

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5

*Kansallisen terveydenhuollon hankkeen
seurantaryhmän loppuraportti*

Vuosien 2002-2007 toiminta



		KUVAILULEHTI	
Julkaisija: Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmän puheenjohtaja Juha Metso Varapuheenjohtaja Matti Uusitupa sihteerit Hanna Nyfors ja Ritva Väistö		Julkaisun laji: Raportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimitilimen asettamis-päivä	
Julkaisun nimi: Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta			
Tiivistelmä Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä asetettiin 1.8.2002. Seurantaryhmän toimikausi oli 1.8.2002 – 31.12.2007. Seurantaryhmän työn tavoitteena oli keväällä 2002 Valtioneuvoston terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi antaman periaatepäätöksen toteutumisen seuranta, arviointi ja edistäminen. Tässä raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimintaa vuosina 2002 – 2007. Raportissa esitetään hankkeen toimenpiteitä ja saavutuksia sekä seurantaryhmän arviointi hankkeen tuloksista. Seurantaryhmä on raportoinut toiminnastaan sosiaali- ja terveysministeriölle puolivuositain. Tässä viimeisessä, yhdennessätoista raportissa kuvataan tiivistetysti hankkeen toimintaa ja saavutuksia kussakin osahankkeessa. Arviointien lyhyt yhteenveto esitetään raportin alussa. Hanketta arvioitaessa on muistettava, että sen saavutukset on ainakin osittain vaikea erottaa muusta terveydenhuollossa tapahtuvasta toiminnasta. Osa hankkeesta käynnistettyjä asioita jatkuu vielä hankkeen päättymisen jälkeen, osa tavoitteista toteutuu Paras -hankkeen toimeenpanon yhteydessä. Viimeisenä toimeenpanovuonna 2007 täsmennettiin hankkeen arviointisuunnitelmaa. Ulkoinen arviointi valmistuu keväällä 2008. Seurantaryhmä on korostanut terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä väestön terveyden parantamisessa. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma antaa jatkossa työn tehostamiseen erinomaiset mahdollisuudet. Hoidon saatavuutta koskeva osio toteutui ehjänä kokonaisuutena hankkeen tavoitteiden mukaisesti. Seurantaryhmä korostaa hoitotoimenpiteiden vaikuttavuustutkimuksen merkitystä ja yhtenäisiä hoitoon pääsyn perusteita, jotta alueelliset erot vähenevät ja tieto hoitojen hyödyistä ohjaa hoidon saatavuutta nykyistä paremmin. Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaamisessa tarvitaan prosessien, johtamisen ja työnjaon uudistamista, kannustavien palkkausjärjestelmien käyttöönottoa sekä tietoteknologian tehokkaampaa hyödyntämistä. Uusi terveydenhuoltolaki mahdollistaa toimintatapojen muutoksen ja vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa. Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomuksen käyttöönottoon liittyvä työ on ollut erittäin merkittävä ja edistyminen monivaiheista. Sen arvo pystytään arvioimaan tulevaisuudessa. Teknologian, rakenteiden sekä hyvien käytäntöjen ja uusien innovaatioiden käyttöönotto mahdollistuu uuden lain ohjaamana. Hanketta rahoitettiin merkittävästi, valtion osuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti hankkeen käynnistymisen jälkeen. Kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu merkittävästi, mutta niiden vaikutukset ja tulosten hyödyntäminen ovat jääneet vähäisiin. Hanke on ollut laaja ja vienyt eteenpäin monia terveydenhuollon uudistuksia sekä pohjustanut merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia.			
Asiasanat: arviointi, ehkäisevä terveydenhuolto, ehkäisevä terveyspolitiikka, terveyden edistäminen, toiminta, uudistukset			
Muut tiedot: www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.) 978-952-00-2532-8 (PDF)
Kokonaissivumäärä 50	Kieli Suomi	Hinta 10,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus, books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

		PRESENTATIONSBLAD	
Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation: Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
<p>Publikationens titel: Slutrapporten av uppföljningsgruppen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Verksamheten år 2002–2007</p>			
<p>Referat Uppföljningsgruppen för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden tillsattes 1.8.2002. Uppföljningsgruppens mandatperiod var 1.8.2002–31.12.2007. Uppföljningsgruppens mål var att uppfölja, utvärdera och främja genomförandet av det principbeslut om tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden som statsrådet gav våren 2002.</p> <p>Den här rapporten beskriver verksamheten inom det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet år 2002–2007. Rapporten presenterar projektets åtgärder och resultat samt uppföljningsgruppens bedömning om projektets resultat. Uppföljningsgruppen har rapporterat om sin verksamhet halvårsvis till social- och hälsovårdsministeriet. De den här sista elfte rapporten sammanfattar verksamheten inom projektet och resultaten från varje delprojekt. Ett kort sammandrag av utvärderingarna presenteras i början av rapporten. I fråga om utvärderingen av projektet bör man komma ihåg att dess resultat åtminstone till en del är svåra att skilja från de övriga verksamheten inom hälso- och sjukvården. En del av verksamhet som sattes igång inom projektet fortsätter även efter projektets slut och en del av målsättningarna genomförs inom Parasprojektet. Under det sista verksamhetsåret 2007 preciserades utvärderingsplanen för projektet. Den externa utvärderingen blir färdig våren 2008.</p> <p>Uppföljningsgruppen har framhävt betydelsen av hälsofrämjande och prevention för att befolkningens hälsa kan förbättras. Politikprogrammet för hälsofrämjande ger i framtiden utmärkta möjligheter att effektivisera arbetet. Tillgång till vård genomfördes som en enhetlig helhet i enlighet med projektets målsättningar. Uppföljningsgruppen betonar betydelsen av konsekvensundersökningar av vårdåtgärder samt enhetliga kriterier för tillgång till vård för att regionala skillnader skulle minska och information om nyttan av vårdåtgärder skulle mer effektivt styra tillgången till vård. För att tillgång på personal och personalens kompetens kan tryggas måste man revidera processer, ledning och arbetsfördelning, införa uppmontrande lönesystem och utnyttja informationsteknologin mer effektivt.</p> <p>Den nya lagen om hälso- och sjukvård möjliggör reform av handlingsätt och förstärker primärhälsovårdens ställning. Arbetet för att införa den riksomfattande elektroniska patientjournalen har varit betydande och det har framskridit i etapper. Dess värde kan först utvärderas i framtiden. Den nya lagen möjliggör införandet av teknologi, strukturer och goda praxis och nya innovationer. Projektet finansierades betydligt; statens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader har stadigt och på ett omfattande sätt ökat efter projektets inledning. Kommunernas statsandelar i fråga om hälso- och sjukvård har höjts och utvecklingsprojekt har fått betydande finansiering men projektens effekter och utnyttjande av deras resultat har varit ringa.</p> <p>Projektet har varit omfattande och det har främjat flera reformer inom hälso- och sjukvården och förberett betydande strukturella och funktionella ändringar.</p>			
<p>Nyckelord: förebyggande hälso- och sjukvård, förebyggande hälsopolitik, hälsofrämjande, reformer, utvärdering, verksamhet</p>			
<p>Övriga uppgifter: www.stm.fi/svenska</p>			
<p>Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2008:5</p>		<p>ISSN 1236-2115</p>	<p>ISBN 978-952-00-2531-1 (inh.) 978-952-00-2532-8 (PDF)</p>
<p>Sidoantal 50</p>	<p>Språk Finska</p>	<p>Pris 10,80 €</p>	<p>Sekretessgrad Offentlig</p>
<p>Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti</p>		<p>Förlag Social- och hälsovårdsministeriet</p>	

		DOCUMENTATION PAGE	
Publisher: Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
Title of publication: Final report by the Monitoring Group on the National Health Care Project. Actions in 2002–2007			
Summary <p>The Monitoring Group on securing the future of health care was appointed on 1 August 2002. The term of the Monitoring Group was from 1 August 2002 to 31 December 2007. The aim of the Monitoring Group was to monitor, assess, and promote the implementation of the Government Resolution on securing the future of health care issued in Spring 2002.</p> <p>The report reviews the actions undertaken within the National Health Project in 2002–2007. The report describes measures and achievements of the project and includes an assessment of results by the Monitoring Group. The Monitoring Group has been reporting to the Ministry of Social Affairs and Health every six months. This final eleventh report summarises the activities within the project and the results of each sub-projects. The conclusions on the assessments are described briefly at the beginning of the report. Regarding assessment of the project, it should be borne in mind that the project results at least partially are difficult to distinguish from other activities in the field of health care. Some of the activities initiated within the project continue even after the project termination, and some of the objectives are realised through the implementation of the Project to Restructure Municipalities and Services (the Paras Project). During 2007, the last year of the project enforcement, the assessment plan for the project was specified. The external assessment will be completed in Spring 2008.</p> <p>The Monitoring Group has emphasised the significance of health promotion and preventive health care for improving the health of the population. The Policy programme on health promotion provides in future excellent possibilities for more effective work. Access to treatment was implemented as an integrated whole in accordance with the project objectives. The Monitoring Group underlines the significance of assessing the effectiveness of treatment measures as well as uniform criteria for access to treatment in order to decrease regional variations as well as to improve access to care through data on treatment results. Securing the availability and competence of personnel requires the revision of processes, management and division of tasks, the introduction of incentive-based pay systems as well as the more efficient utilisation of information technology.</p> <p>The new health care act will enable a reform of practices and reinforce the status of primary health care. The work regarding the launching of a national electronic patient record system has been very significant and multi-phased. Its value can be first reviewed in future. The new act facilitates the introduction of technology, structures and good practices as well as new innovations. The project was allocated considerable funding; the government share of the health expenditure has been increasing constantly and significantly since the launch of the project. The government transfers to local government have been increased and considerable financing has been allocated to development projects, but their impact and making use of the outcomes has been less significant.</p> <p>The project has been extensive and it has brought about progress in many health care reforms and set up some significant structural and operational revisions.</p>			
Key words: activity, assessment, health promotion, preventive health care, preventive health policy, reforms			
Other information: www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2008:5		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2531-1 (pb) 978-952-00-2532-8 (PDF)
Number of pages 50	Language Finnish	Price 10.80 €	Publicity Public
Orders Helsinki University Press books@yliopistopaino.fi , www.yliopistopaino.fi/bookstore		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällysluettelo

KUVAILULEHTI.....	3
PRESENTATIONSBLAD	5
DOCUMENTATION PAGE.....	7
Lyhyesti	11
1 Johdanto	13
2 Terveiden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto	15
Terveiden edistämisen politiikkaohjelma	16
Vuosien 2002 – 2007 aikana järjestetyt terveyden edistämiseen liittyvät valtakunnalliset seminaarit ja tilaisuudet	17
Alkoholipolitiikka	19
3 Hoitoon pääsyn turvaaminen	21
Hoitotakuun seuranta ja arviointi kansallisen terveydenhuoltoprojektin jälkeen	24
4 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen	25
Koulutusmäärien lisäykset.....	27
Terveyskeskusten suun terveydenhuollon henkilöstö	28
Työvoimavajeet	29
Terveidenhuollon täydennyskoulutus.....	30
Terveidenhuollon johtamiskoulutus	31
Eri henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa -osahanke.....	32
5 Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen	34
Terveyskeskusten toimintaedellytysten parantaminen.....	34
Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako	35
Sisäministeriö asetti kunta- ja palvelurakennemuutos eli Paras -hankkeen toukokuussa 2005	36
Keskeisiä uudistuksia valmistelussa hankkeen päätösvuonna vuonna 2007	37
Valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen käyttöönotto terveys-keskusten ja sairaaloiden tietojärjestelmien yhteensopivuuden turvaamiseksi	39
6 Terveidenhuollon toimintakäytäntöjen kehittäminen	42
7 Terveidenhuollon rahoituksen vahvistaminen	43
8 Seurantaryhmän toiminta	46
Liitteet	
Liite 1. Terveidenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä	48
Liite 2. Hankkeiden rahoitus vuosittain 2003 – 2007.....	50

Lyhyesti

Raportissa kuvataan kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimintaa vuosina 2002 – 2007. Raportti on kooste koko terveysthankkeen toiminnasta ja se on koottu aikaisemmin julkaistujen kymmenen seurantaryhmän raportin pohjalta. Raportti on seurantaryhmän yhdestoista arvio hankkeen etenemisestä. Raportissa seurantaryhmä esittää arvionsa kunkin osahankkeen saavutuksista ja tulevaisuuden haasteista.

Seurantaryhmän näkemykset eri osahankkeiden tuloksista:

1. Seurantaryhmä on jokaisessa raportissaan korostanut terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä väestön terveyden parantamisessa. Seurantaryhmän tekemässä arviointikyselyssä todettiin edistymisen tässä osahankkeessa olleen heikkoa. Seurantaryhmä pitää hyvänä, että hankkeen kahtena viimeisenä vuotena alettiin erityisesti kiinnittää huomiota terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon kysymyksiin. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma antaa jatkossa työn tehostamiseen erinomaiset mahdollisuudet. Terveyden edistämisessä tarvitaan monien eri keinojen samanaikaista käyttöä, eri sektoreiden yhteistyötä ja innovatiivisten uusien menetelmien käyttöönottoa sekä väestön että poliittisten päättäjien tietoisuutta terveyttä määrittävistä tekijöistä.
2. Seurantaryhmä toteaa, että hoidon saatavuutta koskeva osio toteutui ehjänä kokonaisuutena hankkeen tavoitteiden mukaisesti. Selvitykset, lain valmistelu ja toimeenpano etenivät hyvin sekä seuranta käynnistyi ripeästi. Riippumatta lainsäädännön ja ohjauksen vaikutuksista, hoitajajoukkojen pituus erikoisaloilla ja eri sektoreilla vaihtelee jatkossakin. Hammashoidon laajennus ja hoitotakuu on pystytty toteuttamaan terveyskeskuksissa kohtuullisesti toimintakäytäntöjen muutoksella huolimatta hammaslääkärityövoiman vähenemisestä. Seurantaryhmä korostaa hoitoon pääsyn turvaamisessa hoitotoimenpiteiden vaikuttavuustutkimuksen merkitystä ja yhtenäisiä hoitoon pääsyn perusteita, jotta alueelliset erot vähenevät ja tieto hoitojen hyödyistä ohjaa hoidon saatavuutta nykyistä paremmin.
3. Seurantaryhmä toteaa, että henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen osahankkeessa on edistytty monin tavoin ja hankkeen aikana on toteutettu niitä toimenpiteitä, joita hankkeen alussa laitettiin tavoitteeksi. Edistymistä on ollut koulutusmäärien lisäämisessä ja täydennyskoulutuksen toteuttamisessa ja seurannassa. Johtamiskoulutuksen kehittäminen on edennyt hitaasti ja on edelleen koordinoimatonta ja sirpaleista. Osastonhoitajakoulutusta ei ole saatu kuntoon. Koulutusmäärien ja henkilöstömäärien lisäykset eivät näytä poistavan terveydenhuollon ongelmia. Seurantaryhmä toistaa näkemyksensä, jonka mukaan jatkossa tarvitaan prosessien, johtamisen ja työnjaon uudistamista, kannustavien palkkausjärjestelmien käyttöönottoa sekä tietoteknologian tehokkaampaa hyödyntämistä.
4. Perusterveydenhuollon palveluiden ja lähipalveluiden järjestäminen seudullisesti ja alueellisesti ei edennyt hankkeen aikana odotusten mukaisesti. Paras -hanke jatkaa kehittämistä ja sen myötä odotetaan edistystä tapahtuvan. Erikoissairaanhoidon rakenteissa ja toiminnallisessa työnjaossa tulokset jäivät myös vaatimattomiksi. Edistymistä tapahtui lähinnä laboratorio- ja kuvantamispalveluissa, mutta sekin olisi vaatinut parempaa yhteistyötä sairaanhoitopiirien kesken. Seurantaryhmä uskoo uuden terveydenhuoltolain mahdollistavan toimintatapojen muutoksen ja vahvistavan perusterveydenhuollon ase-

maa. Käynnissä on muitakin valtakunnallisia uudistuksia, joissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitoja pyritään madaltamaan ja kytkemään sosiaalitoimi osaksi palvelukokonaisuutta. Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomuksen käyttöönottoon liittyvä työ osahankkeessa on ollut erittäin merkittävä ja edistyminen monivaiheista. Sen arvo pystytään arvioimaan tulevaisuudessa. Teknologian, rakenteiden sekä hyvien käytäntöjen ja uusien innovaatioiden käyttöönotto mahdollistuu uuden terveydenhuoltolain ohjaamana.

5. Seurantaryhmä arvostaa terveydenhuollon toimintakäytäntöjen ja alueellisten hoitoketjujen kehittämistä. Käypä hoito suositusten laadintaa on tuettu merkittäväällä taloudellisella panoksella. Työn tuloksena on syntynyt 81 suositusta. Niiden hyödyntämisessä alueellisissa hoitoketjuissa ja käytännön työssä on kuitenkin tehostamisen tarvetta. Jatkossa on huolehdittava rahoituksesta, jotta hyvässä käynnissä oleva työ jatkuu ja syvenee kustannusvaikuttavuusarvioiden näkökulmasta.
6. Seurantaryhmä toteaa, että hanketta rahoitettiin merkittävästi, valtion osuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti vuoden 2002 hankkeen käynnistymisen jälkeen. Kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu merkittävästi, mutta hankkeiden vaikutukset ja tulosten hyödyntäminen ovat jääneet vähiin. Seurantaryhmä painottaakin käynnistyvän yhteisen kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman ja palveluinnovaatiohankkeen roolia ja ohjaavaa vaikutusta kehittämishankkeissa aikaan saatujen uusien toimintatapojen kokoamisessa ja laajentamisessa sekä hankkeiden vaikutusten systemaattista arviointia.

Seurantaryhmä jäi kaipaamaan hankkeen kokonaishyödyn arviointia erityisesti sen vaikutuksia elämän laatuun. Lisäksi hankkeen alussa olisi pitänyt tarkemmin suunnitella hankkeen käytännön toteutus ja sen ohjaus sekä arviointia.

I Johdanto

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin johtoryhmä nimesi hankkeen taustatyölle viisi selvityshenkilöä ja heille tukiryhmät, jotka kuulivat laajasti terveydenhuollon asiantuntijoita. He saivat vastata muun muassa seuraavia kysymyksiä: onko terveydenhuollon toimijat riittävän vahvoja toimiakseen tehokkaasti ja onko toimijoiden välillä tuloksellisuudessa perusteettomia eroja; toimiiko rahoitusjärjestelmä kannustavasti tai miten taata hoitoon pääsy ajoissa sekä onko julkisen ja yksityisen sektorin työnjako selkeä?

Valtioneuvosto antoi periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 11.4.2002. Kansallinen terveydenhuollon hanke toteutti Valtioneuvoston periaatepäätöstä kuusi vuotta, vuosina 2002 – 2007.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteena oli turvata väestön terveystarpeista lähtevä hoidon saatavuus, laatu ja riittävä määrä maan eri osissa asiakkaan maksukyvyistä riippumatta. Tavoitteeseen pyrittiin kehittämällä terveyspalveluja valtion ja kuntien yhteistyönä sekä ottamalla huomioon järjestöjen ja yksityisen sektorin toiminta. Periaatepäätökseen oli kirjattu seuraavat kuusi toimenpidealuetta vuosille 2002 – 2007:

1. Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ
2. Hoitoon pääsyn turvaaminen
3. Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen
4. Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen
5. Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen ja
6. Hankkeen ehdotusten toteutus.

Tavoitteisiin on pyritty paitsi terveyshankkeen osahankkeiden työn tuloksena, mutta myös muilla toimenpiteillä ministeriön, ministeriön alaisten laitosten ja ennen kaikkea kuntien kehittämistyön ansiosta.

Käynnistysvuonna 2002 lääninhallitukset yhdessä ministeriön ja kunnallisten toimijoiden kanssa järjestivät alueellisia seminaareja ja neuvottelutilaisuuksia hankkeesta ja erityisesti alueellisten yhteistyömuotojen kehittämistä. Aluetukihenkilöverkosto nimettiin ja se on toiminut vuoden 2007 loppuun asti hankkeen käytännön työn tukena.

Valtioneuvosto hyväksyi lokakuussa 2003 periaatepäätökset sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi sekä alkoholipolitiikan linjauksista.

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä asetettiin 1.8.2002. Seurantaryhmän toimikausi oli 1.8.2002 – 31.12.2007. Jäseniä seurantaryhmässä oli 24 sekä henkilökohtaiset varajäsenet.

Seurantaryhmän työn tavoitteena oli periaatepäätöksen toteutumisen seuranta, arviointi ja edistäminen. Sen tehtävät olivat:

1. edistää terveydenhuollon ja sen sidosryhmien vuoropuhelua terveyspalvelujen kehittämiseksi;
2. välittää tietoa periaatepäätöksen tavoitteista ja toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon, sen sidosryhmien sekä hankkeen johdon kesken;

3. seurata ja arvioida periaatepäätöksen toteutumisen etenemistä sekä tehdä tarvittaessa täytäntöönpanoa koskevia muutos- ja tarkistusehdotuksia;
4. arvioida toimintaympäristön muutoksia periaatepäätöksen toteuttamisen kannalta
5. tehdä tarvittaessa aloitteita ja ehdotuksia periaatepäätöksen toteuttamiseksi.

Seurantaryhmä raportoi toiminnastaan sosiaali- ja terveysministeriölle puolivuositain.

Tässä seurantaryhmän viimeisessä, järjestyksessään yhdennessätoista raportissa kuvataan tiivistetysti kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimintaa kussakin osahankkeessa. Raportti on koottu hyödyntäen vuosien 2002 – 2007 aikana julkaistuja aikaisempia seurantaryhmän raportteja. Tämän raportin tarkoitus on esittää tiivistetyssä muodossa kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimenpiteitä ja saavutuksia sekä esittää kustakin osahankkeesta seurantaryhmän arviointi hankkeen tuloksista. Kansallista terveydenhuollon hanketta arvioitaessa on muistettava, että sen saavutukset on ainakin osittain vaikea erottaa muusta terveydenhuollossa tapahtuvasta toiminnasta.

Osa hankkeessa käynnistettyjä osioita jatkuu vielä hankkeen päättymisen jälkeen, osa tavoitteista toteutuu Paras -hankkeen toimeenpanon yhteydessä. Hankkeen viimeisen toimintavuoden alussa 2007 vaihtui myös maan hallitus, jonka ohjelmassa jatkuu tai on nähtävissä monia terveys-hankkeen käynnistämiä toimenpiteitä. Hallitusohjelman terveyshanketta koskevassa lausumassa todetaan, että terveydenhuollon hoitotakuun toimivuus arvioidaan ja tehdään tarpeelliset muutokset aikarajoihin ja toimintamalleihin.

Viimeisenä toimeenpanovuonna 2007 täsmennettiin hankkeen arviointisuunnitelmaa. Hankkeen johtoryhmä tilasi terveyshankkeen ulkoisen arvioinnin neljältä henkilöltä (Seppo Tuomola, Markku Puro, Ulla Idänpään-Heikkilä, Olli-Pekka Lehtonen), jotka jättivät arviointinsa terveys-hankkeesta keväällä 2008. Hankkeen ulkoisen arvioinnin kohteena on muun muassa miten periaatepäätöksessä esitetyt tavoitteet ovat toteutuneet, millä tavalla toteutuksessa käytetyt keinot ovat vaikuttaneet tavoitteiden toteutumiseen ja voidaanko näin laaja-alaisella hankkeella saavuttaa niitä useita kymmeniä tavoitteita, joita hankkeelle asetettiin.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen päättyessä terveydenhuollon uudistaminen jatkuu. Keskeisimpiä kehittämisiä ovat terveyden edistämiseen, terveydenhuollon lainsäädäntöön, perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja palveluketjun sujuvuuteen sekä henkilöstön saatavuuteen, riittävyteen, osaamiseen ja työnjakoon liittyvät muutokset. Johtamisen ja johtamiskoulutuksen kehittäminen moniammatilliseen suuntaan sekä johtamiskouluttajien tuottaminen tulevat olemaan myös tulevaisuuden haasteita. Samanaikaisesti kuntakentän rakenne ja yhteistoiminta ovat murroksessa. Nämä voimannoistukset takaavat palvelujen käyttäjille entistä paremmat palvelut ja mahdollisuuden ottaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Julkisen terveydenhuollon järjestelmän säilymisen kannalta terveydenhuoltolain valmistelu, joka käynnistyi syksyllä 2007, on tervetullut jatko terveyshankkeessa tehdylle pohjatyölle ja kymmenille käynnistyneille tai loppuun saatuille osa-hankkeille.

Terveyshankkeen ja seurantaryhmän päätösseminaarissa 8.11.2007 todettiin, että hanke on ollut laaja ja vienyt eteenpäin monia terveydenhuollon toimia, ennen kaikkea toiminnallisia uudistuksia. Hankkeen tavoittelemat reformit edellyttävät vielä jatkossakin hyvin pitkäjänteistä suunnittelua ja pitkän aikavälin toimenpiteitä. Hanke on kuitenkin pohjastanut merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, joita on tulevaisuudessa hyvä viedä eteenpäin.

2 Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto

Merkittävä osa erilaisista ongelmista ja sairauksista on ehkäistävissä terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn keinoin. Terveys on ihmisen tärkeimpiä arvoja ja vaikuttaa keskeisesti elämän laatuun. Kansanterveys on tärkeä taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen kehityksen sekä hyvinvoinnin kulmakivi. Ennaltaehkäisy on ratkaisevasti halvempaa kuin syntyneiden terveysongelmien hoito. Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston asiantuntijatyöryhmä arvioi vuonna 2002 Suomen terveyden edistämisen toteuttamista. Arviossa korostettiin muun muassa, että ehkäisevän toiminnan toteuttamista varten tulee olla riittävät henkilöstövoimavarat. Tärkeänä pidettiin myös varmistaa, että valtakunnallisen tason ratkaisut ja toimet tukevat paikallistason terveyden edistämistä ja ehkäisevän terveyspolitiikan toimenpiteitä.

Terveyden edistämiseen ja ehkäisevän terveydenhuollon osahankkeeseen oli kansallisen terveydenhuollon projektissa sisällytetty kaksi kokonaisuutta. Toinen liittyi terveyden edellytysten turvaamiseen ja keskeisten kansansairauksien esiintyvyyden vähentämiseen. Toisena tavoitteena oli vähentää päihteiden käyttöä ja niiden käytöstä johtuvia sairauksien terveyspalvelujärjestelmän kuormitusta. Toimenpiteitä on toteutettu Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti eri foorumeilla yhteistyössä kansanterveyden neuvottelukunnan kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on nimennyt kansanterveyden neuvottelukunnan toimikaudeksi 1.4.2003 – 31.3.2006 ja uuden neuvottelukunnan toimikaudeksi 15.4.2006 – 14.4.2009. Kansanterveyden neuvottelukunnan tehtävänä on 1) seurata kansanterveyden kehitystä ja terveyspolitiikan toteutumista 2) kehittää valtakunnallista terveyspolitiikkaa ja rakentaa terveyttä edistävää yhteistyötä eri hallinnon alojen, järjestöjen ja muiden tahojen kanssa 3) valmistaa yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa tautiryhmä- ja ongelmakohtaisia terveysohjelmia ja seurata niiden toimeenpanoa; sekä 4) suorittaa muut asianomaisen ministeriön määräämät tehtävät. Neuvottelukunnan tarkoituksena on tukea kansanterveyden kehittämiseen tähtäävien toimenpiteiden toteutumista yhteiskunnan eri lohkoilla erityisesti terveydenhuollon ulkopuolella.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä korostui terveyshankkeen aikana poikkihallinnollisen ja alueellisen yhteistyön lisääminen kuntien eri toimialojen sekä kansalaisjärjestöjen, koulutuksen ja elinkeinoelämän kanssa. Kansanterveyden neuvottelukunta ja sen poikkihallinnollinen jaosto sekä Stakesin toimeenpanemat hankkeet tukivat tätä työtä Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti.

Vuonna 2005 aloitettiin kansanterveyslain uudistaminen, jonka yhtenä tavoitteena oli terveyttä edistävän työn tukeminen. Lakiin tarkennettiin kunnan roolia terveyden edistämisessä. Kunta veloitetaan seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa väestöryhmittäin ja ottamaan terveysnäkökohdat huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Lisäksi edellytetään yhteistyötä kaikkien kunnassa toimivien tahojen kanssa. Tarkoituksena on varmistaa terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan riittävä toteutuminen ja edistää sen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Lakimuutokset tulivat voimaan 1.1.2006.

Terveyden edistämisen laatusuositus valmistui vuoden 2006 syksyllä. Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Tähän tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta ja arviointia.

Kansantautien vähentämiseksi on uudistettu kansalliset ravitsemussuositukset ja pääosin toimeenpantu valtioneuvoston päätös terveyttä edistävästä liikunnasta. Tupakkalain muutos ravintolatuotepakoinnin kieltämiseksi annettiin eduskunnalle. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjunnan tavoiteohjelman toimeenpano on käynnistynyt. Viisi sairaanhoitopiiriä toteuttaa diabeteksen vähentämisen ohjelmaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Stakes selvitti syksyllä 2005 terveyden edistämisen nykytilaa ja kehittämishaasteita kuntien kansanterveystyössä. Kysely lähetettiin 258 terveyskeskuksen johtavalle lääkärille tai johtajalle. Vastaus saatiin 224 terveyskeskuksesta (88 %). Kyselyn tulosten mukaan terveyden edistäminen kiinnosti vain harvoja kuntien luottamushenkilöitä. Väestön terveydentilaa seurasi suunnitelmallisesti vain 15 prosenttia terveyskeskuksista. Vaikka terveyserojen kaventaminen on terveydenhuoltomme keskeisin tavoite, näiden erojen seuraaminen kiinnosti vain viittä prosenttia vastaajista. Vain kymmenellä terveyskeskuksella oli mitattavia tavoitteita terveyserojen kaventamiseksi. Terveyskeskuksista 38 % ilmoitti, että kouluterveydenhuollon laatusuositukset oli jaettu tiedoksi ja 4 % oli päättänyt sen aiheuttamista toimenpiteistä. Lastenneuvo-laoppaan aiheuttamat toimenpiteet olivat vielä vähäisemmät.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut hankerahoituksella terveyden edistämisen hankkeita koko sen toiminnan ajan. Vuonna 2007 terveyden edistämisen kehittämishankkeita rahoitettiin aiempaa enemmän. Hankerahoitusta saivat muun muassa DEHKO- hanke, liikkumisresepti-hanke, terveysliikuntahankkeet, alkoholin suurkuluttajien mini-interventio, Ikihyvä Päijät-Häme-hanke, Terve Lappi-hanke, Turun kaupungin Painokas-projekti jne. Kaikki rahoitetut hankkeet löytyvät sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta (www.stm.fi>hankkeet>valtioneuvostukset>Rahoitetut hankkeet 2003 – 2007).

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma

Pääministeri Matti Vanhasen toisen hallituksen hallitusohjelmaan sisältyvistä kolmesta politiikkaohjelmasta yksi keskittyy terveyden edistämiseen, ja toinen lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma tulee terveyden edistämisen alueelle.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan edistäminen, terveyserojen kaventaminen, käynnissä olevan kehittämistyön vahvistaminen yli perinteisten sektorirajojen sekä terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittäminen. Ohjelmassa kiinnitetään huomiota

- terveyden edistämisen rakenteisiin
- lainsäädännön kehittämiseen

- lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen
- työikäisten työ- ja toimintakyvyn edistämiseen
- terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn vastuiden jakoon ja resursointiin
- liikunnan ja kulttuurin merkitykseen hyvinvoinnin edellytyksenä
- fyysisen ympäristön terveellisyyteen.

Ohjelmaa toteutetaan poikkihallinnollisella työllä, vahvistamalla ministeriöiden vastuunottoa, verkottamalla tuloshakuisesti, toteuttamalla laaja-alaisia projekteja sekä implementoimalla systemaattisesti hyviä käytäntöjä. Punaisena lankana on ”terveys kaikissa politiikoissa” –ajattelun vahvistaminen.

Ohjelman keskeisiä tavoitteita ovat

- Terveyserojen kaventaminen TEROKA hankkeen toimeenpanon ja seurannan avulla
- Päihteiden käytön ehkäisy ja vähentäminen
- Lihavuuden ehkäisy
- Lasten ja nuorten elämäntapavalintoihin vaikuttaminen
- Ikääntyvien toimintakyvyn edistäminen
- Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy
- Mielen terveyden edistäminen

Toimenpiteiden toteuttaminen tarvitsee selkeät rakenteet, jolloin Paras -hankkeen yhteydessä on turvattava terveyden edistämisen vahvistuminen uusissa organisaatioissa. Tämä on otettava huomioon muun muassa uutta terveydenhoitolakia valmisteltaessa.

Vuosien 2002 – 2007 aikana järjestetyt terveyden edistämiseen liittyvät valtakunnalliset seminaarit ja tilaisuudet

Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto osahankkeen edistymistä tuettiin eri seminaareilla terveysprojektin aikana. Kolme vuotta Terveys 2015-ohjelman hyväksymisestä – miten tavoitteet toteutuneet, miten tästä eteenpäin? -seminaari järjestettiin 4.6.2004. Seminaarissa arvioitiin ohjelman kolmen ensimmäisen vuoden aikana tapahtunutta kehitystä. Arvioitaessa edetäänkö Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden suuntaan, todettiin, että seurantaindikaattorien perusteella arvioiden suomalaisten sosioekonomiset terveyserot ovat edelleen suuret. Koulutetuin ja hyvätuloisin väestönosa elää terveempänä ja vanhemmaksi kuin vähiten koulutetut ja köyhät ihmiset. Suomessa em. erot ovat suurempia kuin samankaltaisissa maissa, joissa väestön tuloerot ovat suhteellisen pienet ja tulotaso melko korkea.

Keväällä 2005 järjestettiin Helsingissä Terveys 2015 -seminaari ”Lasten ja nuorten terveys – mitä on saatu aikaan, miten eteenpäin”. Seminaarissa esiteltiin lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin kehitystä. Tarkoituksena oli myös löytää keinoja ja yhteistyömuotoja lasten ja nuorten terveyden edistämiseen ja vanhemmuuden tukemiseen sekä lisäämään yhteisen vastuun ottamista lasten ja nuorten terveydestä.

Keväällä 2006 toteutettiin ”Terveys kannattaa – sanoista tekoihin” -teemalla toteutettu terveyden edistämisen aluekierros, jolla pyrittiin lisäämään terveyden edistämisen näkyvyyttä, sen painoarvoa sekä laaja-alaista, järkevää toimenpanoa. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi aluekierrosta

olivat järjestämässä Stakes, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Suomen Kuntaliitto, lääninhallitukset, Terveyden edistämisen keskus ja kansallisen terveydenhuollon hankkeen aluetukihenkilöt. Tilaisuuksia järjestettiin yhteensä 19 eri paikkakunnilla, eri maakunnissa tammi-maaliskuussa 2006. Tilaisuuksiin osallistui yhteensä 2300 henkilöä, jotka edustivat monipuolisesti eri tahoja; kunnanjohtajia, luottamushenkilöitä, terveydenhuollon johtoa ja käytännön työntekijöitä. Järjestöt, sairaanhoitopiirit ja ammattikorkeakoulut olivat myös hyvin edustettuina. Luottamushenkilöiden, kuntien ylimmän johdon ja muiden sektorien edustajien suurempi osallistuminen olisi kuitenkin ollut toivottavaa.

Terveyden edistämisen aluekierroksen tavoitteena oli 1) lisätä terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä sekä niiden näkyvyyttä alueella 2) lisätä ymmärrystä terveyden edistämisen keskeisistä haasteista ja tehtävistä 3) virittää alueilla toimintaa, joka johtaa terveyden edistämisen vahvistumiseen sekä poikkihallinnollisena työnä että terveydenhuollon toiminnassa 4) terveyden edistämisen nykyaikaisten toimintatapojen käyttöön ottoa 5) tukea kansanterveyden parantumista ja palvelutarpeen kasvun hallintaa.

Jokaista tilaisuutta varten oli koottu kyseistä maakuntaa koskevaa tilasto- ym. tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, elämäntavoista, elämönhallinnasta sekä terveyteen vaikuttavista olosuhteista, ympäristöstä ja palvelujärjestelmästä.

Aluekierroksella nostettiin esiin myös väestöryhmien väliset terveyserot. Terveyserojen vähentämiseen etsitään keinoja Kansanterveyslaitoksen koordinoimassa TEROKA -hankkeessa, minkä lisäksi ryhdyttiin valmistelemaan strategiaa ja toimintasuunnitelmaa. Kansanterveyslain muutoksen mukaan kuntien on seurattava asukkaiden terveydentilaa väestöryhmittäin ja ottaa terveysnäkökohdat huomioon kaikessa toiminnossa.

Kesäkuussa 2006 sosiaali- ja terveysministeriö järjesti Terveys 2015 -ohjelmaan liittyvän seminaarin ”Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta – mikä mättää? -seminaarin”. Seminaarissa tuotiin esiin ja etsittiin keinoja ja yhteistyömuotoja nuorten miesten tapaturmien ja väkivallan ehkäisemiseksi, arvioitiin tilannetta tilastojen valossa, perehdyttiin mieskulttuuriin, käsiteltiin nuorten miesten riskinottoa, mielenterveyttä ja itsemurhia, päihteitä, väkivallan ehkäisyä sekä ympäristön vaikutusta tapaturmiin ja väkivaltaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö, kansanterveyden neuvottelukunta ja terveyserojen kaventamishanke TEROKA järjestivät helmikuussa 2007 seminaarin ”Terveyserot hyvinvointipolitiikan haasteena”. Seminaarissa tuotiin esille väestöryhmien välisten terveyserojen merkitystä kansanterveydelle ja väestön hyvinvoinnille, pohdittiin terveyserojen merkitystä yhteiskunnan eri sektoreiden ja kansantaloudenkehityksen kannalta sekä etsittiin keinoja ja toimintalinjoja terveyserojen kaventamiseen.

Alkoholipolitiikka

Euroopan Unionin laajeneminen vuonna 2004 asetti uusia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle Suomessa. Alkoholiveron alentaminen ja muutokset tuontirajoituksissa pelättiin aiheuttavan lisääntyviä alkoholi- ja huumehaittoja.

Alkoholipolitiikkaa on linjannut valtioneuvoston 9.10.2003 voimaan astunut periaatepäätös. Sen tavoitteena on ehkäistä ja torjua sosiaali- ja terveystaloudelliset haitat sekä valtakunnallisin että paikallisoin toimin. Alkoholi-ohjelma perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen. Alkoholista aiheutuvien haittojen vähentämiseksi esitettiin kolme tavoitetta: Lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheutuvien haittojen vähentäminen, riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen sekä kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun.

Päihteiden käyttöä ja niiden käytöstä johtuvia terveysongelmia ehkäisemään käynnistettiin vuonna 2004 valtakunnallinen mini-interventioprojekti, jossa pyrittiin ehkäisemään terveyskeskuksissa asioivien potilaiden alkoholihaittoja ja parantamaan perusterveydenhuollon henkilöstön osaamista tässä työssä. Mukaan lähti aluksi terveyslautakuntien päätöksillä 16 kaupunkia ja kuntaa eri puolilta Suomea. Hankkeen myötä alkoholin käytön kysymisen ja mini-intervention odotetaan tulevan rutiiniasiaksi, jonka perusterveydenhuollon henkilökunta osaa. Vuoden 2007 lopussa mini-interventioprojektissa (VAMP) on mukana 41 kuntaa. Näiden kuntien perusterveydenhuollon henkilöstö on saanut koulutuksen mini-interventiomenetelmien käyttöön.

Alkoholihaittoihin on pyritty puuttumaan myös lainsäädäntökeinoin. Eduskunta hyväksyi helmikuussa 2007 hallituksen esityksen alkoholilain muutoksista (HE 232/2006vp). Siinä terävöitettiin alkoholimainontaa koskevia rajoituksia, hillitään hintamainontaa ja lisätään alkoholijuomapakkausiin terveysvaroitus.

Alkoholihaittojen vähentämiseen tähdätään edelleen Alkoholiohjelman 2004 – 2007 kokoomassa yhteistyöprosessissa. Alkoholiohjelmatyössä oli mukana 172 valtionhallinnon ulkopuolista kumppania, kansalais-, ammatti- ja elinkeinojärjestöjä, johtavat kirkot sekä 78 kuntaa ja kuntayhtymää.

Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahoilla rahoittamassa ja Työterveyslaitoksen toteuttamassa ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön -hankkeessa on tuettu työterveyshuoltoa lisäämään alkoholinkäytön puheeksiottoa ja neuvontaa alkoholinkulutuksen vähentämiseksi. Vuonna 2007 on uutena hankkeena käynnistetty Alkoholi ja työterveys -hanke, jossa tutkitaan ja kehitetään työpaikkojen ja työterveyshuoltojen laajempaa yhteistyötä ehkäisevässä päihdetyössä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistui vuoden 2006 lopulla ohjeet päihtyneen henkilön akuuttihoidosta (STM selvityksiä 2006:65). Ohjeet on lähetetty toimijoille. Ohjeissa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, miten päihtymys vaikuttaa palvelujen saamiseen sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon päivystyksen, psykiatrisen hoidon ja poliisin väliseen työnjakoon. Valtakunnallisia ohjeita voidaan täydentää alueellisilla tai paikallisilla sovelluksilla, joissa huomioidaan alueelliset tarpeet ja seudullinen palvelujärjestelmä. Paikalliset sovellukset eivät voi poiketa valtakunnallisten ohjeiden periaatteista.

Osana huumausainepoliittisen toimeenpano-ohjelman 2004 – 2007 toimeenpanoa tehostetaan huumausaineiden käytön ehkäisyä sekä hoitoon liittyvää osaamista ja parannetaan hoitoon pääsyä. Eri viranomaisten ja muiden tahojen yhteistyötä huumausaineiden käytön ehkäisyyn ja huumausaineiden käyttäjien hoidon tehostamiseksi on kehitetty niin valtakunnallisella, alueellisella kuin paikallisellakin tasolla.

Seurantaryhmä on jokaisessa raportissaan korostanut terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon merkitystä väestön terveyden parantamisessa. Seurantaryhmän tekemässä arviointikyselyssä todettiin edistymisen tässä osahankkeessa olleen heikkoa. Seurantaryhmä pitää hyvänä, että hankkeen kahtena viimeisenä vuotena alettiin erityisesti kiinnittää huomiota terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon kysymyksiin. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma antaa jatkossa työn tehostamiseen erinomaiset mahdollisuudet. Terveyden edistämisessä tarvitaan monien eri keinojen samanaikaista käyttöä, eri sektoreiden yhteistyötä ja innovatiivisten uusien menetelmien käyttöönottoa sekä väestön että poliittisten päättäjien tietoisuutta terveyttä määrittävistä tekijöistä.

3 Hoitoon pääsyn turvaaminen

Hoitoon pääsyn turvaaminen oli kansalaisten kannalta hankkeen näkyvin kokonaisuus ja merkittävimpiä kansallisen terveydenhuollon hankkeen osioita. Hoitoon pääsyä ja jononhallintaa valmisteleva työryhmä asetettiin kesällä 2002. Raportti luovutettiin sosiaali- ja terveysministeriölle 5.1.2004 (STM työryhmämuistioita 2003:33). Työryhmän työn tavoitteena oli tehdä ehdotus kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeeksi.

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön tilaamat erillisselvitykset eri painopistealueilta valmistuivat ja kirjallisuuskatsaus jononhallinnan kansainvälisistä kokemuksista valmistui keväällä 2003. Hankekokonaisuuteen liittyen järjestettiin valtakunnallisia seminaareja, muun muassa ”Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä” seminaari, sekä työkokousseminaareja. Kreikkassa järjestettiin EU- seminaari Access and Quality in Health Care in the EU, jossa esiteltiin Suomen kokemuksia hoitoon pääsyn ja jononhallinnan työryhmästä. Vuoden 2002 lisätalousarviossa suunnattiin 25 miljoonaa euroa tutkimus- ja hoitojonojen purkuun. Tämä valtionavustus oli käytetty sairaanhoitopiireissä vuoden 2004 loppuun mennessä.

Hoidon saatavuutta koskevat säädösmuutokset keskeisiin terveydenhuollon lakeihin hyväksyttiin eduskunnassa 15.6.2004 ja ne tulivat voimaan maaliskuussa 2005 samanaikaisesti suositusluontoisten valtakunnallisten hoitoon pääsyn perusteiden kanssa (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita 2005:5). Sosiaali- ja terveysministeriö ohjasi kiireettömään hoitoon pääsyä asetuksella ja ohjeilla (VN asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä, 1019/2004) sekä tiedotustilaisuuksin. Keväällä 2005 järjestettiin säädösmuutosten toimeenpanokoulutusta yhdessä lääninhallitusten, sairaanhoitopiirien ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Uudistuksia koskevaa materiaalia, kuten tiedotteita ja esitteitä suunnattiin kunnille, terveydenhuollon toimintayksiköille, julkiselle sanalle ja väestölle.

Erikoismaksuluokkajärjestelmästä päätettiin luopua asteittain kolmen vuoden siirtymäajalla 1.3.2005 lähtien osana hoidon saatavuutta koskevaa lainsäädäntöuudistusta siten, että uusia erikoismaksuluokkaoikeuksia ei enää tämän jälkeen myönnetä ja olemassa olevat poistuvat 1.3.2008 alkaen.

Hoitoon pääsyn tilanteen puolivuositainen seuranta käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriössä Stakesin kanssa syksyllä 2005. Hoitotakuu lyhensi erikoissairaanhoidon hoitojonoja 60 000 henkilöllä viidessä vuodessa. Keväällä 2007 hoitojonoissa oli noin 5 000 suomalaista. Jonot lyhenivät alle kymmenekseen siitä, mitä ne olivat hanketta käynnistettäessä. Lokakuussa tilanne kuitenkin kääntyi kasvuun. Stakesin selvityksen mukaan sairaanhoitopiireissä oli yhä yli 9 000 potilasta, jotka olivat jonottaneet hoitoon pääsyä yli puoli vuotta. Määrä oli noin 12 prosenttia kaikista hoitoa odottavista potilasta, eniten kirurgiassa, lähes 60 prosenttia. Erot sairaanhoitopiirien välillä olivat merkittäviä.

Psykiatrisessa hoidossa sairaanhoitopiireissä hoitotakuu toteutuu aikarajojen sisällä lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä. Pisimpään hoitoa jonottavat vuoden 2007 lopussa neuropsykiatrisiin tutkimuksiin tulevat, syömishäiriöistä kärsivät sekä opioidiriippuvaiset henkilöt. Vaikka hoitotakuu näyttää toteutuvan hyvin, sairaanhoitopiirien vastauksissa välittyvä huoli psykiatrisen hoidon resursseista, erityisesti lääkäripuulasta ja kyvystä antaa laadukasta hoitoa.

Alueelliset erot hoitoon pääsyn toteutumisessa ovat olleet suuret. Kahdeksan sairaanhoitopiiriä ilmoitti lääkäripulan rajoittavan merkittävästi hoidon toteuttamista sekä kehittämistä. Hankkeen päättyessä hoidon saatavuus on alkanut myös muilla erikoisaloilla vaikeutua ja hoitotakuun toteutuminen on estynyt monilla paikkakunnilla lääkäripulan vuoksi huolimatta siitä, että lääkärikoulutuksen sisäänottomääriä lisättiin voimakkaasti hankkeen käynnistyessä 2000 -luvun alkupuolella. Viimeisen kolmen vuoden aikana valmistuvien lääkäreiden määrä on ylittänyt kahdella sadalla eläkkeelle siirtyvien lääkäreiden määrän.

Myöskään terveyskeskusten tilanne vuoden 2006 tiedonkeruun jälkeen ei parantunut. Odotusajat lääkärin vastaanotolle osittain pidentyivät, myös välitön yhteydenpääsy terveyskeskukseen virka-aikana selvityksen mukaan jonkin verran heikentyi. Erityisesti puhelinneuvonnan järjestämisellä ja henkilöstöryhmien välisen työnjaon kehittämisellä on pystytty parantamaan hoidon saatavuutta. Hoitoon pääsyn ongelmat ovat liittyneet erityisesti alueisiin, joilla on ollut terveyskeskuslääkärivaajetta. Lokakuussa 2007 lääkäriajajava kasvoi 10 prosenttiin; enää 42 prosentissa terveyskeskuksista oli kaikki virat täynnä. Tilanne on johtanut lisääntyvään vuokratyövoiman käyttöön, aluksi päivystyksissä, sitten yksittäisten lääkärin ja kokonaisten lääkäriasemien käyttöön työvoiman varmistamiseksi.

Hammaslääkäritilanne vaikeutui vuoden 2007 aikana, koska hoitotakuun ja sitä ennen tehdyn suun terveydenhuollon lakisääteisten palvelujen laajentamisen seurauksena suun terveydenhuolto-palveluja parannettiin merkittävästi. Hallitusohjelman mukaisesti suun terveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantamiseksi sairausvakuutuksen hammashoidosta maksamia korvauksia nostettiin vuoden 2008 alusta. Lisäksi vireillä olevien asiakasmaksusäädösten uudistamisen yhteydessä on tarkoitus asiakasmaksujen jälkeenjääneisyyden (indeksikorotukset) korjaamisen lisäksi tehdä suun terveydenhuollon maksuihin rakenteellisia muutoksia 1.8.2008 lähtien. Näillä muutoksilla pyritään saamaan ohjausvaikutuksia myös palvelujen käyttöön. Lisäksi hallitusohjelman mukaisesti ministeriössä on käynnissä palvelusetelin käyttöönoton laajentamista selvittävä työ. Suun terveydenhuollossa Helsingin kaupungissa on otettu käyttöön palvelusetelikokeilu syksyn 2007 aikana.

Hoitoon pääsyä terveyskeskusten suun terveydenhuollossa on seurattu myös elokuusta 2005 lähtien tehdyillä säännöllisillä kyselyillä. Hoitoon pääsyn turvaamisessa suun terveydenhuollossa kuuden kuukauden sisällä on edelleen ongelmia 10 prosentissa terveyskeskuksista. Lokakuussa 2007 hoitoon pääsy kuuden kuukauden sisällä toteutui 74 prosentissa terveyskeskuksista. Tilanne on parantunut jonotietojen perusteella vuoden 2007 maaliskuuhun verrattuna. Lokakuussa 2007 välitön yhteydenpääsy toteutui 87 prosentissa terveyskeskuksista. Hoidon tarpeen arviointi toteutui yhteydenotossa 90 prosentissa terveyskeskuksista, joka on paras tulos tähän mennessä tehdyissä selvityksissä.

Yli kuusi kuukautta hammashoitoon jonottaneita oli lokakuussa 48 terveyskeskuksessa 2007 17 700 kun heitä puoli vuotta sitten oli 25 300. Vaikka yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä jonotta-neiden määrä oli laskussa ovat hoitoon pääsyn jonot monilla alueilla liian pitkät.

Suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyissä erityisesti sunnuntaisin on edelleen suuria puutteita. Terveyskeskuksista 49 prosenttia ei järjestänyt päivystystä sunnuntaisin suun terveydenhuollossa. Hoitotakuun toteuttamista suun terveydenhuollossa on erityisesti haitannut henkilöstöpula. Hammaslääkäreiden määrä näyttää terveyskeskuksissa myös vähentyneen lokakuuhun 2006 verrattuna. Lähes 60 prosenttia terveyskeskuksesta ilmoitti, että hammaslääkäripula haittaa hoitotakuun toteuttamista.

Tammikuussa 2005 Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden keskus käynnisti tutkimus- ja kehittämishankkeen ”Terveystieteiden toimintatapoihin ja -rakenteisiin liittyvät muutokset ja niiden eteneminen”. Selvityksen kohteena oli 19 eri kokoista terveyskeskusta eri puolilta Suomea. Nämä terveyskeskukset huolehtivat 29 kunnan kansanterveystyöstä. Kyselytutkimus tehtiin hoitotakuulainsäädännön voimaan tulon jälkeen vuonna 2005 ja seurantakysely keväällä 2006. Selvityksessä tarkasteltiin vastaajien näkemyksiä välittömän yhteydensaannin, hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon saatavuuden toteutumisesta ennen ja jälkeen hoitotakuun voimaantulon sekä käsityksiä hoitotakuun oheisvaikutuksista.

Kuntaliiton selvityksen tulosten mukaan terveyskeskukset olivat varautuneet varsin hyvin hoitotakuun vaatimuksiin välittömästä yhteydensaannista, hoidon tarpeen arvioinnista ja tarpeellisen hoidon saatavuudesta määräaikojen puitteissa. Hoitotakuun voimaantulo ei näyttänyt aiheuttavan mittavia järjestelyjä tai toiminnan muutoksia. Huomiota jouduttiin kohdistamaan lähinnä puhelinpalvelutoimintaan ja työnjakoon hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitotakuun oheisvaikutuksista selkeimpänä nousi esiin huoli ehkäisevän terveydenhuollon asemasta, koska hoitotakuun koettiin korostavan nimenomaan sairauksien hoitamista. Hoitotakuun vaikutukset omaan työhön koettiin sekä haasteellisina että työpainetta ja kiirettä lisäävinä. Uhkakuvista voimakkaimmin myös tässä selvityksessä nousi esille huoli resurssipulasta, joka toteutuessaan heikentäisi tarpeellisten palvelujen saatavuutta oikeaan aikaan ja tasa-arvoisesti.

Hoitotakuun seuranta ja arviointi kansallisen terveydenhuoltoprojektin jälkeen

Hallitusohjelma velvoittaa tehostamaan palvelujen valvontaa ja ohjausta. Stakes on kehittänyt seuranta-tietojen keruujärjestelmää hankkeen aikana ja keräsi erikoissairaanhoidon jonotiedot syksyllä 2007 ensimmäistä kertaa sairaanhoitopiirien kanssa yhdessä määriteltyjen periaatteiden mukaisesti. Terveyskeskusten hoitoon pääsyn seuranta tulisi saada teknisesti toteutetuksi terveyskeskusten ajanvarausjärjestelmistä. Stakesin ja tietojärjestelmätoimittajien kehittämistyön tarkoituksena on jatkossa saada tieto hoitotakuun toimivuudesta ilman erillisiä keräyksiä reaaliaikaisesti. Vuoden 2007 selvitykset hoitotakuun toteutumisesta ovat osoittaneet, että hoitoon pääsy ei ole toteutunut lain edellyttämällä tavalla. Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt kesällä 2007 valvontaviranomaisia ryhtymään tarvittaviin toimenpiteisiin (uhkasakko), jotta hoitoon pääsy toteutuu säädetyissä määräjaoissa. Terveys- ja hyvinvointivaltion oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset harkitsevat tammikuussa 2008 uhkasakon antamista kolmelle sairaanhoitopiirille.

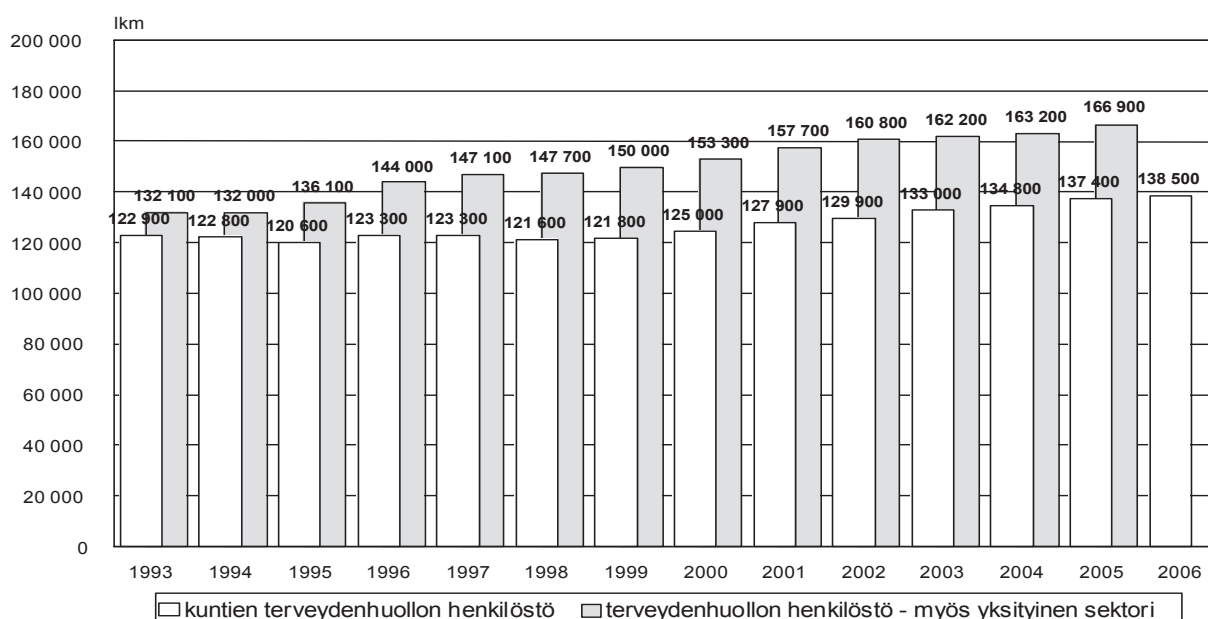
Palvelujen saatavuuden ja laadun sekä vaikuttavuuden arviointia tulee jatkossakin tehdä. Hallitusohjelmassa on todettu, että hoitotakuun toimivuus arvioidaan ja tehdään tarpeelliset muutokset aikarajoihin ja toimintamalleihin. Palvelujen järjestämisvastuu säilyy edelleen kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin.

Seurantaryhmä toteaa, että hoidon saatavuutta koskeva osio toteutui ehjänä kokonaisuutena hankkeen tavoitteiden mukaisesti. Selvitykset, lain valmistelu ja toimeenpano etenivät hyvin sekä seuranta käynnistyi ripeästi. Riippumatta lainsäädännön ja ohjauksen vaikutuksista, hoitojonon pituus erikoisaloilla ja eri sektoreilla vaihtelee jatkossakin. Hammashoidon laajennus ja hoitotakuu on pystytty toteuttamaan terveyskeskuksissa kohtuullisesti toimintakäytäntöjen muutoksella huolimatta hammaslääkärityövoiman vähenemisestä. Seurantaryhmä korostaa hoitoon pääsyn turvaamisessa hoitotoimenpiteiden vaikuttavuustutkimuksen merkitystä ja yhtenäisiä hoitoon pääsyn perusteita, jotta alueelliset erot vähenevät ja tieto hoitojen hyödyistä ohjaa hoidon saatavuutta nykyistä paremmin.

4 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen

Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen toimenpidekokonaisuuden tavoitteena oli turvata hoidon toteuttamiseksi tarvittava osaava ja riittävä henkilöstö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, kuntayhtymissä ja yksityisellä sektorilla yhteensä 166 900 henkilöä vuonna 2005. Vuoden 2006 tiedon mukaan terveydenhuollon henkilöstömäärä kunnallisella sektorilla on 138 500.

Taulukko 1. Kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon henkilöstö 1993-2006 ja koko terveydenhuollon henkilöstö 1993-2005*



Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

Henkilöstömäärä on ollut kasvava koko kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen ajan. Vuonna 2005 kunta-sektorilla työskenteli 11 610 lääkäriä, 2380 hammaslääkäriä, 36 320 sairaanhoitajaa ja 33 790 perus- ja lähihoitajaa (StakesTieto 2006, lähde: Kunnallinen henkilökisteri, Tilastokeskus).

Seuraavassa taulukossa esitetään hoitohenkilöstön määrien lisäykset kuntasektorilla vuodesta 2000 vuoteen 2006.

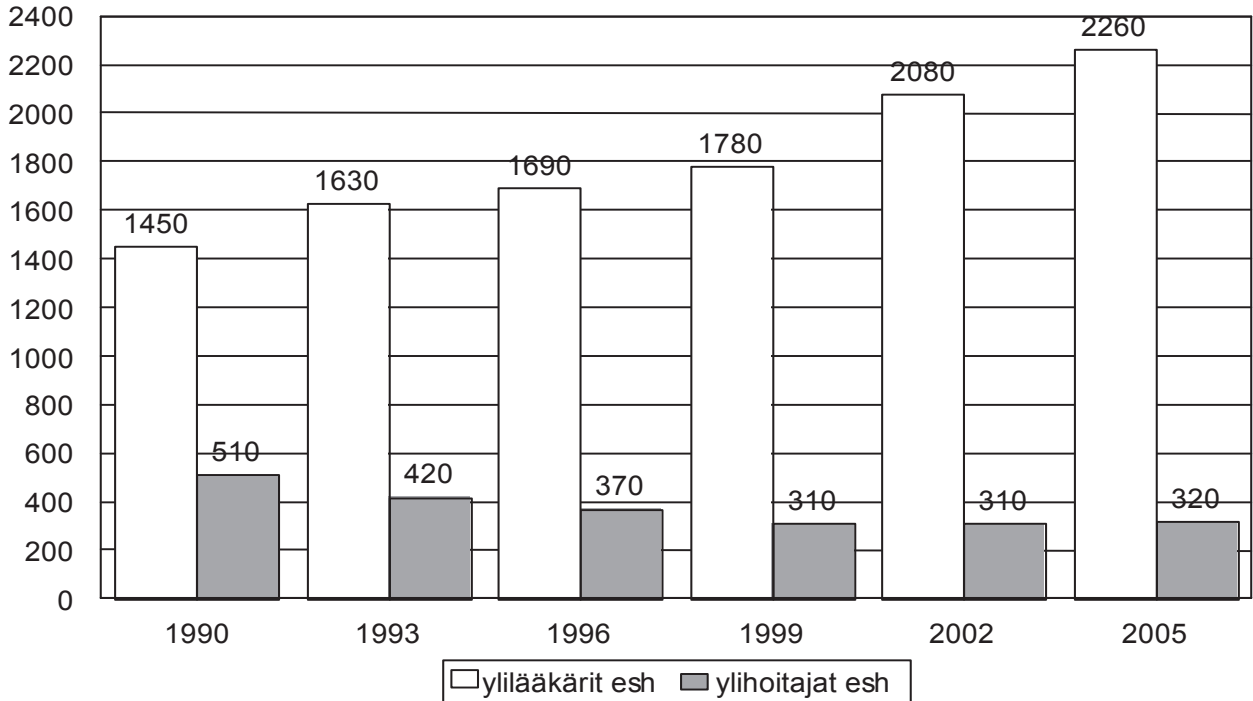
Taulukko 2. Henkilöstön määrä kuntasektorilla 2000 ja 2006

Ammattiryhmä	2000	2006	Muutos. %
Suuhygienisti	490	800	+63
Lähi- ja perushoitaja	23 200	35 800	+54
Sairaanhoitaja	26 500	37 500	+41
Fysioterapeutti	2 250	2 710	+20
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen	5 280	6 050	+15
Röntgenhoitaja	1 770	1 960	+11
Bioanalyttikko	3 730	3 930	+5

Lähteet: Ailasmaa R. Stakes, 19.12.2006, 6.11.2007, 12.11.2007.

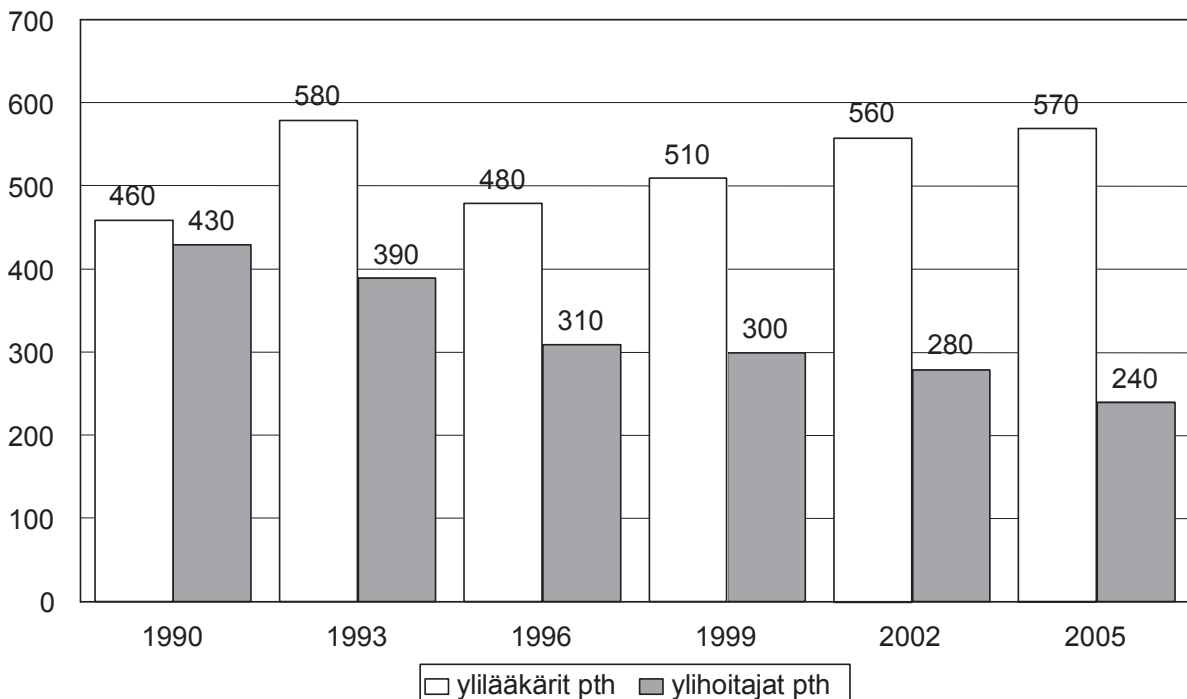
Ylilääkäreiden määrä on kasvanut erityisesti erikoissairaanhoidossa. Ylihoitajien määrä on ollut laskeva. Kun heitä vielä 1990 oli 510, on heidän määränsä vuonna 2005 pudonnut 320:een. Perusterveydenhuollossa ylilääkäreiden määrä on noussut noin sadalla vuodesta 1990 vuoteen 2005 ja ylihoitajien määrä on pudonnut lähes puolella. Perusterveydenhuollossa 30 %:ssa terveyskeskuksista ei ole lainkaan johtavaa hoitajaa.

Taulukko 3. Ylilääkärit ja ylihoitajat kunnissa ja kuntayhtymissä. Perusterveydenhuolto 1990–2005



Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

Taulukko 4. Ylilääkärit ja ylihoitajat kunnissa ja kuntayhtymissä. Perusterveydenhuolto 1990–2005



Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

Vuonna 2005 työskenteli Suomessa ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä sosiaali- ja terveystalveissa 2,3 %. Vuonna 2006 ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä työskenteli Suomessa 20, hammaslääkäreitä 35 ja sairaanhoitajia 71. Näistä enemmistö tuli Virossa ja Ruotsista. Ulkomailla työskenteli samana vuonna 4010 suomalaista sairaanhoitajaa. Heistä suurin osa työskenteli Ruotsissa, noin 1700 henkilöä. Suomesta lähti ulkomaille työhön vuonna 2006 lähes 300 sairaanhoitajaa ja palasi 200 eli lähtijöitä oli enemmän kuin palaajia. Selvitysten mukaan yleensä 45 % sairaanhoitajista palaa Suomeen takaisin kahden vuoden kuluessa lähdöstä. Lääkäreitä työskenteli vuonna 2006 ulkomailla 840. Lääkäreiden määrä ulkomailla on pysynyt melko vakiona koko 2000-luvun.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa arvioidaan avautuvan vuoteen 2015 mennessä 207 000 työpaikkaa. Avautuvista työpaikoista uusia on arviolta 29 %. Avautuvat työpaikat muodostuvat työllisten määrän muutoksesta ja poistumasta. Avautuvista työpaikoista noin 60 – 70 % johtuu eläkepoistuman korvaamisesta. Eläkkeelle siirtyminen kasvaa 2010 asti ja pysyy sen jälkeen yli 10 vuotta korkealla tasolla.

Koulutusmäärien lisäykset

Terveydenhuollon henkilöstön koulutusmääriä lisättiin terveyshankkeen alussa työvoimatarpeen ennakoitavien ehtojen mukaisesti. Lääkäreiden aloituspaikkoja lisättiin 550:ta 600:aan vuonna 2002. Vuoden 2004 sisäänottomäärä oli muuntokoulutus mukaan lukien 610. Vuodesta 2003 lähtien on valmistunut enemmän lääkäreitä kuin poistunut eläkkeelle. Lääkärikoulutuksen suorittaneiden määrän kokonaislisäyksen arvioidaan olevan runsaat 800 vuoteen 2010 mennessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Suomen Lääkäriliiton, Suomen Hammaslääkäriliiton, Suomen Kuntaliiton, Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ja Stakesin kanssa selvittää ja seuraa lääkärityömarkkinatilannetta ja hammaslääkärityömarkkinatilannetta maassamme. Vuoden 2004 selvityksen mukaan julkisen sektorin lääkäriarvot näyttivät olevan helpottumassa, mutta Lääkäriliiton selvityksen mukaan (2007) joka kymmenes lääkäriarvo on terveyskeskuksissa täyttämättä. Vain 42 prosentissa terveyskeskuksista on kaikki virat täynnä. Yli 20 prosentin vajeesta kärsii 28 prosenttia terveyskeskuksista. Niiden palvelujen piiriin kuuluu 900 000 asukasta. Vaikein tilanne on pienissä, alle kuuden lääkärin terveyskeskuksissa, joissa joka neljäs lääkärintehtävä on ilman kunnallista viranhaltijaa. Paras tilanne on suurissa terveyskeskuksissa ja yliopistollisten keskussairaaloitten läheisyydessä. Ostopalveluja käytetään yhä enemmän virkojen hoidossa ja täyttämään sijaistarvetta. Kahdeksan prosenttia eli 286 virkaa hoidettiin ostopalveluna. (Terveystalveiden lääkäritilanne -tutkimus, 3. lokakuuta 2007 tilanne, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriliitto, STM, Stakes ja Kunnallinen työmarkkinalaitos).

Syksyllä 2007 valmistui raportti, jossa selvitettiin miten erikoislääkäri ja erikoishammaslääkärikoulutus vastaa palvelujärjestelmän odotuksiin ja väestön terveystarpeisiin, sekä ovatko koulutuksen tavoitteet ja toteutus tarkoituksenmukaisia koulutusta järjestävien yliopistojen, terveyspalvelujärjestelmän organisaatioiden ja erikoistuvien lääkäreiden kannalta (Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:47).

Terveydenhuollossa työskentelevien muiden ammattihenkilöiden koulutuspaikkoja on myös lisätty työvoimatarpeen ennakoitavien ehtojen mukaisesti. Vuonna 2005 oli ammattikorkeakoulutuksen nuorten ja aikuisten aloituspaikkamäärä runsaat 500 suurempi kuin

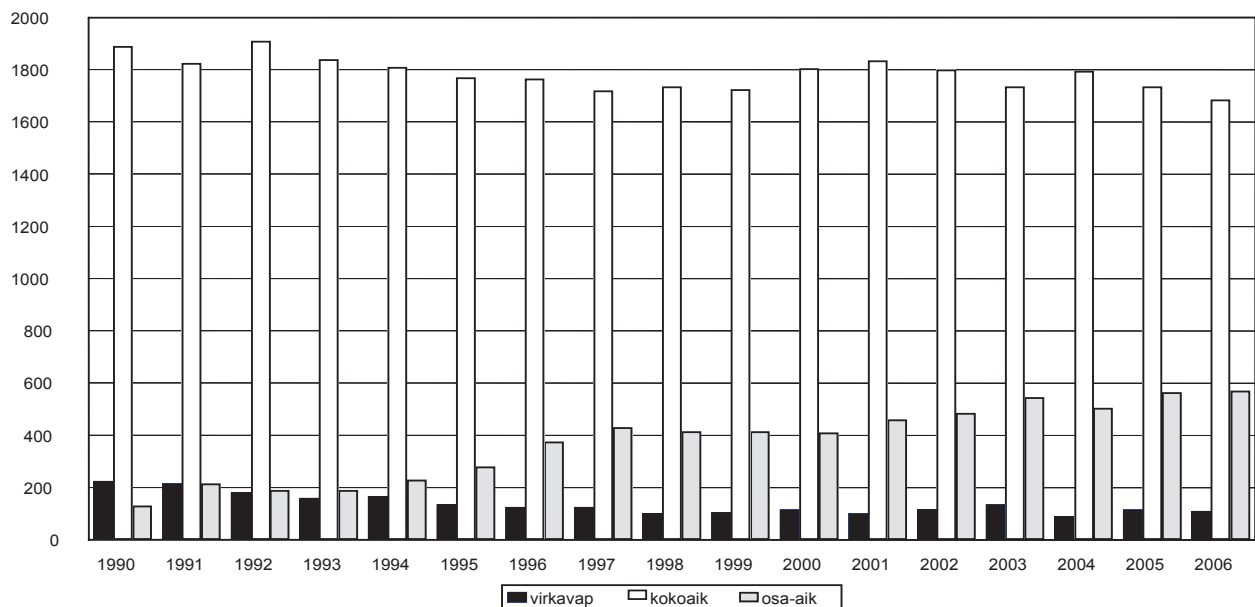
vuosien 2000 – 2002 keskiarvo. Vastaava luku toisen asteen koulutuksessa oli lähes 900. Vuonna 2006 oli sosiaali- ja terveysalan nuorten koulutuksessa 86 ja ammattikorkeakoulutuksessa 110 aloituspaikkaa enemmän kuin vuonna 2005.

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon henkilöstö

Vuonna 2006 kuntasektorilla työskenteli 2 360 hammaslääkärää, joista 2 200 terveyskeskuksissa ja 160 erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskushammaslääkäreistä osa-aikaisina työskenteli 570 ja virkavapaalla oli 110. Terveyskeskushammaslääkäreistä 20 prosenttia on eläkeiässä seuraavien 10 vuoden aikana. Terveyskeskushammaslääkäreiden määrä vuonna 2006 väheni edellisvuoteen verrattuna. Hammaslääkäri työvoima on vähentynyt terveyskeskuksissa huolimatta suurista muutoksista ja palvelujen laajentumisesta koko väestöön. Vuonna 2000 terveyskeskuksissa työskenteli 2 330 hammaslääkärä, joista osa-aikaisena 470. Hammaslääkäriresursseja oli henkilötyövuosina laskettuna 1 805 vuonna 2000 kun vastaava luku oli 1 685 vuonna 2006.

Suuhygienistien määrä on sen sijaan ollut kasvussa. Vuonna 2006 suuhygienistejä työskenteli terveyskeskuksissa 810 kun vastaava luku vuonna 2000 oli 500. Henkilötyövuosina laskettuna suuhygienistien resurssit ovat kasvaneet vuoden 2000 400 työvuodesta 630 työvuoteen vuonna 2006. Hammashoitajia työskenteli kuntasektorilla vuonna 3 030, joista osa-aikaisina 385. Hammashoitajien määrä kasvoi 315 henkilön verran vuodesta 2000. Samanaikaisesti osa-aikaisuuden osuus on hie man kasvanut myös tässä henkilöstöryhmässä.

Taulukko 5. Kuntien ja kuntayhtymien hammaslääkärit 1990–2006



Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

Vuosien 2006 ja 2007 selvitysten perusteella terveyskeskusten hammaslääkäripula on kasvanut lääkärivajetta suuremmaksi. Terveyskeskushammaslääkärivaje on kaksinkertaistunut viimeisten neljän vuoden aikana. Lokakuussa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan terveyskeskuksissa oli 2 075 laskennallisesti kokopäiväistä hammaslääkäriä vakanssina. Kyselypäivänä näistä oli täytettynä 1 608, virkojen tai toimien täyttöaste oli 77,5 %. Hammaslääkärivaje oli 252 vakanssia (12,1%). Kokonaisuudessaan työvoiman hammaslääkärivaje 15,7% sillä vakansseista hoidettiin 75 vuokratyövoimalla (3,6 %). Lisäksi palveluja ostettiin yksityissektorilta.

Suhteellisesti eniten täyttämättömiä vakansseja oli Kainuussa, Etelä-Savossa, Itä-Savossa ja Lapissa. Kainuun sairaanhoitopiirissä sijaisuuksista tai viroista oli hoitamatta 30 %, Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä 25,4 %, Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 23,3 % ja Lapin sairaanhoitopiirissä 18,4 %. Helsingissä ja Uudellamaalla 9,7 % viroista oli kyselypäivänä ilman vakinaista hoitajaa tai sijaista. Vain 43 prosentissa terveyskeskuksista ei ole vajetta. Tilanne on paras Ahvenanmaalla, jossa ei ole täyttämättä yhtään hammaslääkäriä virkaa tai sijaisuutta. Toiseksi paras tilanne oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä, 4,5 %, ja kolmanneksi paras Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa vaje oli 4,9 %.

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt useaan otteeseen hammaslääkärikoulutuksen lisäämistä, viimeksi opetusministeriön selvityshenkilö Happonen 2007 esittämien linjausten mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö esitti hammaslääkärikoulutuksen lisäämistä siten, että aloituspaikkojen määrä nostetaan 160:een tutkintotavoitteen ollessa 150. Ehdotuksessa on huomioitu tarve lisätä myös erikoishammaslääkärikoulutusta. Aloituspaikkojen lisäys tulee tehdä jo kevään 2008 opiskelijavalintojen yhteydessä, jotta suun terveydenhuollon palvelujen saanti voidaan jatkossa turvata väestölle.

Sosiaali- ja terveysministeriö on kiirehtinyt Itä-Suomen hammaslääkäripulan edellyttämiä ratkaisuja koulutuksen järjestämisessä. Nykyinen koulutusrakenne ei ole pystynyt turvaamaan koko maan hammaslääkäritarvetta, vaan terveyskeskushammaslääkärivaje on muodostunut vaikeimmaksi Itä-Suomen alueella. Tästä syystä sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt opetusministeriölle hammaslääketieteen koulutuksen aloittamista Kuopion yliopistossa. Koulutus tulee järjestää kiinteässä yhteistyössä Savonia-ammattikorkeakoulun sekä alueen terveyskeskusten ja keskussairaaloitten kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi vuonna 2007 valtionavustusta Suun terveydenhuollon julkisten palvelujen kehittämishankkeelle tukemaan hammaslääkäri-koulutuksen aloittamista Itä-Suomen alueella. Hankkeessa kehitetään yhteistoimintaverkosto, jonka muodostavat alueen terveyskeskukset, keskussairaalat, yliopistosairaala, Kuopion yliopisto, Savonia-ammattikorkeakoulu ja yliopistosairaalaan perustettava osaamiskeskus.

Työvoimavajeet

Kunnallinen työmarkkinalaitos selvitti yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakoinnin yhteistyöryhmän kanssa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatilannetta lokakuussa 2005. Määräaikaisista 78 % oli sijaisia tai toimi avoimessa tehtävässä. Selvityksen mukaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuhteista 6 % oli täyttämättä ja 3 % kokonaan hoitamatta. Täyttämättömistä palvelusuhteista noin kolmasosa oli hoidettu määräaikaisella henkilöstöllä, 11 % ei ollut tarvetta täyttää, 8 %:iin ei oltu saatu pätevää vakinaista työntekijää ja 1 %:issa ei ollut taloudellisia mahdollisuuksia palkata työn-

tekijää. Palvelussuhteista 3 % oli kokonaan hoitamatta. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä niitä oli määrällisesti eniten sairaanhoitajilla ja lähihoitajille sekä suhteellisesti eniten suuhygienisteillä ja röntgenhoitajilla. Selvitys uusitaan keväällä 2008.

Seuraavassa taulukossa näkyvät ne ammattiryhmät, joissa on keskimääräistä suuremmat vajeet kuntasektorilla.

Taulukko 6. Terveydenhuollon ammatit, joissa keskimääräistä suurempi vaje kuntasektorilla 2004–2005, (%)

Ammattiryhmä	2004	2005
Puheterapeutti	17,3	9,5
Suuhygienisti, hammashuoltaja	1,4	6,2
Röntgenhoitaja	1,8	5,3
Psykologi	3,9	4,6
Hammashoitaja	0,8	3,2
Lähihoitaja, perushoitaja	1,4	3,2
Kaikki yhteensä	1,4	3,0

Lähteet: Kunnallinen työmarkkinalaitos, 2005 ja 2006

Terveysprojektin päättyessä työvoiman riittävyys ja saatavuus on lisääntyvänä huolenaiheena terveydenhuollossa. Eryteisesti haasteena on ollut hammaslääkäreiden, lääkäreiden ja joidenkin erityisammattiryhmien osalta, mutta yhä enemmän myös sairaanhoitajien osalta. Sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista osa on viestittänyt sairaanhoitajien rekrytointivaikeuksia, minkä koetaan osaltaan vaikeuttavan hoitoon pääsyä koskevien säännösten mukaisen toiminnan tehostamista. Eryteisesti sijaisten saanti on vaikeutunut. Rekrytointivaikeuksia on myös pienemmissä ammattiryhmissä kuten röntgen- ja laboratoriohoitajat, joiden koulutus on keskitetty suuriin ammattikorkeakouluihin.

Terveydenhuollon täydennyskoulutus

Terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskeva kansanterveyslain 41 §:n ja erikoissairaanhoitolain 10 §:n muutokset (992 – 993/2003) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus (1194/2003) ovat olleet voimassa vuoden 2004 alusta lähtien. Säännösten mukaan työnantajan tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, saattaa ajan tasalle ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Täydennyskoulutuksen rahoitusvastuu on työnantajalla.

Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan täydennyskoulutusasetuksen 1 §:n mukaan kaikkea selaista suunnitelmallista koulutusta, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja lisätä henkilöstön ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintaa. Työhön perehdytystä ja työnohjausta eikä esimerkiksi lääkärin meetingejä tai osastokokouksia tms. lasketa mukaan täydennyskoulutukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1194/2003) edellytetään, että terveydenhuollon toimintayksiköt seuraavat täydennyskoulutuksen toteutumista, täydennyskoulutukseen osallistumista sekä siitä aiheutuvia kustannuksia osana terveydenhuollon toimintayksiköiden seurantajärjestelmiä esimerkiksi henkilöstökoulutusrekisterin ja henkilöstöraportin avulla. Kunnallisen työmarkkinailtoksen tehtävänä on kerätä toimintayksiköiden seurantatietojen pohjalta vuosittain terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskevat määrälliset ja kustannustiedot sekä raportoida kehityksestä. Tiedot on kerätty vuosina 2004, 2005 ja 2006.

Selvityksen mukaan täydennyskoulutukseen osallistui vuonna 2006 72 % terveydenhuollon koko henkilöstöstä. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten täydennyskoulutusta annettiin lääkäreille, hammaslääkäreille ja muulle yliopistokoulutetulle sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstölle.

Täydennyskoulutukseen osallistuneiden lukumäärä on vähentynyt muutamalla tuhannella henkilöllä vuodesta 2005. Vuonna 2005 täydennyskoulutukseen osallistui 77 % terveydenhuollon henkilöstöstä. Vuonna 2004 täydennyskoulutukseen ilmoitettiin osallistuvan 65 % terveydenhuollon henkilöstöstä.

Vuonna 2006 lääkäreiden ja hammaslääkäreistä osallistui täydennyskoulutukseen 87,4 %, sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulun tai opistoasteen tutkinnon suorittaneista (mm. sairaanhoitajat) 79 %, sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon tai kouluasteen tutkinnon (mm. perushoitajat) suorittaneista 65,6 %, yliopistokoulutettu muu terveydenhuollon henkilöstö (mm. psykologit) 80,2 % ja muu henkilöstö (mm. tuki-, toimisto- ja tietopalveluhenkilöstö) 55,6 %. Kaikki huomioon ottaen täydennyskoulutukseen osallistuvien määrä oli 71,8 %.

Terveydenhuollon johtamiskoulutus

Valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista johtamiskoulutusta suunnitellut työryhmä asetettiin 28.11.2003 ja se jätti muistionsa 30.11.2004 opetusministeriölle (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30). Työryhmän tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveysalan moniammatillisesta johtamiskoulutuksesta niin, että koulutus antaisi valmiudet johtamisen kautta vastata sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden toimeenpanosta, väestön terveyden edistämisestä, terveystalouden saatavuudesta, laadusta ja taloudellisuudesta sekä toiminnan kehittämistä toimijoiden yhteistyönä.

Työryhmä arvioi, että kaikkiaan 10 000 sosiaali- ja terveysalan johtajaa tarvitsisi johtamiskoulutusta vuosien 2005 – 2012 aikana. Määrästä eläkkeelle siirtymisestä johtuva koulutustarve olisi 4000 johtamistehtävään tulevalle henkilöllä ja muu koulutustarve noin 6000 henkilöllä. Lisäksi työryhmä arvioi, että tulevien vuosina (arviolta vuodesta 2008 alkaen) uusi koulutus pystyisi tuottamaan melko hyvin johtamiskoulutuksen saaneita työntekijöitä alan tarpeeseen.

Työryhmän tekemien ehdotusten keskeinen sisältö oli rakentaa kattava koulutusjatkumo siten, että sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen perusteet annetaan kaikissa sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksissa. Peruskoulutuksen jälkeen sosiaali- ja terveysalan moniammatillinen johtamiskoulutus jatkuu kaikissa nykyisissä ammatillisissa jatkotutkinnoissa 20 opintoviikon laajuisena niin, että koulutus tuottaa lähijohtajuuden edellyttämän osaamisen. Johtamisosaaminen karttuu rinnan työelämäkokemuksen ja tehtävien kanssa koulutusjatkumoa eteenpäin vievänä sosiaali- ja terveysalan moniammatillisena täydennyskoulutuksena keskijohdolle (20 ov) ja ylimmälle johdolle (20 ov). Ammattikorkeakouluihin esitettiin omaa sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutuksen jatkotutkintoa.

Ehdotukset olivat laajalla lausuntokierroksella keväällä 2005. Opetusministeriö pyysi lausuntojen perusteella 23.12.2005 eri tahoja käynnistämään sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen ehdotusten toimeenpanon. Samalla koulutusyksiköitä pyydettiin raportoimaan opetusministeriölle koulutuksen valmistelusta ja toimeenpanosta maaliskuun 2007 loppuun mennessä.

Selvityksen mukaan lääketieteelliset tiedekunnat ovat perustaneet Helsingin yliopiston johdolla johtamiskoulutusta suunnittelevan työryhmän, jossa on edustus kaikista lääketieteellisistä tiedekunnista. Muina osallistuvina tahoina ovat muun muassa Suomen Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriliitto ja Puolustusvoimat.

Ammattikorkeakoulut ovat kehittäneet sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmia eri puolella Suomea ns. ylempi amk - tutkinto. Ammattikorkeakoulut järjestävät lisäksi täydennyskoulutuksena johtamiseen liittyviä ammatillisia erikoistumisopintoja. Johtamisopinnot ovat olleet erittäin suosittuja ja kysytyjä.

Kunnallinen työmarkkinalaitos on kerännyt vuoden 2006 täydennyskoulutustiedot ensimmäisen kerran myös erikseen sosiaali- ja terveysalan vähintään 30 opintopisteen laajuiseen johtamiskoulutukseen osallistuneiden osalta. Vuonna 2006 sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutukseen osallistui 1600 henkilöä terveydenhuollossa. Täydennyskoulutusta heillä oli keskimäärin 4,3 päivää. Johtamiskoulutuksen kustannukset olivat keskimäärin 1 125 euroa.

Eri henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa -osahanke

Eri henkilöstöryhmien keskinäisten työnjaon ja yhteistyön kehittäminen on ollut kansallisen terveyshankkeen yksi osahanke. Osahankkeen tavoitteena on hoitoon pääsyn ja henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä toimintatapojen uudistaminen. Hankkeessa työnjaolla ymmärretään koko työyhteisön kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja ammattiryhmien osaamisen näkökulmasta. Tehtäviensierrolla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä myös toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. Tehtäväkuvien laajentamisella tarkoitetaan tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista.

Vuosina 2003 – 2004 sosiaali- ja terveysministeriö myönsi hankerahoitusta 31 pilotille, jotka toteutettiin 29 organisaatiossa. Joulukuussa 2006 ilmestyneessä sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä kuvattiin piloteista saatuja kokemuksia. Kokemusten mukaan lääkäripäivystyksen käyttö väheni hoitajavastaanottojen seurauksena 5 – 15 %, puhelinneuvonnan ja -päivystyksen seurauksena 18 – 25 %. Puhelinneuvonnan asiakkaista ohjattiin joka toinen kotihoitoon, joka neljäs ajanvarausvastaanotolle ja joka kuudes päivystysvastaanotolle. Perusterveydenhuollossa hoitajavastaanotot muodostivat parhaimmillaan 59 % vastaanottokäynneistä ja 28 % päivystyskäynneistä. Työnjakopilotteja koskeva raportti ”Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa” ilmestyi STM:n selvityksiä sarjassa (2005:21).

Terveydenhuollon henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa koskevan suositusluonnoksen ja lainsäädännön muutosten valmistelua jatkui vuonna 2007. Uusien selvitysten mukaan hoitajanvastaanotto toiminta on edelleen lisääntynyt. Esimerkiksi sairaanhoitajan/terveydenhoitajan päivystysvastaanotto kattaa väestöstä jo lähes 90 %. Hoitoprosessin toimivuuden kannalta on tärkeää, että kaikki ammattiryhmät otetaan huomioon työnjakoa muutettaessa. Järkevä työnjako ja hoitajavas-

taanottojen vakiinnuttaminen ovat keskeisiä keinoja terveydenhuollon toimivuuden ja erityisesti terveyskeskustyön vetovoimaisuuden parantamisessa.

Ministeriö järjesti kesäkuussa 2006 työseminaarin, jossa yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa jatkotyöstettiin ministeriössä virkamiestyönä laadittua suositusluonnosta työnjaon ja yhteistyön kehittämistä. Suositus ja tehtäväsiirtoihin liittyvät ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi on tarkoitettu antaa kevään 2008 aikana.

Seurantaryhmä toteaa, että henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen osahankkeessa on edistytty monin tavoin ja hankkeen aikana on toteutettu niitä toimenpiteitä, joita hankkeen alussa laitettiin tavoitteeksi. Edistymistä on ollut koulutusmäärien lisäämisessä ja täydennyskoulutuksen toteuttamisessa ja seurannassa. Johtamiskoulutuksen kehittäminen on edennyt hitaasti ja on edelleen koordinoimatonta ja sirpaleista. Osastonhoitajakoulutusta ei ole saatu kuntoon. Koulutusmäärien ja henkilöstömäärien lisäykset eivät näytä poistavan terveydenhuollon ongelmia. Seurantaryhmä toistaa näkemyksensä, jonka mukaan jatkossa tarvitaan prosessien, johtamisen ja työnjaon uudistamista, kannustavien palkkausjärjestelmien käyttöönottoa sekä tietoteknologian tehokkaampaa hyödyntämistä.

5 Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen

Terveyskeskusten toimintaedellytysten parantaminen

Terveyskeskusten toiminnan edellytysten sekä terveyskeskusten, aluesairaaloiden ja keskussairaaloiden yhteistyön kehittäminen käynnistyi ministeriön, aluekoordinaattorien, lääninhallitusten ja Suomen Kuntaliiton kanssa tehdyn aktiivisen yhteistyön kautta. Hankkeen alkuvuosina järjestettiin valtakunnallista ja alueilla useita alueen omiin ongelmiin ja tarpeisiin liittyviä seminaareja. Keskeisiä teemoja ovat olleet terveyskeskusten vetovoima ja tehokkuus.

Seudullisten ratkaisujen koordinoitua varten nimettiin 18 aluekoordinaattoria. Alueellisen tukiverkoston työ lääninhallitusten tukemana käynnistyi vuoden 2003 alusta. Yhteistyöverkostosta tiedotettiin terveydenhuollon toimijoille lääninhallitusten ja Suomen Kuntaliiton järjestämässä alueellisissa seminaareissa. Alueelliset tukiverkostot paneutuivat erityisesti terveyskeskusten toiminnan tukemiseen ja perustason lähipalvelujen turvaamiseen. Kuntaliiton ja ministeriön vastuuhenkilöt olivat aktiivisena taustatukena alueellisille verkostoille järjestäen hankkeen alkuvuosina tukihenkilöiden ja lääninhallitusten kanssa alueellisia neuvottelupäiviä. Tukihenkilöt ja tukiverkostot järjestivät lisäksi mm. Etelä-Suomen läänissä kahdeksan maakunnallista seminaaria sekä tekivät laajan suunnitellun terveydenhuollon selvityksen. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti Suomen Kuntaliiton kanssa aluetukihenkilöiden, läänien vastuuhenkilöiden ja muiden yhdyshenkilöiden kanssa työkokouksia hankkeen loppuun asti. Verkosto koettiin hyödylliseksi informaatioväyläksi ja toimivaksi tavaksi tukea kunnissa tapahtuvaa kehittämistä.

Kansallisen terveyshankkeen teemoja on viety eteenpäin muun muassa lääninhallitusten, johtavien terveyskeskuslääkäreiden, ylihoitajien, ylihammaslääkäreiden ja sairaanhoitopiirien järjestämissä valtakunnallisissa ja alueellisissa tilaisuuksissa.

Hankerahoitusta suunnattiin heti hankkeen alusta lähtien toimintojen ja rakenteiden uudistamista koskevien kriteerien mukaisten muutosten vauhdittamiseen. Kunnat ja kuntayhtymät tekivätkin jo heti vuoden 2002 loppuun mennessä 163 hankehakemusta. Vuoden 2004 aikana oli käynnissä runsaasti kehittämishankkeita, esimerkiksi alueellista päivystystoimintaa sekä puhelinpäivystys- ja neuvontapalveluja kehitettiin tulevaa hoitotakuuta ajatellen. Hankkeen päättyessä muutokset näkyivät terveyskeskusten yksittäistoinnissa, kuten päivystysyhteistyönä. Terveyskeskusten yöpäivystys oli keskitetty lähes kokonaan useiden terveyskeskusten muodostamiin yksiköihin, aluesairaaloihin tai keskussairaaloihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton virkamiehet toteuttivat sairaanhoitopiireittäin keväällä 2004 laajan terveyskeskuskierroksen, yhteensä 24 tilaisuutta eri puolilla Suomea. Näistä saadut kokemukset ja toimenpide-ehdotukset kuvattiin raportissa ”Terveyskeskus toimivaksi, Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004” (STM selvityksiä 2004:13). Syksyllä 2004 järjestettiin läänikohtaiset seurantakokoukset, joista aluetukihenkilöt raportoivat.

Sosiaalialan ja terveydenhuollon hankkeet yhdistävä yhteinen kehittämishankesuunnitelma valmistui vuonna 2004 seuraaviin palveluihin: lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut, ikäihmisten palvelut, kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää, mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen sekä lapsiperheiden peruspalveluiden verkostoiminen ja yhteistyörakenteiden uudistaminen. Vaasan sairaanhoitopiirin, Vantaan ja Rovaniemen kaupungin kokonaisvaltai-

set ja laajat, mielenterveys- ja päihdehuollon palvelujen kehittämishankkeet saivat terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen yhteisistä varoista valtionavustusta. Vanhustenhuollon kehittämishankerahaa saaneiden kuntahankkeiden kanssa sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes käynnistivät kotihoidossa 30 kunnan yhteistyön syksyllä 2004 ja laitoshoidon kehittämishankkeen 10 kunnan tai kuntayhtymän kanssa vuonna 2005. Hankkeet päättyivät vuoden 2007 lopussa ja opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun ja loppuraportti Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishankkeesta julkaistiin tammikuussa 2008. Hankerahoitusta saaneille kehittämishankkeille järjestettiin valtakunnallisia seminaareja.

Sisäministeriön julkaisemat lääninhallitusten arviot peruspalvelujen tilasta vuonna 2004 osoittivat, että hyvinvoinnin alueelliset erot kasvoivat. Suomessa oli vuoden 2005 alussa 432 hyvin erikokoista ja erilaista kuntaa. Erilaiset alueelliset toimintatavat ja työnjakomallit olivat lisääntyneet. Sairaanhoidopiirien ja niiden jäsenkuntien välistä yhteistyötä on totuttu tekemään paikallisesti vaikiintuneiden käytäntöjen mukaan.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimiva kokonaisuus oli keskeisenä tavoitteena monille seudullisille toimintojen ja rakenteiden uudistumispyrkimyksille. Hankkeen aikana käynnistyi laajalti terveystiimi tai – aluemallin suunnittelu. Tavoitteena alueellisissa ratkaisussa oli perusterveydenhuollon roolin ja aseman korostaminen. Vuonna 2005 Kainuun maakunta ja kuntayhtymä toteuttaminen eteni ripeästi, Forssan terveydenhuoltoalue vakiinnutti asemansa, Sastamalan perusturvakuntayhtymä oli käynnistymässä. Eri puolilla maata tehtiin selvityksiä ja valmisteluja, mm. Päijät-Hämeessä, Etelä-Karjalassa, Pohjanmaalla Kuusiokunnissa, Länsi-Uudellamaalla, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueen terveydenhuoltoalueella, Hiita-yhteistyössä, Länsi-Pohjassa, Jyväskylän seudulla ja Kymenlaaksossa. Sitten terveyspiirejä on suunniteltu tai toteutettu Paras -puitelain hengen mukaisesti ja vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla toimivina yhteistoiminta-alueina.

Vuoden 2004 aikana sosiaali- ja terveysministeriö tilasi ja julkaisi selvitykset: 1) Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen (Selvityksiä 2004:3) ja 2) Yrittäjäyys perusterveydenhuollossa (Selvityksiä 2004:9). Näiden selvitysten, terveyskeskuskierroksen raportin sekä Suomen Lääkäriliiton terveyskeskusten lääkärintyön selvitysryhmän loppuraportin pohjalta sosiaali- ja terveysministeriössä koottiin esille tulleista terveyskeskustyön kehittämistarpeista ja -ehdotuksista yhteenveto jatkoarviointia varten.

Yhteenveto terveyskeskusten seutuyhteistyöstä ja hankkeen tilannekatsaus perusterveydenhuollossa valmistui keväällä 2005. Aluetukihenkilöt kokosivat kattavat tiedot sairaanhoidopiireiltä sekä Kainuusta. Yhteenveto toteutettiin niin ikään syksyllä 2006.

Terveyskeskus 2015 -terveyskeskustyön tulevaisuutta pohtinut asiantuntijaseminaari järjestettiin Tuusulassa kesällä 2006. Seminaarin pohjalta valmistui raportti Terveyskeskus 2015 -terveyskeskustyön tulevaisuus (STM selvityksiä 2006:56). Raportin pohjalta käynnistyi terveyskeskusstrategian kehittäminen. Terveyskeskusstrategia on nyt osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa.

Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako

Erikoissairaanhoidon yksiköiden toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon kehittämiseen, sekä tarpeettomien toiminnallisten ja hallinnollisten päällekkäisyyksien poistamiseen panostettiin hankkeen alussa. Erityisvastuualueiden yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi sairaanhoidopiirit laativat suun-

nitelmat vuonna 2003, jotka koskivat ennakolta suunniteltavissa olevaa vaativaa hoitoa, pieniä potilasmääriä koskevia toimenpideryhmiä, sairaanhoidollisia palveluita ja tukipalveluita. Erityisvastuualueiden suunnitelmia on analysoitu ministeriössä ja niitä on käsitelty yhdessä sairaanhoitopiirien johdon kanssa. Hankkeen toiminta painottui suunnitelmien toteuttamisen ja erikoissairaanhoidon yksiköissä tapahtuvan kehittämistyön seurantaan, tukemiseen ja arviointiin.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) annettiin marraskuussa 2004. Elokuussa 2006 sairaanhoitopiirejä pyydettiin toimittamaan ministeriöön asetuksen mukaiset terveydenhuollon palveluiden järjestämissuunnitelmat. Hallituksen esitys erikoissairaanhoitolain muuttamisesta (HE 177/2004vp) annettiin eduskunnalle 17.9.2004 ja tuli voimaan 1.1.2005. Asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä tuli voimaan 1.10.2006.

Vuonna 2005 erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjaon kehittäminen erityisvastuualueittain eteni jonkin verran. Etenkin Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirin yhteishankkeessa tapahtui edistystä.

Lääkkeiden ja materiaalien yhteishankintamenettelyä parannettiin merkittävästi hankkeen aikana. Lisäksi vuonna 2002 sosiaali- ja terveysministeriö teki toimeksiantosopimuksen laboratorio- ja kuvantamistoiminnan yhteistuottamisen eri toteuttamisvaihtoehtojen selvittelystä yhteistyön tehostamiseksi sairaanhoitopiireittäin. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti vuonna 2005 sairaanhoitopiirien ja niiden sijaintikuntien sosiaali- ja terveysjohdolle kutsuseminaarin ”Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden uudelleenjärjestelyt ja tietoteknologian hyödyntäminen”. Hankintatoimen, laboratorio- ja kuvantamisalojen sekä muiden tukitoimintojen, kuten apuvälinepalvelujen toteuttaminen alueellisena yhteistyönä näkyi lähes kaikilla erityisvastuualueilla.

Sisäministeriö asetti kunta- ja palvelurakennemuutos eli Paras -hankkeen toukokuussa 2005

Valtioneuvoston päätökseen valtiontalouden kehyksistä 2006 – 2009 sisältyi linjaus ja toimeksianto toteuttaa kunta- ja palvelurakennemuutos, jonka lähtökohdista valmisteltiin hallituksen strategia-asiakirja 2005. Linjaukset uudistuksesta on kirjattu valtioneuvoston selontekoon keskus-, alue- ja paikallishallinnon toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Hankkeen tehtävänä oli arvioida ja tehdä ehdotus kuntien vastuulla olevien lakisääteisten ja kuntien itselleen tehtäväksi ottamien palveluiden tarkoituksenmukaista järjestämistä vastuualueista ottaen huomioon mm. palveluiden sisältö ja ominaispiirteet, niiden saatavuus ja laatu. Tarkastelun kohteena ovat olleet kuntajaon muutokset ja kuntarajat ylittävä yhteistyö kaikilla aluetasoilla kunnista valtakunnantasolle saakka.

Hankkeessa on valmisteltu toteutuksen kannalta keskeiset kuntien palveluiden järjestämiseen liittyvät normatiiviset ja lainsäädännölliset muutokset, jotka koskevat kuntien tehtäviä ja rahoitusta, kuntien palveluiden järjestämisen organisoimista, yhteistyötasoja ja toteuttamista sekä kuntajakoa ja sen muuttamista. Sosiaali- ja terveyssektorin osakokonaisuutta on valmistellut ja edelleen valmistelee sosiaali- ja terveysministeriö.

Jatko-ohjauksessa ja erityislainsäädännön muutosten valmistelussa kiinnitetään erityistä huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön ja sosiaalitoimen säilyttämisen eheäänä.

Keskeisiä uudistuksia valmistelussa hankkeen päätösvuonna vuonna 2007

Uudessa kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmassa vuosille 2008 – 2011 määritellään sosiaali- ja terveystoiminnat, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Valtioneuvosto hyväksyy ohjelman neljäksi vuodeksi alkuvuodesta 2008. ”Kaste” -kehittämisohjelma painottuu hallitusohjelman mukaisten sosiaali- ja terveystoiminnat tavoitteiden täsmentämiseen ja toteuttamiseen. Ohjelmaan on tulossa mm. henkilöstöön, erityisvaltionosuuksiin (EVO), johtamiseen ja sähköisiin palveluihin liittyviä toimenpiteitä. Perusterveydenhuollon kehittäminen on ohjelman erityinen painopiste. Ohjelmaa valmistelee ministerijohtoinen neuvottelukunta. Sen rinnalla toimii peruspalveluohjelma, joka on osa valtiontalouden kehysmenettelyä ja painottuu kuntatalouteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeessa lisätään palvelujärjestelmän läpinäkyvyyttä ja varmistetaan, että parhaat käytännöt saadaan esille. Hallitusohjelmaan perustuvassa hankkeessa toteutettava Palvelupuntari -verkkosivusto mahdollistaa palvelujen vertailun sekä yksittäisten palveluntuottajien että kuntien tai laajempien alueiden välillä. Hyvä käytäntö –verkosto luo Suomeen avoimen innovaatioverkoston ympäristön, jonka tehtävänä on varmistaa hyväksi osoitettujen käytäntöjen tuotteistuminen ja käyttöön otto sosiaali- ja terveysalalla.

STM:n Mieli 2009 -työryhmä on valmistellut kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa hyvän hoidon edistämiseksi ja palveluketjujen parantamiseksi. Tämä työ pohjaa terveystoiminnat rahoitettujen kolmen laajan mielenterveys- ja päihdehuollon kehittämishankkeen (Pohjanmaa, Rovaniemi, Vantaa) työn rinnalle. Näissä on myös järjestetty lukuisia valtakunnallisia seminaareja. MASTO -hankkeessa paneudutaan masennuksen hoitoon ja ehkäisyyn.

Sosiaaliturvan uudistuskomitea (SATA) käynnisti laajan kokonaisuudistustyön.

Kunta- ja palvelurakennehanke jatkaa terveydenhuollon rakenteiden uudistusta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista. Keväällä 2007 eduskunnassa hyväksyttyä kunta- ja palvelurakennemuutosta ohjaavaa määräaikaista puitelakia täsmennetään käynnissä olevan sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan erityislainsäädännön uudistamisen kautta. Puitelaki antaa lähtökohdat ja asettaa vähimmäistavoitteet, jotka pohjautuvat ja tukevat kansallisissa hankkeissa käynnistetyille työlle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntö sisältää ehdotukset sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteisiksi rakenteiksi, sosiaalihuoltolain ja kehitysvammalain muutoksiksi sekä ehdotuksen terveydenhuoltolaiksi erillisen toimeksiannon mukaisesti. Paras – hankkeeseen liittyvät erityislainsäädännön välttämättömät muutokset ja kunta –valtio –tehtäväsiirtoihin liittyvät muutokset tulevat voimaan vuonna 2009. Valtionosuusuudistus tähtää vuoteen 2010. Vireillä ovat terveydenhuoltolain valmistelu, vammaislainsäädännön uudistaminen ja palvelusetelin käyttöalan laajentamisehdotukset. Paras -hankkeen ja puitelain tavoitteiden toteutumisesta annetaan selonteko eduskunnalle vuonna 2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti kesällä 2007 uuden terveydenhuoltolain valmistelemiseksi työryhmän, jonka toimikausi on 29.2.2008 saakka. Tavoite on yhdistää perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon koskeva lainsäädäntö siten, että terveydenhuollon toimintamallit käydään kokonaisuutena läpi. Yhdistetyllä lailla tuetaan ja vahvistetaan perusterveydenhuoltoa sekä edistetään terveyspalvelujen saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä. Yhtenä tavoitteena on tukea

väestöryhmien välisten ja alueellisten terveyserojen kaventumista. Uusi terveydenhuollon laki tulee voimaan puitelain mukaisten rakenneuudistusten kanssa samassa aikataulussa.

Puitelain mukaiset suurimmat terveydenhuoltoa koskevat muutokset kohdistuvat perusterveydenhuoltoon, jonka järjestämisessä edellytetään tulevaisuudessa vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjaa. Tämä tavoite nousi esille aikoinaan terveyshankkeen toimesta. Terveysuhanke loi edellytyksiä aikaisempaa tiiviimmälle yhteistyölle mitä erilaisimmissa muodoissa. Kunnissa on vireillä vaihtoehdoisen ja uudenlaisen yhteistyön ja toiminnan järjestäminen. Vaikka sosiaali- ja terveystalvöpalveluiden järjestämiseksi muodostetaan yhteistoiminta-alueita, palveluiden järjestämösvastuu säilyy kunnilla, ja myös valtionosuudet maksetaan kunnille. Yksi uudistuksen peruskysymyksistä on, säilyykö sosiaali- terveydenhuolto toiminnallisena kokonaisuutena yhteistoiminta-alueilla. Suuressa osassa pieniä kuntia sosiaalitoimi uhkaa pirstoutua ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys katketa. Päähuomio on syksyn 2007 aikana ollut vasta yhteistyökumppaneiden etsimisessä.

Kaikki kunnat antoivat kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007) mukaiset toimeenpanosuunnitelmat kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toimeenpanemiseksi syksyllä 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto korostivat yhteisessä kuntakirjeessä keväällä 2007 sitä, että perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut olisi järjestettävä yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto järjestivät lokakuussa 2007 valtakunnallisen työkokouksen kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille. Tavoitteena oli muodostaa kuntien ja keskushallinnon yhteinen tilannearvio ja linjaukset uudistuksen jatkamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa valmistuneiden toimeenpanosuunnitelmien pohjalta. Jatko-ohjausta annetaan myös peruspalveluohjelmassa, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuohjelmassa sekä erityislainsäädännön uudistamisen myötä.

Palvelurakenteen uudistaminen on edennyt terveyshankkeen toimesta hitaasti. Paras -hanke on varsinaisesti käynnistänyt toimenpiteitä, jotka toteutuvat vähitellen ja eritahtisesti. Kunnat ovat ennakoitua runsaammin valmistelemassa kuntaliitoksia, lokakuun tilanteen mukaan 46 kuntaa on valtuustoissaan päättänyt niistä. Nämä vähentävät kuntien määrää vuoden 2009 alusta 32 kunnalla. Lisäksi lähes 90 kuntaa selvittelee liitosta. Kuntaliitosten sijaan ja rinnalla 290 kuntaa on järjestämässä perusterveydenhuoltonsa ja vaihtelevan osan siihen läheisesti liittyvää sosiaalitoiminta yhteistoiminta-alueissa. Kuntaliiton esittämänä huolena on, jos kaikki sosiaali- ja terveystalvöpalvelut siirtyvät yhteistyöorganisaatioille, poistuu kunnalta koko palvelutoiminnasta ja taloudesta puolet. Toimeenpanosuunnitelmien analysointi jatkui syksyn 2007 aikana. Kuntien vastaukset edellyttivät tarkennuksia ja kuntaliitoskunnista vastauksia saatiin vielä 31.12.2007. Kunnat saivat palautteen suunnitelmistaan ja osasta kuntia pyydettiin lisäselvityksiä alkuvuodesta 2008.

Paras -hankkeen perusterveydenhuollon ratkaisuilla on tuettava terveyskeskusten toimivuuden parantamista, joka on välttämätöntä palveluiden ja henkilöstön saatavuuden kannalta. Terveystalvökeskus 2015 -strategian valmistelua jatkettiin sosiaali- ja terveysministeriössä, ja perusterveydenhuollon kehittäminen on ollut painopisteenä terveyshankkeen viimeisenä toimintavuotena. Lokakuussa 2007 järjestettiin työkokous ” Perusterveydenhuoltoa vahvistetaan – ja miten se tapahtuu” terveyshankkeen aluetukihenkilöille, yliopiston ja ammattikuntien edustajille, Suomen Kuntaliitolle sekä ministeriön alaisille laitoksille. Suunnitelmissa Stakesiin perustettaisiin perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö, joka yhteistyössä terveyskeskusten, yliopistojen ja muiden laitosten kanssa tuottaa tietoa hoitoprosesseista ja toimintakäytännöistä sekä huolehtii tarvittavien kansallisten kehittämis-

työkalujen saatavuudesta. Työkokouksessa käytiin keskustelua terveyskeskuksen tulevaisuudesta, kehittämistarpeista ja tarvittavasta tuesta, saatiin evästystä perusterveydenhuollon vahvistamiseksi tarvittavista toimenpiteiksi kansallista kehittämisohjelmaa varten ja myös terveydenhuoltolain valmisteluun.

Valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen käyttöönotto terveyskeskusten ja sairaaloiden tietojärjestelmien yhteensopivuuden turvaamiseksi

Sähköinen potilastieto uudistaa suomalaista terveydenhuoltoa merkittävästi terveyshankkeen mitattavien panostusten ansiosta. Suomeen rakennetaan terveydenhuollon valtakunnallista tiedonhallintajärjestelmää, johon kuuluu sähköinen reseptikeskus, sähköinen potilastiedon arkisto ja sähköinen potilaskertomus. Seuraavien vajaan neljän vuoden aikana olemassa olevat sähköiset potilaskertomusjärjestelmät ja apteekkien tietojärjestelmät uudistetaan kansallisia vaatimuksia vastaaviksi. Uudistuksen tavoitteena on parantaa potilas- ja tietoturvallisuutta sekä hoidon laatua, jatkuvuutta ja kustannustehokkuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 29.1.2003 sähköisten potilasasiakirjojen toteuttamista ohjaavan työryhmän. Työryhmän tavoitteena oli edistää sähköisen potilaskertomuksen valtakunnallista käyttöönottoa hakemalla valtakunnallisesti yhteinen näkemys potilastietojärjestelmien sisällölliselle ja teknisille ratkaisulle ja edistämällä yhteisesti hyväksytyjen toimintamallien käyttöönottoa kunnissa ja kuntayhtymissä sekä muissa potilastietoja käsittelevissä organisaatioissa ja näin osaltaan varmistamalla se, että kansallisen terveydenhuollon hankkeen tavoitteena olevat uudistuneet terveydenhuollon toimintamallit ja rakenteet mahdollistuvat.

Tietojenkäsittelyjärjestelmät oikein käytettynä voivat tukea potilaan hoitoa. Seurantaryhmä kiinnitti jo alusta lähtien huomiota tietotekniikkakustannusten nousuun ja korosti tietoturvallisuuskysymyksiä. Turvallisuus paranee, kun potilaan tiedot ovat tarkistettavissa kaikkialla. Myös lääkahoito tulee turvallisemmaksi, jos tietojärjestelmä esimerkiksi varoittaa lääkeinteraktioista. Reseptien väärentäminen on sähköisessä järjestelmässä lähes mahdotonta.

Lait sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä sähköisestä lääkemääräyksestä hyväksyttiin joulukuussa 2006. Laki asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.7.2007 ja se velvoittaa kaikki terveydenhuollon julkiset toimijat liittymään neljän vuoden siirtymäajan kuluessa kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun. Potilasasiakirja –asetuksen uusiminen on käynnissä keväällä 2008. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä tuli voimaan 1.4.2007. Lain mukaan kaikilla terveydenhuollon organisaatioilla sekä apteekeilla on oltava valmius eReseptiin neljän vuoden siirtymäajan kuluessa.

Kansallisen ratkaisun avulla sähköisille potilaskertomuksille saadaan yhdenmukainen rakenne ja tekniset standardit. Sähköisen potilaskertomuksen määrittelytyötä on toteutettu kansallisessa terveyshankkeessa. Määrittelyä toimeenpannaan valtakunnallisissa, toimittajakohtaisissa klusterihankkeissa, joita on koordinoitu kansallisesti. Ministeriö on rahoittanut klusterihankkeita 50 % rahoitusosuudella (hankerahoitus vajaa kymmenen miljoonaa euroa). Loppu rahoitus on tullut kunnilta ja kuntayhtymillä. Ministeriö myönsi klusterihankkeille jatkorahoitusta kansallisen terveyshankkeen valtionavustuksista keväällä 2007. Uusina hankkeina käynnistyi Mediatrin ja Abilitan järjestelmien käyttäjien kehittämishankkeet. Hankkeet jatkuvat vuoden 2009 loppuun.

Sähköisen arkistopalvelun lisäksi kansallinen arkkitehtuuri vaatii terveydenhuollon varmennepalvelun (TEO) toimeenpanoa sekä potilaskertomuksessa käytettävien koodistojen ja luokitusten kehittämistä ja ylläpitoa (Stakes). Ministeriön ohjausta arkkitehtuurin toimeenpanossa on vahvistettu, ja tehtäviin osoitettiin viisi uutta virkaa. Arkkitehtuurin toimeenpano merkitsee yhtä suurimmista ja vaativimmista kansallisista tietojärjestelmähankkeista sekä volyymin, tietoturva vaatimusten, integrointitarpeiden että ennen kaikkea toimintatapamuutosten osalta. Ministeriö vastaa muun muassa valtakunnallisen arkkitehtuurin vaatimista määräyksistä, toimeenpanon kokonaisuutensa sekä poikkihallinnollisesta ja kansainvälisestä yhteistyöstä. Ministeriön yhteyteen on perustettu sähköisen tietohallinnon neuvottelukunta, johon on koottu sähköisen arkistopalvelun eri sidosryhmien edustus.

Valmiudet valtakunnalliseen tietojärjestelmäarkkitehtuuriin siirtymiseksi alkavat olla hyvät. Vuoden 2007 lopussa sähköinen potilaskertomus oli lähes kattavassa käytössä terveydenhuollon organisaatioissa ja sähköiset tietojärjestelmät ovat työvälineitä suurimmalle osalle sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä. Myös alueellisia tietojärjestelmäratkaisuja on otettu käyttöön viime vuosina. Sairaanhoitopiireistä kolmella neljästä on sähköinen lähete-palautte -järjestelmä käytössä ja loppuilla joko kokeilussa tai suunnitteilla. Myös sosiaalihuollossa sähköisten tietojärjestelmien käyttö on yleistynyt.

Uudistuksessa potilastiedot kirjataan hoitoyksikössä sähköisesti yhdenmukaisella rakenteella, potilasasiakirjat allekirjoitetaan sähköisesti ja lähetetään kansalliseen arkistoon. Valtakunnallisesta sähköisestä arkistosta voidaan hakea tietoja sähköisesti eri hoitoyksiköissä, myös apteekissa, jos potilas antaa siihen suostumuksensa. Potilasturvallisuus paranee, kun oleellinen tieto löytyy nopeasti ja helposti riippumatta siitä, missä terveydenhuollon toimipisteessä potilas asioi. Potilaat määräävät itse omien tietojensa käytöstä ja heillä on mahdollisuus myös hyödyntää sähköistä potilastiedon arkistoa.

Valtakunnallisen, sähköisen potilastiedon arkiston käyttäjäksi tulee koko julkinen terveydenhuolto ja ne yksityiset terveydenhuollon palvelujen tuottajat, jotka haluavat arkistoida potilastiedot sähköisesti. Kela rakentaa ja ylläpitää arkistoa, mutta varsinaisena rekisterinpitäjänä toimivat eri terveydenhuollon yksiköt. Sähköisen potilastiedon arkiston käyttöönotto alkaa vuonna 2009.

Koko maassa otetaan käyttöön sähköinen lääkemääräys eli eResepti ja luovutaan paperireseptistä. Lääkemääräysten uusiminen muuttuu helpommaksi ja nopeammaksi. Epäselvästä käsialasta johtuvat tulkintaongelmat lääkemääräyksissä poistuvat, eikä sähköistä reseptiä voida väärentää tai varastaa.

Potilaalla on mahdollisuus hakea lääkkeensä mistä tahansa apteekista. Potilas voi itse myös tarkistaa internetin kautta tietoja hänelle määrätystä reseptistä ja niillä toimitetuista lääkkeistä.

Sähköisen reseptin käyttöönotto alkaa syksyllä 2008 Turussa ja Kotkassa. Samaan aikaan avataan kansalaisen katseluyhteys. Käyttöönotto etenee alueittain vuosina 2008 – 2011. Tavoitteena on, että vuonna 2010 jo puolet resepteistä välitettäisiin sähköisesti.

Perusterveydenhuollon palveluiden ja lähipalveluiden järjestäminen seudullisesti ja alueellisesti ei edennyt hankkeen aikana odotusten mukaisesti. Paras -hanke jatkaa kehittämistä ja sen myötä odotetaan edistystä tapahtuvan. Erikoissairaanhoidon rakenteissa ja toiminnallisessa työnjaossa tulokset jäivät myös vaatimattomiksi. Edistymistä tapahtui lähinnä laboratorio- ja kuvantamispalveluissa, mutta sekin olisi vaatinut parempaa yhteistyötä sairaanhoitopiirien kesken. Seurantaryhmä uskoo uuden terveydenhuoltolain mahdollistavan toimintatapojen muutoksen ja vahvistavan perusterveydenhuollon asemaa. Käynnissä on muitakin valtakunnallisia uudistuksia, joissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitoja pyritään madaltamaan ja kytkemään sosiaalitoimi osaksi palvelukokonaisuutta.

Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomuksen käyttöönottoon liittyvä työ osahankkeessa on ollut erittäin merkittävä ja edistyminen monivaiheista. Sen arvo pystytään arvioimaan tulevaisuudessa. Teknologian, rakenteiden sekä hyvien käytäntöjen ja uusien innovaatioiden käyttöönotto mahdollistuu uuden terveydenhuoltolain ohjaamana.

6 Terveydenhuollon toimintakäytäntöjen kehittäminen

Yksi Lääkäriseura Duodecimin keskeinen toimintamuoto ovat Käypä hoito -suositukset. Käypä hoito -suosituksia laaditaan kansanterveydellisesti merkittävistä ongelmista tai sairauksista, joissa hoitokäytännöt vaihtelevat eri puolilla Suomea tai taudeista, joiden diagnosoinnissa ja hoidossa on saatu uutta tietoa, jonka levittäminen on tärkeää. Valmiita Käypä hoito suosituksia oli hankkeen käynnistyessä noin 40, tekeillä oli 25 ja ehdotettuja työstämättömiä aiheita 16. Käypä hoito hankkeessa oli työn alla ohjeiden toteutuksen tehostaminen käytännössä.

Käypä hoito -suositukset linjaavat potilaiden hoitoa vaikuttavien hoitojen suuntaan tasapuolisesti ympäri Suomea. Hoitosuosituksien pohjalta on pystytty rakentamaan alueellisesti järkevää työnjakoa sairaanhoitopiireissä kirjaamalla paikalliset hoitoketjut yhteisen toiminnan pohjaksi. Tämä parantaa jatkossakin merkittävästi potilaiden hoitoa ja poistaa päällekkäistä työtä. Hoitoketjujen kehittäminen on sairaanhoitopiirien vastuulla ja on toteutunut hankkeen aikana parhaimmillaan yhteistyössä alueen perusterveydenhuollon kanssa. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi -opas on laadittu ohjaamaan hoitoketjujen laatimista ja toimeenpanoa. Sairanhoitopiirien kotisivuilla on esitelty paikallisia toimivia hoitoketjuja.

Suosituksia laatineet työryhmät pitävät huolta siitä, että suositusten linjaus pysyy uusimpien tutkimustulosten tasalla. Jokainen suositus pyritään päivittämään määräajoin – noin kolmen vuoden välein tai nopeamminkin, jos maailmalta saadaan tietoa tarpeesta uudistaa suosituksen diagnostiikka- tai hoitolinjauksia.

Käypä hoito -suosituksia on tähän mennessä laadittu 81 ja työn alla on kolmisenkymmentä suositusta. Uusia aiheita on ehdotettu toteutettavaksi useita kymmeniä. Suositusten laadintatyö tehdään pitkälti suomalaisten lääkärin talkoovoimin. Käypä hoito -organisaatio toimii itsenäisesti Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin yhteydessä. Suositustyötä rahoittaa Raha-automaattiyhdistys.

Käypä hoito -projektia rahoitettiin 1,4 miljoonalla eurolla vuosittain 2003 – 2007. Työtä on tuettu myös Stakesista, FinOhtasta ja Lääkehoidon kehittämisskeskuksesta. Käypä hoito -ohjelman ja FinOhtan tuki olisi turvattava vuoden 2007 jälkeenkin. Em. tahojen kanssa on neuvoteltu yhteistyön käynnistämisestä suositusten tai niiden näytönastekatsausten jatkotyöstämiseksi (kustannusvaikuttavuusarvion liittäminen).

Vuonna 2005 käynnistyneen Terveyskirjasto -hankkeen tuotoksena julkistettiin vuonna 2007 sähköinen Terveyskirjasto -palvelu terveydenhuollon ammattilaisen työn tueksi ja kansalaisten käyttöön.

Seurantaryhmä arvostaa terveydenhuollon toimintakäytäntöjen ja alueellisten hoitoketjujen kehittämistä. Käypä hoito suositusten laadintaa on tuettu merkittäväällä taloudellisella panoksella. Työn tuloksena on syntynyt 81 suositusta. Niiden hyödyntämisessä alueellisissa hoitoketjuissa ja käytännön työssä on kuitenkin tehostamisen tarvetta. Jatkossa on huolehdittava rahoituksesta, jotta hyvässä käynnissä oleva työ jatkuu ja syvenee kustannusvaikuttavuusarvioiden näkökulmasta.

7 Terveysthuollon rahoituksen vahvistaminen

Terveysthanketta rahoitettiin mittavasti. Vuosina 2003–2007 käyttökustannusten valtionosuutta lisättiin 295 miljoonalla eurolla suunnitellun 345 miljoonan euron asemasta.

Taulukko 7. Valtionosuuksien lisäykset

Valtionosuus käyttökustannuksiin	2003	2004	2005	2006	2007	Yhteensä
Tavoite	57 000	63 000	75 000	75 000	75 000	345 000
Toteutunut	57 000	63 000	75 000	50 000	50 000	295 000
Uudelleen aikataulutus						-50 000
Valtionavustus kehittämishankkeisiin						
Tavoite	8 000	30 000	30 000	30 000	30 000	128 000
Toteutunut	8 000	30 000	30 000	26 500	12 570	107 070
Siirrot ja vähennykset						-20 930

Taulukko 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet (milj. euroa)

Vuosi	Valtionosuus %	Maksettu valtionosuus	Valtionosuuden lisäys
2002	25,36	2 522,10	
2003	28,06	2 855,20	333,10
2004	31,82	3 365,30	510,10
2005	32,99	3 728,30	363,00
2006	33,32	4 022,30	294,00
2007	33,38	4 307,40	285,10
Yhteensä			1 785,30

Valtio tuki erillisrahoituksella kansallisen sähköisen sairauskertomuksen kehittämistä ja käyttöönottoa yhteensä 3,5 miljoonalla eurolla suunnitellun neljän miljoonan euron asemasta.

Kehittämishankkeisiin osoitettiin valtionosuutta 107 miljoonaa euroa suunnitellun 128 miljoonan asemasta. Vuonna 2004 ministeriön työryhmä paneutui sosiaali- ja terveydenhuollon hankehallinnoinnin ja -ohjauksen kehittämiseen ja julkaisi työnsä tuloksena Hakijan oppaan (STM Oppaita 2004:16).

Vuosina 2003 – 2007 sosiaali- ja terveysministeriö ja lääninhallitukset rahoittivat yhteensä 531 terveydenhuollon hanketta 108 miljoonalla eurolla, josta ministeriö rahoitti 263 hanketta 73 miljoonalla eurolla. Merkittävimpiä rahoituskohteita ovat olleet: terveydenhuollon tietoteknologia 31 miljoonaa euroa, terveystalveluiden sisällön kehittämiseen tähdänneet hankkeet 28 miljoonaa euroa, mielenterveyshankkeet 19 miljoonaa euroa ja palvelurakenteen yhteistyöhankkeet 17 miljoonaa euroa sekä ennaltaehkäisevän terveydenhuollon hankkeet 10 miljoonaa euroa.

Hankerahoitus oli yksi keino vauhdittaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemistä. Vaikuttaa siltä, että kuntien valmius yhteistyölle sosiaali- ja terveydenhuollossa parantui kansallisten hankkeiden käynnistyttyä hanketyön ja merkittävän rahoituksen seurauksena. Terveyshankkeessa saatuja kokemuksia hankerahoituksen jakamisesta hyödynnetään suunniteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankerahoitusta tulevaisuudessa.

Useat hankkeet ovat vielä käynnissä. Toisaalta jo päättyneissä hankkeissa kehitetyt hyvät toimintatavat odottavat käytäntöön viemistä. Hankkeisiin, niiden tavoitteisiin ja niissä saatuihin tuloksiin voi tutustua hankkeista koottuun tietopakettiin sekä sisällön että maakunnan mukaisesti. Luettelot hankkeista sekä vuodelle 2007 että vuosina 2003 – 2007 ja hankkeista vastaavien yhteystiedot löytyvät sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta: www.stm.fi/hankkeet>valtionavustukset>Rahoitetut hankkeet 2003 – 2007. Liitteessä 2. on esitetty hankkeiden rahoitus vuosittain 2003 – 2007.

Taulukko 9. Yhteenveto Kansallisen terveydenhuollon hankkeen valtion rahoituksesta

	Euroa
Valtionosuutta käyttökustannuksiin kunnille	295 000 000
Valtionavustusta kehittämishankkeisiin kunnille	107 070 000
Jononpurkuun kunnille	25 000 000
FinOhtan laajentamiseen	2 000 000
Käypä Hoito-projektille	6 600 000
STM:n toimeenpanoon	7 000 000
	7 800 000
Yhteensä	450 470 000

Kansallisesta terveyshankkeesta jaetun hankerahan vaikuttavuutta arvioitiin kaksi vuotta siten. Tulokseksi saatiin, että valtaosa hankkeista vietiin läpi hankesuunnitelmien mukaisesti, mutta pysyviä toimintatapamuutoksia seurasi vain osasta hankkeista. Sosiaali- ja terveysministeriössä arvioidaan hankkeiden tuloksia ja rahoitusjärjestelmän toimivuutta käynnistyneellä hallituskaudella muun muassa palveluinnovaatiohankkeessa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa tavoitteena vahvistaa edelleen kuntien kehittämistoimintaa.

Kehittämisesurssit tullaan kohdentamaan uudelleen laajassa kansallisessa yhteistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin valtionosuuksiin on kehyskaudella 2008 – 2011 tulossa korotuksia 612 milj. euroa. Vuoden 2008 korotukset tarkentuvat syksyllä hallituksen budjettiriihessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma tulee painottumaan erityisesti niihin toimenpiteisiin, joihin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien lisäyksiä tullaan ohjaamaan. Kehittämisohjelma painottuu keskeisiin pitkän tähtäyksen tavoitteisiin, joiden tavoitteena on:

- syrjäytyminen vähenee
- terveys ja hyvinvointi lisääntyvät, terveyserot kaventuvat
- palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähentyvät selkeästi.

Valtionavustus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin on koko kehyskaudella 99,2 milj. euroa. Vuonna 2008 valtionavustuksiin on käytössä 24,8 milj. euroa. Valtionavustukset on tarkoitettu suoraan kuntien tai alueiden käyttöön tukemaan kansallisesti asetettuja tavoitteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia tullaan myös muuttamaan.

Seurantaryhmä toteaa, että hanketta rahoitettiin merkittävästi, valtion osuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti vuoden 2002 hankkeen käynnistymisen jälkeen. Kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu merkittävästi, mutta hankkeiden vaikutukset ja tulosten hyödyntäminen ovat jääneet vähiin. Seurantaryhmä painottaakin käynnistyvän yhteisen kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman ja palveluinnovaatiohankkeen roolia ja ohjaavaa vaikutusta kehittämishankkeissa aikaa saatujen uusien toimintatapojen kokoamisessa ja laajentamisessa sekä hankkeiden vaikutusten systemaattista arviointia.

Seurantaryhmä jäi kaipaamaan hankkeen kokonaishyödyn arviointia erityisesti sen vaikutuksia elämän laatuun. Lisäksi hankkeen alussa olisi pitänyt tarkemmin suunnitella hankkeen käytännön toteutus ja sen ohjaus sekä arviointia.

8 Seurantaryhmän toiminta

Seurantaryhmä on kokoontunut toimikautensa 1.8.2002 -31.12.2007 aikana yhteensä 19 kertaa. Lisäksi seurantaryhmä on järjestänyt kolme seminaaria: maaliskuussa 2005 Tampereella ns. puolimatkan seminaarin, tammikuussa 2006 Hanasaaren työseminaarin ja syksyllä 2007 Messukeskuksessa terveyshankkeen loppuseminaarin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Kokouksissa ja seminaareissa on kuultu 55 eri asiantuntijan puheenvuorot. Lisäksi seurantaryhmä on tehnyt sähköisen arviointikyselyn laajalle asiantuntijajoukolle terveyshankkeen saavutuksista ja edistymisestä syksyllä 2006.

Seurantaryhmän puheenjohtajina ovat toimineet apulaisosastopäällikkö Marjatta Blanco Sequeiros vuosina 2002 ja 2003, kaupunginjohtaja Jarmo Rantanen vuosina 2004 ja 2005 ja perusturvajohtaja Juha Metso vuosina 2006 ja 2007. Sihteereinä ovat toimineet projektipäällikkö Ritva Väistö vuosina 2002 – 2007, ylitarkastaja Hanna Nyfors vuosina 2004 – 2007 ja teknisenä sihteerinä osastosihteerinä Eila Weckström vuosina 2002 – 2007. Seurantaryhmän jäsenissä on tapahtunut muutamia henkilömuutoksia vuosien kuluessa, mutta pääosin jäsenet ovat pysyneet samoina alusta lähtien.

Seurantaryhmä on toimintansa aikana ottanut aktiivisesti kantaa terveyshankkeen edistymiseen, raportoinut toiminnastaan sosiaali- ja terveysministeriölle kaksi kertaa vuodessa ja tuonut raporteissaan esiin hankkeen saavutuksia sekä esittänyt kannanottoja niistä asioista, joissa ryhmän mukaan on tarvittu tehostamista.

Seurantaryhmän viimeisessä kokouksessa syyskuussa 2007 finanssisihteerinä Tuula Karhu sosiaali- ja terveysministeriöstä esitteli kansallisen terveydenhuollon hankkeen kokonaisrahoituksen vuosina 2002 – 2007. Kehittämisjohtaja Riitta Simoila arvioi kansallisen terveydenhuollon hankkeen saavutuksia perusterveydenhuollon näkökulmasta ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Hankkeen saavutuksista onnistuneina pidettiin erityisesti hoitotakuun toteuttamista. Koulutusmäärien lisäykset ovat toteutuneet ja täydennyskoulutussäädösten ansiosta osaamisen kehittäminen on jäsentyneempää ja suunnitelmallisempää. Terveydenhuollon eri ammattihenkilöiden välinen työnjaon kehittämistä arvioitiin hyväksi, mutta kehittäminen olisi voinut olla nopeampaa. Terveyden edistämisen hankkeissa erityisesti on onnistuttu DEHKO -hankkeessa.

Käydyssä keskustelussa tuotiin esiin onnistumisten ohella asioita, joissa ei olla edistytty odotusten mukaisesti. Kuntien roolissa terveyden edistämisessä ei ole tapahtunut merkittävää edistymistä, tietotekniikan eteenpäinmeno on taloudellisista panoksista huolimatta ollut hidasta. Sairaanhoitopiirien rakenteellinen yhdistäminen ei ole edennyt eikä perusterveydenhuollon palveluiden ja lähi-palveluiden järjestämisessä seudullisesti ja alueellisesti olla onnistuttu. Johtamiskoulutus on koordinoimatonta ja yhtä hajallaan kuin ennen hankkeen alkamista. Suun terveydenhuollossa on jatkuvia ongelmia. Lisäksi Paras -hankkeen ajoitus sai kritiikkiä.

Seurantaryhmän ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteisesti järjestämässä terveyshankkeen loppuseminaarissa marraskuussa 2007 kuultiin myös arvioita terveyshankkeen onnistumisesta. Kansliapäällikkö Kari Välimäki teki yhteenvedon kansallisen terveydenhuollon hankkeen saavutuksista. Professori Jussi Huttunen arvioi omassa esityksessään mitä terveyshankkeessa alunperin tavoiteltiin ja mitä hankkeessa saavutettiin. Valtiotieteen lisensiaatti Osmo Soininvaara pohti väestön hyvinvoinnin tulevaisuutta, uhkia ja mahdollisuuksia. Professori Mats Brommels puolestaan pohti onko

Suomi terveydenhuollon mallimaa, ja mitä opittavaa meillä on muualta. Seminaarin päätteeksi rehtori Matti Uusitupa esitteli terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutuksen keskeisiä haasteita ja terveyden edistämisen ohjelmajohtaja Maija Perho esitteli terveyden edistämisen politiikkaohjelman.

Liite I. Terveysthuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantarvryhmä

Terveysthuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantarvryhmä:

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

Jäsenet:

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

Opetusneuvos Elise Virnes, opetusministeriö
Henkilökohtainen varajäsen opetusneuvos Ari Saarinen, opetusministeriö

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

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

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

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

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

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

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

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

Apulaiskaupunginjohtaja Päivi Laajala, Oulun kaupunki
Henkilökohtainen varajäsen kunnanjohtaja Petri Pikkuaho, Suodenniemen kunta
Hallintoylihoitaja Kaija Heikura, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ky
Henkilökohtainen varajäsen hallintoylihoitaja Merja Miettinen, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

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

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

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

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

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

Puheenjohtaja Aino Sainio, Terveystieteiden tutkimuskeskus TEPA ry
Henkilökohtainen varajäsen hallituksen puheenjohtaja Vesa Ekroos, Suomen Yksityissairaaloitten Yhdistys ry

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

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

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

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

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

Osastopäällikkö Minna Koivuniemi, SAK/Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry.
Henkilökohtainen varajäsen työyhteisökehittäjä Urpo Kankaala, SAK/Kunta-alan Ammattiliitto KTV ry

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

Johtaja Tarja Honkalampi, TEHY
Henkilökohtainen varajäsen kehittämispäällikkö Arja Niittynen, Suomen Lähi- ja Perushoitajaliitto, SuPer

Sihteeri projektipäällikkö Ritva Väistö, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

Sihteeri ylitarkastaja Hanna Nyfors, sosiaali- ja terveysministeriö

Liite 2. Hankkeiden rahoitus vuosittain 2003 – 2007

	2003		2004		2005		2006		2007		yhteensä		yht läänit	
	€	kpl	€	kpl	€	kpl	€	kpl	€	kpl	€	kpl	€	kpl
Yhteensä	15 830 723	116	42 405 707	288	48 641 348	247	47 383 006	235	43 977 748	212	198 184 852	1098		
STM Sos	1 949 537	7	4 400 728	41	5 599 352	30	8 000 000	36	16 000 000	64	35 949 617	178		
STM Ter	8 000 000	52	20 000 000	74	20 430 000	70	13 201 500	29	11 530 700	38	73 162 200	263		
ESLH Sos	2 262 000	17	3 023 574	24	5 134 403	27	5 893 640	33	4 153 758	17	20 467 375	118	33 489 753	202
Ter			3 815 678	33	3 770 000	19	3 137 824	16	2 352 556	16	13 022 378	84		
ISLH Sos	577 692	10	937 376	17	1 709 631	13	1 759 549	15	1 387 811	14	6 372 059	69	10 525 970	
Ter			1 197 000	18	1 254 902	13	1 105 009	12	597 000	7	4 153 911	51		
LSLH Sos	2 075 494	19	2 699 351	27	3 520 427	26	6 852 246	46	3 236 915	18	18 384 433	136	30 462 264	229
Ter			3 443 000	27	3 443 997	25	3 444 924	24	1 745 910	18	12 077 831	93		
OLH Sos	590 000	7	814 000	7	1 312 636	7	1 330 314	8	1 598 098	10	5 645 048	39	9 078 048	63
Ter			978 000	7	978 000	6	980 000	7	497 000	4	3 433 000	24		
LLH Sos	376 000	4	477 000	7	870 000	7	1 062 000	5	567 000	4	3 352 000	27	5 517 000	43
Ter			620 000	6	618 000	4	616 000	4	311 000	2	2 165 000	16		

- I2008:
- 1 Yhteenveto työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta koskevan lain vaikutuksista. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2510-6 (PDF)
 - 2 Pandemic Influenza Preparedness. Joint Self-Assessment Report. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2516-8 (PDF)
 - 3 Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)
 - 4 Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2519-9 (PDF)
 - 5 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2532-8 (PDF)
 - 6 Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuraportti. Salme Kallinen-Kräkin (toim.).
ISBN 978-952-00-2535-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2536-6 (PDF)
 - 7 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuarviointi. Osaraportti 2.
ISBN 978-952-00-2537-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2538-0 (PDF)
 - 8 Slutrapport av arbtarskydstillsynsprojektet inom hälsovården. Harri Halme, Heikki Savolainen + hankeryhmä.
ISBN 978-952-00-2539-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)