP FÖR SÖDRA FINLAND

Ordförande:

Juha Metso, omsorgsdirektör, Esbo stad

Vice ordförande:

Jukka T. Salminen, biträdande stadsdirektör, Vanda stad

Sekreterare:

programchef **Kristiina Kariniemi-Örmälä**

Medlemmar:

Paavo Voutilainen, socialdirektör, Helsingfors stad
(**Jarmo Rähkä**, ledande specialsakkunnig, Helsingfors stad)

Tuula Heinänen, hälsovårdsdirektör, Esbo stad
(**Timo Aronkytö**, hälsovårdsdirektör, Vanda stad)

Kimmo Mattila, överläkare, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
(**Carola Grönhagen-Riska**, överläkare, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt)

Merja Salmi, verkställande direktör, Socialkompetens Ab - Sosiaalitalto Oy
(**Pirjo Marjamäki**, direktör, Socca - Kompetenscentret inom det sociala området i huvudstadsregionen)

Tuula Salokangas, serviceområdesdirektör för hälsovårdstjänster och socialt arbete för vuxna, Träskända stad
(**Tua Evokari**, social- och hälsovårdsdirektör, Kervo stad)

Matti Toivola, verkställande direktör, Helsingfors stad/hälsovårdscentral
(**Riitta Simoila**, utvecklingsdirektör, Helsingfors stad/hälsovårdscentral)

Leena Kokko, social- och hälsovårdsdirektör, Sibbo kommun
(**Pia Nurme**, social- och hälsovårdsdirektör, Borgå stad)

Niina Korpelainen, beställningschef, Kouvola stad
(**Asta Saario**, servicedirektör för hälsovården, Kouvola)

Arja Yliluoma, omsorgsdirektör, Lojo stad
(**Riitta-Liisa Reiterä**, samkommunsdirektör, Samkommunen för bas-service Karviainen)

Virpi Kölhi, förvaltningsdirektör, Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt
(**Merja Tepponen**, utvecklingsdirektör, Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt)

Anne Hiiri, hälsovårdsdirektör, Kotka stad
(**Timo Hokkanen**, direktör för handikappservice, Kotka stad)

Erica Mäkipää, specialsakkunnig, Finlands social och hälsa rf – SOSTE
(**Timo Lemmetyinen**, verksamhetsdirektör, Kalliolan setlementti)

Risto Hämäläinen, verkställande direktör, Invalidförbundets Boendetjänster

(**Kristiina Hautakangas**, verkställande direktör, Mainio Vire Oy)

Esa Ellala, direktör, Regionförvaltningsverket i Södra Finland

(**Juhani Joutsenlahti**, forskare, Nylands förbund)

Markku Pekurinen, avdelningsdirektör, Institutet för hälsa och välfärd
(**Pia Maria Jonsson**, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd)

Tuuli Mattelmäki, senior researcher, Aalto-universitetet

(**Kirsikka Vaajakallio**, projektchef, Aalto-universitetet)

REGIONAL LEDNINGSGRUPP FÖR ÖSTRA OCH MELLERSTA FINLAND

Ordförande:

Markku Tervahauta, serviceområdesdirektör, Kuopio stad

Vice ordförande:

Raija Voutilainen, social- och hälsovårdsdirektör, Varkaus stad

Sekreterare:

programchef **Jouko Miettinen**

Medlemmar:

Risto Miettunen, direktör, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt

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

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

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

Saara Pesonen, resultatenhetschef för socialt arbete,
Östra Savolax sjukvårdsdistrikt
(**Marja-Leena Meriläinen**, omsorgsdirektör, Idensalmi stad)

Kari Karjalainen, stadsdirektör, Joensuu stad
(**Pekka Kuosmanen**, social- och hälsovårdsdirektör, Joensuu stad)

Kaarina Kursukangas-Hourula, kontaktdirektör, Idensalmi
(**Marko Korhonen**, kommundirektör, Lapinlax kommun)

Airi Turunen, affärsverksdirektör, servicecentralen för social- och
hälsovård, affärsverket HELLI
(**Anna-Mari Savela**, utvecklingschef, Joensuu stad)

Maria Närhinen, social- och hälsovårdsdirektör, S:t Michels stad
(**Markku Aholainen**, landskapsombud, Södra Savolax landskapsför-
bund)

Elina Pajula, specialsakkunnig, Finlands social och hälsa rf – SOSTE
(**Raija Harju-Kivinen**, ordförande, Mellersta Finlands center för
främjande av folkhälsan, Jyväskylä)

Sirkka Jakonen, direktör, Regionförvaltningsverket i Östra Finland
(**Kirsi Vainikainen**, enhetschef, Närings-, trafik- och miljöcentralen
i Norra Savolax)

Riitta Smolander, verkställande direktör, Kyyhkylä Rehabiliterings-
center och sjukhus, S:t Michel
(**Tuija Haatainen**, utvecklingsdirektör, Attendo MedOne Oy, S:t Michel)

Juha Kinnunen, dekanus, Östra Finlands universitet
(**Timo Ahonen**, dekanus, Jyväskylä universitet)

Mikael Palola, affärsverksdirektör, basserviceaffärsverket Saarikka
(**Anneli Latva-Nevala**, direktör för omsorgssektorn, Wiitaunionen
(Pihtipudas och Viitasaari)

Pekka Utriainen, social- och hälsovårdsdirektör, Jyväskylä stad
(**Jarmo Koski**, ansvarsområdesdirektör, Jyväskylä stad)

Kare Norvapalo, forsknings- och utvecklingschef, Jyväskylä yrkeshögskola

(**Tuomas Lappalainen**, utbildnings- och utvecklingschef, Norra Karelen yrkeshögskola)

Simo Kokko, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd

(**Liisa Heinämäki**, specialforskare, Institutet för hälsa och välfärd)

Sari Hänninen, regiondirektör för Östra Finland, Folkpensionanstalten

(**Pekka Mäntyselkä**, direktör, enheten för primärvård, Kuopio universitetssjukhus)

Jouko Isolauro, direktör, Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt

(**Ulla Nykänen**, social- och hälsovårdsdirektör, Pieksämäki stad)

Heli Norja, direktör, tjänster för styrd välfärd och självständig inläring, Kuopio stad

(**Pekka Puustinen**, direktör för stöd för växande och lärande, Kuopio stad)

REGIONAL LEDNINGSGRUPP FÖR VÄSTRA FINLAND

Ordförande:

Maija Kyttä, biträdande stadsdirektör, Åbo

Vice ordförande:

Aulis Laaksonen, biträdande stadsdirektör, Björneborg

Sekreterare:

programchef **Mikko Pakarinen**

Medlemmar:

Päivi Nygren, administrativ överskötare, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

(**Olli-Pekka Lehtonen**, direktör, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt)

Olli Wanne, chefsöverläkare, Satakunta sjukvårdsdistrikt

(**Merja Paavola**, verksamhetsområdesdirektör för socialtjänster, Satakunta sjukvårdsdistrikt)

Juhani Tiitinen, direktör, Samkommunen för sjuk- och hälsovården i Mellersta Satakunta

(**Kristiina Kuusio**, planeringschef, Raumo)

Esa Hakala, verkställande direktör, Norra Satakunta samkommun för basserviceaffärsverket

(**Kristiina Piirala**, omsorgsdirektör, Vittis)

Riitta Liuksa, basservedirektör, Åbo

(**Sanna-Tuulia Lehtomäki**, social- och hälsovårdsdirektör, Reso)

Antti Parpo, direktör för välfärdstjänster, S:t Karins

(**Jari Kesäniemi**, kommundirektör, Koskis)

Otto Ilmonen, social- och hälsovårdsdirektör, Västaboland

(**Veli-Matti Kauppinen**, specialplanerare, Egentliga Finlands förbund)

Seija Hyvärinen, administrativ överskötare, Salo

(**Ulla Tynni**, personalchef, Samkommun för basservice Akseli)

Sari Rantanen, social- och hälsovårdsdirektör, Letala

(**Sirpa Rantanen**, ledande läkare, Härkätie samkommun)

Merja Anis, verkställande direktör, Egentliga Finlands kompetenscentrum inom det sociala området Oy Vasso Ab

(**Eini Pihlajamäki**, utvecklingschef, Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området- FSKC)

Jaana Simula, kulturdirektör, Björneborg

(**Soile Strander**, fritids- och kulturdirektör, Raumo)

Tuula Peltoniemi, specialsakkunnig, Finlands social och hälsa rf – SOSTE

(**Pauli Heikkinen**, distriktschef, Finlands Röda kors, Åbo)

Helena Leino-Kiipi, chef för vårdvetenskapliga institutionen, professor, Åbo universitet

(**Marjut Putkinen**, utbildningsdirektör, välfärdstjänster, Åbo yrkes-högskola)

Terhi Lönnfors, strategidirektör, Institutet för hälsa och välfärd

(**Jukka Kärkkäinen**, chef för enheten för utveckling och styrning av servicesystemet, Institutet för hälsa och välfärd)

Kirsi Paasikoski, basservice, chef för avdelningen rättsskydd och tillstånd, Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland

(**Tuula Telin**, landskapsombud, Satakuntaförbundet)

Jari Haapanen, distriktschef, Finlands Idrott (Sydvästra Finlands Idrott)

(**Marja-Liisa Honkasalo**, professor i kulturell hälso- och välfärdsforskning, Åbo universitet)

Tapio A. Nurmi, direktör, Raumoregionens arbets- och näringsbyrå

(**Kalle Myllymäki**, migrationschef, närings-, trafik- och miljöcentralen i Egentliga Finland)

Heikki Heila, chef för Åbo försäkringsdistrikt, Folkpensionsanstalten

(**Jyrki Liesivuori**, regionchef, Arbetshälsoinstitutet, regionala verksamhetsstället i Åbo)

REGIONAL LEDNINGSGRUPP FÖR MELLANFINLAND

Ordförande:

Taru Kuosmanen, beställningschef, Tammerfors stad

Vice ordförande:

Erkki Lehtomäki, beställningschef, överläkare, Tammerfors stad

Sekreterare:

programchef **Leena-Kaisa Nikkarinen**

Medlemmar:

Maarit Varjonen-Toivonen, överläkare för hälsofrämjande, ansvarsområdet för allmänmedicin, Birkalands sjukvårdsdistrikt (**Doris Holmberg-Marttila**, överläkare, ansvarsområdesdirektör, Birkalands sjukvårdsdistrikt)

Erkki Kesti, överläkare, Kuusio-kommunerna (**Sari Mäkinen**, ledande överläkare, Kangasala)

Marja-Liisa Lindfors, omsorgsdirektör, Riihimäki stad (**Kari Österberg**, ledande läkare, Samkommunen för hälsovården i Forssaregionen)

Päivi Hiltunen, direktör, Kompetenscentret inom det sociala området i Päijänne-Tavastland och Östra Nyland Verso (**Arto Rautajoki**, utvecklingsdirektör, De österbottniska landskapens kompetenscentrum för det sociala området SONet Botnia och Seinäjoki yrkeshögskola (gemensam suppleant för medlemmar som representerar kompetenscenter)

Kristiina Laiho, verkställande direktör, Kompetenscentret inom det sociala området Pikassos Oy (Centrala Tavastland, Birkaland och Satakunta) (**Arto Rautajoki**, utvecklingsdirektör, De österbottniska landskapens kompetenscentrum för det sociala området SONet Botnia och Seinäjoki yrkeshögskola (gemensam suppleant för medlemmar som representerar kompetenscenter)

Jukka Kentala, vård- och omsorgsdirektör, Vasa stad (**Eija Ala-Toppari-Peltola**, direktör för socialtjänsterna, Samkommunen Kaksineuvoinen)

Alice Backström, socialdirektör, Korsholms kommun (**Peter Granholm**, utvecklingsdirektör, Jakobstads stad)

Kirsi Juhila, professor, Tammerfors universitet, enheten för samhälls- och kulturvetenskaper (**Taina Anttonen**, överlärare, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet, Lahtis yrkeshögskola)

Hannu Puolijoki, chefsöverläkare, Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt
(**Johanna Aitamurto**, administrativ överskötare, Samkommunen för social- och hälsovården i Päijänne-Tavastland)

Harri Jokiranta, biträdande stadsdirektör, Seinäjoki stad
(**Mikko Komulainen**, direktör för social- och hälsovårdssektorn, Lahtis stad)

Jukka Lindberg, beställningschef, Tavastehus stad
(**Eija Leppänen**, direktör för socialt arbete, Tavastehus stad)

Vesa Helin, omsorgsdirektör, Akaa stad
(**Leena Niittymäki**, social- och hälsovårdsdirektör, Valkeakoski stad)

Anne Astikainen, specialsakkunnig, Finlands social och hälsa rf – SOSTE
(Personlig suppleant utses senare)

Pentti Lampi, servicedirektör, Samkommunen för social- och hälsovården i Päijänne-Tavastland
(**Maarit Sihvonen**, utvecklingschef, Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt)

Merja Kovasin, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd
(**Maritta Vuorenmaa**, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd)

Marjatta Aittolahti, chef för enheten för social- och hälsovård, Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland
(**Juha Mieskolainen**, överinspektör, Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland)

Jaana Simola, specialsakkunnig, Päijänne-Tavastlands förbund
(Personlig suppleant utses senare)