

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22

Seppo Tuomola, Ulla Idänpään-Heikkilä, Olli-Pekka Lehtonen, Markku Puro

Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta

KANSALLISESTA TERVEYSHANKKEESTA

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan
valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen

TIIVISTELMÄ

Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Terveysterveysten tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Helsinki 2008. 106 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, ISSN 1236-2050; 2008:22) ISBN 978-952-00-2657-8 (PDF) Julkaisu on saatavana vain verkossa pdf-muodossa.

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 Kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen päätavoitteiksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksumuodosta riippumatta.

Arvioinnissa keskityttiin käytännön johtopäätöksiin siitä, miten kansallisen terveyshankkeen tavoitteet ja niitä koskevat toimenpiteet ovat toteutuneet.

Arviointitulosten mukaan valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteista ja toimenpiteistä parhaiten ovat toteutuneet valtionosuuden lisääminen, hoitoon pääsyn perusteiden ja hoitotakuun määrittely terveyspoliittisena tavoitteena sekä edistyminen tavoitteen saavuttamisessa, koulutusvolyymin lisääminen, päivystyksen keskittäminen, lääkehuollon, laboratorio- ja kuvantamistoiminnan sekä apuvälinehuollon keskittämisratkaisujen tyydyttävä toteutuminen, hankintatoimen keskitetty järjestäminen lääke- ja lääkintätarvikkeiden sekä aineiden ja tavaroiden hankinnassa sekä ROHTO -hanke.

Vaikutukset jäivät verrattain vähäisiksi perusterveydenhuollon toimivuuden parantamisessa, ennaltaehkäisyn tehostamisessa, terveyskeskusten väestöpohja- ja lääkitavoitteen toteuttamisessa, erityisvastuualueyhteistyön ja sairaanhoitopiirien välisen yhteistyön konkreettisissa järjestelyissä, rakenteellisten, organisatoristen ja hallinnollisten ratkaisujen aikaansaamisessa, valtakunnallisen tulospalkkausjärjestelmän luomisessa, johtamiskoulutusohjelman toteuttamisessa sekä rahoitettujen hankkeiden tuloksellisuudessa erityisesti rakennemuutos Hankkeissa.

Maan terveyspolitiikassa keskeiseksi painoalueeksi määritelty perusterveydenhuollon toimivuuden parantaminen ei ole toteutunut hankkeen aikana. Arviointihavaintojen mukaan edellytykset toimivan perusterveydenhuollon aikaansaamiseen ovat jopa huonontuneet. Erityisen huolestuttavaa kehityksessä on terveyskeskuslääkäreiden saatavuuden ja terveyskeskusten vetovoimaisuuden heikentyminen. Samalla perusterveydenhuollon keskeiset haasteet hoitaa vanhuksia kasvavia päihde-, elintapa- ja syrjäytymisongelmia ovat merkittävästi lisääntyneet.

Informaatio-ohjauksella ei ollut riittävää voimaa sellaisten rakenteellisten uudistusten toteuttamisessa, joiden avulla pienten haavoittuvien terveyskeskuskäytöiden ja riittämättömää väestöpohjaa palvelevien sairaala-organisaatioiden kokoamisessa tehokkaaksi palvelujärjestelmäksi olisi onnistuttu. Kansallisessa hankkeessa ei puututtu maassamme toteutettavaan, monikanavaiseen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmään, mitä arvioitsijat pitävät olennaisena riskinä kasvavien terveysmenojen hallinnan ja terveyspalvelujen tasarvon kannalta.

Valtioneuvoston periaatepäätös ei toteutunut kaikilta osiltaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Tämä strategisesti ja terveystaloudellisesti merkittävä päätös syntyi yksimielisesti ja on luonut pohjaa myös käynnissä oleville uudistuksille. Terveystalouden tulevassa ohjauksessa korostuu tarve asettaa väestön terveydentilaa kuvaavat mitattavat tavoitteet ja varmistaa lainsäädännöllä sekä tulos- ja informaatio-ohjauksella kuvattujen tavoitteiden toteuttaminen.

Erityisen tärkeää on luoda kannustimia perusterveydenhuollon toimivuuden turvaamiseen.

Asiasanat: Arviointi, tavoitteet, terveydenhuolto, terveyspalvelut, toimivuus

REFERAT

Utvärderingsutredning om det nationella hälsovårdsprojektet som genomfördes åren 2002–2007. Förverkligande av statsrådets principbeslut om tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden. Helsingfors 2008.106 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050; 2008:22) ISBN 978-952-00-2657-8 (PDF) Publikationen finns endast på nätet i pdf-format.

Statsrådet tillsatte 13.9.2001 ett nationellt projekt för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden. Som huvudmål för projektet satte man upp tryggandet av tillgången till, kvaliteten i och tillräcklig mängd av vård i olika delar av landet oberoende av invånarens betalningsförmåga.

Vid utvärderingen koncentrerade man sig på slutledningar i praktiken om hur målen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och åtgärderna med anknytning till dessa har förverkligats.

De mål för och åtgärder i statsrådets principbeslut som enligt utvärderingsresultaten förverkligats bäst är ökning av statsandelarna, definition av grunderna för tillgång till vård och vårdgaranti som hälsopolitiskt mål samt framsteg när det gäller att nå målet, öka utbildningsvolym, koncentrera jourverksamhet, tillfredsställa förverkligande av läkemedelsförsörjning, laboratorie- och radiologiverksamhet samt centraliserade lösningar för hjälpmedelsservice, centraliserat anordnande av upphandling när det gäller läkemedelsutrustning och medicinsk utrustning samt anskaffning av ämnen och varor samt ROHTO-projektet.

Effekterna förblev relativt ringa när det gällde att förbättra primärvårdens funktion, effektivisera förebyggande, genomföra målet för befolkningsunderlag och antalet läkare vid hälsovårdscentraler, konkret ordna samarbetet inom specialansvarsområden och samarbetet mellan sjukvårdsdistrikten, åstadkomma strukturella, organisatoriska och administrativa lösningar, skapa rikstäckande resultatlönesystem, genomföra ledarskapsutbildningsprogram samt nå resultat för finansierade projekt, särskilt strukturomvandlingsprojekt.

Den förbättring av primärvårdens funktionsförmåga som fastställdes som ett centralt tyngdpunktensområde i landets hälsopolitik har inte uppnåtts under projektet. Enligt uppskattade iakttagelser har förutsättningarna för att åstadkomma en fungerande primärvård rent av försämrats. Det som är särskilt oroande i utvecklingen är att tillgången på hälso-centralläkare och hälsocentralernas dragningskraft har försämrats. Samtidigt har de centrala utmaningarna inom primärvården med att vårda äldre till följd av problem med alkohol och narkotika, livsstil och social utslagning ökat betydligt.

Informationsstyrningen hade inte tillräckligt med resurser för att genomföra sådana strukturella reformer med vars hjälp man kunde samla små sårbara hälsovårdsenheter och sjukhusorganisationer med otillräckligt befolkningsunderlag till ett effektivt service-system. Inom ramen för det nationella projektet ingrep man inte i finansieringssystemet för den hälso- och sjukvård med en flerkanalig struktur som håller på att genomföras i

landet, vilket bedömaren ser som en uppenbar risk när det gäller kontroll av hälso- och sjukvårdskostnader och jämlikhet inom hälso- och sjukvårdstjänsterna.

Statsrådets principbeslut förverkligades inte till alla sina delar i enlighet med de uppsatta målen. Detta strategiskt och hälsopolitiskt betydande beslut uppstod enhälligt och har även skapat grund för pågående reformer. I den framtida styrningen av hälso- och sjukvården framhävs behovet att sätta upp mätbara mål som beskriver befolkningens hälsotillstånd och genom lagstiftning säkerställa att mål som beskrivits både genom resultat- och informationsstyrning förverkligas.

Det är särskilt viktigt att skapa incitament för att trygga primärvårdens funktionsförmåga.

Nyckelord: funktionalitet, hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdstjänster, mål, utvärdering

SUMMARY

Assessment report on the National Health Care Project carried out in 2002–2007. Implementation of the Government Resolution on securing the future of health care. Helsinki 2008. 106 pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2050; 2008:22) ISBN 978-952-00-2657-8 (PDF). The publication is only available on the Internet in pdf format.

The Government set up on 13 September 2001 a national project to secure the future of health care, the National Health Care Project. Its main objectives were to ensure the population's access to care services based on their health needs, and the quality and adequate volume of care all through the country irrespective of the clients' capacity to pay for services.

The assessment focused on practical conclusions on how the objectives and related actions under the National Health Care Project have been realised.

As regards the objectives and actions under the Government Resolution, those that have according to the assessment been best implemented include increased central government transfers, definition of the criteria for access to care and for guaranteed access to care as a health policy goal, and steps forward in achieving this goal. Other positive achievements are increased education volumes, decentralisation of emergency services, satisfactory implementation of decisions to develop pharmaceutical services, laboratory and imaging services and assistive devices services, decentralised procurement system for purchasing medicinal and pharmaceutical products, substances and equipment, and the so called ROHTO Project to promote rational prescribing of medicines.

The impact of the project remained relatively limited in regard to efforts to increase the effectiveness of primary health care, to intensify prevention, to achieve the objective of an adequate population base and number of doctors for health centres, to make concrete arrangements for cooperation between the special responsibility areas and between hospital districts, to achieve structural, organisational and administrative solutions, to establish a national performance-related pay system, to implement the management training programme, and to ensure the profitability of the projects that were financed – in particular of those related to structural change.

The objective of improved effectiveness of primary health care, which has been defined as the most important area of focus in national health policy, was not achieved during the project. According to the observations made during the assessment the prerequisites for achieving an effective primary health care system have even deteriorated. An especially worrying feature in this development is the weakened access to health centre physicians and the reduced attraction of health centres. The challenges for primary health care in caring for older people have increased essentially as a result of increased problems related to substance abuse and lifestyles, and of social exclusion.

Information-based guidance has not succeeded in enabling structural reforms aiming to integrate small vulnerable health centre units and hospital organisations serving an

insufficient population base into an efficient service system. The national project did not address the multi-channel funding system for our health care, which those involved in the assessment consider an essential risk from the point of view of control over increased health care spending and equity in health services.

The Government Resolution has not been implemented in all respects in accordance with its objectives. The resolution that is important strategically and in terms of health policy was reached unanimously and has provided a foundation for several reforms under way. Elements that are emphasised in the future guidance of health care include the need to set measurable objectives for the state of health of the population and to ensure by legislation and by performance and information-based guidance that the objectives are achieved.

It is particularly important to create incentives for ensuring the effective functioning of the primary health care system.

Key words: assessment, effectiveness, health care, health services, objectives

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	3
Referat.....	5
Summary.....	7
1 JOHDANTO.....	10
1.1 Toimeksianto	10
1.2 Arvioinnin toteuttaminen	10
2 VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖS JA SEN VALMISTELU	12
2.1 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen taustaa	12
2.2 Kansallisen hankkeen valmistelu.....	13
2.3.Valtioneuvoston periaatepäätös ja sen synty ehdotusten pohjalta.....	14
3 VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖKSEN TOTEUTUMINEN.....	16
3.1 Tavoitteiden toteuttamis- ja seurantastrategia.....	16
3.1.1 Toimeenpanon periaatteet.....	16
3.1.2 Hankkeen organisointi.....	16
3.1.3 Toimenpiteet hankkeen toteuttamiseksi	17
3.2 Periaatepäätöksen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen.....	17
3.2.1 Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ.....	17
3.2.2 Hoitoon pääsyn turvaaminen.....	33
3.2.3 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen	43
3.2.4 Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen	50
3.2.5 Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen	70
4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOT VALTIONEUVOSTON PERIAATE- PÄÄTÖKSEN TOTEUTTAMISESTA.....	77
4.1 Hankkeen käynnistyminen	77
4.2 Hankkeen tavoitteenasettelu	78
4.3 Toimenpiteiden määrittely.....	79
4.4 Hankkeen organisointi.....	79
4.5 Hankkeeseen sitoutuminen.....	80
4.6.Hankkeen tavoitteiden toteutuminen	80
4.6.1 Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä toiminta	81
4.6.2 Hoitoon pääsyn turvaaminen.....	82
4.6.3 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen	83
4.6.4 Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen	83
4.6.5 Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen	85
4.7 Kokonaisarvio periaatepäätöksestä	85
4.7.1 Päättävöitteiden toteuttaminen	86
4.7.2 Kriittisten menestystekijöiden ja osatavoitteiden vaikutus päättävöitteiden toteutumiseen	86
4.7.3 Onnistuminen	88
5 ARVIO KANSALLISESTA TERVEYSHANKKEESTA OHJAUSKEINONA.....	90
5.1 Ohjauksesta	90
5.2 Kansallinen terveyshanke ohjausjärjestelmänä.....	91
6 NÄKEMYKSIÄ TERVEYDENHUOLLON KANSALLISEN OHJAUKSEN KEHITTÄMISEKSI.....	95
7 LÄHTEET	99
Liite 1. Haastatellut henkilöt.....	100
LIITTEET	101
Liite 2. Kysely sairaanhoitopiiren johtajille	101
Liite 3. Valtioneuvoston periaatepäätös (Linkki STMn esitteitä 2002:6 http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002_6.pdf)	

I JOHDANTO

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen päätavoitteiksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksumyksevyydestä riippumatta.

Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi päättyi 31.12.2007. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuoden 2007 lopulla arviointiselvityksen tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutumisesta kansallisen terveysprojektin määräaikana. Arviointi annettiin tehtäväksi LKT Ulla Idänpään-Heikkilälle, toimitusjohtaja, dosentti Olli-Pekka Lehtoselle, yhtymäjohtaja, LL Markku Purolle ja VTM Seppo Tuomolalle.

I.1 Toimeksianto

Toimeksiantosopimuksen (STM/3211/2007) mukaan arvioijien tehtävänä oli arvioida

- miten valtioneuvoston periaatepäätöksessä esitetyt tavoitteet ovat toteutuneet ja onko havaittavissa jokin tai joitakin tavoitekokonaisuuksia, joissa tavoitteet ovat toteutuneet erityisen hyvin tai erityisen huonosti,
- millä tavoin eri tavoitteiden toteuttamiseksi käytetyt keinot ovat vaikuttaneet lopputulokseen sekä
- missä määrin kansallisella, hyvin laaja-alaisella yhden sektorin projektilla voidaan saavuttaa valtioneuvoston periaatepäätöksessä mainittuja tavoitteita.

Toimeksiannon mukaan arvioijien tuli työssään kuulla sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesjohtoa, lääninhallituksia, Suomen Kuntaliittoa, terveydenhuollon eri yksiköitä ja niissä työskentelevää henkilökuntaa sekä yksiköiden virkamiesjohtoa, järjestöjä ja yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita sekä muita asian valmistelun kannalta tarpeellisia tahoja.

Arviointityön määräajaksi asetettiin 15.6.2008.

I.2 Arvioinnin toteuttaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön ja toimeksisaajien keskustelujen pohjalta arviointityötä suunniteltaessa lähdettiin siitä, että arviointi toteutetaan ensisijaisesti painottuen valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteisiin ja niiden toteutumiseen. Valtioneuvoston periaatepäätös jaettiin 37 osatavoitteeseen, joiden toteutuminen kansallisen hankkeen aikana arvioitiin. Tämän jälkeen muodostettiin käsitys eri tavoitteiden toteutumisen keskinäisistä riippuvuuksista ja tärkeimmistä syistä, jotka olivat johtaneet joidenkin tavoitteiden toteutumattomuuteen.

Arviointihankkeen toteuttamisesta käydyissä keskusteluissa nähtiin tärkeäksi tarkastella myös sitä, onko tavoitteiden asettaminen ollut onnistunut ja perusteltu ja onko kansallisen terveyshankkeen edustama ohjelmajohdantainen kansallisen ohjauksen toimintamalli tuloksellinen ja perusteltu.

Lisäksi toivottiin pohdittavan, mihin suuntaan kansallisessa ohjauksessa tulisi edetä, tarkastellen myös nykyisiä käytäntöjä muun muassa hankerahoituksessa, ”korvamerkittyjen” valtionavustusten myöntämisessä sekä valtion ja alueellisten/paikallisten toimijoiden päätöksentekosuhteissa.

Kansallisen hankkeen taustaa, valtioneuvoston periaatepäätöksen syntyprosessia ja sen toimeenpanon suunnittelua ja toteutusta arviointiryhmä selvitti paitsi asiakirjoista myös haastatteleamalla keskeisiä hankkeen alkupaniijoita, hallinnoijia, paikallistason toimijoita sekä sidosryhmiä. Yhteensä näitä haastateltavia oli 21 kpl (Liite 1).

Tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteet ja toimenpiteet on jäsennetty yksilöidyiksi arvioinnin kohteiksi eli arviointiosioiksi. Kunkin em. osion arvioinnissa tarkastellaan sekä tavoitteen toteutumista että tavoitteen toteuttamiseksi määriteltyjen toimenpiteiden tuloksellisuutta.

Tavoite- ja toimenpideosioiden toteutumista arvioitiin olemassa olevaa tutkimustietoa, selvityksiä, julkisia tilastotietoja sekä kuulemis- ja haastatteluaineistoa hyödyntäen. Arviointityössä ovat keskeisinä tietolähteinä olleet kansallisen terveyshankkeen yhteydessä muodostuneet tai siihen liittyvät kirjalliset aineistot.

Lisäksi arvioitsijaryhmä lähetti kirjallisen kyselyn (Liite 2) kaikkien sairaanhoitopiirien johtajille ja sai 13 vastausta. Yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa järjestettiin 4.4.2008 seminaarilaisuus perusterveydenhuollon aluetukihenkilöiden kuulemiseksi ja kansallisen terveyshankkeen alueellisten tilannekatsausten päivittämiseksi.

Arvioitsijoiden työtä ovat avustaneet suunnittelija Kia Paasivirta ja osastosihteeri Hanna Vihermäki sosiaali- ja terveysministeriöstä. Heidän työpanoksensa hankkeessa on ollut merkittävä mm. aineiston hankinnassa, kuulemis- ja haastattelutilaisuuksien järjestämisessä, tiedon välityksessä sekä useissa muissa järjestelytehtävissä.

Arvioinnin tulos on arvioitsijaryhmän yhteinen ja perustuu arvioitsijoiden yhdenmukaiseen näkemykseen.

2 VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖS JA SEN VALMISTELU

2.1 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen taustaa

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä oli 2000-luvun alkuun tultaessa arvioitu kansainvälisesti varsin hyvin toimivaksi. Väestön terveys parani ja odotettavissa oleva elinikä lisääntyi. Palvelujen laatu oli kansainvälisessä vertailuissa osoittautunut hyväksi ja kustannukset kohtuullisiksi.

Ongelmia kuitenkin oli hoitoon pääsyssä, jossa lisäksi oli väestöryhmien välisiä huolestuttavia eroja. Myös terveyserot väestöryhmien välillä pikemminkin lisääntyivät kuin vähenivät. Terveydenhuollon kentältä nousi myös viestejä erityisesti perusterveydenhuollon toiminnan kasvavista ongelmista. Terveydenhuoltojärjestelmän katsottiin joutuvan jatkossa vastaamaan moniin haasteisiin, joihin varautumiseksi tarvittiin toimenpiteitä. Keskeisiä keskusteluun nousseita haasteita olivat muun muassa

- palvelujen saatavuuden ongelmat
- terveydenhuoltoa uhkaava työvoimapula
- hajanainen palvelujärjestelmä ja ohjauksen vaikeudet
- palvelujen kysynnän ja taloudellisten mahdollisuuksien välisen kuilun suureneneminen
- terveydenhuollon menojen nopea kasvu
- perusterveydenhuollon toimintaa uhkaavat vaikeudet
- perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyön tarve
- palvelurakenteen uudelleenjärjestelyn tarve
- terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisen pysähtyminen
- paineet nopeasti kehittyvän terveydenhuollon teknologian tuomien hoitomahdollisuuksien käyttöön ottoon
- erikoissairaanhoidon huippuosaamisen keskittämistarve
- lisääntyvä alkoholin ja päihteiden käyttö
- terveydenhuollon monikanavainen rahoitus
- väestön ikääntymisen aiheuttama hoidon ja hoivan tarpeen lisääntyminen
- pitkäaikaistyöttömyys ja syrjäytymisriski
- lisääntyvä tyytymättömyys terveydenhuollon palveluihin
- väestöryhmien väliset terveyserot.

Ongelmat olivat samantapaisia kansainvälisestikin, ja useissa maissa oli menossa tai toteutettu toimenpiteitä niiden korjaamiseksi. Myös Suomessa oli aikaisemmissa terveydenhuollon hankkeissa pyritty puuttumaan moniin näistä olemassa olevista ongelmista, mutta käytännön tulokset olivat jääneet suhteellisen vähäisiksi.

Keskeisiksi ja nopeita toimia vaativiksi ongelmiksi tunnistettiin erityisesti palvelujen saatavuuden ongelmat, väestöryhmien väliset terveyserot, terveydenhuoltoa uhkaava työvoimapula, hajanainen palvelujärjestelmä ja sen ohjauksen vaikeudet sekä terveydenhuollon menojen nopea kasvu.

Poliittisella taholla syntyi laaja yksimielisyys nopeasti toteutettavasta terveydenhuollon kehittämishankkeesta. Hanke sai korkean tason poliittisen tuen ja valtioneuvosto teki päätöksen kansallisen hankkeen perustamisesta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi.

2.2 Kansallisen hankkeen valmistelu

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeelle päätavoitteiksi asetettiin ”väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksumykymättä riippumatta”.

Hankkeelle asetettiin johtoryhmä, jonka puheenjohtajana oli sosiaali- ja terveystieteiden kansliapäällikkö ja jäsenet valtiovarainministeriöstä, Suomen Kuntaliitosta ja sairaanhoitopiireistä sekä lisäksi selvitysmiehenä professori Jussi Huttunen Kansanterveyslaitoksesta. Hankkeen tehtävänä oli laatia 31.3.2002 mennessä suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma terveydenhuollon toimivuuden ja terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Tämän suunnitelman tuli koskea viittä asiakokonaisuutta:

- Palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uusimista sekä tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämistä
- Työvoiman tarvetta ja eri henkilöstöryhmien työnjakoa, johtamisen ja työolosuhteiden kehittämistä sekä alan vetovoimaisuuden lisäämistä
- Valtionosuusjärjestelmää, kuntalaskutusta ja asiakasmaksupolitiikkaa sekä valtion ohjausjärjestelmän parantamista
- Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjaon ja yhteistyön kehittämistä
- Hoitokäytäntöjen, valtakunnallisten suositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien toteuttamista ja toimeenpanoa sekä uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittämistä, arviointia ja käytäntöön soveltamista.

Palvelujen järjestämisvelvollisuus tuli säilyttää edelleen kunnilla. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmään ei hankkeen valmistelussa haluttu puuttua, mm. koska todettiin sen olevan merkittävää lisävalmistelua vaativa alue ja olisi näin pitkittänyt toimeenpanoa. Lisäksi hanke päätettiin rajoittaa koskemaan vain terveydenhuoltoa.

Valtion ohjauskeinona tuli korostaa informaatio-ohjausta, mutta myös normeilla ja voimavaroilla sekä etukäteis- ja jälkivalvonnan avulla ohjaus tulisi kyseeseen.

Edellä mainittua viittä asiakokonaisuutta koskevaa toimintaohjelmaa valmistelemaan nimettiin neljä selvityshenkilöparia ja yksi selvityshenkilö, joilla kaikilla oli apunaan oma asiantuntijoista koostunut tukiryhmänsä. Selvityshenkilöiden yhdessä tukiryhmiensä kanssa tuli valmistella kunkin omasta asiakokonaisuudestaan johtoryhmälle ehdotuksia kehittämistoimenpiteiksi. Selvityshenkilöt jättivät väliraporttinsa johtoryhmälle ennalta säädettyssä aikataulussa tammikuussa 2002.

2.3 Valtioneuvoston periaatepäätös ja sen synty ehdotusten pohjalta

Johtoryhmä valmisteli selityshenkilöiden ja työryhmien ehdotusten pohjalta näkemyksensä ja jätti valtioneuvostolle lopulliset ehdotuksensa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 9.4.2002. Valtioneuvoston käsittelyssä tavoitteet, toimenpiteet ja painotukset kiteytyivät periaatepäätökseksi, jonka valtioneuvosto antoi 11.4.2002 (liite 3).

Valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyy viisi päätavoitetta, jotka kukin jäsentyvät suunnatumpiin alatavoitteisiin. Tavoitteisto on ilmaistu tekstimuotoisesti. Useimmat tavoitteet kuvaavat määrityksen tavoiteltavasta suunnasta, mutta vain harvoissa tavoitteissa on ilmaistu mitattavissa oleva määrällinen tai laadullinen tavoitetilan kuvaus. Osalle tavoiteryhmistä on periaatepäätöksessä määritelty myös toimenpiteitä. Taulukossa 1 on yhteenveto valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyvistä tavoitteista ja toimenpiteistä.

Vaikka yhteenvetotaulukossa kuvatuista toimenpiteistä osa on kohdistettu määrätyn tavoitteen toteuttamiseen, varsin monet toimenpiteet koskevat samanaikaisesti useiden tavoitteiden toteuttamista.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen jälkeen valtioneuvosto on vielä erikseen päättänyt valtionavustuksesta hoitojonojen purkamiseen. Päätöksen mukaan määräraha oli yhteensä 25 milj. euroa, josta $\frac{1}{4}$ on käytettävä poliklinikajonojen ja $\frac{3}{4}$ leikkausjonojen purkamiseen. Osa poliklinikoiden jonorahoituksesta on käytettävä mielenterveyspalvelujen ja mielenterveyskuntoutuksen tukemiseen. Valtionavustus muodostaa puolet rahoituksesta, toinen puoli tuli sairaanhoitopiirien järjestää jäsenkuntiansa kanssa sopimalla.

Taulukko I. Yhteenveto Valtioneuvoston periaatepäätökseen sisällyvistä tavoitteista ja toimenpiteistä

Tavoiteryhmä/ päätaavoite	Tavoite	Toimenpiteet
<ul style="list-style-type: none"> Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ 	<ul style="list-style-type: none"> Kysynnän kasvun vähentäminen Kysynnän suuntautuminen kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin Päihdeiden käytön ja päihdekäytöstä johtuvien sairauksien vähentäminen 	
<ul style="list-style-type: none"> Hoitoon pääsyn turvaaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Perusterveydenhuollon ensiarvioon pääsy kolmessa päivässä Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa Hoidon hankkiminen muualta hoitotakuun toteuttamiseksi 	<ul style="list-style-type: none"> STM valmistelee Kuntaliiton kanssa kiirettömän hoidon ja jononhallinnan ohjeet vuoden 2003 loppuun mennessä Hoitoon pääsy sisällytetään lakiin vuoteen 2005 mennessä STM:n asetukset ja ohjeet voimaan 1.1.2005
<ul style="list-style-type: none"> Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkärinkoulutuksen aloituspaikkojen lisääminen Henkilöstökoulutuksen lisääminen ennakoitaitoimikunnan suunnitelman mukaisesti Lääkärin ja hammaslääkärin lisäkoulutusjakson toteuttaminen Erikoistumiskoulutuksen toteuttaminen muualla kuin yliopistosairaaloissa Henkilöstön täydennyskoulutuksen toteuttaminen Moniammatillisen johtamiskoulutusohjelman toteuttaminen terveystieteen opetusta antavissa yliopistoissa Lääketeollisuuden ja yritysten koulutustuen suuntaaminen henkilöiden sijasta yksiköille Tulospalkkauksen kehittäminen työmarkkinaosapuolten kesken Erikoismaksuluokkajärjestelmästä luopuminen asteittain sekä lisätyöjärjestelmän käyttäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Vuosina 2003-2005 siirretään 8 milj. € EVO-rahoituksesta koulutuskorvauksiin. Nykyiseen käytäntöön palataan v. 2006 Yliopistot, OPM, STM ja Kuntaliitto huolehtivat johtamiskoulutusohjelmien sisällöstä
<ul style="list-style-type: none"> Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina 20 000 – 30 000 asukaan väestöpohjaa varten, joilla toimii 12 – 18 lääkärinä Mielenterveytyön, psykososiaalisten ja päihdetyön palvelujen järjestäminen seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen sektorin ja yksityissektorin kanssa Erikoissairaanhoidon yhteistyön järjestäminen erityisvastuualueittain Yhteishankintojen toteuttaminen Päivystystoiminnan rationalisointi Sairaanhoitopiirien yhteistyösopimukset, terveystieteiden muodostaminen ja muut vastaavat järjestelyt Aluesairaaloiden kytkeminen osaksi terveydenhuoltoalueita tai keskussairaala Laboratorio- ja kuvantamistoiminnan sijoittaminen sairaanhoitopiirien muodostamiin yksiköihin esim. liikelaitoksia perustamalla Yksityissektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sv- korvausten perusteiden saattaminen tehokkaimpien yksiköiden tuotantokustannusten tasolle Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomusjärjestelmän käyttöön ottaminen Kansallisten hoitosuosittelujen ja alueellisten hoito-ohjelmien käytön tehostaminen rationointihöyryjen aikaan saamiseksi Vaikutavuustiedon hyödyntäminen kuntoutustoiminnassa Lääkkeiden määräämisen ja käytön järjeistämisen ROHTO-hankkeen avulla Toimintojen ja rakenteiden uudistamisen loppuun saattaminen vuoden 2007 mennessä sekä 0,2 miljardin euron höyryjen saavuttaminen vuositasolla vuodesta 2007 alkaen 	<ul style="list-style-type: none"> STM antaa vuoden 2003 aikana asetuksen keskitettävistä tutkimuksista ja hoidoista Sairaanhoitopiirit laativat yhteistyö- ja työnjakosuunnitelmat STM:lle 31.05.2003 mennessä; STM myöntää hankerahoitusta niiden toteuttamiseen Mikäli sairaanhoitopiirien suunnitelmat eivät johda ratkaisuihin, muutoksiin voidaan velvoittaa lainsäädännöllä
<ul style="list-style-type: none"> Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Valtionosuuksien lisääminen vuodesta 2003 alkaen 104 milj. eurolla vuodessa Valtionosuuksien % -osuuden lisääminen asteittain Kuntarahoituksen vakauden ja ennakoitavuuden parantaminen Asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevien säännösten uudistaminen Palvelujärjestelmän kehittäminen ohjelmatyönä hankerahoituksella Sähköisen sairauskertomusjärjestelmän sekä Käypä hoito- ja ROHTO-hankkeiden tukeminen valtion erillisrahoituksella Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön rahoituksen nostaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimus- ja hoitojonojen purkamisesta neuvotellaan valtion, kuntaliiton ja sairaanhoitopiirien kesken. Tarvittava lisämääräraha päätetään selvityksen perusteella

3 VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖKSEN TOTEUTUMINEN

3.1 Tavoitteiden toteuttamis- ja seurantastrategia

3.1.1 Toimeenpanon periaatteet

Periaatepäätöksen toimeenpano sovittiin toteutettavaksi laajana yhteistyöhankkeena sosiaali- ja terveysministeriön, muiden ministeriöiden ja Suomen Kuntaliiton kesken. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelman toteuttamista peruspalveluministerin johdolla.

Tavoitteet suunniteltiin toteutettaviksi eri puolilla maata menossa olevien ja uusien kehittämishankkeiden avulla keskeisillä kehittämisalueilla, jotka olivat terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ, hoitoon pääsyn turvaaminen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen parantaminen, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistaminen sekä rahoituksen vahvistaminen. Hankkeen toimeenpanossa tuli ottaa huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toteuttamisohjelma, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma sekä Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen ja Mielekäs elämä -hankkeen kokemukset.

3.1.2 Hankkeen organisointi

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti hankkeelle johtoryhmän, joka ohjasi toteuttamista. Johtoryhmä koostui ministeriöiden ja kuntasektorin edustajista. Johtoryhmä hyväksyi hankkeen toteuttamissuunnitelman ja saattoi myös liittää toimeenpanoon sellaisia hankkeita, jotka eivät suoranaisesti perustuneet valtioneuvoston periaatepäätökseen, mutta joiden toteutuksen katsottiin tukevan periaatepäätöksen kokonaisuuden toteuttamista. Johtoryhmä saattoi myös tehdä ehdotuksia ja aloitteita hankkeen toteuttamisen edellyttämistä lainsäädännöllisistä muutoksista.

Hanketta varten asetettiin seurantaryhmä, jossa olivat edustettuina maamme terveydenhuollon keskeiset toimijat. Seurantaryhmän tehtävänä oli edistää terveydenhuollon ja sen sidosryhmien vuoropuhelua sekä välittää tietoa periaatepäätöksen tavoitteista ja niiden toteutumisesta. Seurantaryhmän tuli seurata ja arvioida periaatepäätöksen toteutumista ja tehdä tarvittaessa muutos- ja kehittämissuhteita.

Sosiaali- ja terveysministeriössä terveysosaston ylijohtaja huolehti toimenpiteiden etenemisen säännöllisestä seurannasta ja yhteensovittamisesta. Hankevastaavaksi nimettiin virkamies, jonka tehtävänä oli ylijohtajan alaisuudessa huolehtia osahankkeiden etenemistä koskevan tiedon keräämisestä ja -arvioinnista, tiedonkulusta ja yhteydenpidosta hankkokonaisuuden sisällä sekä viestinnän, neuvonnan ja sidostahojen kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen varmistamisesta. Hankevastaava huolehti myös hankkeen toteutukseen palkattujen ulkopuolisten asiantuntijoiden työn koordinoinnista.

Hankkeen tiedotusta suunniteltiin läpinäkyväksi ja vuorovaikutteiseksi kansalaisten suuntaan avoimella tiedotuskäytännöllä tietoverkon kautta tapahtuvien ajankohtaiskatsauksin. Hankkeen etenemisestä tuli raportoida säännöllisesti ministeriön johdolle ja saattaa johto- ja seurantaryhmän muistiot tiedoksi toimeenpanoon osallistuville.

3.1.3 Toimenpiteet hankkeen toteuttamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti jonon hallintaa ja hoitoon pääsyä selvittävän työryhmän. Sen tehtävänä oli laatia ehdotukset hoitoon pääsyä koskevista periaatteista, arviointijärjestelmän perusteista, jononhallinnan periaatteista ja tarvittavista säädösmuutoksista.

Hankkeen päätavoitteiden toimeenpano suunniteltiin osahankkeiksi, joille kullekin nimettiin sosiaali- ja terveysministeriössä vastuuhenkilö. Jako osahankkeisiin vastasi pääosin periaatepäätöksen osa-alueita. Osahankkeet olivat: terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen, toimintojen ja rakenteiden uudistaminen, terveydenhuollon toimintakäytäntöjen kehittäminen sekä terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen. Hankkeen toteuttamisessa välttämättömät yhteistyötahot kirjattiin kunkin osahankkeen kohdalle.

Osahankkeiden vastuuhenkilöt ja asiantuntijat laativat yhdessä yhteistyötahojen kanssa osahankkeiden yksityiskohtaiset toimeenpanosuunnitelmat siinä laajuudessa kuin se kunkin osahankkeen asiasisällöstä arvioituna katsottiin tarpeelliseksi. Samalla täsmennettiin toimenpiteiden aikataulut ja toimeenpanon kustannusvaikutukset. Vastuuhenkilön tuli sopia osahankkeen työskentelymenetelmistä ja osallistujista yhteistyötahojen kanssa sekä huolehtia toimenpiteiden seuranta- ja kustannustietojen ylläpidosta.

Suunnitellut toimenpiteet on kuvattu hankesuunnitelmassa vuodelta 2002 ja hankkeen seuranta hankesuunnitelmien vuosittain päivitettyissä raporteissa.

Hankkeen tavoitteiden toteuttamiseksi perustettiin vuoden 2003 alusta lääneihin aluetukihenkilöverkosto. Lääninhallitukset nimittivät alueille aluetukihenkilöt sekä nimesivät lääninhallitukseen kansallisen hankkeen yhdyshenkilöt. Aluetukihenkilöiden tehtävänä oli toteuttaa terveys Hankkeen tavoitteita omassa läänissään ja maakunnassaan sekä erityisesti tukea perusterveydenhuollon uudistuksia.

3.2 Periaatepäätöksen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen

3.2.1 Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ

3.2.1.1 Perusterveydenhuollon toimivuus

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös:

Riittävästi resursoitu ja hyvin toimiva perusterveydenhuolto on koko terveydenhuoltojärjestelmän perusta.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä ei tätä tavoitetta tai toimenpiteitä sen saavuttamiseksi yksilöity tarkemmin, mutta muissa osioissa on esitetty rakenteellisia, henkilöstön saatavuuteen ja osaamiseen sekä rahoitukseen liittyviä tavoitteita kuten:

- Perusterveydenhuolto järjestetään 20 000 - 30 000 asukkaan väestöpohjalla, niin että yksikössä toimii 12 - 18 lääkäriä.
- Henkilökunnan saatavuus ja rahoitus turvataan.

Näiden tavoitteiden toteutumista käsitellään tässä raportissa erikseen luvuissa 3.2.3 ja 3.2.4.

Tavoite voidaan tulkita siten, että hankkeen toteuttamisessa perusterveydenhuollon edellytysten turvaamisella piti olla keskeinen rooli.

Toimenpiteet

Tavoitteeseen pyrittiin kehittämällä terveystalvija valtion ja kuntien yhteistyönä. Kehittämisessä pyrittiin ottamaan huomioon myös järjestöjen ja yksityisen sektorin toiminta.

Kansallisen hankkeen johtoryhmän suosituksissa oli joukko ehdotuksia toimenpiteiksi, jotka tähtäävät myös perusterveydenhuollon toimivuuden parantamiseen:

- Kunnat arvioivat sosiaali- ja terveystalvija palveluiden tarvetta ja järjestämistä osana hyvinvointipoliittista ohjelmatyötä. Työssä korostetaan terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, seudullisten ratkaisujen kehittämistä ja palvelujärjestelmän eri osien ja kunnan eri sektorien yhteistyötä.
- Terveydenhuollon lähipalvelut järjestetään seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina. Toimipisteverkon tulee olla hajautettu siten, että matkat eivät muodostu käytön esteeksi.
- Palveluita tuotetaan asiakaslähtöisesti yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa väestövastuuperiaatteella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joiden järjestäminen edellyttää laaja-alaista väestöpohjaa, tuotetaan seudullisena yhteistyönä. Vanhustenhuollon tulee pohjautua kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan.
- Kunnat muodostavat kunnallisista työterveyshuolloista laajempia seudullisia kokonaisuuksia, joiden toimintaa kehitetään säädösten edellyttämän vaatimustason mukaisesti.
- Palvelujärjestelmää kehitetään vaiheittain etenevänä ohjelmatyönä, johon osoitetaan valtion budjetista erillinen hankerahoitus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää säädösuudistuksen, jossa yhdistetään kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidtolaki yhdeksi terveydenhuoltolaiksi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö ryhtyvät toimenpiteisiin lääkäreiden sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työnjaon ja toimivaltuuksien tarkistamiseksi. Muutokset otetaan huomioon koulutusta kehitettäessä. Lisäksi selvitetään tarve muiden terveydenhuollon ammattiryhmien työnjaon uudistamiseksi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi muiden toimijoiden kanssa erilaisten lääkärintodistusten tarpeellisuuden. Säädöksiä ja toimintakäytäntöjä muutetaan niiltä osin kuin lääkärintodistuksia ei tarvita. Lyhyiden sairauslomien (3-7 päivää) todistaminen siirretään työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen kanssa sovitulla tavalla terveydenhuollon muille ammattilaisille tai työntekijöille itselleen.
- Lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annettua asetusta (1435/93) 4 §:n ja erikoislääkärin tutkinnosta annettua asetusta (678/98) 6 §:n tarkistetaan (käsitellään tarkemmin luvussa 3.2.3)
- Palvelujärjestelmän strategisten ja määräaikaisten, rakenteellisten ja toiminnallisten kehittämishankkeiden tukemiseen osoitetaan 8 milj. € vuonna 2003 ja vuosittain 30 milj. € vuosina 2004 - 2007. Kaikki rahoitetut hankkeet löytyvät sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta.

Näitä rakenteellisia tavoitteita käsitellään tarkemmin vielä luvussa 3.2.4, henkilöstön saantiin ja koulutukseen liittyviä luvussa 3.2.3 ja rahoitukseen liittyviä luvussa 3.2.5.

Perustettu aluetukihenkilöverkosto oli myös merkittävä toimenpide perusterveydenhuollon toimivuutta parantavien uudistusten tukemiseksi.

Kansallinen terveystyöjärjestelmä järjesti v. 2004 laajan kenttäkierroksen ”Terveystyökeskus toimivaksi”. Kenttäkierroksella käytiin läpi hankkeen toteutumista maakunnittain. Kenttäkierroksen tuloksena on syntynyt aluetukihenkilöiden ylläpitämä seututaulukko, jossa hankkeen tavoitteiden toteutumista on käsitelty laajasti alueittain. Seututaulukot on päivitetty vuosittain hankkeen loppuun saakka.

Toteutuminen

Perusterveydenhuollon palveluiden ja lähipalveluiden järjestäminen seudullisesti ja alueellisesti ei ole edennyt hankkeen aikana tavoitteen mukaisesti. Toisaalta sen tavoitteet perusterveydenhuollon rakenteesta ja väestöpohjasta ovat ilmeisesti vaikuttaneet tämän arviotavan hankkeen loppuajaksi alkaneen toisen, PARAS -hankkeen tavoitteiden asetteluun.

Kansallisen terveystyöjärjestelmän aikana arvioitiin perusterveydenhuollon tilaa ja kehitystä monella mittarilla käyttäen erilaisia tilastotietoja ja haastattelututkimuksia. Nämä tulokset ilmeisimmin vaikuttivat perusterveydenhuollon toiminnan priorisointiin muihin kehittämiskohteisiin nähden nykyisen hallituksen hallitusohjelmassa.

Kunnallisen työterveyspalvelun kehittäminen seudullisesti laajempina kokonaisuuksina mahdollistettiin lakiuudistuksella. Kansallisessa hankkeessa ei kuitenkaan muuten merkittävästi käsitelty työterveyspalvelua.

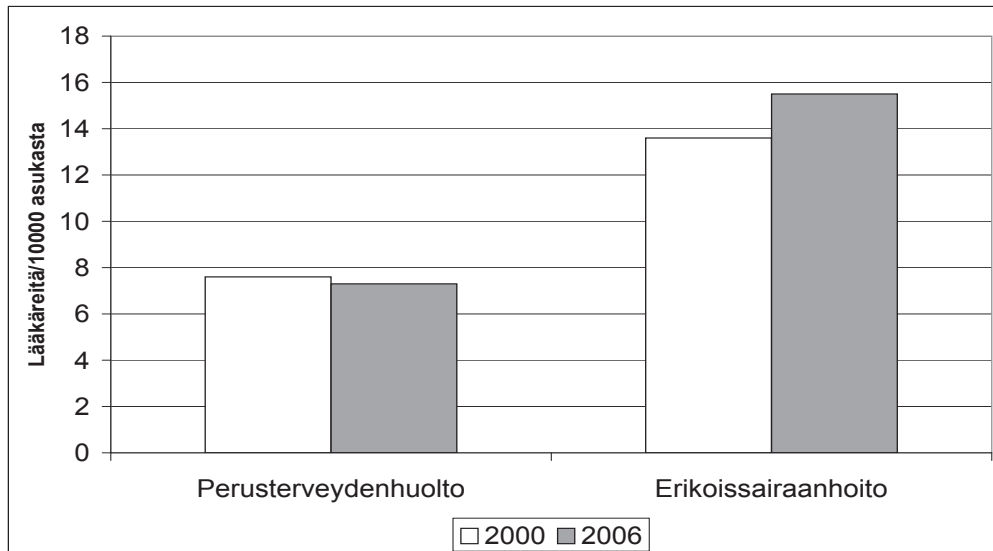
Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun on useassa kunnassa yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi ja tätä koskeva kokeilulakimuutos on sinänsä koettu myönteisenä ja mahdollistavana. Toisaalta on myös useita kuntia, joissa perusterveydenhuolto on irrotettu kotisairaanhoidosta ja yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoidon on sijoitettu sosiaalitoimen sektorille. Tämä järjestämistapa on merkinnyt joissakin kunnissa kiinteän yhteyden katkeamista lääkärin ja kotisairaanhoidon välillä, mikä ei ole parantanut perusterveydenhuollon toimimista kotisairaanhoidon tehostamiseksi ja kehittämiseksi.

Terveystyökeskusten verkostoituminen ei ole onnistunut hyvin. PARAS -hankkeen aikana kunnat ovat päinvastoin tehneet suunnitelmia, joiden toteutuessa perusterveydenhuolto pilkkoutuu ja kansanterveystyön johtaminen ja vastuut jäävät epäselviksi ja jopa vaillinnaiseksi.

Vuoden 2006 tiedonkeruun perusteella arvioiden hoidon saatavuus perusterveydenhuollossa ei ollut oleellisesti parantunut vuodesta 2004. Stakesin hyvinvointiselvityksessä (Stakes 2008) sen yhteydessä haastatelluista vuonna 2004 oli 55 % ja vuonna 2006 46 % odottanut hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan viimeisen 12 kuukauden aikana. Sen vastakohtana sairaaloiden poliklinikalle lääkärin vastaanotolle hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan odottaneita oli vuonna 2004 yhteensä 17 % ja vuonna 2006 24 %. Hoitoon pääsyssä ei siis ollut tapahtunut merkittävää paranemista.

Vuoden 2006 arviointitiedon perusteella henkilökunnan saatavuus oli vaikeutunut, erityisesti lääkärin ja hammaslääkärin kohdalla. Kansallisen terveystyöjärjestelmän loppuessa lääkärinpuutteen lisäksi on ilmaantunut hoitajapuuta, joka näkyy myös perusterveydenhuollossa. Hankkeen aikana suurta intoa hakeutua terveystyökeskuksiin ei ainakaan lääkärinpuutteen keskuudessa toistaiseksi näy. Erityisesti lääkärit ovat korostaneet työn pakkotahtisuutta ja työaikojen joustamattomuutta.

Lääkärien lukumäärä erikoissairaanhoidossa on kasvanut selvästi hankkeen aikana kun sen sijaan terveyskeskuksissa määrä on pysynyt entisellään tai lievästi vähentynyt (Kuvio 1). Muissa terveydenhuollon toimintamuodoissa, kuten tutkimuksessa ja yksityisellä sektorilla erityisesti työterveyshuollossa, lääkäreiden lukumäärä on kasvanut selkeästi. Tällä mittarilla mitattuna perusterveydenhuollon työvoimatilanne ei ole ainakaan vahvistunut.



Kuvio 1. Lääkärien määrä perus- ja erikoissairaanhoidossa

Erilaisia lääkäreiden ja hoitajien työnjakomalleja on pilotoitu useissa hankkeissa ja osa niistä on ollut varsin onnistuneita. Vieskan alueella toteutettu HOVA -hanke on tästä hyvä esimerkki. HOVA -hankkeen kokemusten mukaan työnjako on helpottanut lääkärin vastaanottotyön painetta, lisännyt hoitajien vastaanottoja ja vastuuta, sekä parantanut työyhteisön tiimityöskentelyä.

Todistuskäytännöissä ei ole tapahtunut oleellista edistymistä johtuen suurelta osin työmarkkinajärjestöjen erilaisista näkemyksistä.

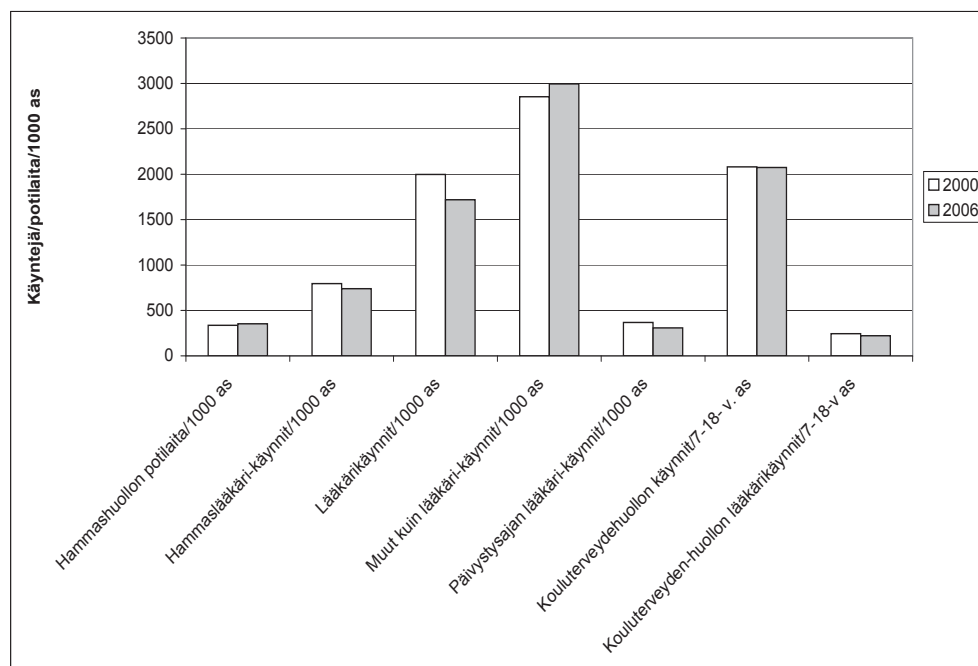
Terveydenhuollon valtakunnallinen johtamiskoulutus ei ole toteutunut. Sen järjestämiseksi ei varattu rahoitusta hankkeen aikana. Perusterveydenhuollon lisäkoulutus on toteutunut, mutta se ei ole oleellisesti helpottanut terveyskeskusten lääkäripulaa. On esitelty perusteltuja väitteitä siitä, että pakollinen perusterveydenhuollon koulutus on nuorten lääkäreiden keskuudessa aiheuttanut perusterveydenhuollossa työskentelylle pakonomaisuutensa takia huonoa imagoa.

Aluetukihenkilöiden toiminnan organisointi ei ollut kaikilta osin onnistunutta. Sosiaali- ja terveysministeriö tuki aluetukihenkilöiden toimintaa ja alueelliset ohjausryhmät sijoituivat lääninhallituksiin. Ohjausryhmien toiminta vaihteli kuitenkin lääneittäin. Aluetukihenkilöt näkivät toimintaa rajoittaviksi tekijöiksi liian vähäisen ajan tehtävään nähden sekä puutteelliset taloudelliset resurssit. Ainoastaan Etelä-Suomen läänissä oli päätoiminen aluetukihenkilö, jonka toiminta onnistuikin hyvin. Aluetukihenkilöt joutuivat myös toimimaan vaillinaisin valtuuksin eikä heillä ollut riittäviä ohjauskeinoja asioiden läpiviemiseen ja edistämiseen alueillaan. Varsinkin hankkeen alkuvaiheessa, toiminta keskittyi lä-

hinnä seminaareihin ja tiedotukseen. Osa aluetukihenkilöistä teki hankkeen edistämiseksi merkittävää työtä, osalta taas panos jäi vaatimattommaksi. Tuloksiin vaikutti myös se, että aluetukihenkilöt vaihtuivat kesken hanketta.

Perusterveydenhuollon rakenteisiin ja niiden kehittämiseen aluetukihenkilöt eivät pystyneet vaikuttamaan. Terveyskeskusten verkostoitumista tapahtui jonkin verran, ja joillakin alueilla aluetukihenkilöt edistivät merkittävien hankkeiden eteenpäin menoa. Hankkeiden hallinnassa aluetukihenkilöt jollakin alueella kokivat pettymyksiä, koska hankerahoituksen päätökset koettiin epäjohtomukaisiksi..

Perusterveydenhuollon toimintaluvuissa tapahtui vain vähäisiä muutoksia kansallisen terveys Hankkeen aikana (Kuvio 2).



Kuvio 2. Perusterveydenhuollon toimintalukuja vuosina 2000 ja 2006 (SotkaNet)

Nämä toimintaluvut osoittavat, ettei perusterveydenhuollon toiminta hankkeen aikana ole tehostunut, mutta niiden perusteella ei voi arvioida perusterveydenhuollon vaikuttavuutta väestön terveyteen. Perusterveydenhuollon toimin estettävissä oleva kuolleisuus oli vuosina 1992 - 2003, pääosin ennen hanketta, lisääntynyt alimmassa tuloluokassa keskimäärin 2 % vuosittain, mutta kaikissa muissa neljässä tuloluokassa vähentynyt 1 - 9 % vuosittain (STM 2007). Hoitoa odottavien määrä viittaa siihen ettei toiminta ole myöskään aiempaa paremmin vastannut tarvetta. Tämän taustalla voi osaksi olla lääkäripula, johon ei ole pystytty vaikuttamaan toimintaa kehittämällä tai kansallisen hankkeen muin toimenpitein.

Potilaita on myös siirtynyt perusterveydenhuollosta muiden terveydenhuollon palvelujen piiriin. Lääkäriissä käyntien lukumäärän suhteellinen muutos eräillä palvelusektoreilla vuosina 1996 - 2004 on kehittynyt siten, että käynnit terveyskeskuksissa ovat vähentyneet 10 %, mutta lisääntyneet sairaaloissa/erikoissairaanhoidossa lähes 20 %, terveyskeskuksen

työterveyshuollossa yli 50 %, yksityisessä työterveyshuollossa yli 60 %. Yksityislääkäreillä lisäys on ollut vajaat 10 %.

Etäisyyksien kasvaminen päivystyspisteiden keskittämisen vuoksi on mahdollisesti aiheuttanut päivystyskäyntien vähenemistä. Päivystyskäyntien väheneminen sinänsä olisi myönteistä, mikäli samalla nähtäisiin työaikana toteutuneiden käyntien lisääntyminen.

Kehittämishankkeet

Perusterveydenhuoltoon kohdistetut hankkeet olivat liian rajattuja, alueellisia ja liian pieniä, jotta ne olisivat auttaneet tai tukeneet merkittäviä perusterveydenhuollon rakenneuudistuksia. Sen sijaan hyviä paikallisia toimintakäytäntöjä niissä joissakin pystyttiin kehittämään. Tällaisia tuloksellisia hankkeita olivat esim. työnjakohankkeet, oppilashuollon kehittäminen ja jotkut perusterveydenhuollon mielenterveystyötä edistävät hankkeet. Näitä ei kuitenkaan ole kansallisella tasolla hyödynnetty riittävästi.

Perusterveydenhuollon tietoteknologiahankkeet eivät toteutuneet kansallisen terveys-hankkeen aikana toivotusti. Hankkeen alkupuolella edistettiin aluetietojärjestelmien kehittymistä, ja joissakin niistä päästiin hyvin eteenpäin. Alun jälkeen linja vaihtui ja siirryttiin valtakunnallisen sähköisen sairaskertomuksen valmisteluun, joka hankkeen loppuessa on vielä kesken. Tällainen kansallisen tason järjestelmäkehitys on rakenteellisesti ja tavoitteena parempi kuin useat erilliset aluetietojärjestelmät.

Tietoteknologiahankkeet eivät ylipäätään vastanneet niitä odotuksia, joita terveyskeskuslääkäreillä oli niiden hyödyistä perusterveydenhuollon toimintaan. Uusi teknologia ei ole helpottanut tai tehostanut työtä, vaan sen on koettu jopa hankaloittavan työtä. Kansallisen sairaskertomuksen määrittelyt ja tilastouudistukset tulevat ehkä parantamaan johtamista, tilastointia ja tiedon hallintaa, mutta on huolehdittava, että niistä ei tule käyttäjille liian monimutkaisia ja työtä rasittavia ja siten todellisuudessa terveydenhuollon tuottavuutta laskevia.

3.2.1.2 Ennaltaehkäisevä työ

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös:

Ennaltaehkäisevä työ on perusterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä, joka yhdessä kansalaisten oman terveydestä kantaman vastuun ja terveiden elintapojen kanssa vähentää palveluiden kysynnän kasvua ja suuntaa palvelujen tarvetta kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitoihin.

Johtoryhmän ehdotuksia ennaltaehkäisyalueelta:

1. Kunnat ja muut toimijat edistävät väestön terveyttä Terveys 2015-kansanterveysohjelman mukaisesti.
2. Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat oleellinen osa lähipalveluja. Tämän varmistamiseksi kunnat kehittävät terveyden edistämisen johtamista ja poikkihallinnollisia yhteistyöhankkeita.

Toimenpiteet

Sosiaali- ja terveysministeriö on nimennyt kansanterveyden kehittämiseksi neuvottelukunnan toimikaudeksi 1.4.2003 – 31.3.2006 ja uuden neuvottelukunnan toimikaudeksi

15.4.2006 - 14.4.2009. Neuvottelukunnan tehtävänä on

- seurata kansanterveyden kehitystä ja terveyspolitiikan toteutumista
- kehittää valtakunnallista terveyspolitiikkaa ja rakentaa terveyttä edistävää yhteistyötä eri hallinnon alojen, järjestöjen ja muiden tahojen kanssa
- varmistaa yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa tautiryhmä- ja ongelmakohtaisia terveysohjelmia ja seurata niiden toimeenpanoa sekä
- suorittaa muut asianomaisen ministeriön määräämät tehtävät.

Neuvottelukunnan tarkoituksena on tukea kansanterveyden kehittämiseen tähtäviä toimenpiteitä ja toimenpiteiden toteutumista yhteiskunnan eri lohkoilla erityisesti terveydenhuollon ulkopuolella.

Suomen EU-puheenjohtajuuskauden keskeisenä teemana oli ”Terveys kaikissa politiikoissa”.

Vuonna 2005 aloitettiin kansanterveyslain uudistaminen. Sen yhtenä tavoitteena on terveyttä edistävän työn tukeminen, ja siten sen voidaan tulkita olevan kansallisen terveyshankkeen tavoitteiden jatkumoa. Laissa tarkennettiin kunnan roolia terveyden edistämässä. Kunta velvoitettiin seuraamaan kuntalaisten terveyden tilaa väestöryhmittäin ja ottamaan terveysnäkökohdat huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Lisäksi edellytetään yhteistyötä kaikkien kunnassa toimivien tahojen kanssa. Tarkoituksena on varmistaa terveyden edistäminen ja ehkäisevän toiminnan riittävä toteutuminen ja edistää sen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Lakimuutokset tulivat voimaan 1.1.2006.

Terveyden edistämisen laatusuositus valmistui vuoden 2006 syksyllä. Sen mukaan terveyden edistämiseen tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista sekä toiminnan säännöllistä seurantaa ja arviointia.

Hoitoon pääsyä koskevaa lainsäädäntöä muutettaessa pelkona oli, että hyvä kiireettömän hoidon takaaminen vie voimavaroja ennaltaehkäisyltä ja laajojen vaikeiden kansansairauksien hoidolta. Siksi eduskunnassa kiinnitettiin erityistä huomiota perusterveydenhuollon rooliin ehkäisevässä työssä ja terveyden edistämässä, mutta tämä ei kuitenkaan vaikuttanut hankkeen konkreettiseen tavoiteasetantaan. Kansallisen terveyshankkeen toimesta rahoitettiin ja edistettiin huomattavasti eri terveyttä edistävien hankkeiden toimeenpanoa. Näiden joukossa ovat:

- DEHKO – hanke: Viisi sairaanhoitopiiriä toteuttaa DEHKO -hankkeen puitteissa ohjelmaa diabeteksen vähentämiseksi
- Liikuntaresepti-hanke
- Terveysliikuntahankkeet
- Alkoholin suurkuluttaja ja mini-interventio – hanke
- Kansanterveyslaitoksen koordinoima TEROKA -hanke, jonka tavoitteena on eri sosiaaliryhmien välisten terveyserojen vähentäminen
- useita seudullisia terveyshankkeita.

Terveyden edistämiseksi järjestettiin hankkeen aikana useita seminaareja ja terveyden edistämisen alueellisia tapahtumia. Terveys 2015 -ohjelman puitteissa kiinnitettiin huomiota nuorten miesten tapaturma- ja väkivaltakuolemiin sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn. Kansantautien vähentämiseksi uusittiin kansalliset ravitsemussuositukset

ja pääosin toimeenpantu valtioneuvoston päätös terveyttä edistävästä liikunnasta. Tupakkalain muutos ravintolatupakoinnin kieltämiseksi annettiin ja hyväksyttiin eduskunnassa. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjunnan toimeenpano käynnistyi Kansanterveyslaitoksen tapaturmaprojektissa.

Vuoden 2007 aikana julkaistiin useita terveyden edistämiseen tähtäviä suosituksia ja oppaita:

- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelma 2007 - 2011 (STM julkaisuja 2007/17).
- Alkoholin käyttö ei ole yksityisasia. Alkoholiohjelmaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004–2006 (STM:n selvityksiä 2007/20).
- Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä (STM:n julkaisu 2007/7)

Vuonna 2006 tammi-maaliskuussa toteutettiin vielä laaja terveyden edistämisen aluekierros. Tavoitteena oli terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan esille nostaminen. Valmistelusta vastasivat sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos, Stakes, Terveyden edistämiskeskus ja Suomen Kuntaliitto. Mukana ovat myös lääninhallitukset ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen aluetukihenkilöt. Tilaisuuksia järjestettiin kaikissa 19 maakunnassa. Kierroksen tausta-aineisto ja esitykset löytyvät Terveys 2015 – verkkosivuilta.

Toteutuminen

Väestön terveys on parantunut edelleen terveyshankkeen aikana. Kokonaisuudessaan kansakunta on terveempi kuin koskaan, mutta eri väestöryhmien väliset terveyserot sen sijaan ovat kasvaneet.

Työttömyys ja syrjäytyminen ovat muodostuneet merkittäviksi terveyttä uhkaaviksi tekijöiksi ja alkoholikuolemat työikäisen väestön suurimmaksi kuolinsyyksi. Noin 10 - 12 % lapsista ja nuorista voi huonosti ja on syrjäytymisuhan alla. Kansanterveys 2015-ohjelman arvioinnin yhteydessä on todettu, että suomalaisten sosioekonomiset terveyserot ovat edelleen kansainvälisesti suuret: koulutetuin ja hyvätuloisin väestö elää merkittävästi terveempänä ja vanhemmaksi kuin vähiten koulutettu ja köyhät ihmiset.

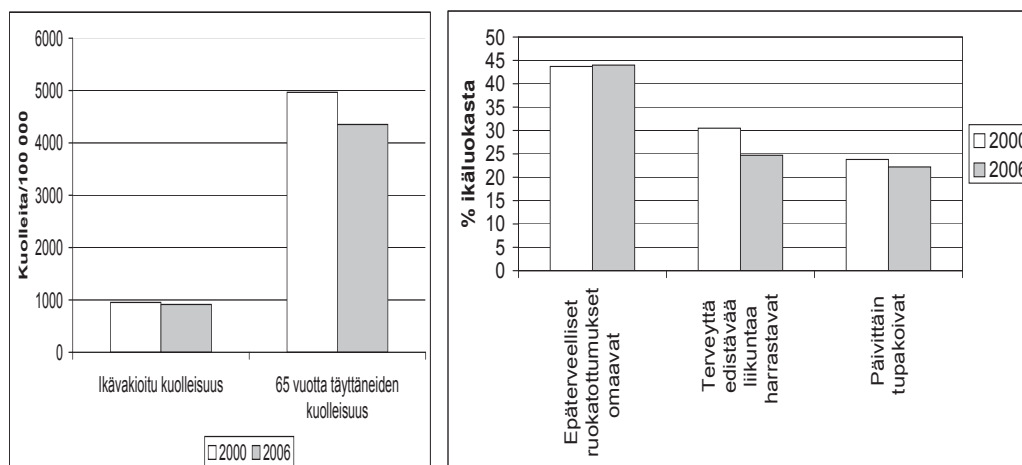
Suomessa terveyserot ovat suuremmat kuin monissa muissa maissa, joissa väestön tuoterot ovat samankaltaiset, suhteellisen pienet, ja tulotaso on melko korkea. Kuolleisuus eri sairausryhmissä olisi vähintään 30 – 60 % alhaisempi, jos se olisi sillä tasolla, millä se on parhaimman terveydentilan omaavien ryhmässä. Jos vertailukohteeksi otetaan muiden maiden vastaava kuolleisuustaso, parantamisen potentiaalia olisi vieläkin enemmän. Tämä muodostaa merkittävän haasteen terveyden edistämiseksi.

Vuonna 2005 Stakes selvitti ministeriön toimeksiannosta kuntien terveyden edistämisen nykytilaa ja kehittämishaasteita. Tämän selvityksen perusteella terveyden edistämisen johtamisessa on kunnissa vielä paljon puutteita. Vastausten mukaan terveyden edistäminen kiinnosti vain harvoja kuntien luottamushenkilöitä. Väestön terveydentilaa seurasi suunnitelmallisesti vain 15 % terveyskeskuksista ja terveyserojen seuranta kiinnosti vain 5 %:a vastanneista terveyskeskuksista. Vain kymmenessä terveyskeskuksessa oli määritetty mittavia tavoitteita terveyserojen kaventamiseksi. Terveyskeskuksista 38 % ilmoitti, että kouluterveydenhuollon laatusuosituksia oli jaettu tiedoksi ja 4 % oli päättänyt sen aiheuttamista toimenpiteistä. Lasten neuvolaoppaan aiheuttamat toimenpiteet olivat vielä vähäisemmät.

Kansallisen terveyshankkeen seurantaryhmän tekemässä arviointikyselyssä todettiin, että terveyden edistäminen on kehittynyt heikoiten koko hankkeen eri osioista.

Positiivisena seikkana voidaan todeta, että kunnallisten hyvinvointistrategioiden laatiminen ja toimeenpano on edistynyt hyvin. Toisaalta alkoholin riskikulutukseen ei ole pystytty puuttumaan riittävästi.

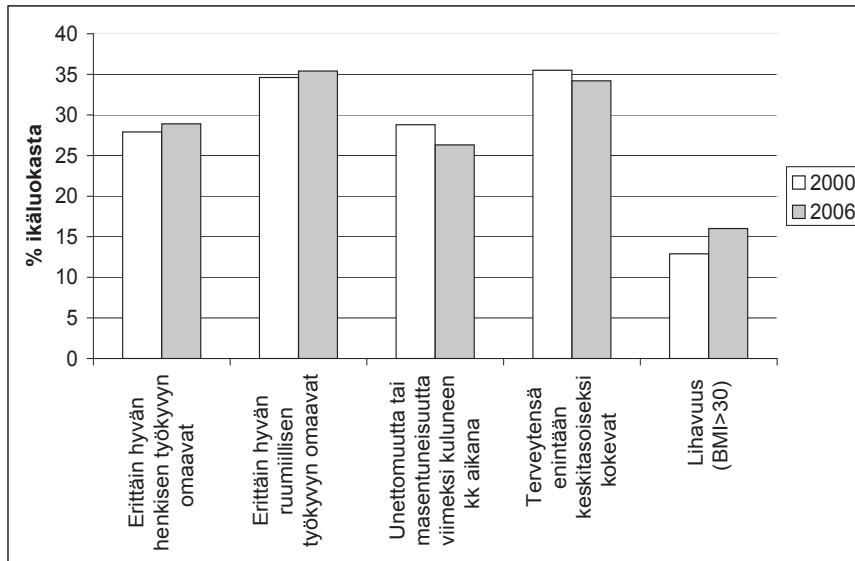
Terveyden edistämisen onnistumista kuvaavia indikaattoreita löytyy niukasti. Terveyden edistämisen onnistumista voidaan parhaiten arvioida väestön terveyttä ja terveyskäyttäytymistä kuvaavien indikaattorien avulla. Terveyden edistämisen toimenpiteillä voidaan osaltaan yhdessä hoitotoimenpiteiden kanssa vaikuttaa myös sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Seuraavissa kuvioissa 3 ja 4 on kuvattu kehitystä vuodesta 2000 vuoteen 2006 SotkaNet tietoihin perustuen.



Kuvio 3. Väestön ikävakioitu kuolleisuus **Kuvio 4.** Työikäisten terveystottumukset

Väestön ikävakioidun kuolleisuuden väheneminen on jatkunut edelleen hankkeen aikana (Kuvio 3). Vaikka tähän toki ovat vaikuttaneet monet muutkin seikat kuin terveyden edistämisen toimenpiteet, kuolleisuuden lasku puoltaa käsitystä terveyden tilan yleisestä parantumisesta myös yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä.

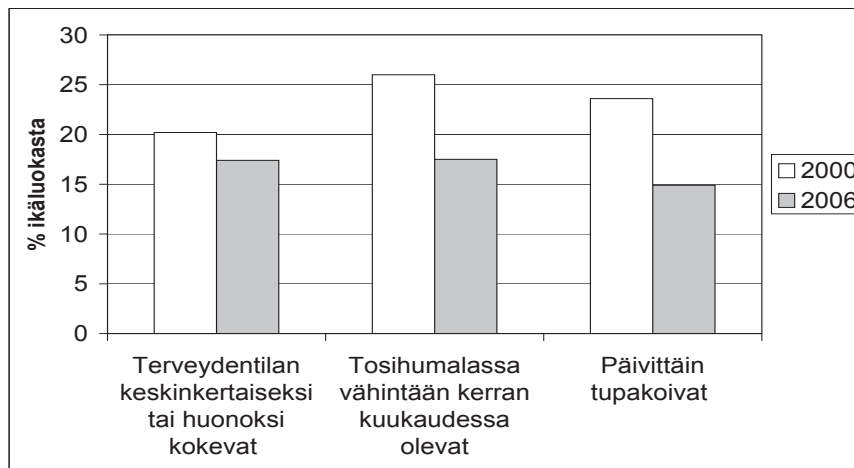
Työikäisten tupakointi on vähentynyt (Kuvio 4) ja työkyky ja terveydentila ovat parantuneet (Kuvio 5). Terveellisen käyttäytymisen lisääntyminen ei kuitenkaan ole estänyt lihavien osuuden kasvua (Kuvio 5).



Kuvio 5. Työikäisten terveydentila (25 - 64 vuotiaat)

Sairaalahoitoon johtaneiden tapaturmien ja myrkytysten määrä ja klamydiainfektioiden määrä voivat osaltaan kuvata myös ennaltaehkäisyn onnistumista. Näiltä osin ei ole onnistuttu. Sairaalassa hoidetut potilaat vammojen ja myrkytysten vuoksi ovat lisääntyneet (vuonna 2000 145 ja vuonna 2006 153 tapahtumaa 100 000 asukasta kohden), samoin klamydiainfektiot (vuonna 2000 226 ja vuonna 2006 263 tapahtumaa 100 000 asukasta kohden).

Nuorten terveyttä ja terveystottumuksia on seurattu säännöllisillä kyselyillä. Sekä terveydentilassa että terveystottumuksissa on tapahtunut vuosien 2000 ja 2006 välillä parannemista (Kuvio 6).



Kuvio 6. 8 - 9 luokkalaisten terveystottumusten ja terveydentila

Lisäksi niiden oppilaiden osuus, jotka ovat kokeneet koulun fyysisissä työoloissa puutteita, on vähentynyt.

Suun terveys sen sijaan on heikkenemään päin usean vuosikymmenen suotuisan kehityksen jälkeen. Hammaskarieksen esiintyminen on suomalaisen terveyspolitiikan ennaltaehkäisyn suurimpia menestystarinoita, mikä näkyy reikiintyneiden ja paikattujen hampaiden lukumäärän kehityksessä esim. 12-vuotiailla. 70-luvun korkeista luvuista 90-luvun alkupuolelle päästiin 1,2 reikiintyneeseen tai paikattuun hampaaseen, mutta vuoden 2003 aikana luku oli jo noussut ja vuosien 2005 - 2007 aikana oli lähellä 1,5. (Suullinen tiedonanto/arviointi yksittäisten terveystarkastusten dmf-indeksin kehityksestä)

3.2.1.3 Kysynnän kasvun vähentäminen ja suuntautuminen kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös:

Ennaltaehkäisevä työ on perusterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä, joka yhdessä kansalaisten omasta terveydestä kantaman vastuun ja terveiden elintapojen kanssa vähentää palvelujen kysynnän kasvua ja suuntaa palvelujen tarvetta kevyisiin ja avohoitopainotteisiin hoitoihin.

Toimenpiteet

Hankkeen johtoryhmän ehdotuksissa ei löydy tarkennusta tavoitteelle tai toimenpidettä kysynnän kasvun vähentämiseksi ja kysynnän suuntautumisiksi kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin. Ohjenuorana johtoryhmältä oli kuitenkin toimiminen Terveys 2015 – ohjelman mukaisesti ennaltaehkäisyn edistämiseksi.

Onnistunut ennaltaehkäisy vähentää terveyspalveluiden tarvetta ja lisää elämänlaatua. Terveyspalvelujen markkinoitumisessa ja kuluttajavetoisuudessa voidaan nähdä vastakkainen kehitys, jossa terveyspalveluiden kuluttaminen mahdollisimman paljon on hyväksyttävää ja jopa toivottavaa. Siinä mielessä terveyspalveluiden kysyntä on riippumaton ennaltaehkäisyn onnistumisesta. Lisäksi terveyspalveluiden tarve voi syntyä vasta riittävän hyvässä terveydentilassa. Esimerkiksi mitä enemmän ikääntyvillä on hampaita suussa, sitä enemmän kasvaa korjaavan hammashoidon tarve.

Kansallisen terveyshankkeen aikana toteutettiin useita toimenpiteitä, joita voidaan pitää suuntautumisena kevyempiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin ja palveluiden kysynnän kasvun vähentämiseen:

- Puhelinneuvontapalveluita kehitettiin osana hoitotakuuta, mutta myös palvelujen kysynnän vähentämiseksi ja palveluiden keventämiseksi.
- Lääkärien ja hoitajien työn jakamista uudelleen kokeiltiin ja toteutettiin monissa paikoin onnistuneesti.
- Nettineuvoloita on toteutettu monin paikoin.
- Terveyskirjasto saatettiin kansalaisten käyttöön

Toteutuminen

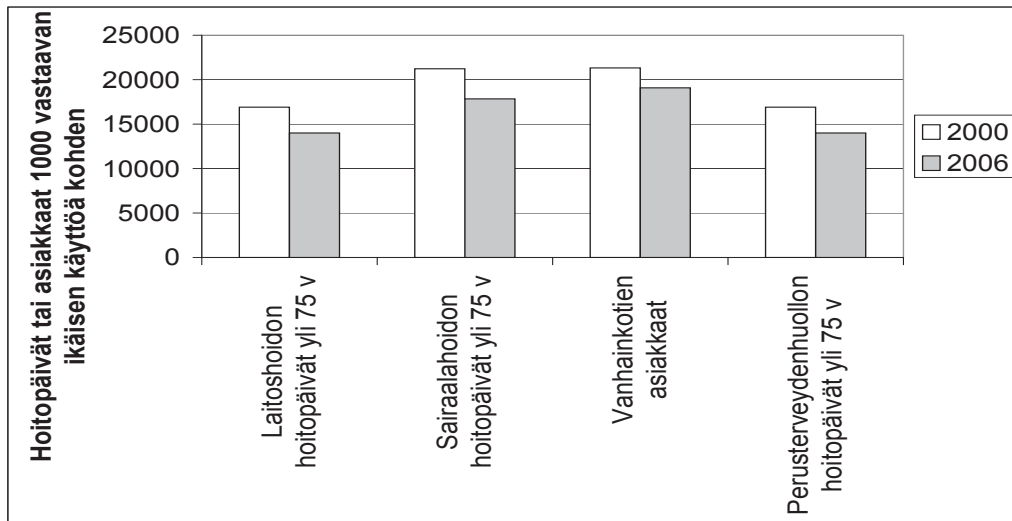
Tavoitteen saavuttamisen arviointi on ongelmallista, koska terveyspalveluiden arvioinnille ole kehitetty riittävästi mittausmenetelmiä. Helpompaa on arvioida onko palveluiden

käyttöä pystytty suuntaamaan kevyempiin ja avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin.

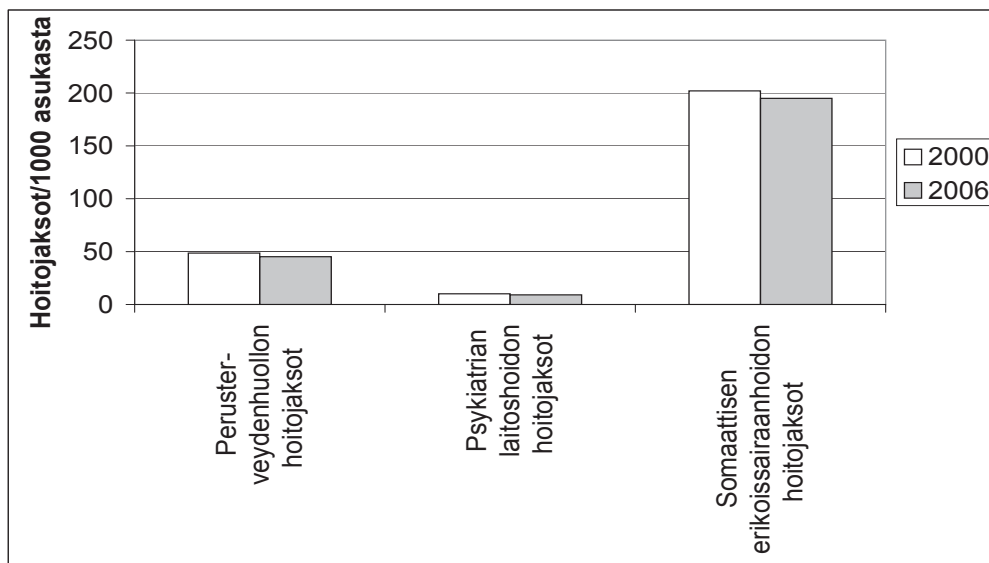
Hoitotakuun myötä terveyskeskuksissa ajanvarauksista muodostui hoitoon pääsyn arviointitapahtuma. Tällä on saattanut olla jonkin verran vastaanottopalveluiden kysyntää keventävä vaikutus. Nettineuvoloita ja muita sähköisiä palvelumuotoja on joissakin hankkeissa toteutettu onnistuneesti, mutta useat kokeilut ovat jääneet vielä paikallisiksi. Laaja sähköisen asioinnin kehittyminen on vielä edessäpäin, puhumattakaan hoidon siirtymisestä verkkoon. Nämä sähköisen asioinnin muodot kuitenkin voivat olla oleellisia keinoja kysynnän vähentämiseksi ja suuntautumiseksi kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin. Toisaalta netin kautta saatava terveystieto voi myös lisätä kysyntää. Terveyskirjasto on lisännyt kansalaisten terveystietoisuutta, mutta on vaikea arvioida vähentääkö vai lisääkö se kysyntää tai suuntaako se kysyntää avohoitopainotteisiin palveluihin. Erillinen ongelmansa on netin kautta saatavan terveystiedon luotettavuus.

Työnjakokokeiluja toteutettiin monissa paikoin ja ne ovat keventäneet palveluja. Vanhustenhuollossa palvelurakennetta on uudistettu avohoitopainotteiseen suuntaan. Mielen-terveystyössä on tehty rakenteellisia uudistuksia, jotka ovat lisänneet psykiatrista avohoittoa ja vähentäneet laitoshoidtoa. Palvelurakenne on siis mielen-terveystyössä ja vanhuspalveluissa keventynyt. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat lisääntyneet, samoin työterveyshuollon ja jonkin verran yksityisen lääkärin käytön osalta. Toisaalta terveyskeskuksissa avohoitokäynnit ovat puolestaan lievästi laskusuunnassa. Terveyskeskusten vuodeosastojen hoitopäivät ja vanhainkotien hoitopäivät ovat vähentyneet ja palveluasuminen on lisääntynyt. Tämä osoittaa kehityksen suunnan olevan myönteisen ja suuntautuvan kevyempään ja avohoitopainotteiseen suuntaan.

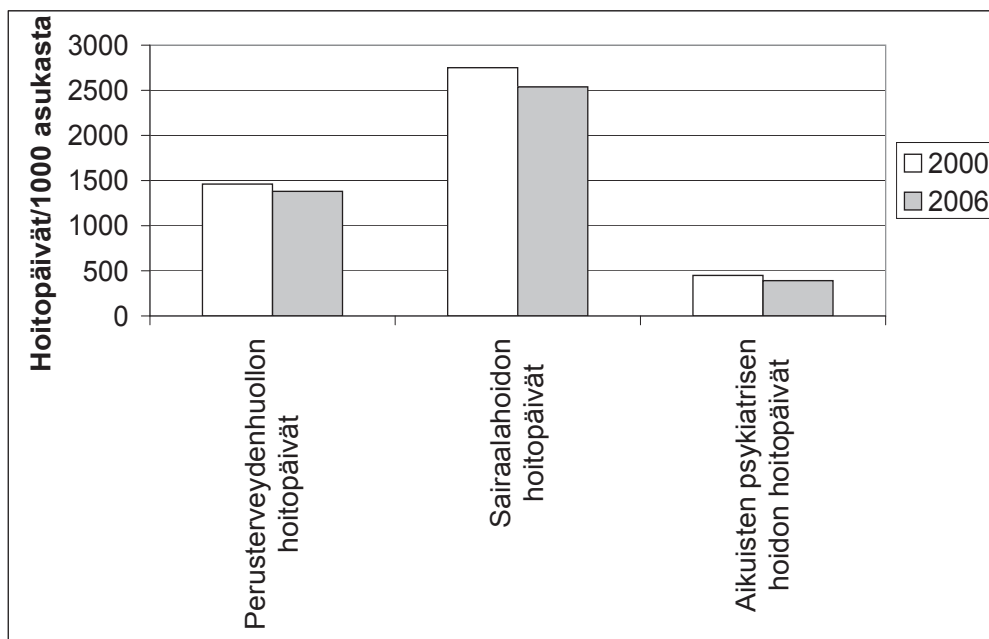
Sairaala- ja laitoshoitopäivät, hoitokasot ja potilaiden määrä ovat vähentyneet, lukuun ottamatta lasten ja nuorten psykiatrista hoitoa, (Kuviot 7, 8 ja 9).



Kuvio 7. Vanhusten hoito sairaaloissa ja laitoksissa



Kuvio 8. Vuodeosastohoito

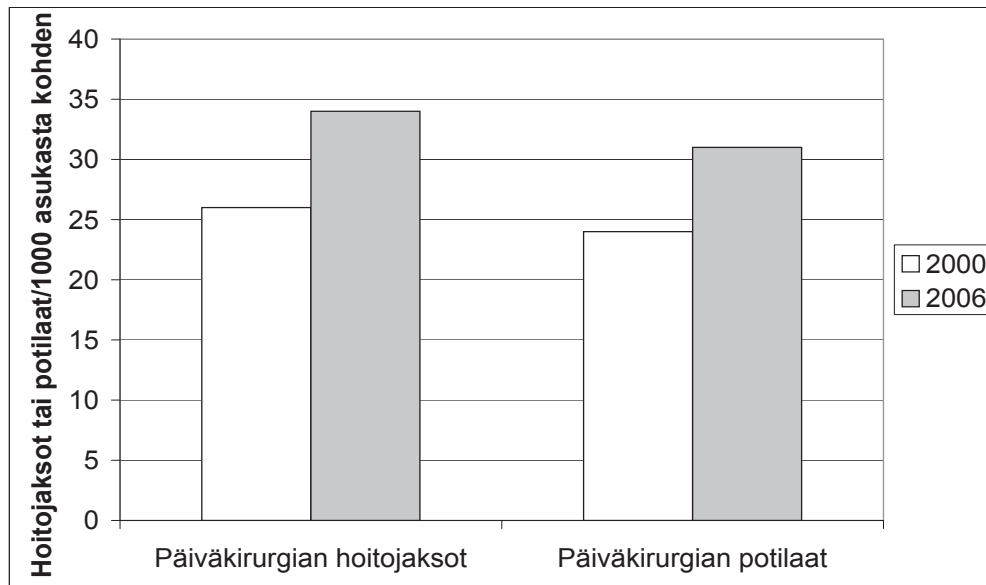


Kuvio 9. Vuodeosastohoidon hoitopäivät

Lasten ja nuorten psykiatrisen hoito on lisääntynyt laitoksissa: 0 - 16-vuotiaiden hoitopäivät psykiatrisessa laitoshoidossa 1000:ttä vastaavan ikäistä kohden olivat 148,2 v. 2000 ja 171 v. 2006. Muiden kuin lasten hoitopäivät psykiatrisessa laitoshoidossa vähentyneet

hieman: 17 - 74-vuotiaiden hoitopäivät 1000:tta vastaavan ikäistä kohden olivat 449,3 v. 2000, ja 391,1 v. 2000).

Vastaavasti avohoitopainotteinen hoito on lisääntynyt. Avohoitokäynnit ovat lisääntyneet lukuun ottamatta perusterveydenhuollon lääkärissä käyntejä, kuten jo aiemmin todettu (Kuvio 2). Päiväkirurgiaa on myös lisätty merkittävästi (Kuvio 10). Päiväkirurgian osuus on lisääntynyt erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä.



Kuvio 10. Päiväkirurgia

3.2.1.4 Päihteiden käytön ja päihteiden käytöstä johtuvien sairauksien vähentäminen

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös:

Valtioneuvosto toteuttaa ja edistää niitä toimia, joilla voidaan vähentää päihteiden käyttöä sekä niiden käytöstä aiheutuvaa terveyspalvelujärjestelmän kuormitusta sekä keskeisten kansansairauksien esiintyvyyttä ja niistä aiheutuvaa hoidon tarvetta.

Toimenpiteet

Johtoryhmä suositteli, että alkoholiyhtiön (Alko Oy:n) ulkopuolella vähittäismyynnissä olevien käymisteitse valmistettujen alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuutta alennetaan nykyisestä 4,7 %:sta tavoitteena alkoholin kokonaiskulutuksen sekä alkoholista aiheutuvien terveyshaittojen ja niiden palvelujärjestelmälle aiheuttamien kustannuksien vähentäminen.

Valtioneuvosto linjasi alkoholipolitiikkaa 9.10.2003 periaatepäätöksessä. Alkoholiohjelma perustuu tähän valtioneuvoston päätökseen. Alkoholista aiheutuvien haittojen vähentämiseksi esitettiin kolme tavoitetta: Lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttavien haittoja vähennetään, riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään sekä kokonaiskulutus käännetään laskuun.

Vuonna 2004 käynnistettiin valtakunnallinen mini-interventio projekti, jossa pyrittiin ehkäisemään terveyskeskuksessa asioivien potilaiden alkoholihaittoja ja parantamaan perusterveydenhuollon henkilöstön osaamista tässä työssä. Sosiaali- ja terveysministeriön määrärahoilla tuettiin myös Työterveyslaitoksen toteuttamaa ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön” -hanketta.

Alkoholiohjelman 2004 - 2007 yhteydessä koottiin yhteistyöprosessi alkoholikäytön vähentämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistuivat vuoden 2006 lopulla ohjeet päihtyneen henkilön akuuttihoitosta. Ohjeissa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, miten päihtymys vaikuttaa palveluiden saamiseen sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon päivystyksen, psykiatrisen hoidon ja poliisin väliseen yhteistyöhön.

Alkoholihaittoihin pyrittiin puuttumaan myös lainsäädännöllisin keinoin: 2007 hyväksyttiin esitys alkoholilain muuttamisesta. Siinä terävöitettiin alkoholimainontaa koskevia rajoituksia, hillittiin hintamainontaa ja esitettiin alkoholijuomapakkauksiin lisättäväksi terveysvaroitus.

Vuonna 2007 aloitettiin uusi hanke ”Alkoholi ja työterveys”, jossa tutkitaan ja kehitetään työpaikkojen ja työterveyshuollon laajempaa yhteistyötä ehkäisevässä päihdetyössä.

Toteutuminen

Kaikilla saatavissa olevilla mittareilla tarkasteltuna alkoholin käyttö on Suomessa tällä hetkellä huolestuttava ja kansanterveyden myönteistä kehitystä uhkaava. Alkoholikuolemat ovat työikäisten miesten ja naisten merkittävin kuolinsyy ja kuolemat alkoholin käytön seurauksena ovat kasvaneet merkittävästi. Päihtymyksen aiheuttamat onnettomuudet, lisääntynyt väkivaltainen käyttäytyminen ja näiden seuraukset ovat merkittäviä terveysuhkia.

Alkoholin käytön vähentämisen toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumista voidaan tarkastella SotkaNet-tietojen pohjalta:

- Alkoholijuomien kokonaiskulutus kasvoi lähes 3 % vuonna 2007 vuoteen 2006 verrattuna. Asukasta kohden kulutettiin 100 % alkoholia 10,5 litraa eli 0,2 litraa enemmän kuin vuonna 2006 ja saman verran kuin vuonna 2005. Tilastoidun kulutuksen (kotimaassa myydyn) määrä nousi 8,7 litraan, mikä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Vuoteen 2003 verrattuna alkoholin kulutus on lisääntynyt 14 %. Kansainvälisessä tilastoissa (OECD Health Data 2007) Suomi on esimerkiksi ohittanut vuonna 2005 selvästi Italian kulutuksen ja on samalla tasolla Saksan kanssa
- Alkoholikuolleisuus 100 000:tta asukasta kohden on vuodesta 2000 kasvanut 28,5:stä 38,4:ään v 2007. Tämä kehitys on suuri ja uhkaa koko kansanterveyden myönteistä kehitystä.
- Alkoholikuolleisuus 35 - 64-vuotiailla 100 000 vastaavan ikäistä kohti on kasvanut 55,9:stä 72,8:aan vuodesta 2000 vuoteen 2006. Vuonna 2006 alkoholin käytön seurauksena kuoli yhteensä 3049 henkilöä. Vuosina 1990 - 1999 vastaava luku oli 2473, v. 2003 2497, v. 2004 2850 ja v. 2005 3035.

- Stakesin päihdetilastollisen vuosikirjan 2007 mukaan alkoholisairauksiin ja myrkytyksiin kuoli v 2006 2032 henkeä, niistä maksasairauksiin kuoli 978, alkoholi-myrkytyksiin 587 ja alkoholin aiheuttamiin elimelliseen aivo-oireyhtymään 180. Päihtyneenä tapaturmaan ja väkivaltaan menehtyi 1001 ja päihtyneen uhrina 16 henkeä.
- Vuonna 2006 työikäisten naisten ja miesten (15-64-vuotiaat) yleisin kuolinsyy oli alkoholi.
- Yllä mainittujen kuolemien lisäksi Tilastokeskuksen ns. laajan määritelmän mukaan alkoholi oli myötävaikuttavana syynä 1607 kuoleman tapaukseen.
- Alkoholisairauksien perusteella myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet v. 2005 Kelan eläkkeistä olivat 6,8 %, näissä alkoholisairaus oli päädiagnoosina 2,2 %:lla. Yksityisten ja julkisen sektorin työeläkkeistä vastaava osuus oli 4,9 %, ja alkoholisairaus päädiagnoosina 2 %:lla.
- Väkivaltarikollisuus on yhteydessä päihtymykseen. 80 % henkilörikoksista ja 70 % pahoinpitelyistä on tehty alkoholin vaikutuksen alaisena. Kulutuksen kasvu on lisännyt tasaisesti väkivaltarikosten määrää 1990-luvun puolivälistä alkaen.
- Rattijuopumustapauksia poliisin tietoon tuli v. 2006 25765, näistä törkeitä 56 %. Alkoholin käyttöön liittyneissä tieliikenneonnettomuuksissa kuoli 103 ja loukkaantui 1132 henkilöä.
- Alkoholitapausten osuus kuolemaan johtaneista liikenneonnettomuuksista oli n. 26 % ja loukkaantumisista johtuneista tieliikenneonnettomuuksista n. 11 %.
- Huumeolojen kehitys on viime vuosina ollut myönteisempää, eikä huumeiden käyttö ole olennaisesti lisääntynyt. Aikavälillä 1997 - 2000 kuolemantapauksiin liittyvissä oikeuslääketieteellisissä läike- ja huumeainetutkimuksissa huumeainelöydösten määrä lähes kaksinkertaistui. Tämän jälkeen löydösten määrä taantui; v. 2006 oli 183 kuolemantapauksessa huumeainelöydös.

Johtoryhmän esittämää keskioluen laimentamista ei tehty, joten yksi merkittävä alkoholin kokonaiskulutukseen vaikuttava keino jäi käyttämättä. Terveysvaroituksen liittämistä alkoholijuomapakkauksiin on myös luovuttu.

3.2.1.5 Yhteenveto perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän työn tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta

Keskeinen havainto on, ettei perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän työn tavoitteiden ja toimenpiteiden toteuttamisessa onnistuttu edes tyydyttävästi. Terveyshankkeen aikana ennaltaehkäisy ei kehittynyt siten, että sillä olisi ollut merkittävää palveluiden käytön vähenemiseen kohdistuvaa vaikutusta. Perusterveydenhuollon toimivuutta ei pystytty olennaisesti parantamaan hankkeen aikana, alkoholin käytöstä aiheutuneet sairaudet lisääntyivät, syrjäytymisestä ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmista on kehittynyt uusi merkittävä kansansairaus.

Kansallisen terveyshankkeen seurantaryhmän arvioinnin mukaan ehkäisevän terveydenhuollon edistyminen on ollut heikkoa. Positiivista on, että hankkeen kahtena viimeisenä vuotena alettiin erityisesti kiinnittää huomiota terveyden edistämiseen ja ehkäisevän terveydenhuollon kysymyksiin. Perusterveydenhuollon toimivuudesta seurantaryhmä ei arviossaan totea mitään.

Terveyden edistämisen toimenpiteet eivät ole olleet tarpeeksi tehokkaita, varhaiseen toteamiseen pureutuvia tai oikein kohdistuneita. Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Hallituksen politiikkaohjelma terveydenedistämiseksi on oikean suuntainen, ja on vaikuttanut sen syntymiseen.

Kansallisen terveysthankkeen aikana perusterveydenhuollon toimivuuteen ei ole pystytty olennaisesti vaikuttamaan. Lääkärissä käyntien lukumäärän terveyskeskuksessa ovat vähentyneet, mutta lisääntyneet muissa palveluissa. Terveysthankkeen aikana on laitoshoidon käyttöä pystytty jonkin verran vähentämään ja siirtämään kevyempiin avohoitopainotteisiin hoitoihin. Erityisesti tämä näkyy kotihoidon ja kotisairaanhoidon lievänä lisääntymisenä ja vanhusten laitoshoidon vähentymisenä.

Lääkäri työn kannalta terveyskeskuksia ei ole pystytty tekemään houkuttavaksi, mutta työnjakoa on pystytty jonkin verran parantamaan. Lääkäripula on vain vaikeutunut. Hoitotakuun toteuttamisessa on onnistuttu välttävästi, erityisesti hammashuollossa on ollut suuria ongelmia.

Terveysthankkeen lopussa alkanut Terveysthankkeeseen 2015 -strategian valmistelu aloitettiin, koska perusterveydenhuollon on väitetty olevan kriisiytymässä. Strategia on oikea ja tarpeellinen, mutta hankkeen tavoitteiden kannalta myöhään tapahtunut toimenpide.

Perusterveydenhuollon palveluiden ja lähipalveluiden järjestäminen seudullisesti ja alueellisesti ei ole edennyt hankkeen aikana odotusten mukaisesti. Terveysthankkeiden verkostoituminen ei myöskään ole onnistunut hyvin, vaan perusterveydenhuolto näyttää olevan vaarassa pilkkoutua ja kansanterveystyön johtaminen ja vastuut voivat jäädä epäselviksi ja jopa vaillinaisiksi.

Kunnallisen työterveyshuollon kehittäminen seudullisesti laajempina kokonaisuuksina mahdollistettiin lakiuudistuksella. Kansallisessa hankkeessa ei kuitenkaan muuten merkittävästi käsitelty työterveyshuoltoa ja sen kansallisia terveyspoliittisesti epätasa-arvostavaa trendiä. Osasyynä oli, ettei monikanavaisen rahoitukseen voitu puuttua.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun on useassa kunnassa yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi ja tätä koskeva kokeilulakimuutos on sinänsä koettu myönteiseksi ja mahdollistavaksi.

Aluetukihenkilöiden toiminnan organisoiminen ei ollut onnistunut kaikilta osin. Aluetukihenkilöt joutuivat myös toimimaan vaillinaisin valtuuksin eikä heillä ollut riittäviä ohjauskeinoja asioiden läpiviemiseen ja edistämiseen alueillaan.

Väestön terveyserojen kaventaminen ja alkoholirikikulutuksen aiheuttamien haittojen vähentäminen on onnistunut huonosti. Alkoholiverotusta alennettiin huolimatta sen kansallisen hankkeen tavoitteiden vastaisista seurauksista alkoholikulutuksessa ja alkoholisairauksien määrässä.

3.2.2 Hoitoon pääsyn turvaaminen

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä edellytettiin, että hoitoon pääsyn erojen vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee valtakunnallisen kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamishojeet sekä ehdotuksen tarvittavista säädosmuutoksista yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä jo päätettiin, että hoitoon pääsy kohtuujassa sisällytetään lakiin vuoteen 2005 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti 1.11.2002 seminaarin Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoi-keudet hoitoon pääsyssä. Seminaarissa käsiteltiin silloin voimassa olevaa lainsäädäntöä ja arvioitiin sen kehittämistarpeita. Potilas- ja ammattijärjestöt kutsuttiin vuonna 2003 seminaariin, jossa pohdittiin hoitoindikaatioiden asettamisen periaatteita.

Hoitoon pääsyn turvaamisen valmisteluun sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän ajalle 1.8.2002 - 31.12.2003. Työryhmän raportti *Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta* ilmestyi sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiona 2003:33. Työryhmä loi myös ohjeet jononhallinnasta julkaisemalla ehdotuksen hoitoon pääsyä tukevasta tietohuoltostrategiasta ja jonoista julkaistujen tietojen rekisteröinti- ja raportointistrategiasta. Työryhmä ehdotti myös hoidon aiheita koskevien valtakunnallisten suositusten laatimista. Nämä toteutettiin varsin nopealla aikataululla erityisvastuualuekohtaisen työnjaon ja erikoislääkäriyhdistysten avulla (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, oppaita 2005:5).

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. Kansanterveyslakiin (60/1972; pykälä 15b) tehtiin muutos, jossa on määriteltiin hoidon toteutumisen enimmäisaikarajat. Laki on ollut voimassa maaliskuun 2005 alusta lähtien. Hoitoon pääsyn vaatimukset sisällytettiin myös erikoissairaanhoitolakiin (1062/1989; lisäys pykälään 31). Tämäkin laki astui voimaan 1.3.2005. Lakien toteutusta ohjattiin asetuksella (VN asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä, 1019/2004).

Keväällä 2005 järjestettiin säädösmuutosten toimeenpanokoulutusta yhdessä lääninhalitusten, sairaanhoitopiirien ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Kunnille, terveydenhuollon toimintayksiköille, julkiselle sanalle ja väestölle suunnattiin myös uudistuksia koskevaa materiaalia, tiedotteita ja esitteitä.

Hoitoon pääsyn tilanteen puolivuositainen seuranta käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriössä Stakesin kanssa syksyllä 2005.

3.2.2.1 Hoitoon pääsyn turvaaminen perusterveydenhuollossa

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös:

Perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Jollei arviota voida tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana, terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveyskeskukseen.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Jos terveyskeskus ei voi itse antaa hoitoa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta.

Valtioneuvoston asetus 1019/2004

Terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot odotusajoista siten, että tieto tavoittaa mahdollisimman laajasti vastuualueen väestön.

Toimenpiteet

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukainen muutos kansanterveyslakiin valmisteltiin ja laki tuli voimaan 1.3.2005.

Kuntaliitto antoi 28.4.2005 yleiskirjeen lain toteuttamiseksi (Yleiskirje 7/80/2005, Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Hannele Häkkinen: Hoitoon pääsyn turvaaminen terveydenhuollossa).

Hoitotakuun toteutumista on tarkasteltu puolivuositain terveyskeskuksille lähetettävällä kyselyllä (Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö).

Toteutuminen

Hoitoon pääsy

Ennen kansallisen hankkeen alkamista kiireettömän potilaan hoitoon pääsystä oli ongelmia. Useimmissa Suomen terveyskeskuksissa se ei toteutunut silloin jo voimassa olevan suosituksen mukaisesti kolmessa päivässä. Näin todettiin tutkimuksessa, joka tehtiin Terveydenhuolto 2000-luvulle - hankkeen arvioimiseksi vuonna 2001. Ainoastaan 7 % terveyskeskuksista ilmoitti, että kaikille lääkäreille löytyi aika kolmen päivän sisällä. Tavallinen ajanvarausasiakas pääsi hoitoon 21 %:lle lääkäreistä kolmen päivän kuluessa (Viisainen ym. 2003).

Hoitoon pääsyn seuranta perusterveydenhuollossa on ollut Stakesin tehtävänä. Stakesin hoitotakuun toteutumista arvioivassa selvityksessä terveyskeskuksille esitettiin kysymykset, miten välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen virka-aikana toteutuu, miten hoitotakuun edellyttämä hoidon arviointi kolmen päivän sisällä toteutuu ja mikä on aika seuraavaan lääkärin vastaanoton järjestämiseen. Tuloksia on kuvattu Taulukossa 2.

Taulukko 2. Hoitoon pääsy terveyskeskuksissa (% terveyskeskuksista) (Stakes)

	IX/2005	II/2006	III/2007	IV/2008
Välitön yhteydenaanti	80	84	73	73
Arviointi 3 pv sisällä	93	95	94	94
Vastaanotto 7 pv sisällä	22	15	7	8

Vuoden 2005 lopulla, puoli vuotta hoitotakuun voimaan tulon jälkeen, tehdyn kyselyn mukaan välittömän yhteyden terveyskeskukseen sai 80 %:ssa terveyskeskuksia. Vähäisen paranemisen jälkeen osuus laski taas vuonna 2007. Tuolloin ajoittaisia ongelmia yhteydenaamisissa oli 26 %:ssa ja jatkuvia ongelmia 2 %:ssa terveyskeskuksista.

Hoitotakuulainsäädännön edellyttämä hoidon tarpeen arviointi terveydenhuollon ammattilaisen tekemänä toteutui vuonna 2005 93 %:ssa terveyskeskuksia 3 vuorokauden sisällä. Tämä osuus on pysytellyt varsin samana viimeisten kolmen vuoden aikana. Vuonna 2007 hoidon tarpeen arviointi 3 vrk:n kuluessa toteutui 94 %:ssa terveyskeskuksista ja 97 %:lle väestöstä; ajoittain ongelmia on 26 %:ssa terveyskeskuksista. Nämä jälkimmäiset ovat pääosin pieniä terveyskeskuksia ja vastaavat noin 3 %:sta väestöstä. Jatkuvia ongelmia ei ollut missään terveyskeskuksessa. Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen määräajassa on niukasti parantunut vuodesta 2005, jolloin ajoittaisia ongelmia oli vielä 7 %:ssa terveyskeskuksista.

Niiden terveyskeskusten osuus, joissa aika lääkärin vastaanotolle järjestyy pääsääntöisesti 3 vuorokauden sisällä, on pienentynyt selvästi. Vuonna 2007 keskimäärin seitsemässä prosentissa (vaihteluväli 0 - 20 %) terveyskeskuksista hoidon tarpeessa oleva potilas pääsee lääkärin vastaanotolle 3 vrk:n sisällä. Tilanne on huonontunut vuodesta 2005. Noin kolmanneksessa terveyskeskuksista kiireettömään hoitoon pääsy viivästyy yli 14 vuorokauteen.

Kuntaliiton sosiaali- ja terveysyksikkö käynnisti tutkimus- ja kehittämishankkeen ”Terveyshankkeen toimintatapoihin ja -rakenteisiin liittyvät muutokset ja niiden eteneminen”. Selvityksen tulosten mukaan terveyskeskukset olivat varautuneet varsin hyvin hoitotakuun vaatimuksiin välittömästä yhteydenaannista, hoidon tarpeen arvioinnista ja tarpeellisen hoidon saatavuudesta määräaikojen puitteissa. Hoitotakuun voimaantulo ei näyttänyt vaativan mittavia järjestelyjä tai toiminnan muutoksia. Huomiota jouduttiin kohdistamaan lähinnä puhelinpalvelutoimintaan ja työnjakoon hoidon tarpeen arvioinnissa.

Strategiat, joilla terveyskeskuksissa pyrittiin parantamaan hoitoon pääsyä, liittyvät oleellisesti osatavoitteeseen palvelujärjestelmän ja hoitokäytäntöjen kehittamisestä. Stakesin selvityksen mukaan (Pekurinen ym. 2008) hoitotakuu on ohjannut perusterveydenhuoltoa muuttamaan toimintaansa erityisesti siten, että ammattiryhmien työnjakoa on kehitetty ja henkilöstön koulutusta on lisätty siten, että se tukee hoitotakuun toteutumista. Myös tulospalkkioita ja jonkin verran yleistä sopimustasoa korkeampaa palkkausta on käytetty hoitotakuun toteutumisen kannusteina.

Hoitoon pääsyn jonotusaikojen julkistaminen

Stakesin kyselyyn saatujen vastausten mukaan hoitoon pääsyn seuranta toteutui vuonna 2007 69 %:ssa terveyskeskuksista, mutta ajantasaiset julkistetut seurantatiedot löytyivät vain 40 %:ssa. Lainsäädäntö edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksikkö julkaisee tiedot jonotusajoista. Nämä tiedot julkaisi puolivuositain tai useammin 17 % terveyskeskuksista, harvemmin kuin kahdesti vuodessa 24 % ja 59 % terveyskeskuksista ei julkaissut niitä lainkaan.

Yhteneväisten hoitoon pääsyn kriteerien soveltaminen

Stakesin selvityksen mukaan terveyskeskukset ovat kouluttaneet henkilöstöään yhtenäisen hoidon perusteiden sisältöön ja käyttöön sekä perusteiden kirjaamiseen. Yhteneväisiä hoitoon pääsyn kriteerejä sovelsi 87 % terveyskeskuksista lähettäessään potilaitaan erikoissairaanhoidon. Yhtenäiset hoidon perusteet ovat tehostaneet ja tarkentaneet hoidon tarpeen arviointia ja perusteiden kirjaamista.

Kolmessa kaupungissa työskenteleville lääkäreille ja sairaanhoitajille (n = 15) järjestettiin fokusryhmähaastattelut, joiden litteroidusta aineistosta tehtiin sisällönanalyysi (Heinämäki ym. 2007). Tämän tutkimuksen mukaan asenteet yhtenäisiä kriteerejä kohtaan olivat myönteiset perusterveydenhuollossa. Lääkärit tunsivat kriteerit sairaanhoitajia paremmin, suhtautuivat niihin myönteisesti ja näkivät niiden käytön hyödyt potilaiden terveyspalvelujen yhtenäistämässä, mutta käyttivät niitä varsin vähän.

Seurantaryhmän aluetukihenkilöille suorittamassa kyselyssä 55 % vastaajista katsoi, että yhtenäisten hoidon perusteiden käyttöön otossa on edistytty hyvin tai erittäin hyvin.

3.2.2.2 Hoitoon pääsyn turvaaminen suun terveydenhuollossa

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös

Terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystakeskukseen. Jollei arviota voida tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana, terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveystakeskukseen. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Jos terveystakeskus ei voi itse antaa hoitoa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta.

Valtioneuvoston asetus 1019/2004

Terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot odotusajoista siten, että tieto tavoittaa mahdollisimman laajasti vastuualueen väestön.

Toimenpiteet

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukainen muutos kansanterveystlakiin valmisteltiin ja laki sekä sitä koskeva asetus tulivat voimaan 1.3.2005.

Kuntaliitto antoi 28.4.2005 yleiskirjeen lain toteuttamiseksi (Yleiskirje 7/80/2005, Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Hannele Häkkinen: Hoitoon pääsyn turvaaminen terveydenhuollossa)

Toteutuminen

Hoitoon pääsy terveystakeskusten suun terveydenhuollossa on seurattu elokuusta 2005 lähtien tehdyillä säännöllisillä kyselyillä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa (% terveystakeskuksista) (Stakes)

	I/2006	X/2006	III/2007	X/2007	III/2008
Välitön yhteydenaanti	88	90	90		88
Tarpeen arviointi 3 pv	87	88	83		
Hoitoon pääsy 6 kk	80	76	70	74	74

Välitön yhteydenaanti terveystakeskukseen onnistuu suun terveydenhuollon osalta noin 90 %:ssa. Hoidon tarpeen arviointi toteutui 3 vrk sisällä 87 %:ssa terveystakeskuksista vuonna 2005, hiukan huonommin vuonna 2007. Toisaalta hoidon tarpeen arviointi toteutui useimmiten jo ensiyhteydenoton yhteydessä, vuonna 2007 90 %:ssa ensiyhteydenotoista.

Jatkuvia ongelmia hoitoon pääsyn turvaamisessa kuuden kuukauden sisällä on 10 prosentissa terveystieteiden keskuksista. Lokakuussa 2007 hoitoon pääsy kuuden kuukauden sisällä oli hiukan huonontunut vuodesta 2005. Yli kuusi kuukautta hammashoitoon jonottaneita määrä väheni vuodesta 2005, mutta heitä oli vielä 17 700 lokakuussa 2007. Vaikka yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä jonottaneiden määrä oli laskussa, ovat hoitoon pääsyn jonot monilla alueilla edelleen liian pitkät ja erot terveystieteiden välillä ovat suuret.

Hoitotakuun toteutumista suun terveydenhuollossa on erityisesti haitannut henkilöstöpula. Hammaslääkäreiden määrä näyttää terveystieteiden keskuksissa myös vähentyneen lokakuuhun 2006 verrattuna. Lähes 60 prosenttia terveystieteiden keskuksista ilmoitti, että hammaslääkäripula haittaa hoitotakuun toteuttamista. Huonoin tilanne oli suurissa kaupungeissa.

Kuntaliiton tutkimushankkeen tulosten mukaan erityisesti suun terveydenhuollossa koettiin kuitenkin tasapuolisuuden hoitoon pääsystä parantuneen.

Suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyissä erityisesti sunnuntaisin on edelleen suuria puutteita. Terveystieteiden keskuksista 49 prosenttia ei järjestänyt päivystystä sunnuntaisin suun terveydenhuollossa.

3.2.2.3 Hoitoon pääsyn turvaaminen erikoissairaanhoidossa

Tavoitteet

Valtioneuvoston periaatepäätös

Polikliiniseen arvioon erikoissairaanhoidossa tulee päästä kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Ei-kiireelliseen erikoissairaanhoitoon tulee päästä 3 kuukauden, viimeistään 6 kuukauden sisällä.

Valtioneuvoston asetus 1019/2004

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa lain mukaisesti, on sen hankittava hoito joltakin muulta palvelun tuottajalta.

Erikoissairaanhoitolaki

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairaudentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Kiireettömässä tapauksessa erikoissairaanhoitoon pääsy edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Valtioneuvoston asetus mielenterveyslain muuttamisesta 1282/2000

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä, hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen, kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Tätä koskeva lainsäädäntö oli siis voimassa jo ennen hoitotakuulainsäädäntöä.

Toimenpiteet

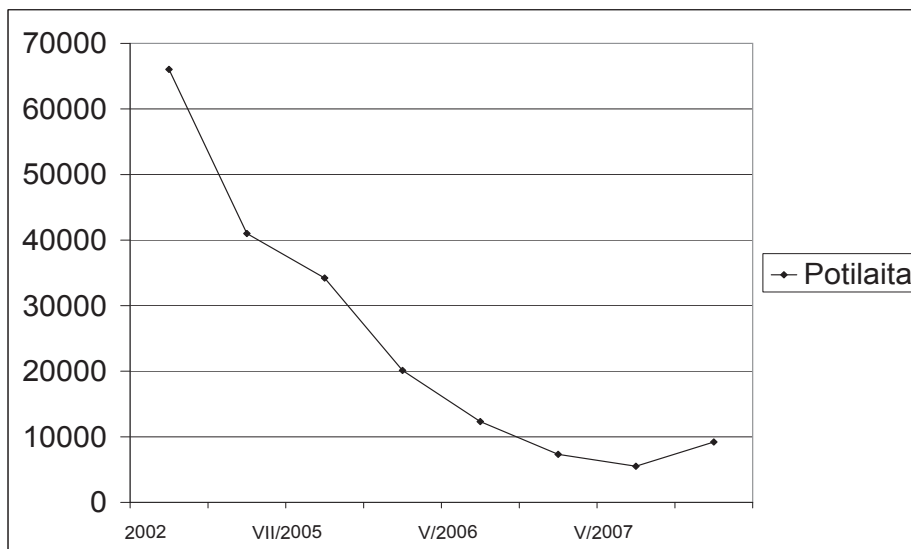
Hoitotakuuta koskeva muutos erikoissairaanhoitolakiin tuli voimaan 1.3.2005.

Hoitoon pääsyn tilanteen puolivuositainen seuranta käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriössä yhdessä Stakesin kanssa syksyllä 2005.

Sosiaali- ja terveysministeriö laati yhdessä Kuntaliiton kanssa yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ohjeeksi sille, että erikoissairaanhoidon toteutus valtakunnassa yhtenäisesti eri hoitoa toteuttavissa yksiköissä. Nämä valmistuvat vuonna 2005 hoitotakuun voimaan tulon aikoihin.

Toteutuminen

Hoitotakuuseen varautuminen sairaanhoitopiireissä ja muissa erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä oli jo ennen lain voimaantuloa lyhentänyt erikoissairaanhoidon jonoja tuntuvasti. Ennen lääkärilakkoa huhtikuussa 2001 odotti kunnallisessa sairaalassa tehtävään leikkaukseen noin 130 000 potilasta ja lakon jälkeen noin 150 000 potilasta. Vuonna 2002 näistä yli 6 kuukautta jonottaneita oli 66 031. Määrä laski jonojen tarkistuksen ja hoitokapasiteetin lisäyksen myötä vuosittain siten, että ennen hoitotakuun lain tuloa voimaan vuoden 2005 alussa yli 6 kuukautta odottaneita oli 41 000 ja vuoden 2007 alkupuolella 7332. Määrä oli noussut uudelleen vuoden 2007 lokakuuhun mennessä, jolloin se oli 9200 (Kuvio 11).



Kuvio 11. Yli 6 kuukautta leikkaukseen odottaneet potilaat (Isolaari 31.5.2007, Stakes 2007)

Stakesin viimeksi julkaistu selvitys on lokakuulta 2007:

Ensimmäiselle käynnille odottavia eli niitä, joiden kohdalla erikoissairaanhoidon lääkäri on tehnyt lähetteen perusteella päätöksen hoitoon ottamisesta, oli lokakuun viimeisenä päivänä 96 270. Näistä vähintään 90 vuorokautta oli odottanut 67 % ja yli 180 vrk oli odottanut 12 %.

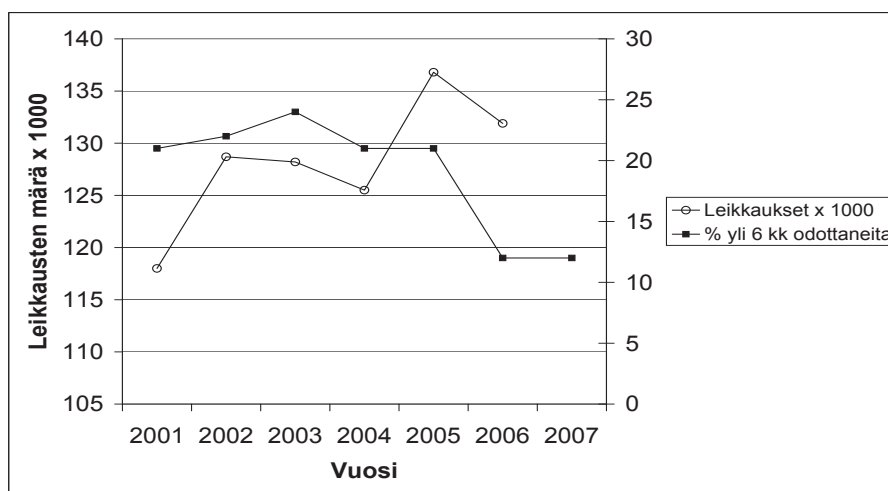
Toteutuneissa leikkaus-, toimenpide- tai hoitajaksoissa lokakuussa 2007 käyneistä 247 508 potilaasta 8,7 % oli odottanut yli 180 vrk ja 72 % oli päässyt hoitoon 90 vuorokauden sisällä. Yli 180 vrk odottaneista 55 % oli kirurgisia potilaita, 20 % silmätautien potilaita. Kirurgisista yli 6 kk odottaneista potilaista 34 % oli ortopedista leikkausta odottavia.

Vuoden 2007 lopussa leikkausta, toimenpidettä tai hoitoa odottavia oli jonossa edelleen 78 705, joista 11,8 % (9208) oli odottanut yli 180 vuorokautta. Vaihtelu sairaanhoitopiiri-

rien välillä oli suurta: yli 6 kk odottaneiden määrä jonossa olevista vaihteli 2 ja 22 % välillä.. Vuoden 2007 lopulla joidenkin sairaanhoitopiirin kohdalla määrä ei vastannut hoitotakuun tavoitteita.

Stakesin selvityksen mukaan niiden toimenpiteiden määrä, johon jonotettiin, kasvoi hoitotakuun voimaantumisen vuonna 2005 selvästi. Määrä laski taas vuonna 2006. Vuonna 2003 potilaista, joille leikkaus oli tehty, enintään 24 % oli odottanut yli 6 kk. Jo ennen hoitotakuun voimaantumista tämä osuus laski ja oli hoitotakuun aikana vuonna 2006 12 %, samoin vuonna 2007 (Kuvio 12). Tuolloin yli 180 vrk odottaneista 55 % oli kirurgisia potilaita, 20 % silmätautien potilaita. Kirurgisista yli 6 kk odottaneista potilaista 34 % oli ortopedista leikkausta odottavia.

Alueelliset erot sairaanhoitopiirien välillä vähenivät hoitotakuun voimaan tulon jälkeen, mutta ovat edelleen merkittävät.



Kuvio 12. Ei-kiireellisten leikkausten määrä ja yli 6 kk odottaneiden osuus (%) (Stakes)

Saman Stakesin selvityksen mukaan sairaanhoitopiirit olivat muuttaneet jonkin verran toimintatapojaan hoitotakuun toteuttamiseksi: hoitotoiminnan raportointia ja johtamista parannettiin, samoin jononhallintaa, hoitoprosesseja kuvattiin ja kehitettiin sekä leikkauksien käyttöastetta nostettiin. Lisäksi työaikoja porrastettiin ja ilta- ja viikonlopputoimintaa lisättiin. Erilaisia kannustepalkkioita hoidon saatavuuden varmistamiseksi maksettiin myös.

Vaikka huomio hoitotakuun toteuttamisessa kohdistuikin pääasiassa erikoissairaanhoidon ja siinä erityisesti kiireettömään leikkaustoimintaan, eivät erikoissairaanhoidon menot kansallisen hankkeen aikana Stakesin selvityksen mukaan kasvaneet suhteessa enemmän kuin perusterveydenhuollon, vaan suhde säilyi samana: 60 % menoista aiheutui erikoissairaanhoidosta, 40 % perusterveydenhuollosta.

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

Tiedottaminen jonotusajoista

Tiedottaminen hoitotakuun toteutumisesta ja jonotusajoista ei vielä toteudu kattavasti erikoissairaanhoidossa. Kaikki sairaanhoitopiirit eivät vielä julkaise kotisivuillaan ajantasaista tietoa hoitoon pääsyn ajoista ja eri aikoja jonottaneiden potilaiden määristä. Sairaanhoitopiirien keskinäinen vertailu ei ole helppoa, koska tietojen esitystavat vaihtelevat.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden soveltaminen

Stakesin selvityksen mukaan yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet olivat kokonaan käytössä 13 sairaanhoitopiirissä eivätkä lainkaan kolmessa. Erikoisalojen välillä oli eroja niiden käyttöönoton aikatauluissa. Selvitettäessä hoitotakuun toteutumista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kysyttiin samalla kiireettömän hoidon arviointikriteerien käytöstä. Niiden käyttö oli selvityksen mukaan vähäistä.

Yhtenäiset hoidon perusteet ovat helpottaneet hoidon suunnittelua ja priorisointia sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Sairaanhoitopiireille vuonna 2008 lähetettyyn kyselyyn vastanneista 13 sairaanhoitopiiristä yhdeksän ilmoitti yhteneväisiä perusteita noudatetun vuodesta 2005 lähtien, yksi vuodesta 2006 lähtien ja kolme sairaanhoitopiiriä vastasi perusteita noudatetun, muttei kattavasti.

3.2.2.4 Hoidon hankkiminen muualta hoitotakuun toteuttamiseksi

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös

Mikäli hoitoa ei määrääjassa voida antaa asuinkunnan tai kuntayhtymän tuottamana, niiden on hankittava se muilta palveluntuottajilta asiakasmaksun muuttumatta.

Toteutuminen

Tietoa hoidoista, jotka on hankittu muualta hoitotakuun toteuttamiseksi, ei ole kattavasti saatavissa. Sairaanhoitopiirien seurantarekistereissä tai kirjanpidossa ei ole sellaista erillistä kustannuspaikkaa joka kertoisi hoitotakuun toteuttamisesta aiheutuneet hankinnat. Puuttuvia palveluja on hankittu ja hankitaan myös muiden syiden kuin hoitotakuun takia.

Stakesin selvityksen (Pekurinen ym. 2008) mukaan hoitotakuun aikana julkisen sektorin ostot yksityisiltä palveluntuottajilta lisääntyivät erityisesti mielenterveyshuollossa ja suun terveydenhuollossa. Ostopalveluiden osuus kuitenkin näissäkin on vain hiukan yli 10 % kokonaisuudesta, kun asiaa tarkasteltiin läheteiden perusteella. Ostojen määrä oli kasvanut vuosittain jo ennen hoitotakuun voimaan tuloa, ja sairaanhoitopiirit arvioivat hoitotakuun vaikutukset ostopalveluiden käyttöön vähäisiksi.

Hoitotakuun toteuttamiseen sairaanhoitopiirit varasivat vuoden 2005 talousarvioissaan yhteensä runsaat 100 M€, jota käytettiin hyvin eri tavoin tavoitteiden toteuttamiseen. Varattujen varojen käytössä muualta (toiset sairaanhoitopiirit, yliopistolliset sairaalat, säätiöt, yksityiset) hankitut hoidot oli vain yksi osa. Seuraavana vuonna hoitotakuun erillismäärärahat pääosin hävisivät sairaanhoitopiirien talousarvioista.

3.2.2.5 Yhteenveto hoitoon pääsyä koskevien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta

Hoitoon pääsyä koskevassa osuudessa selvitykset, lain valmistelu ja toimeenpano etenivät aikataulussa ja tavoitteiden seuranta käynnistyi nopeasti. Ongelmia on edelleen seuranta-tietojen luotettavassa ja yhdenmukaisessa saannissa

Tavoitteessa hoitoon pääsyn turvaamisesta on kansallisessa hankkeessa onnistuttu varsin hyvin. Hoitotakuu ei vielä toteudu kuitenkaan täydellisesti ja alueellisia eroja hoitoon pääsyssä edelleen on. Hoitotakuu on myös leimautunut enemmän erikoissairaanhoidon ja erityisesti leikkausjonon lyhentämisen tavoitteeksi kuin perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tavoitteeksi. Kuntaliiton kentän toimijoille osoittamassa kyselyssä vuosina 2006 ja 2007 hoitoon pääsyn turvaaminen sai kouluarvosanan 7.8 ja puhelinneuvonnan onnistuminen 7.7. Seurantaryhmän jäsenten arvioissa hoitoon pääsyn toteutuminen sai kouluarvosanan 7,2.

Terveyskeskukset olivat varautuneet kokonaisuutena hyvin hoitotakuun voimaan tuloon. Hoitotakuulain voimaantulon jälkeen yhteydensaanti terveyskeskuksiin helpottui puhelinneuvonnan ansiosta ja hoidon tarpeen arviointi kolmen päivän sisällä toteutuu hyvin. Lääkärin vastaanotolle pääsy kolmen päivän sisällä helpottui hoitotakuulain aikana vain tilapäisesti ja on nyt jälleen huonontunut. Pääosa hoitoon pääsyn paranemisesta on siis tapahtunut välittömän puhelinyhteyden saamisessa terveyskeskukseen ja hoitajien tekemän hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisessa kolmen päivän sisällä. Lääkärin hoitoa tarvitsevien odotusajat ovat ennallaan tai pidentyneetkin.

Suun terveydenhuollossa yli puoli vuotta odottaneiden määrä on edelleen suuri, samaten kuin alueelliset erot. Hammashoidossa on todennäköisesti myös kymmeniä tuhansia odottajia, joista monet eivät ole edes kysyneet palveluja, koska odotusajat ovat pitkiä. Ensikäyntiä odottavien tähänastiset odotusajat ja ensikäyntien toteutuneet odotusajat kertovat pitkistä odotusajoista sängen suurella osalla näistä potilaista.

Toimenpiteet, joilla on valtakunnallisesti tuettu perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista, ovat jääneet vaillinaisiksi. Sen sijaan näyttää siltä että terveyskeskusten tasolla ratkaisuja on löydetty. Aluetukihenkilöt tukivat terveyskeskuksia ratkaisujen löytymisessä.

Vaikka jonon purkaminen ennen hoitotakuun voimaan tuloa helpottikin jo tilannetta erikoissairaanhoidossa, varsinainen hyppäys hoitoon pääsyn paranemisessa tapahtui vasta lain voimaan tulon jälkeen, jolloin jonot lyhenivät lähes kymmenesosaan. Kaikissa sairaanhoitopiireissä hoitotakuu ei toteudu vielä kukaan kattavasti.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laatiminen on ollut merkittävä saavutus. Sillä on ollut vaikutusta paitsi hoitoon pääsyn yhtenäistämiseen ja hoitokapasiteetin entistä taloudellisemmassa käytössä myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisääjänä sekä toiminnan johtamisen apuvälineenä. Näiden perusteiden noudattamisessa on vielä kehittämistä, erityisesti perusterveydenhuollossa ja eräillä erikoisaloilla. Perusteiden kehittämistä selkeämmiksi ja pitämistä ajan tasalla ei vielä ole vastuutettu.

Hoitotakuu näyttää kannustaneen sekä erikoissairaanhoidossa että myös perusterveydenhuollossa jossain määrin toiminnan kehittämiseen, yhteistyön parantamiseen ja työnjaon selkiyttämiseen. Tämä on tärkeä ja toivottu positiivinen vaikutus. Hoitoon pääsyn parantaminen on tosin perusterveydenhuollossa, hammashuoltoa lukuun ottamatta, tapahtunut varsin vähäisin toiminnallisin muutoksin.. Lääkärikohtaisten hoitajien seuranta on lisääntynyt ja se on johtamistoimenpiteenä hyväksytty.

Hoitotakuu ei vähentänyt työstä poissaoloista johtuvia sairausvakuutuksen päiväraha-korvauksia.

Perusterveydenhuollon hoidon saatavuuden seurantajärjestelmät ovat vielä puutteellisia ja arvioinnit perustuvat täysin terveystieteiden johtaville lääkäreille lähetetyn kyselyvastauksiin. Useilla sairaaloilla ja terveystieteiden keskuksilla ei vielä ole kattavia ja ajantasaisia tietoja hoitoa odottavista potilaista eikä odotusajoista. Osittain puutteet johtuvat siitä, ettei tietoja ole kirjattu, osittain syynä ovat tietojärjestelmien puutteet, joiden vuoksi tietojen saaminen niistä on mahdotonta tai hankalaa. Tietojärjestelmien puutteista johtuen erikoissairaanhoidon jonottavia koskevat luvut ovat luultavasti aliarvioituja. Ne kertonevat pääasiassa leikkauksiin ja toimenpiteisiin odottavien määristä. Terveystieteiden toimintayksiköiden kansalaisille julkaisemat tiedot edellä kuvattuihin palveluihin pääsyn odotusajoista ovat edelleen tasoltaan ja esitystavoiltaan vaihtelevia.

Kun näyttää siltä, että säästöjen voimaan tulon ohella myös tiivis seurannan järjestäminen ja julkisuus on osaltaan pakottanut hoitoon pääsyn parantamiseen, on tässäkin eräs syy saada nopeasti tietojärjestelmät palvelemaan paitsi hoitoa, myös johtamista ja toiminnan seuranta.

Valtaosa haastatelluista asiantuntijoista piti hoitoon pääsyn saavutuksia eräänä hankkeen merkittävimmistä tuloksista. Näin siitakin huolimatta, ettei hoitotakuu ole täysin toteutunut lain mukaan ja että se on koskenut vain kiireettömän hoidon saatavuutta. Ongelmana pidettiin sitä, että lain lisäksi tarvitaan sanktioita. Suuri edistys on että kulttuuri on muuttunut siihen suuntaan, ettei pitkä odottaminen hoitoon enää ole hyväksyttävää.

3.2.3 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen

Hankkeen valmistelussa työryhmätyöskentelyn tuloksena selvityshenkilöt päätyivät antamaan seuraavasti ryhmitellyt kehittämissuositukset:

1. Terveystieteiden työvoimatarpeen arviointi, koulutuksen kehittäminen ja seuranta.
2. Terveystieteiden vetovoimaisuuden ja julkisuuskuvan parantaminen.
3. Työvoimapulaan varautuminen.
4. Johtaminen ja työyhteisöjen kehittäminen.
5. Täydennyskoulutuksen järjestäminen ja rahoitus.
6. Ensihoidon järjestäminen ja koulutus.

Näistä viisi ensimmäistä sisältyvät valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteisiin, mutta erityisesti tavoitteiden 2 ja 4 kohdalta suurin osa työryhmän konkreettisista toimenpiteistä ei päätenyt valtioneuvoston periaatepäätökseen.

3.2.3.1 Lääkärikoulutuksen aloituspaikkojen lisääminen

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätös

Terveystieteiden henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi periaatepäätöksessä lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja päätettiin lisätä vuodesta 2002 alkaen 550:sta 600:aan.

Työryhmän esitys

Hammaslääkärikoulutuksen aloituspaikkojen määrästä ei ole mainintaa periaatepäätöksessä. Periaatepäätöksessä viitataan sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitintoimikunnan mietintöön (STM0034:00/15/06/2000), missä hammaslääkäritarvetta katsottiin aiheelliseksi arvioida uudelleen vuosina 2002-2003. Valmisteleva työryhmä esitti, että hammaslääketieteen uusien opiskelijoiden sisäänottoa lisätään sekä Helsingin että Oulun yliopistoissa. Samoin piti selvittää kiireesti mahdollisuus käynnistää hammaslääkärikoulutus Kuopion yliopistossa yhdessä Oulun yliopiston kanssa siten, että prekliininen opetus toteutetaan Kuopion yliopistossa ja kliininen opetus osaksi Kuopion ja osaksi Oulun yliopistossa, tai mahdollisuus käynnistää hammaslääkärikoulutuksen lisääminen Turun yliopistossa yhdessä Helsingin yliopiston kanssa. Kansalliseen terveysthankkeeseen ei kuitenkaan näitä toimenpiteitä kirjattu.

Toimenpiteet

Aloituspaikkojen määrä neuvotellaan yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien kanssa opetusministeriön tulossopimuksissa.

Toteutuminen

Lääkärikoulutuksen aloituspaikat lisättiin tavoitteen mukaisesti 600:an kesästä 2002 alkaen. Vuonna 2004 aloitettiin ns. sairaanhoitajien muuntokoulutus, joka lisäsi aloituspaikkojen määrän tilapäisesti 610:een.

Hammaslääkärityövoimasta kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti (STM selvityksiä 2008:5) toteaa, että terveystieteiden hammaslääkäripula on kasvanut lääkärivajetta suuremmaksi. Terveystieteidenhammaslääkärivaje kaksinkertaistui neljän vuoden aikana.

3.2.3.2 Henkilöstökoulutuksen lisääminen ennakoitintoimikunnan suunnitelman mukaisesti

Tavoite

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarvetta määrittämään oli asetettu ennakoitintoimikunta, jonka määrällisten tavoitteiden toteuttamisessa piti valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan ottaa huomioon myös alueelliset erityistarpeet. Työvoimatarpeen ennakoitintoimikunnan mietinnön mukaan vuosina 2001 - 2010 kunnallisen vanhuuseläkeiän saavuttaisi noin 2 500 ylihoitajaa ja osastonhoitajaa. Toimikunta ehdotti, että vuosina 2002 - 2010 sosiaali- ja terveysalan ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja tarvitaan vuosittain 8 500 - 9 000 ja alan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja vastavasti 7 200 - 7 900.

Toimenpiteet

Aloituspaikat määritetään opetusministeriön ja oppilaitoksen välisissä tulossopimuksissa.

Toteutuminen

Aloituspaikkojen määrää on lisätty, mutta ei aivan ennakoitintoimikunnan ehdotusten mukaisesti, vaan jää siitä noin 15 %. Vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen nuorten ja aikuisten aloituspaikkamäärä oli noin 500 suurempi kuin vuosien

2000 - 2002 aloituspaikkojen keskiarvo. Toiseen asteen koulutuksessa vastaava lisäys oli lähes 900.

Kunnallinen työmarkkinalaitos selvitti kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatilannetta lokakuussa 2005. Määräaikaisista 78 % oli sijaisia tai toimi avoimessa tehtävässä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuhteista 6 % oli täyttämättä ja 3 % kokonaan hoitamatta. Suurimmat vajeet olivat puheterapeuteilla (9,5 %) , suuhygienisteillä (6,2 %) ja röntgenhoitajilla (5,3%).

Kansallisen hankkeen päättyessä työvoiman riittävyys ja saatavuus on jäänyt ongelmaksi.

Alueellisten työvoiman erityistarpeiden huomioonottaminen on toteutunut vaihtelevasti eri sairaanhoitopiirien alueella. Sairaanhoitopiirien viranhaltijoiden osallistuminen lääketieteellisten tiedekuntien alueellisiin neuvottelukuntiin ja tiedekuntaneuvostoihin on ollut toimiva foorumi. Sairaanhoitopiirien johdolle tehdystä kyselystä voi vetää sen johtopäätöksen, että kun lääketieteellinen tiedekunta tai ammattikorkeakoulu sijaitsee saman sairaanhoitopiirin alueella tai keskussairaalan sijaintikaupungissa, koulutustarvesuunnittelua on voitu helposti käydä.

3.2.3.3 Lääkärin ja hammaslääkärin lisäkoulutusjakson toteuttaminen

Tavoite

Opetusministeriön tuli tarkistaa lääkärien perusterveydenhuollon lisäkoulutusta ja erikoistumiskoulutusta sekä vastaavia hammaslääkärien koulutusta koskevia asetuksia niin, että jokaisen lääkärin ja hammaslääkärin perustutkinnon jälkeiseen koulutukseen sisällytetään vähintään 9 kuukauden jakso terveyskeskuslääkärin tai terveyskeskushammaslääkärin tehtävissä toimimista. Tavoitteella haluttiin lisätä terveyskeskusten lääkäri työvoiman saatavuutta.

Tavoite ei ollut mukana valmistelevan työryhmän esityksissä.

Toimenpiteet

Lisäkoulutusjaksosta päätettiin säätää asetuksella.

Toteutuminen

1.1.2003 tuli voimaan valtioneuvoston asetus (1342/2002) lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen 4§ muuttamisesta. Sen mukaan koulutuksen suorittamiseksi lääkärin tulee palvella lääkärin tehtävissä koulutusyksikön hyväksymässä terveyskeskuksessa kokopäiväisesti vähintään yhdeksän kuukauden ajan.

Vaikka tavoite toteutui ja lisäsi terveyskeskusten käytettävissä olevaa lääkäri työvoimaa noin 410 henkilötyövuodella vuosittain, on epäselvää pystyikö tämä tavoite varmistamaan pitkäkestoista terveyskeskuslääkäri työvoiman saatavuutta. Lääkärikunnan keskuudessa on myös keskusteltu, että työryhmän valmistelun ulkopuolinen ja pakottava tavoite pikeminkin heikensi terveyskeskusten julkisuuskuvaa kuin paransi sitä lääkäreiden keskuudessa.

3.2.3.4 Erikoistumiskoulutuksen toteuttaminen muualla kuin yliopistosairaaloissa

Tavoite

Sillä että erikoistumiskoulutuksesta haluttiin säätää tapahtuvaksi vähintään puolet muualla kuin yliopistosairaaloissa haluttiin varmistaa lääkäri työvoimaa keskussairaaloissa.

Työryhmä otti kantaa erikoislääkärikoulutuksen hajauttamisen puolesta ja korosti, että koulutuksen hyväksymisperiaatteiden pitää olla yhtenevät koko maassa.

Toimenpiteet

Erikoistumiskoulutuksen sisällöstä voidaan säätää asetuksella.

Toteutuminen

1.1.2003 tuli voimaan valtioneuvoston asetus (1343) erikoislääkärin tutkinnosta annetun asetuksen 6§ muuttamisesta. Asetuksen mukaan erikoislääkärin koulutusajasta vähintään puolet tulee suorittaa yliopistollisen sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveystieteiden keskuksessa.

Muutos ei koske foniatrian, kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen, kliinisen kemian, kliinisen mikrobiologian, kliinisen neurofysiologian, neurokirurgian, oikeuslääketieteen, perinnöllisyyslääketieteen, suu- ja leukakirurgian eikä syöpätautien koulutusohjelmaa. Hammaslääkärikoulutusta koskeva vastaava asetus tuli voimaan 30.4.2003.

Tavoitteen toteutuminen on osaltaan helpottanut keskussairaaloiden lääkäripulaa. On myös ajateltu, että erikoistumiskoulutuksen yhtenä ongelmana on pitkän yliopistosairaalaikauden vaatimien järjestelyiden aiheuttamat vaikeudet erikoistuvalla, mikä tehdyn muutoksen jälkeen olisi helpottunut. Äskettäisen selvityksen mukaan (Kajantie ym. 2006) erikoislääkärien määrän ennuste vuosina 2006 - 2015 vastaa useiden erikoisalojen kohdalta eläkepoistumaa tai ylittää sen lukuun ottamatta esim. lastenkirurgiaa, patologiaa, lastentauteja, korva- nenä ja kurkkutauteja ja yleiskirurgiaa. Erikoislääkärikoulutuksen kohdenus ei siis ole täysin onnistunut, vaikka erikoislääkärien tuleva määrä sinänsä ei näytä kriittiseltä. Kokonaan toinen ongelma on erikoislääkärien sijoittuminen julkiselle sektorille, jossa joidenkin erikoisalojen kohdalla (esim. silmätaudit) näyttää olevan epävarmuutta.

3.2.3.5 Henkilöstön täydennyskoulutuksen toteuttaminen

Tavoite

Henkilöstön täydennyskoulutukselle määrättiin tavoite, joka peruskoulutuksen pituudesta ja työn vaativuudesta riippuen on keskimäärin 3 - 10 päivää vuodessa.

Toimenpiteet

Täydennyskoulutuksen toteuttamisesta päätettiin säätää lakimuutoksella.

Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki muutettiin (992/2003) ja (993/2003) ja sosiaali- ja terveysministeriö antoi asetuksen 1194/2003 terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Siinä 2§ mukaan täydennyskoulutuksen tulee perustua terveydenhuollon toimintayksikössä tehtyyn suunnitelmaan ja sen sisällön on tuettava asetettuja täydennyskoulutustavoitteita. Kunta-alan työmarkkinaosapuolet ovat tehneet sopimuksen täydennyskoulutuksesta.

Toteutuminen

Asetuksen velvoitteen mukaisesti kunnallinen työmarkkinalaitos keräsi helmikuussa 2005 vuotta 2004 koskevat täydennyskoulutustiedot, mutta valmiuksia täydennyskoulutustietojen ilmoittamiseen ei ollut monissa kunnissa tai kuntayhtymissä. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen keräämien tietojen mukaan täydennyskoulutukseen osallistui vuonna 2004

65%, vuonna 2005 77 % ja vuonna 2006 72 % terveydenhuollon koko henkilöstöstä. Vuonna 2006 lääkäreistä ja hammaslääkäreistä osallistui täydennyskoulutukseen 87,4 %. Tarkkoja tietoja, miten tavoitteessa määritellyt 3-10 päivän koulutuspäivätavoitteet ovat toteutuneet valtakunnan tasolla ei ole.

Sairaanhoitopiirit ovat ottaneet varsin aktiivisesti käyttöön koulutuksen seurantajärjestelmiä vuosien 2003 ja 2007 välillä. Osassa sairaanhoitopiireistä koulutuksen toteutumisen seuranta ja on kytketty sairaanhoitopiirin strategiassa henkilöstön kehittämisen tavoitteisiin.

Täydennyskoulutuksen tavoitteen konkretisointi on merkinnyt paitsi henkilökunnan osaamistason varmistamista, myös alan julkisuus kuvan parantumista, kun työnantaja on täten sitoutunut henkilökunnan valmiuksista huolehtimiseen. Tavoitteesta voidaan kuitenkin toisaalta todeta, ettei se ollut kovin kunnianhimoinen, koska se ei sisältänyt laajaa ja kaikkia henkilöstöryhmiä koskevaa osaamisen arviointia ja täydennyskoulutuksen kohdentamista sen pohjalta.

3.2.3.6 Moniammatillisen johtamiskoulutusohjelman toteuttaminen terveystieteen opetusta antavissa yliopistoissa

Tavoite

Tavoitteena oli kehittää terveydenhuollon johtamista järjestämällä moniammatillinen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma lääketieteen ja terveystieteen opetusta antaviin yliopistoihin viimeistään vuonna 2005. Koulutuksen sisällöstä tuli vastata yliopistojen yhdessä opetusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton kanssa.

Toimenpiteet

Opetusministeriö asetti syksyllä 2003 johtamiskoulutusta valmistelevalle työryhmän (OPM017:00/2003). Työryhmän määräaika päättyi joulukuussa 2004. Opetusministeriö pyysi uudestaan kirjeellään 23.12.2005 yliopistoja ja ammattikorkeakouluja käynnistämään yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen suunnittelun ja toimeenpanon aiemman työn pohjalta (OPM työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30).

Helsingin yliopistossa on toiminut valtakunnallinen terveydenhuollon johtamiskoulutuksen suunnittelutyöryhmä. Siinä määriteltiin moniammatillisen johtamiskoulutuksen yhteiset oppimissisällöt.

Tavoitteen arvioinnissa ongelmallista osaltaan on se, että termi "moniammatillinen" osoittautui vaikeaselitteiseksi käsitteeksi ja sitä näyttää tulkitun eri tavoin. Se on ymmärretty joko moniammatilliselle ryhmälle yhteisesti järjestettynä koulutuksena tai toisaalta koulutuksena, joka johtaa moniammatillisen työryhmän johtamiseen.

Toteutuminen

Johtamiskoulutustarjontaa on runsaastikin eri yliopistoissa, mutta valtioneuvoston periaatepäätöksessä mainittu johtamiskoulutusohjelma ei kuitenkaan ole toteutunut säädetyssä aikataulussa. Voidaan arvioida, että jo tavoitteen käsitteellinen epäselvyys ("moniammatillisuus") oli osaltaan syy, ettei sen pohjalta voitu muodostaa vahvaa kansallista tahtotilaa tavoitteen saavuttamiseksi.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista johtamiskoulutusta suunnitellut työryhmä (OPM työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30) arvioi, että 10 000

sosiaali- ja terveysalan johtajaa tarvitsisi johtamiskoulutusta vuosien 2005-2012 aikana. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen selvityksessä vuonna 2006 sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutukseen osallistui 1600 henkilöä. Yhden vuoden osalta koulutuksen volyyymi vastaa arviota, mutta sisältö ei ole yhtenäinen. Valtakunnallisessa terveydenhuollon johtamiskoulutuksen suunnitteluryhmän työssä nousi esille useita avoimia kysymyksiä, joista ei löytynyt yhteisymmärrystä, mikä osaltaan on estänyt yhtenäisen tavoitteen saavuttamista. Tällaisia kysymyksiä ovat mm. koulutuksen laajuus, sen pakollisuus ja sen liittyminen erikoisalakohtaisiin tutkintovaatimuksiin. Osaltaan voi myös nähdä, että tavoitteeksi asetettu moniammatillinen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma ei saanut sisällöllisesti riittävää ja kaikkia intressitahoja kattavaa hyväksyntää.

Hoitotyön johtajuuden näkyvyys on heikentynyt. Lähijohdon koulutuskysymysten ratkaiseminen on erittäin ajankohtainen, ja siihen tulee ottaa selkeä kanta. Tällä hetkellä on huutava pula osaavista osastonhoitajista, jotka tulevat keskijohtajina pitkälti vastaamaan terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta. Yleisemmällä tasolla kansallisen johtamiskoulutuksen kehittämisen epäonnistuminen vaarantaa terveydenhuollon ohjausmenetelmien toimivuuden. On tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset harjaantuvat väestön terveystarpeista lähtevään strategiseen ajatteluun ja pystyvät johtamaan terveydenhuoltoa tässä viitekehyksessä.

3.2.3.7 Lääketeollisuuden ja yritysten koulutustuen suuntaaminen henkilöiden sijasta yksiköille

Tavoite

Terveyskeskusten ja sairaaloiden tulee huolehtia siitä, että lääketeollisuuden ja muiden yritysten terveydenhuoltohenkilöstölle suuntaama koulutustuki ohjataan yksittäisten henkilöiden sijasta yksiköille, jotka päättävät tuen ohjaamisesta. Tavoitteella halutaan varmistaa koulutustuen tarkoituksenmukainen käyttö terveydenhuollon toimintayksikön tarpeisiin. Se voidaan nähdä myös hallinnollisena ja selventävänä menettelynä, jotta terveydenhuollon henkilöstö ei tulisi jääviksi hankintoja valmistellessaan.

Toimenpiteet

Asiasta ei ole annettu säädöksiä. Kuntaliitto ja Lääketeollisuus ry. antoivat asiasta tavoitteen mukaisen yleissuosituksen 19.6.2003. Lääketeollisuus ry on antanut jäsenyrityksilleen suosituksen 2006 "Lääkemarkkinoinnin ohjeet", jonka § 29 sisältää saman periaatteen.

Toteutuminen

Lääketeollisuus on ottanut käytäntöön tavoitetta tukevia suostumuslomakkeita. Sairaanhoidopiirien ohjeistukset vaihtelevat. Tutkimustietoa tavoitteen toteutumisesta ei ole saatavilla.

3.2.3.8 Tulospalkkauksen kehittäminen työmarkkinaosapuolten kesken

Tavoite

Periaatepäätöksessä valtio sitoutui myötävaikuttamaan siihen, että työmarkkinaosapuolet käynnistävät keskustelut tulospalkkauksen kehittämisestä tavoitteena tuloksekkaan työpanoksen huomioiminen terveydenhuoltoalan palkkaratkaisuissa.

Toimenpiteet

Palkkausjärjestelmistä sopiminen on työmarkkinaosapuolten välinen neuvottelukysymys.

Toteutuminen

Tavoite on toteutunut erittäin vaihtelevasti. Sairaanhoidopiirien kyselyssä vuonna 2008 seitsemän sairaanhoidopiiriä kolmestatoista vastasi, ettei tulospalkkausta ollut käytetty lainkaan. Pienimuotoisia kokeiluja oli tehty neljässä sairaanhoidopiirissä. Pohjois-Karjalan ja Pirkanmaan sairaanhoidopiireissä tulospalkkaus on laajassa käytössä ja sen piirissä on 40 - 50 % sairaanhoidopiirin henkilökunnasta.

Kunnallinen virka- ja työehtosopimus sisälsi jo ennen projektia tulospalkkion (luku 2 § 7), jota on käytetty vaihtelevasti kunnissa ja mm. kunnallisissa liikelaitoksissa. Sen maksimimäärä 5 % tulosyksikön vuotuisesta palkkasummasta on kuitenkin muiden toimialojen kannustaviin palkkajärjestelmiin verrattuna vaatimaton.

Kansallinen terveysprojektin ei voi nähdä vaikuttaneen periaatepäätöksen tarkoittaman tulospalkkauksen kehittämisessä.

3.2.3.9 Erikoismaksuluokkajärjestelmästä luopuminen asteittain sekä lisätöjärjestelmän käyttäminen

Tavoite

Erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan asteittain. Valtio asetti tavoitteeksi myötävaikuttavansa erikoismaksuluokan purkuun liittyvän korvaavan kannustinjärjestelmän kehittämisessä.

Toimenpiteet

Asiakasmaksulain 9§ kumoaminen.

Toteutuminen

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9§ muuttamisesta (858/2004) vahvistettiin 17.9.2004. Sen mukaan uusia erikoismaksuluokkaoikeuksia ei enää myönnetty ja olemassa olevat oikeudet poistuvat 1.3.2008 alkaen.

Uusi lääkärisopimus sisältää erikoismaksuluokkajärjestelmän kompensaaation periaatteet, mutta niiden yksityiskohtainen sopiminen jäi paikallistasolle ja valtion myötävaikuttavaa roolia kompensaaation kehittämisessä on vaikea nähdä.

3.2.3.10 Yhteenveto henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaamista koskevien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta

Henkilöstön määrän turvaamiseksi lääkärikoulutuksen aloituspaikkojen määrän sekä muun henkilöstön koulutuksen lisääminen olivat rationaalisia tavoitteita uhkaavassa työvoimapulassa. Tavoitteet toteutuivat hyvin. Vakava puute oli, ettei hammaslääkäreiden määrän lisäystä otettu tavoitteeksi.

Lääkärityövoiman alueelliseen jakautumiseen pyrittiin vaikuttamaan perustutkinnon jälkeisellä 9 kuukauden lisäkoulutusjaksolla ja sillä, että erikoislääkärikoulutuksesta vähintään puolet on suoritettava muualla kuin yliopistosairaalassa. Tavoitteet saavutettiin, mutta ilman laajaa samanaikaista työelämän laadullista kehittämistä ne saatettiin kokea yksi-

puolisiksi ja pakottaviksi. Terveydenhuollon työelämän edistämistavoitteet toteutuivat epätäydellisesti.

Henkilöstön täydennyskoulutuksesta annettiin asetus, jonka toteutumisen valvonta paikallistasolla jäi vajaaksi. Osaamisen arvioimiseen toimintayksiköiden strategioissa jäi vielä kehitettävää. Asetuksella oli kuitenkin ilmeinen terveydenhuollon julkisuuskuvaa parantava vaikutus.

Lääketeollisuuden koulutustukea koskeva ohjeistus oli luonteeltaan operatiivinen eikä samalla tasolla muiden tavoitteiden kanssa.

Erikoismaksuluokan lopettaminen onnistui asteittain periaatepäätöksen mukaisesti. Valitettavasti samanaikainen työ terveydenhuollon tulospalkkauksessa ei johtanut konkreettisiin toimenpiteisiin valtakunnallisella tasolla, vaikka jotkut sairaanhoitopiirit ovat kehittäneetkin tulospalkkausta pitkäjänteisesti ja järjestelmällisesti. Yhdessä toteutuneen erikoismaksuluokan lopettamisen kanssa tämän tavoitteen toteutumatta jäämisen voidaan katsoa jopa vaarantavan erikoislääkäreiden saatavuutta tietyillä erikoisaloilla. Kansallisen terveyshankkeen ei voi nähdä vaikuttaneen periaatepäätöksen tarkoittaman tulospalkkauksen kehittämisessä.

Kansallinen terveysprojekti ei pystynyt edistämään moniammatillisen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelman viemistä lääketieteen ja terveystieteen opetusta antaviin yliopistoihin viimeistään vuonna 2005. Syynä ovat olleet osaksi erimielisyys tavoitteen sisällöstä, osaksi yliopistojen resurssien puutteet. Tämän tavoitteen toteutumattomuus osaltaan hidastaa sekä työelämän kehittämistä terveydenhuollossa että rakenteiden uudistustyön etenemistä Suomen terveydenhuollossa.

3.2.4 Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen

Valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyi yhteensä 14 toimintojen ja rakenteiden uudistamista koskevaa tavoitetta.

Toimintojen ja rakenteiden uudistamista koskevien tavoitteiden toteutumisesta ei ole kaikilta osin käytettävissä valmiita tilastoaineistoja, vaan merkittävä osa arviointitiedoista perustuu erikseen kerättyyn tietoaaineistoon ja haastattelutietoihin.

Valtakunnallisia toimenpiteitä toimintojen ja rakenteiden uudistamistyötä varten ei ole käsitelty terveyshankkeen muista toimenpiteistä erillään. Näin ollen samat toimet ovat merkittävilta osin palvelleet sekä toimintojen ja rakenteiden uudistamista että muita periaatepäätöksen tavoitteita.

Toimintojen rakenteiden uudistaminen perustui suurelta osin hankerahoitukseen. Siitä, miten hankerahoitusta todellisuudessa käytettiin palvelurakenteen, organisaatio- ja hallintorakenteiden muutosten toteuttamiseen ei ole kansallisen terveyshankkeen koko ajalta tietoja. Kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriön teettämän hankkeiden vaikuttavuuden arviointiselvityksen mukaan vuosina 2003 - 2004 toteutetuista yhteensä 126 hankkeesta vain 19 oli selkeästi suunnattu rakennemuutosten aikaansaamiseen. Pääosa hankkeista kohdistui toimintatapamuutoksiin, ilman että niillä oli vaikutuksia rakenteellisiin järjestelyihin.

3.2.4.1 Perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on todettu, että riittävästi resursoitu ja hyvin toimiva perusterveydenhuolto on koko terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Edelleen päätöksessä todetaan, että perusterveydenhuolto järjestetään seudullisena toiminnallisina kokonaisuuksina. Suositeltava väestöpohja on 20 000 - 30 000 asukasta ja näin rakennetuissa yksiköissä toimisi 12 - 18 lääkäriä.

Toimenpiteet

Valtakunnallisia toimenpiteitä tämän tavoitteen toteutumisen edistämiseksi on suoritettu seuraavasti:

- Toimintojen ja rakenteiden uudistamistyö käynnistyi vuonna 2002 pidetyillä kahdella valtakunnallisella ideointiseminaarilla.
- Vuoden 2003 alusta käynnistyi alueellisen tukiverkoston työ lääninhallitusten tukemana. Lääninhallitukset nimittivät alueille aluetukihenkilöt sekä nimesivät lääninhallitukseen kansallisen hankkeen yhdyshenkilöt, ja sosiaali- ja terveysministeriö järjesti lukuisia aluetukihenkilöiden, läänien vastuuhenkilöiden ja muiden yhteyshenkilöiden työkokouksia hankkeen aikaan.
- Aluetukihenkilöiden verkosto on kokoontunut koko hankkeen ajan noin neljä kertaa vuodessa. Aluetukihenkilöiden verkoston toimintaa on koordinoitu yhteistyössä Kuntaliiton kanssa.
- Kansallisen terveyshankkeen teemoja on viety eteenpäin myös mm. johtavien terveyskeskuslääkärien, ylihoitajien, ylihammaslääkärien ja sairaanhoitopiirien järjestämissä valtakunnallisissa ja alueellisissa tilaisuuksissa.
- Keväällä 2004 sosiaali- ja terveysministeriö toteutti yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa sairaanhoitopiireittäin organisoidun valtakunnallisen terveyskeskuskeskittä- kierroksen. Tilaisuuksia oli yhteensä 24, ja lisäksi Ahvenanmaan maakuntaan tehtiin tutustumiskäynti. Tilaisuuksiin kutsuttiin kuntien ja terveyskeskusten korkein poliittinen ja virkamiesjohto. Peruspalveluministeri osallistui kahdeksaan tilaisuuteen. Tilaisuuksien valmistelussa aluetukihenkilöt ja lääninhallitusten yhdyshenkilöt selvittivät kyselyin ja käynnein terveyskeskusten tilaan ja toimivuuteen liittyviä ongelmia sekä ehkäisevän terveydenhuollon tilaa ja keräsivät parannusehdotuksia (muistio 14.11.2003). Aluetilaisuuksien johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset on koottu tiivistetysti kierroksen raporttiin (STM Selvityksiä 2004:13). Tilaisuuksista julkaistiin artikkeleita myös paikallisissa sanomalehdissä.
- Marras-joulukuussa 2004 sosiaali- ja terveysministeriö järjesti lääninhallitusten kanssa yhteensä kuusi jatkotyökokousta. Terveyskeskusten tilanteesta valmistettiin 1.12.2004 päivätty yhteenvetomuistio, joka julkaistiin 4.2.2005. Seutuyhteistyön etenemistä on seurattu sittemmin vuosittain ns. seututaulukoiden muodossa.
- Hankerahoitusta on suunnattu periaatepäätöksen mukaisten hankkeiden tukemiseen. Valtakunnallisten tavoitteiden saavuttamiseksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeiden hallinnoinnin yhdenmukaistamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi hakijan oppaan (oppaia 2004:15). Opas tukee kuntia ja kuntayhtymiä

valtionavustuksen hakemisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin vuosina 2005 - 2007. Hankerahoitusta suunnattiin heti hankkeen alusta lähtien toimintojen ja rakenteiden uudistamista koskevien kriteerien mukaisten muutosten vauhdittamiseen.

- Sosiaalialan ja terveydenhuollon hankkeet yhdistävä yhteinen kehittämishankesuunnitelma valmistui vuonna 2004. Suunnitelmaan sisältyivät lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut, ikäihmisten palvelut, kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää, mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen sekä lapsiperheiden peruspalvelujen verkostoiminen ja yhteistyörakenteiden uudistaminen.
- STM:n ja Stakesin yhteiseen kotihoidon kehittämishankkeeseen on osallistunut 30 kuntaa ja laitoshoidon kehittämishankkeeseen on osallistunut 10 kuntaa tai kuntayhtymää. Kotosa-hanke käynnistyi syksyllä 2004 ja laitoshanke 2005.
- Osana kansallista terveyshanketta sosiaali- ja terveysministeriö järjesti kesäkuussa 2006 Tuusulassa työseminaarin, jossa analysoitiin terveyskeskusten ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja. Jatkotyöskentelyssä on lähdetty rakentamaan perusterveydenhuollon kehittämisstrategiaa Terveyskeskus 2015. Perusterveydenhuollon kehittämistä koskevat toimenpide-ehdotukset on myös viety osaksi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa (KASTE).
- Edellä mainittujen toimenpiteiden ohella laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta sekä lait kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta vahvistettiin 9.2.2007. Tämän lainsäädäntötyön pohjalta käynnistynyt PARAS-hanke tulee toimimaan alueellisen yhteistyön edistämiseksi erityisesti perusterveydenhuollossa.

Toteutuminen

Maassamme oli vuonna 2007 yhteensä 236 terveyskeskusta. Niistä 66:n (28 %) väestöpohja oli 20 000 tai sitä enemmän. Pääosan (72 %) eli 170 terveyskeskuksen väestöpohja jää siis alle tavoitteen alarajan (20 000 asukasta). Lukumääräisesti varsin runsaan osan terveyskeskuksista muodostaa edelleen alle 10 000 asukkaan väestöpohjalla toimivat yksiköt. Tällaisia yksiköitä oli vuonna 2007 yhteensä 121 eli 51 % kaikista terveyskeskuksista.

Väestöpohjia kasvattavia muutoksia on vuosien 2002 - 07 välillä toteutettu varsin vähän etenkin siten, että 20 000 asukkaan väestöpohjavaatimus olisi toteutunut. Kun väestöpohjavaatimuksen täyttäneitä terveyskeskuksia vuonna 2002 oli 64, oli näiden määrä lisääntynyt vuoden 2007 loppuun mennessä vain kahdella. Sen sijaan alle 10 000 asukkaan väestöpohjan omaavien terveyskeskusten määrä on vuoden 2002 154:stä vähentynyt 121:een, joten terveyskeskusten väestöpohjien kasvaminen on kohdistunut lähinnä kaikkein pienimpiin terveyskeskuksiin. Havainnot käyvät ilmi seuraavasta taulukosta.

Taulukko 4. Terveyskeskusten väestöpohjat vuosina 2002 ja 2007

Väestöpohja	2002		2007	
	Lukumäärä	%	Lukumäärä	%
> 20 000 as.	64	23	66	28
10 000 - 20 000 as.	60	22	49	21
< 10 000 as.	154	55	121	51
Yhteensä	278	100	236	100

Alueittain tarkasteltuna voidaan todeta, että 20 000 asukkaan väestöpohjan tavoittavia terveyskeskuksia alueen terveyskeskusten kokonaismäärästä on suhteellisesti eniten Kanta-Hämeen, Kymenlaakson ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä muodostettiin 1.1.2007 lukien, ja sen alueen kaikkien terveyskeskusten väestöpohja on selkeästi yli 20 000 asukasta. Muiden sairaanhoitopiirien alueilla terveyskeskuksista suurimman osan väestöpohjat jäävät alle 20 000 asukkaan.

Maamme terveyskeskuksissa toimi loppusyksyllä 2006 yhteensä 3 845 lääkäriä. Maamme 236 terveyskeskuksesta 12 tai sitä useamman lääkärin terveyskeskuksia oli tuolloin maassamme yhteensä 66 lähinnä kaupungeissa ja perusterveydenhuollon suuremmissa kuntayhtymissä. Kansallisen terveyshankkeen aikana sellaisten terveyskeskusten määrä, joiden lääkärimäärä on 12 tai sitä enemmän, ei ole lisääntynyt.

Yhteenvetona voidaan todeta, ettei merkittävää edistymistä valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisessa tavoitteen saavuttamisessa ole tapahtunut hankkeen aikana.

3.3.4.2 Mielenterveystyön, psykososiaalisten ja päihdetyön palvelujen järjestäminen seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys järjestetään seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa.

Toimenpiteet

Valtakunnallisia toimenpiteitä tämän tavoitteen toteutumisen edistämiseksi on suoritettu seuraavasti:

- Sosiaalialan ja terveydenhuollon hankkeiden yhteensovittamisen suunnitelmat lasten ja nuorten palvelujen, päihdehuollon, mielenterveystyön, avohoidon ja vanhusten palvelujen osalta valmistuivat vuonna 2004.
- Vaasan sairaanhoitopiirin, Vantaan kaupungin ja Rovaniemen kaupungin kokonaisvaltaiset, laajat, mielenterveys- ja päihdehuollon palvelujen kehittämishankkeet saivat kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen yhteisistä varoista valtioavustusta. Hankkeilla oli sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin tuki, ja niitä varten perustettiin valtakunnallinen ohjaus- ja seurantaryhmä.
- Kaikkien maassa käynnissä olevien mielenterveys- ja päihdehankkeiden yhteisminäari pidettiin 22.8.2006 Kuntatalolla. Hankkeiden kokemusten pohjalta käynnistettiin kansallisen mielenterveys- ja päihdeohjelman suunnittelu.

Toteutuminen

Mielenterveystyön ja päihdetyön piiriin kuuluvia seudullisten tai alueellisten järjestelyjen suunnitteluun liittyviä selvityshankkeita on ollut kansallisen terveysprojektin aikana vireillä varsin runsaasti, yhteensä 55. Pääosasta hankkeita raportit ovat valmistuneet, mutta päätöksiä uusiksi järjestelyiksi on tehty 22 hankkeen osalta.

Enimmäkseen hankkeissa on kyseessä ollut mielenterveyspalvelujen tuottaminen jonkun seudullisen toimijan toimesta. Sen ohella päihdetyön puolella seudullisia järjestelyjä on toteutettu enimmäkseen mielenterveystyöstä erillään ja mielenterveystyön seutuhankkeita vähemmän.

Mielenterveys- ja päihdehuoltopalvelujen järjestämistä integroimalla ne kunnan perusterveydenhuoltoon on kansallisen terveyshankkeen aikana toteutettu viidessä eri kunnassa. Tällaisissa kunnallistamishankkeissa palvelut on pyritty kokoamaan kunnan sisällä omaksi toiminnalliseksi kokonaisuudekseen.

Kuntien välisiä yhteistyö- tai ostopalvelusopimuksia on tehty 11. Joitakin, mielenterveystyön tai päihdehuollon palvelukokonaisuuksia koskevia sopimuksia on tehty myös yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Muita kuin seudullisten toiminnallisten kokonaisuuksien aikaansaamiseen liittyviä, erityisesti mielenterveystyön palvelujen ja niiden sisällön kehittämisen selvitys- ja suunnitteluhankkeita (esim. hoitoketjujen suunnittelu tms.) on ollut vireillä varsin runsaasti. Usein kyseessä on ollut useiden eri toimijoiden yhteiset hankkeet tai jonkun toimijan hankkeisiin on osallistunut useita eri organisaatioita.

Järjestelyjä, joiden tuloksena muodostuisi sekä mielenterveystyön, psykososiaalisten palvelujen että päihdehuollon yhteinen seudullinen kokonaisuus myös organisatorisesti, tehtiin vähän. Tällaisia hankkeita löytyy Lapin, Pohjanmaan ja Vantaan sateenkarilahankkeita. Forssan seudulla muodostettiin mielenterveystyön toimialue, joka vastaa kaikista seudun julkisista mielenterveys-, päihdehuollon- ja perheneuvonnan palveluista.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöpiiriin kuuluvien kahdeksan kunnan (ns. kuntakahdeksikko) osalta mielenterveystyö ja osa psykososiaalisista palveluista sekä psykiatrinen erikoissairaanhoido tulevat tuotetuiksi saman organisaatiokokonaisuuden toimesta. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudullinen yhteistyö on edistynyt Lapin, Pohjanmaan ja Vantaan sateenvarjohankkeissa.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän arviointikyselyn tulosten mukaan lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalveluiden kokoaminen ja kehittäminen seudullisesti sosiaali- ja terveyshuollon yhteistyönä on onnistunut vain keskinkertaisesti. Huomattakoon, että kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalihankeiden puitteissa ei ole suoritettu perheneuvola järjestelmän arviointia.

3.3.4.3 Erikoissairaanhoidon yhteistyön järjestäminen erityisvastuualueittain

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako toteutetaan erityisvastuualueittain.

Toimenpiteet

Valtakunnallisia toimenpiteitä tämän tavoitteen toteutumisen edistämiseksi on suoritettu seuraavasti:

- Erityisvastuualueiden yhteistyö- ja työnjakosuunnitelmat on saatu 30.5.2003 mennessä, ja ne on tarkennettu edelleen ministeriön pyynnöstä.
- Vuosien 2004 - 2007 aikana erikoissairaanhoidon suunnitelmia on toteutettu ja kehitetty edelleen. Suunnittelutyötä on toteutettu kaikilla erityisvastuualueilla.
- Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt kansallisen terveyshankkeen aikana hankkeiden toteutumista käsitteleviä sairaanhoitopiirien yhteistilaisuuksia.
- Erityisen kalliista hoidoista ja vaativasta erikoissairaanhoidosta valmistui selvitys-

työ syksyllä 2005. Työssä tarkasteltiin hoitojen kokonaiskustannuksia diagnoosi-ryhmittäin ja alueittain sekä valtakunnallisesti keskitettävän, vaativan erityistason hoidon kokonaiskustannuksia ja määriä toimenpideluokittain.

- Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tuli antaa vuoden 2003 aikana asetus valtakunnallisesti ja erityisvastuualueilla keskitettävästä tutkimuksesta ja hoidosta. 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.

Toteutuminen

Kukin maamme viidestä erityisvastuualueesta on laatinut ministeriön edellyttämät suunnitelmat sairaanhoitopiirien yhteistyöstä ja työnjaosta erityisvastuualueellaan (v. 2003). Näissä suunnitelmissa on enimmäkseen käsitelty erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien yhteistyön nykytilannetta ja toistaiseksi esitetty työnjakoa ja yhteisiä palveluja koskevista asioista vasta yleispiirteisiä linjauksia.

Tämän jälkeen yhteistyöjärjestelyissä on edetty, ja erityisvastuualueilla on sovittu myös yhteisistä hankkeista. Olennaisiin työnjaon muutoksiin tai rationointijärjestelyihin ei kliinisen toiminnan työnjaossa ole kuitenkaan toistaiseksi vielä päästy. Kliinistä toimintaa koskevista järjestelyistä esimerkkinä voidaan todeta eräiden sädehoitoyksiköiden muodostaminen yliopistosairaaloihin tukeutuvina yksikköinä keskussairaaloihin (Päijät-Häme ja Satakunta). Esimerkiksi pienten erikoisalojen tai pienten potilasryhmien hoidon keskittämässä ei ole sairaanhoitopiirien kesken juurikaan edistytty lukuun ottamatta asetuksella säädetyt erityistason hoidon keskittämistä.

Sen sijaan tukipalvelujen osalta on suoritettu enemmän erityisvastuualuekohtaisia yhteistoimintajärjestelyjä. Nämä liittyvät enimmäkseen lääkkeiden ja lääkintätarvikkeiden sekä aineiden ja tavaroiden hankintatoimeen. Näillä erityisvastuualueen sisäisillä hankintojen keskittämisillä voidaan arvioida olevan merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Esimerkiksi pelkästään Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien lääkkeiden yhteishankinnoilla on arvioitu saatavan noin 5 miljoonan euron vuosittaiset kustannussäästöt. KYS:n erityisvastuualueella on lisäksi muodostettu neljän sairaanhoitopiirin yhteinen laboratoriolikelaite, jonka toiminta käynnistyi vuoden 2008 alussa. Samoin tietohallinnossa on tehty runsaasti yhteistyötä paitsi erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kesken, myös yliopistosairaaloiden välillä. Esimerkiksi OYS -erityisvastuualueelle on perustettu sairaanhoitopiirien yhteinen tietohallintoyksikkö.

Vireillä on ollut runsaasti erityisvastuualuekohtaista koulutusyhteistyötä sekä sairaanhoitopiirien välistä neuvottelu-, selvitys- ja suunnittelyyhteistyötä.

Kaikille erityisvastuualueille on muodostunut säännöllisesti kokoontuva yhteistoimintaverkosto, jonka piirissä tähdätään aiempaa kiinteämpään yhteistoimintaan. Kaikilla erityisvastuualueilla on myös strategiasuunnitelma tai vastaava kehittämisohjelma, joskin se on vahvistettu valtuustoissa vain hieman yli puolessa kaikista sairaanhoitopiireistä. Suunnitelmat ovat kuitenkin enimmäkseen olleet sairaanhoitopiirin hallitusten käsittelyssä.

Yhteenvetona erityisvastuualueyhteistyöstä voidaan todeta, että siinä on päästy hyvään alkuun ja että yhteistyön kehittämiseksi toimitaan kaiken aikaa aktiivisesti. Rakenteellisia tai sairaanhoitopiirien väliseen työnjakoon liittyviä muutoksia on kuitenkin vielä toteutettu vähän. Siksi on tärkeää, että nyt luotuja työyhteyksiä vaalitaan aktiivisesti.

3.3.4.4 Yhteishankintojen toteuttaminen

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan tavoitteena on, että lääkkeiden ja materiaalien yhteishankintamenettelyä kehitetään edelleen. Yhteishankintamenettelyn kehittämisessä otetaan huomioon suositukset, jotka sisältyvät ROHTO -hankkeen puitteissa laadittuun, lääkehankintamenettelyä koskevaan selvitykseen.

Toimenpiteet

Ministeriö teki peruskartoituksen lääkehankintojen, hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden hankintatoimesta, hankintayhteistyöstä ja lähitulevaisuuden suunnitelmista (muistio 21.1.2003). Sen mukaan hankintoja järjestettiin yli organisaatorajojen. Useimmiten hankintayhteistyö toteutettiin sairaanhoitopiirin ja sen toiminta-alueen perusterveydenhuollon organisaatioiden kesken, mutta yhteistyö oli yleistä myös kuntien sosiaalitoimen, erityisesti vanhustenhuollon kanssa. Hankintoja tehtiin lisäksi useampien sairaanhoitopiirienkin alueiden yhteistyönä. Eräänä kehittämiskohteena erityisvastuualueiden suunnitelmassa olikin ollut yhteishankintamenettelyjen kehittäminen.

Eräisiin hankintatoimen tehostamista koskeviin hankkeisiin kohdennettiin hankerahoitusta ja hankkeet ovat käytettävissä olevien tietojen perusteella olleet tuloksellisia.

Toteutuminen

Hankintatoimen järjestämisessä on kansallisen terveyshankkeen aikana toteutettu varsin runsaasti yhteishankintajärjestelyjä sekä kuntien kesken että sairaanhoitopiirien ja myös erityisvastuualueiden sisällä. Yhteishankintajärjestelyt voidaan jäsentää (1) seudullisiin kuntien välisiin yhteishankintoihin ja (2) alueellisiin, useimmiten sairaanhoitopiirien/yliopistosairaaloiden tai siten muodostetun alueellisesti toimivan hankintakeskuksen toimesta suoritettaviin yhteishankintoihin.

Seudullisissa ja kuntien välisissä yhteishankinnoissa pääpaino näyttää olevan ravintohuollon, energihuollon, vaatehuollon, toimisto- ym. kulutustavaroiden sekä kalusto- ja muiden vastaavien irtaimistohankintojen piirissä, joskin myös näitä on toteutettu alueellisesti. Käytettävissä olevien tietojen perusteella voidaan arvioida, että suurimpia kaupunkikuntia lukuun ottamatta kuntien välinen hankintayhteistyö on maassamme erittäin hyvin toteutunut. Järjestelyt vaihtelevat hankintarengasmaisesta yhteistoiminnasta kuntien yhteisiin hankintaorganisaatioihin sekä isäntäkuntamallilla toteutettuihin hankintoihin.

Alueellisesti toteutetut yhteishankinnat koskevat erityisesti juuri terveydenhuollon toimialaan liittyviä aineiden ja tarvikkeiden hankintoja, joissa hankintayhteisönä useimmiten toimii sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiireille osoitetun erilliskyselyn perusteella voidaan arvioida, että yhteishankintoja toteutetaan erityisen runsaasti lääkehuollossa, jossa yhteishankintajärjestelmä toimii n. 80 %:ssa sairaanhoitopiirejä. Samoin apuvälinehankintoja on toteutettu yhteishankintoina n. 70 %:ssa sairaanhoitopiirejä.

Oman lukunsa hankintatoimessa muodostavat tietojärjestelmä- ja ohjelmistohankinnat, joiden suhteen hankintayhteistyössä on edelleen runsaasti kehittämisen varaa. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien järjestelmäkirjavuus on viime vuosina jossain määrin vähentynyt, mutta muiden sovellusten osalta terveydenhuollon tietojärjestelmien hankinnoissa yhteistoiminta on vielä hakemassa muotoaan.

3.3.4.5 Päivystystoiminnan rationalisointi

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan tavoitteena on päivystisyhteistyön lisääminen ja päivystystoiminnan rationointi.

Toimenpiteet

Päivystystoiminnan järjestelyjä koskeneet toimenpiteet ovat liittyneet kiinteästi niihin toimenpiteisiin, joita on kuvattu aiemmin toimivan perusterveydenhuollon aikaansaamista koskevan tavoitteen yhteydessä. Hankerahoitusta on suunnattu yhteispäivystyshankkeisiin samoin kuin puhelinneuvonnan järjestelyihin. Kansallisen terveyshankkeen seurantaryhmä on arvioinut, että terveyskeskusten yöpäivystys on lähes kokonaan keskittynyt useiden terveyskeskusten muodostamiin yksiköihin, aluesairaaloihin tai keskussairaaloihin.

Toteutuminen

Päivystystoiminnan uudelleenjärjestelyitä on kansallisen terveyshankkeen aikana toteutettu huomattavan paljon. Suurin osa niistä on koskenut perusterveydenhuollon yöpäivystyksen keskittämistä seudulliseksi tai alueelliseksi. Terveyskeskusten yhteisiä tai sairaanhoitopiirin järjestämiä yöpäivystyspisteitä perusterveydenhuoltoa varten oli vuoden 2007 loppuun mennessä toteutettu yhteensä noin 60. Pääosaan päivystyspisteistä oli keskitetty myös viikonloppupäivystys, minkä lisäksi pelkän viikonloppupäivystyksensä keskittäneitä terveyskeskuksia oli kymmenkunta. Terveyskeskuksia, jotka olivat keskittäneet koko virka-ajan ulkopuolisen päivystyksensä yhteispäivystyspisteeseen, oli 15. Lisäksi suunnitelmia yhteispäivystyspisteiden muodostamiseksi oli kansallisen terveyshankkeen aikana valmis-teilla runsaasti, ja vuoden 2008 alussa käytännöllisesti katsoen virka-ajan ulkopuolinen päivystys on (joko ilta- yö- tai/ja viikonloppupäivystyksen osalta) lähes kokonaan keskitetty Suomessa seudullisesti tai alueellisesti.

Yhteispäivystyspisteet on yleensä järjestetty sairaaloiden, useimmiten keskussairaaloiden yhteyteen. Terveyskeskuspäivystys on suurimmassa osassa keskittämisyjärjestelyjä toteutettu erillisinä terveyskeskuspäivystyksikköinä erikoissairaanhoidon päivystyksen toimiessa omana kokonaisuutenaan. Ns. ”yhden luokun”, kiireellisyysluokituksen mukaan ja yhdestä pisteestä sisään ottavia, päivystyspisteitä on maahan muodostunut vain kymmenkunta. Päivystysjärjestelmän kehittämiseen kohdistuu merkittäviä haasteita. Näyttää siltä, ettei kiireellisen avun turvaava peruspalvelu aina toteudu päivystysaikana tasapuolisesti alueellisesti ja paikallisesti. Toisaalta ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon päivystyksen rationointiin näyttäisi edelleen olevan mahdollisuuksia.

Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisia päivystyspisteitä on keskussairaaloiden päivystyspoliklinikoiden ohella yli 30 aluesairaalatyyppisessä sairaalassa.

Päivystyspalveluiden käyttäjien kannalta päivystyksen keskittäminen on merkinnyt maantieteellisten etäisyyksien kasvamista ja johtanut useissa tapauksissa päivystyskäyntien määrän vähenemiseen. Samalla joistakin, lähinnä suurten kaupunkien yhteispäivystyspisteistä on muodostunut varsin suuria, niissä voi olla 30 000 - 100 000 käyntiä vuodessa. Puutteellisesti organisoituna niissä on riski odotusaikojen pidentymisestä.

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen alueellisia järjestelyjä on ehditty eriasteisina ja eri tavoin toteuttaa noin kolmasosassa sairaanhoitopiirejä. Suunnitelmia alueellisista järjestelyistä on vireillä runsaasti.

Kasvava osa perusterveydenhuollon päivystyksestä hoidetaan ostamalla palvelu yksityiseltä palveluntuottajalta, millä saattaa olla haitallisia vaikutuksia perusterveydenhuollon kokonaisuuden toimivuuden kannalta.

Myös hammaslääkäripäivystyksen ja sosiaalipäivystyksen järjestämisessä on edetty merkittävässä määrin keskittämistratkaisuihin.

3.3.4.6 Sairaanhoidopiirien yhteistyösopimukset, terveystiimien muodostaminen ja muut vastaavat järjestelyt

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan tavoitteena on, että sairaanhoidopiirit solmivat yhteistyösopimuksia, yhdistyvät tai muodostavat terveydenhuoltopiirejä. Yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi tulee sairaanhoidopiirien laatia erityisvastuualueittain 31.5.2003 mennessä sosiaali- ja terveysministeriölle suunnitelma, joka koskee ennakolta suunniteltavissa olevaa vaativaa hoitoa, pieniä potilasmääriä koskevia toimenpideryhmiä, sairaanhoidollisia palveluita ja tukipalveluita. Yhteistyö voidaan toteuttaa joko yhdistämällä sairaanhoidopiirejä tai nykyisten sairaanhoidopiirien puitteissa. Sosiaali- ja terveysministeriö käsittelee suunnitelmat ja tarvittaessa myöntää niiden toteuttamiseen hankerahoitusta. Mikäli suunnitelmat eivät johda toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin, sairaanhoidopiirit voidaan velvoittaa toimenpiteisiin lainsäädännön muutoksilla.

Toimenpiteet

Kansalliset toimenpiteet ovat koskeneet hankerahoituksen ohjaamista tämän tavoiteryhmän hankkeisiin erityisesti vuosina 2003 - 04, jolloin alueellisia hankkeita käynnistettiin yhteensä 32 niiden valtionavustusten ollessa 5,8 milj. euroa. Tämän jälkeen hankerahoitusta alueellisiin rakennehankkeisiin on kohdennettu vielä yli 5 milj. euroa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt lukuisia hankekatsastilaisuuksia vuosina 2005 - 07 hankkeiden seurantaan ja arviointia varten.

Toteutuminen

Erityisvastuualueiden sairaanhoidopiirien välisen yhteistoiminnan ohella alueellista yhteistoimintaa on toteutettu sairaanhoidopiirien kesken sekä sairaanhoidopiirien sisällä perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välillä. Tämä yhteistoiminta voidaan jäsentää (1) organisatorisiin yhteistoimintajärjestelyihin, (2) vapaaehtoisin yhteistyösopimuksiin tai -suunnitelmiin sekä (3) asetuksen 1009/2004 tarkoittamien järjestämissuunnitelmien yhteydessä määriteltyihin yhteistyöjärjestelyihin.

Tässä tarkoitettavia *organisatorisia yhteistoimintajärjestelyjä* ovat olleet oman lainsäädäntönsä pohjalta käynnistetty Kainuun maakuntahallintokokeilu, jonka yhteydessä on muodostettu kokonaan uusi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen järjestelmän malli, Itä-Savon terveystiimin perustaminen sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystiimin muodostaminen. Lisäksi terveystiimin/sosiaali- ja terveystiimin muodostamista koskevia suunnitteluhankkeita on ollut vireillä Länsi-Pohjan ja Etelä-Karjalan sairaanhoidopiirien alueilla, mutta näistä ei ole tehty toimeenpanopäätöksiä kansallisen terveyshankkeen aikana. Piirihankkeet ovat edellyttäneet laajamittaista valmistelutyötä ja alueiden kuntien ennakoluulotonta päätöksentekoa. Asiaa koskeva päätöksenteko ei ole kuitenkaan ollut ristiinriidatonta, eikä toteutetuissa samoin kuin vireillä olleissakaan hankkeissa Kainuun maa-

kuntahallintokokeilua lukuun ottamatta ole saavutettu tilannetta, jossa kaikki kunnat osallistuisivat yhdenmukaisella tavalla piirin muodostamiseen. Samoin se, mitä toimintoja piireihin on siirretty, vaihtelee piireittäin ja piirien sisällä kunnittain. Kokemuksia tehdyistä ratkaisuista ei ole vielä ehtinyt kertyä riittävässä määrin siten, että luotettavaa analysointia järjestelyistä olisi voitu tehdä.

Yhteistyösopimuksia tai vahvistettuja yhteistoimintasuunnitelmia sairaanhoitopiirien kesken tavoitteen tarkoittamassa laajuudessa on syntynyt muutamia. Merkittävimpiä näistä ovat Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien työnjakoa koskevat suunnitelmat, Kaakon kulman sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten yhteistoiminta, Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien yhteisen apuvälinekeskuksen muodostaminen, samoin jo todetut järjestelyt sädehoidon järjestämisestä Pirkanmaan ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin välillä sekä Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirin välillä. Sairaanhoitopiirien kesken on lisäksi sovittu lukuisista muista pienemmän mittaluokan yhteistyöjärjestelyistä.

Asetuksen 1009/2004 7. pykälässä määrätään, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen *järjestämissuunnitelma*, jossa tulee erityisesti arvioida kuntien laboratoriopalvelujen, kuvantamispalvelujen, lääkinällisen kuntoutuksen sekä päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus sekä sopia alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa alueellisen tietohallinnon järjestämisestä. Järjestämissuunnitelmat ovat kattavuudeltaan ja sisällöltään vaihtelevia. Niiden toteutumista koskevan, sairaanhoitopiireille osoitetun kyselyn perusteella voidaan todeta, että

- n. 70 %:ssa sairaanhoitopiirejä alueen laboratoriopalvelut tuotetaan pääosin jo sairaanhoitopiirin laboratorion toimesta ja että muissakin sairaanhoitopiireissä tällaista organisointia tavoitellaan. Se, kuinka suuri osa sairaanhoitopiirin alueilla sijaitsevien terveyskeskusten väestöpohjasta on keskitetysti organisoidun laboratoriotoinnin piirissä, vaihtelee sairaanhoitopiirien alueilla 40 - 92 %:iin
- n. 60 % sairaanhoitopiireistä huolehtii alueensa terveyskeskusten kuvantamistutkimuksista. Se, kuinka suuri osa sairaanhoitopiirin alueilla sijaitsevien terveyskeskusten väestöpohjasta on keskitetysti organisoidun kuvantamistoiminnan piirissä, vaihtelee sairaanhoitopiirien alueilla 0 - 80 %:iin
- lääkehuollossa ollaan varsin pitkällä alueellisissa ratkaisuissa. Lähes 80 %:ssa sairaanhoitopiireistä on toteutettu lääkehuollon alueellista organisointia koskevia ratkaisuja
- lääkinnällisessä kuntoutuksessa kahdeksan sairaanhoitopiiriä on tehnyt ratkaisun alueellisen apuvälineyksikön muodostamisesta. Näistä Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirillä on yksi yhteinen apuvälineyksikkö
- ensihoito- ja sairaankuljetuksen maakunnallista järjestämistä/koordinointia on toteutettu seitsemässä sairaanhoitopiirissä
- maakunnallisen tietohallintoyhteistyön aikaansaaminen kuuluu useimpien sairaanhoitopiirien suunnitelmiin, joskin sen käytännön toteuttamista koskevia organisatorisia toimeenpanoratkaisuja on ainakin osittain tehty vasta viidessä sairaanhoitopiirissä. Kahdessa sairaanhoitopiirissä on jo muodostettu alueellinen yksikkö po. tehtäviä varten. Tietohallintoyhteistyötä on kuitenkin juuri terveyshankkeen loppupuolella lisätty sairaanhoitopiirikohtaisesti runsaasti, ja yli 80 % sairaanhoi-

topiireistä on tietohallinnossa joiltakin osin myös perusterveydenhuollon tietohallintotoimija

Toteutuneista tai toteutumassa olevista alueellisista rakennejärjestelyistä voidaan tarkemmin todeta seuraavaa:

- Kainuun yhdeksän kunnan terveystakeskuksen sekä erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon toiminta on yhdistetty Kainuun maakuntakuntahallintokokeilun yhteydessä maakuntayhtymän järjestämäksi ja rahoittamaksi palvelujärjestelmäksi
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä perustettiin vuoden 2007 alussa
- Pohjois-Suomen alueella on suunniteltu laajaa erityisvastuualueen yhteistyötä, joskaan organisatorisia uudelleen järjestelyjä ei Medi-tieto – yksikön perustamista lukuun ottamatta ei ole suoritettu
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin PERES –hankkeessa kehitetään palvelulinjoja ja tavoitellaan terveystakeskuksi- tai sosiaali- ja terveystakeskuksiratkaisua. Päätöksiä terveystakeskuksien muodostamisesta ei kuitenkaan ole vielä tehty
- Etelä-Karjalan terveystakeskiselvitys ja Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta koskeva hanke on ollut kansallisen terveystakeskuksen aikana vireillä. Etelä-Karjalan terveystakeskuksien toiminnan käynnistymisestä vuoden 2009 alusta lukien on tehty päätöksiä

Erikoissairaanhoidon työnjaon kehittämisessä on tähän mennessä päästy pisimmälle Etelä-Pohjanmaan, Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien välillä. Vastaavia työnjako- ja yhteistoimintajärjestelyjä on selvitetty myös Länsi-Pohjan ja Lapin sekä Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien välillä, mutta olennaisesti, pysyviin toimintamallien muutoksiin ei niissä ole päästy. Useat sairaanhoitopiirit ovat kuitenkin sopineet maksusitoumuksettomasta hoitoon lähettämisestä naapurisairaanhoitopiirien välillä Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien mallien mukaisesti.

Yhteenvedona alueellisesta yhteistyöstä voidaan todeta, että sitä koskevia organisatorisia järjestelyjä on tehty varsin vähän. Kaikissa sairaanhoitopiireissä on asetettu tavoitteita ja laadittu suunnitelmia järjestämissuunnitteluvaiheisiin kuuluvien toimintojen alueelliseksi järjestämiseksi. Niiden toimeenpanossa on edetty pisimmälle lähinnä lääkehuollossa, apuvälinehuollossa sekä laboratorio- ja kuvantamistoiminnassa. Suunnitelmien toimeenpano muilta osin on vielä suurelta osin kesken tai lopullisia päätöksiä vailla.

3.3.4.7 Aluesairaaloitten kytkeminen osaksi terveydenhuoltoalueita tai keskussairaala

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisena tavoitteena on, että aluesairaalat muodostavat terveydenhuoltoalueita alueidensa perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa tai toimivat osana alueensa keskussairaala.

Toimenpiteet

Kansalliset toimenpiteet ovat myös tämän tavoitteen osalta koskeneet erityisesti hankerahoituksen ohjaamista tavoitetta toteuttaviin hankkeisiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt lukuisia hankekatsaustilaisuuksia vuosina 2005 - 2007 hankkeiden seurantaan ja arviointia varten.

Toteutuminen

Joidenkin aluesairaaloiden tai vastaavien seudullisia erikoissairaanhoidon palveluja tuottavien sairaaloiden rooli on muuttunut osittain jo ennen kansallista terveyshanketta erikoissairaanhoitolain voimaantulon jälkeen. Tällöin aluesairaalat samoin kuin osa kaupunkien erikoissairaanhoidon sairaaloista liitettiin sairaanhoitopiireihin vaihtelevin hallinnollisin ratkaisuin. Kansallisen terveyshankkeen aikana aluesairaaloiden asema on edelleen muuttunut. Viisi aluesairaala on liitetty keskussairaaloihin. Samoin viisi aluesairaala on irtautunut sairaanhoitopiirin organisaatiosta ja liitetty paikallisen terveyskeskuksen osaksi.

Terveydenhuoltoalueratkaisu, jolla tarkoitetaan tässä sitä, että sairaala ja terveyskeskus/seudun terveyskeskukset ovat muodostaneet yhteisen seudullisen toimintakokonaisuuden, on siis tehty yhteensä viiden sairaalayksikön kohdalla. Järjestelyistä ei kuitenkaan yleensä ole käytetty terveydenhuoltoalue - nimitystä. Tämän lisäksi suunnittelua on tehty useiden muidenkin aluesairalatyyppisten sairaaloiden ja terveyskeskusten osalta, mm. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, mutta ratkaisuihin asiassa ei ole päästy.

Edellä todetun ohella maassamme toimii sairaanhoitopiireihin kuuluvina sairaalayksiköinä, mutta omien poliittisten luottamushenkilötoimielinten alaisina muutamia aluesairalatyyppisiä yksiköitä. Esimerkiksi Turunmaan sairaala toimii Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitoksena.

3.2.4.8 Laboratorio- ja kuvantamistoiminnan sijoittaminen sairaanhoitopiirien muodostamiin yksiköihin esimerkiksi perustamalla liikelaitoksia

Tavoite

Tavoitteena oli laboratorio- ja kuvantamisyksiköiden liittäminen yhteen suuremmiksi yhden tai useamman sairaanhoitopiirin kattaviksi kokonaisuuksiksi.

Kun palveluiden myyntiä näin muodostettavissa yksiköissä tulotaisiin myymään emokuntayhtymän (sairaanhoitopiiri) ulkopuolelle (terveyskeskukset), tuli laboratorio- ja kuvantamistoiminnan kirjanpidollinen eriyttäminen oleelliseksi, esimerkiksi liikelaitosmuotoon.

Toimenpiteet

Toimenpiteet olivat ohjaavia. Hankerahoituksella tuettiin laboratorio- ja kuvantamisen maakunnallisten yksiköiden selvityksiä ja yhdistämishankkeita.

Syksyllä 2004 peruspalveluministeri lähetti kunnille, terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille kirjeen, jossa kiinnitettiin huomiota sairaanhoitopiirien koordinaatiovelvoitteeseen erikoissairaanhoitolain nojalla.

Toteutuminen

Toteutuminen oli osittaista ja koordinoimatonta. Jo ennen kansallista hanketta Pirkanmaan sairaanhoitopiiri oli perustanut sairaanhoitopiirin Laboratoriokeskuksen. Hankkeen aikana maakunnalliset laboratorioliikelaitokset on perustettu Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Kymenlaakson ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireihin. Tämä ei kui-

tenkaan tarkoita sitä, että alueen kaikki terveyskeskuslaboratoriot olisivat liittyneet näihin perustettuihin maakunnallisiin laboratorioyksiköihin. Kuntalain muutoksen (15.5.2007) mahdollistamana liikelaitoskuntayhtymänä aloitti 1.1.2008 ISLAB, jossa ovat osallisena Pohjois-Savon, Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän laboratoriot.

Sairaanhoitopiireille suunnatun kyselyn mukaan sairaanhoitopiirien hallintoon, liikelaitokseen tai sairaanhoitopiirien omistamaan yhtiöön laboratoriotoimintansa siirtäneiden terveyskeskusten prosenttiosuus kaikista alueen terveyskeskuksista vaihteli 21 ja 90 % välillä (keskiarvo = 60 %).

Kuvantamisen maakunnallisia liikelaitoksia on perustettu Pirkanmaan, Helsingin ja Uudenmaan, Kymenlaakson ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireihin. Useissa muissa sairaanhoitopiireissä liikelaitosten valmistelu on pitkällä, esimerkiksi Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Osassa sairaanhoitopiireistä kuvantamisen maakunnallinen yksikkö on organisoitu taseyksikön muotoon kuten esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Liiketoiminnan eriyttämisen (liikelaitos tai taseyksikkö) muodolla ei silloin ole suurta merkitystä, kun pääosa tuloista on odotettavissa emokuntayhtymästä.

Osassa sairaanhoitopiirejä sairaanhoidolliset palvelut on suunniteltu yhdistettäväksi yhteiseen liikelaitokseen. Näin on tapahtunut esim. Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä, ja suunnitelmat vastaavanlaisen liikelaitoksen perustamisesta Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiireihin ovat pitkällä.

Sairaanhoitopiireihin suunnatun kyselyn mukaan sairaanhoitopiirien hallintoon, liikelaitokseen tai sairaanhoitopiirien omistamaan yhtiöön kuvantamistoiminnan siirtäneiden terveyskeskusten prosenttiosuus kaikista alueen terveyskeskuksista vaihteli 0 ja 89 % välillä (keskiarvo = 49 %).

Voidaan todeta, että tämän tavoitteen saavuttamisen seuranta ja ohjaus jäi suhteellisen vähälle. Se oli sikäli kriittistä, että tämän tavoitteen kautta laskettiin saatavan osa kansallisen hankkeen rahoitusta.

3.2.4.9 Yksityissektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sairausvakuutuskorvausten perusteiden saattaminen tehokkaimpien yksiköiden tuotantokustannustasolle

Tavoite

Tavoitteena oli kohdistaa sairausvakuutuksen resurssit siten, että ne mahdollisimman hyvin täydentäisivät julkista terveydenhuoltoa.

Toimenpiteet

Toimenpiteitä varten tarvitaan tieto ”tehokkaimpien yksiköiden tuotantokustannuksista”, mikä ei ole helposti selvitettävissä. Sitten kun tämä tieto on kiistatta olemassa, tavoite voidaan toteuttaa Kelan päätöksellä.

Toteutuminen

Kansaneläkelaitos päivitti 1.10.2002 laboratoriotutkimusten taksat ja uudestaan 1.6.2004. Radiologisten tutkimusten taksat uudistettiin 1.4.2003 alkaen. Tarkkaa ja kattavaa tietoa ei voinut olla tällöin saatavilla valtioneuvoston periaatepäätöksissä edellytetyistä tehokkaim-

pien laboratorioyksiköiden tuotantokustannustiedoista. Kuntaliitto suoritti ensimmäisen kattavan laboratorihintojen vertailun vuonna 2004 ja uudisti sen loppuvuodesta 2006.

STM asetti maaliskuussa 2006 työryhmän selvittämään laboratoriotutkimusten hintaerojen syitä julkisen sektorin sisällä ja julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Työryhmän 15.6.2006 luovuttaman selvityksen mukaan julkisen sektorin ja yksityisten lääkäriasemien laboratorioden hintaerot olivat suuret, ja työryhmä päätyi suosittamaan kliinisten laboratorioden hintavertailun jatkamista. Ajantasaista vertailua sairausvakuutustaksojen ja halvempien julkisten laboratorioden hintojen välillä ei tehty eikä vastaavia korjauksia sairausvakuutustaksoihin ole suoritettu. Työterveyspuolelta maksettavien korvausten arviointi on jäänyt tekemättä ja periaatepäätöksen sisällöstä on myös ollut työn edetessä poikkeavia näkemyksiä.

Tavoitteen voidaan nähdä toteutuneen vain osittain. Työn jatkaminen edellyttää yhteisen näkemyksen tarkentamista tavoitteen sisällöstä.

3.2.4.10 Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomusjärjestelmän käyttöön ottaminen

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteena on, että valtakunnallinen sähköinen sairauskertomus otetaan käyttöön.

Toimenpiteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki on valmisteltu, ja se tuli voimaan 1.7.2007. Lain pohjalta rakennetaan neljän vuoden siirtymäajan puitteissa terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuuri, jonka ytimenä on sähköisten potilasdokumenttien keskitetty arkisto. Kela ylläpitää arkistopalvelua rekisterinpitäjien lukuun. Julkisen terveydenhuollon rekisterinpitäjät veloitetaan liittymään palveluun. Yksityiset voivat liittyä palveluun, mikäli haluavat arkistoida potilasasiakirjat sähköisesti.

Alkuvuonna 2008 annettiin asetus sähköisestä lääkemääräyksestä sekä julkaistiin uusittu potilasasiakirja-asetus.

Kansallinen ratkaisu pakottaa sähköiset potilaskertomukset yhdenmukaiseen rakenteeseen ja teknisiin standardeihin. Sähköisen potilaskertomuksen määrittelytyötä on toteutettu kansallisessa terveyshankkeessa. Määrittelyä toimeenpannaan valtakunnallisissa, toimittajakohtaisissa klusterihankkeissa, joita koordinoidaan kansallisesti. Ministeriö rahoittaa klusterihankkeita 50 % rahoitusosuudella. Loppu rahoitus tulee kunnilta ja kuntayhtymillä. Tavoitteena on, että Kelan testiympäristön valmistuttua kullakin potilaskertomusjärjestelmällä on valmius testata ratkaisua. Klusterihankkeet valmistelevat myös laajan käyttöönoton suunnitelmat siten, että arkistopalveluun liittyminen voidaan toteuttaa kattavasti lain siirtymäajan puitteissa. Toimeenpano on teknisen toteutuksen ohella myös suuri koulutusellinen ja toimintatapojen muuttamiseen liittyvä haaste. Yksityisten palvelutuottajien yhteistyö valtakunnallisten määritysten toteuttamiseksi potilaskertomuksissa on käynnistetty.

Kansallisen terveyshankkeen rahoituksella on myös tuettu sähköisten potilaskertomusten käyttöönottoa. Järjestelmät ovat jo varsin kattavassa käytössä. Vuoden 2007 lopun tilannetta kuvaavan kartoituksen raportti julkaistaan keväällä 2008.

Sähköisen arkistopalvelun lisäksi kansallinen arkkitehtuuri vaatii terveydenhuollon varmennepalvelun (TEO) toimeenpanoa sekä potilaskertomuksessa käytettävien koodisto-

jen ja luokitusten kehittämistä ja ylläpitoa (Stakes). Ministeriön ohjausta arkkitehtuurin toimeenpanossa on vahvistettu, ja tehtäviin on osoitettu viisi uutta virkaa. Arkkitehtuurin toimeenpano merkitsee yhtä suurimmista ja vaativimmista kansallisista tietojärjestelmähankkeista sekä volyymin, tietoturva vaatimusten, integroitotarpeiden että ennen kaikkea toimintatapamuutosten osalta. Tavoite on osoittautunut sisällöllisesti huomattavasti haastavammaksi kuin mitä periaatepäätöksen asettamisen aikoihin kenties pystyttiin näkemään. Ministeriö vastaa mm. valtakunnallisen arkkitehtuurin vaatimista määräyksistä, toimeenpanon kokonaisuohjauksesta sekä poikkihallinnollisesta ja kansainvälisestä yhteistyöstä. Ministeriön yhteyteen on perustettu sähköisen tietohallinnon neuvottelukunta, jossa on sähköisen arkistopalvelun eri sidosryhmien edustus.

Toteutuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki tuli voimaan 1.7.2007. Kela on valittu arkistopalvelun ylläpitäjäksi rekisterinpitäjien lukuun.

Ministeriön WM-data Oy:n (nykyisin Logica) johtamalta konsortiolta tilaamat kansallisten tietojärjestelmäpalveluiden määräykset valmistuivat 31.12.2006. Ministeriö lähetti määräykset laajalle lausuntokierrokselle ja viimeisteli keväällä 2007. Määräykset ovat pohjana Kelan järjestämälle palveluiden toteutuksen kilpailutukselle.

Kansallisen arkistopalvelun sekä reseptikeskuksen testiympäristö on pystytetty.

Vuoden 2005 lopulla toteutetun, julkisen terveydenhuollon osalta varsin kattavan, terveydenhuollon tietojärjestelmäselvityksen tulokset osoittavat, että vuoden 2003 jälkeen on sähköisten potilaskertomusten käyttöönotossa ja kehityksessä tapahtunut selvä harppaus. Potilastieto kirjataan digitaaliseen muotoon lähes kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa. Puolella terveyskeskuksista on käytössä ja kolmanneksella on suunnitteilla sähköinen lähete erikoissairaanhoidon – sairaanhoitopiireistä kolmella neljästä on lähete-palautte-järjestelmä käytössä ja lopuilla joko kokeilussa tai suunnitteilla.

Kyseessä on useiden toimijoiden vastuulle kohdentuva merkittävä investointi. Kansallisen terveyshankkeen alkuvaiheessa hankerahoituksella toteutetut alueelliset tai seudulliset tietojärjestelmähankkeet, kuten esimerkiksi ns. viitetietokantaan perustuvat järjestelmät eivät välttämättä kaikilta osiltaan ole olleet valittua kansallista arkistointiratkaisua tukevia. Tämä asettaa merkittäviä vaatimuksia kansallisen järjestelmän toimivuudelle.

Tavoitteen toteutumista ei voida vielä arvioida, koska sen toteuttamiseksi on tarvittu edellä kuvatut valmistelut, joiden volyymin ei pystytty hahmottamaan periaatepäätöstä laadittaessa. Tavoitteen toteutumisille on riskejä, mutta niitä on pyritty eliminomaan mm. resursseja lisäämällä. Ministeriön ohjausta arkkitehtuurin toimeenpanossa on vahvistettu ja tehtäviin on osoitettu viisi uutta virkaa.

3.2.4.11 Kansallisten hoitosuositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien käytön tehostaminen rationointihyötyjen aikaansaamiseksi

Tavoite

Kansallisten hoitosuositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien laatimista ja käyttöönottoa tehostetaan tavoitteena hoidon laadun parantaminen ja rationointihyötyjen saavuttaminen.

Kansallisen terveysprojektin kehittämishankkeiden yhtenä tavoitteena on, että niissä syntyy uusia merkittäviä sairauksien toteamisen ja/tai hoitamisen alueellisia työmuotoja (esim. hoito-ohjelmia). Kansallisen hankkeen hoitokäytäntöryhmän suositus oli toteut-

taa tämä sairaanhoitopiireihin nimettävien maastouttajien sekä olemassa olevan asiantuntijaverkoston avulla muun muassa lisäämällä näyttöön perustuvan terveydenhuollon ja menetelmien arvioinnin koulutusta ja huolehtimalla, että työntekijöillä on tiedon etsintään tarvittavat laitteet ja aika käytettävissä.

Toimenpiteet

Kaikki alueellisten hoito-ohjelmien laadinnassa ja toimeenpanossa mukana olevat tahot oli tarkoitus kartoittaa ja niiden toimia sovittaa yhteen. Yhteistyökumppaneiksi mainitaan Suomen Kuntaliitto, lääninhallitukset, erikoislääkäriyhdistykset, järjestöt ja yliopistot.

Hoito-ohjelmien laadinnan ja käytön osaamisen edistämiseksi sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa on nojattu yhteistyöhön Duodecim seuran ja Käypä Hoito -hankkeen kanssa ja FinOHTAssa laadittavien työkalujen syntyyn. Yhteistyökumppanien toimintaa ja Käypä hoito -suositusten valmistumista on tuettu rahoituksella. Käypä hoito -projektia rahoitettiin 1,4 miljoonalla eurolla vuosittain 2003 - 2007. Hoito-ohjelmien laatimista ja käytön edistämistä on tuettu myös Stakesista, FinOHTAsta ja Lääkehoidon kehittämiskeskuksesta.

FinOHTAn toiminnan laajenemisesta on laadittu strateginen suunnitelma, jonka mukaan yksikön ydintoimintoja vahvistetaan merkittävästi, kansallista terveydenhuollon toimintojen tutkimukseen perustuvaa arviointia vahvistetaan, rakennetaan työtavat nopeiden, räätälöityjen vastausten tuottamiseen sekä luodaan käytännöt varhaiseen ja ennakoivaan arviointiin. Strategiseen suunnitelmaan sisältyy budjetti- ja henkilöstösuunnitelma.

Käypä hoito -oppaiden sarjassa on ilmestynyt kirjanen: Hoitosuosituksista hoitoketjiksi: opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon (Ketola ym. 2006).

Toteutuminen

Ennen kansallisen hankkeen aloittamista terveyskeskuksille tehtiin vuonna 2001 kysely Käypä hoito - ohjeiden toteuttamisesta (Kaila ym. 2006). Tutkimuksen mukaan hoitosuosituksien käytöstä oli sovittu 70 %:ssa vastanneista terveyskeskuksista, mutta sairaanhoitopiireittäin oli vaihtelua. Käytöstä sopineista 137 terveyskeskuksesta 8 ei kirjannut vastauslomakkeeseen mitään hoitosuositusta. Suositusten suosiossa esiintyi suurta vaihtelua, osa oli käytössä lähes kaikissa vastanneissa terveyskeskuksissa, mutta joitakin käyttivät vain hyvin harvat.

Seurantaryhmän raportin (2005) mukaan vuonna 2004 Käypä hoito -suositusten sähköisten versioiden lukukerrat verkkosivuilla olivat kaksinkertaistuneet edelliseen vuoteen verrattuna. Käypä hoito -suositusten hyödyntämisessä alueellisten hoitoketjujen rakentamisessa ja käytännön työssä on kuitenkin tehostamisen tarvetta. Hoitoketjuja oli kehitetty 80 %:ssa terveyskeskuksista, jokaisessa sairaanhoitopiirissä vähintään joka toisessa terveyskeskuksessa ja parissa sairaanhoitopiirissä jopa kaikissa terveyskeskuksissa. Terveyskeskuksista 8 % ilmoitti, että hoitoketjuja oli kehitetty omassa laitoksessa, 54 %:ssa niitä oli kehitetty yhteistyössä muiden laitosten kanssa ja 38 %:ssa kummallakin tavalla.

Sairaanhoitopiireille osoitetun kyselyyn vastanneissa 13 sairaanhoitopiirissä kaikissa on ainakin aloitettu alueellisten hoito-ohjelmien rakentaminen. Vain yksi sairaanhoitopiiri ilmoittaa kansallisen hankkeen rahoituksen avulla aloitetusta kehittämistyöstä: erityisvastuualueen kattavan koulutussuunnitelman laatiminen. Kaikkien näiden alueellisten hoito-ohjelmien pohjana ovat Käypä hoito -suositukset sikäli kuin niitä on laadittu. Useissa sairaanhoitopiireissä alueelliset hoito-ohjelmat ovat netissä käytettävissä. Sairaanhoitopiiri-

reissä on laajalti meneillään prosessien kuvauksia ja kehittämistyötä yhteistyössä alueen terveyskeskusten kanssa sekä hoito-ohjelmien käytön edistämistä. Vain noin kolmasosassa sairaanhoitopiirejä on arvioitu hoitosuosituksen ja alueellisten hoito-ohjelmien toteuttamista ja vaikutuksia. Tätä on toteutettu osana laatutyötä, yhteistyössä ROHDON toiminnan kanssa, Stakesin PERFECT -hankkeessa sekä muun benchmarking-toiminnan avulla.

Joulukuussa 2005 käynnistettiin FinOHTAn ja sairaanhoitopiirien yhteishankkeena kansallinen Terveystuennon menetelmien hallittu käyttöönotto (HALO)-ohjelma, jonka tavoite on luoda toimintatavat varmistamaan käyttöön otettavien terveydenhuollon uusien menetelmien riittävä vaikuttavuus ja turvallisuus. Hankkeessa on tuotettu useita arviointiraportteja vuoden 2007 aikana.

Voidaan arvioida, että kansallisten hoitosuosituksen ja alueellisten hoito-ohjelmien käyttäminen on lisääntynyt hankkeen aikana, mutta alueellisesti toimenpiteiden käyttöönoton laajuus vaihtelee.

3.2.4.12 Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen kuntoutustoiminnassa

Tavoite

Kuntoutustoimintaa ja kuntoutusta koskevaa tietoa otetaan entistä systemaattisemmin mukaan kansallisiin hoitosuosituksiin ja alueellisiin hoito-ohjelmiin. Yhteistyöllä ja tiedottamisella vaikutetaan siihen, että sairaanhoitopiirien, perusterveydenhuollon ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen kuntoutustoiminnassa käynnistetään vaikuttavuustiedon käyttöön ja arviointiin perustuvia hankkeita, joita toteutetaan mm. kansallisen terveysprojektin kehittämishankkeina.

Palvelujärjestelmä-työryhmän suositus: Toimivan kuntoutusmallin aikaansaamiseksi toimenpiteiden rahoitusvastuun on oltava siellä, missä myös taloudelliset riskit ovat suurimmat. Kuntoutuksen kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi ja päällekkäisten toimintojen välttämiseksi palveluiden järjestäminen tulee koordinoida sairaanhoitopiiri- ja seutukuntatasolla. On tärkeää huolehtia siitä, että julkinen rahoitus kohdentuu vaikuttavaksi todettuihin kuntoutustoimenpiteisiin. Apuvälineiden hankinnassa tulee toteuttaa alueellista hankintayhteistyötä.

Toimenpiteet

Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta on kerätty aineisto ja annettu selonteko eduskunnalle.

Valtioneuvosto asetti 2.10.2003 neuvottelukunnan nelivuotiskaudelle 2.10.2003 - 1.10.2007. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtävänä on ohjata, kehittää ja sovittaa yhteen viranomaisen, yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä sekä alueellisten kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikuntien toimintaa.

Kuntoutusasiain neuvottelukunta on laatinut kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelman. Valtioneuvoston kuntoutusselontekoon sisältyneistä kehittämislinjauksista yksi liittyi kuntoutuksen tutkimukseen ja sen tuottamien tietojen hyväksi käyttöön. Siinä edellytettiin myös kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelman laatimista kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana.

Kehittämisohjelmassa esitetään myös, että vuosina 2005 - 2008 tai 2006 - 2009 toteutetaan kuntoutuksen tutkimusohjelma kuntoutusta ja sen tutkimusta järjestävien ja rahoitettavien organisaatioiden ja ministeriöiden tai vaihtoehtoisesti Suomen Akatemian ja mui-

den organisaatioiden yhteistyönä. Tutkimusohjelman hankkeet valittaisiin avoimen haun perusteella. Suomen Akatemia tutkimusohjelmissa tätä ei ole toteutettu.

Toteutuminen

Kuntoutusasiain neuvottelukunta on pitänyt kuntoutuksen vaikuttavuuden seuraamista ja parantamista tärkeänä. Neuvottelukunnan tutkimusjaosto selvitti keväällä 2007 mitä kuntoutusta koskevaa tutkimusta on meneillään ja suunnitteilla keskeisissä tutkimusorganisaatioissa. Jaoston aloittamaa tutkimustiedon kokoamista on tarkoitus jatkaa ja kehittää suunnitteilla olevassa kuntoutuksen tutkimuksen tietokannassa ja kuntoutusportaallissa. Jaosto on myös selvittänyt miten rekisteritietoja voitaisiin käyttää ja kehittää kuntoutusta koskevassa tutkimuksessa.

Neuvottelukunta on toimikautensa aikana tehnyt yhteistyötä FinOHTAn ja Duodecimin kanssa kuntoutustiedon kehittämiseksi Käypä hoito -suosituksissa. Kansalliseen terveys-hankkeeseen sisältyi osahanke, jonka tavoitteena oli kuntoutustoiminnan kehittäminen hyödyntämällä olemassa olevaa tutkimusta, toimivia hoitomenetelmiä ja vaikuttavuustietoa. Hanke käynnistyi vuonna 2003 ja jatkui vuoden 2007 loppuun asti sairaanhoitopiirien ja muiden toimijoiden yhteistyönä. Sekä FinOHTA että Duodecimin Käypä hoito-toimitus ovat viimeisten vuosien aikana lisänneet kuntoutuksen painoarvoa ja näkyvyyttä hankkeissaan.

Kansallisen terveyshankkeen hankerahoituksella on tehty useita sairaanhoitopiirien kuntoutuksen kehittämishankkeita, jotka ovat koskeneet mm. apuvälinepalveluja, kuntoutus-tutkimusta ja kuntoutusohjausta. Kiireettömän hoidon yhtenäisiin perusteisiin on laadittu perusteet apuvälinepalveluille ja kuulon kuntoutukselle kuulokojeella.

Lokakuussa 2004 järjestettiin osana Kansallista terveyshanketta ja yhteistyössä FinOHTAn ja Duodecimin kanssa työseminaari ”Käypä hoito ja kuntoutus”, jossa mm. määriteltiin, mitä tietoja kuntoutuksesta tulee sisällyttää Käypä hoito -suosituksiin. Siinä vaiheessa tekeillä olevasta Aivoinfarkti Käypä hoito -suosituksesta päätettiin tehdä malliesimerkki.

Marraskuussa 2006 järjestettiin osana kansallista terveyshanketta työseminaari Vaikuttava ja suunniteltu kuntoutus. Työseminaarissa esiteltiin vasta valmistunutta Aivoinfarkti Käypä hoito -suositusta, kuultiin kokemuksia hoitosuosituksien ja hoitoketjujen jalkauttamisesta sekä lääkinällisen kuntoutuksen alueellisista järjestämissuunnitelmista.

Sairaanhoitopiireille osoitettuun kyselyyn vastanneista 13 sairaanhoitopiiristä seitsemän joko ilmoitti, ettei kuntoutuksen toteuttamisessa ole vaikuttavuustietoa hyödynnetty tai jättivät vastaamatta. Neljässä sairaanhoitopiirissä oli aivohalvauksen kuntoutus järjestetty Käypä hoito -suosituksen pohjalta, rakennettu alueellinen hoitoketju ja yhdistetty käytäntöjä alueella. Hankkeita on käynnissä näissä myös muiden sairausryhmien kohdalla. Yhdessä sairaanhoitopiirissä on käynnistetty keskustelu yksityisen palveluntuottajan kanssa uuden palvelukonseptin rakentamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriössä vuonna 2006 tehdyn apuvälinehankkeiden katselmuksen perusteella alueellinen apuvälineyhteistyö on parantunut, rakenteellisia muutoksia on saatu aikaan lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä. Kuntoutusjärjestelmän organisatorinen hajanaisuus ja vaihtelevuus valtakunnassa osaltaan vaikuttavat siihen, että vaikuttavuustiedon implementointi on ollut haasteellista.

Yleisesti voidaan todeta, että vaikuttavuustiedon saatavuus ja tunnettavuus on parantunut hankkeen aikana, mutta tavoitteen tarkoittama vaikuttavuustiedon hyödyntäminen käytännön kuntoutustoiminnassa on edennyt toistaiseksi vaatimattomasti.

3.2.4.13 Lääkkeiden määräämisen ja käytön järjeistämisen ROHTO-hankkeen avulla

Tavoite

Lääkkeiden määräämistä ja käyttöä järjeistetään ROHTO-hankkeen avulla.

Toimenpiteet

Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO perustettiin ROHTO-hankkeen kokemusten pohjalle vuonna 2003. Sen tehtäväksi määriteltiin

- Alueellinen ja paikallinen koulutus- ja kehittämistoiminta
- Lääketiedon arviointi ja välitys
- Lääkekäytäntöjen seuranta ja keskuksen toimintaa palveleva tutkimus

Toteutuminen

Rohto on tehnyt itsearvioinnin ja ulkopuolinen arviointiryhmä on arvioinut Rohdon toiminnan vuonna 2007.

Rohdon toiminta on tietoisesti keskitetty perusterveydenhuollon lääkäreihin ja koulutus- ja kehittämistehtävään. Toiminta on alueellisesti kattanut vasta puolet Suomesta. Mukana toiminnassa on 11 sairaanhoitopiirin alueella olevia terveyskeskuksia tai suurten kaupunkien terveysasemia, yhteensä 102.

Rohdon asiantuntijat ovat vuosina 2003 - 2006 julkaisseet 12 lääkekannanottoa ja 42 muuta julkaisua lääkäreille ja terveydenhuollon henkilöstölle tarkoitetuissa lehdissä ja aikakirjoissa. Keskuksessa kehitettiin erityinen "Rohtopaja" -työmuoto, joita järjestettiin yhteensä 220. Osanottajien osallistumiskertoja oli yhteensä 8134. Rohtopajojen vaikutusta osallistujien lääkemääräämiskäytäntöihin kysyttiin systemaattisesti ja 66 % osallistujista näki tarvetta muuttaa lääkkeenmääräämiskäytäntöjään pajan oppien perusteella.

Toiminnan vaikutuksia lääkemääräyskäytäntöihin ei pystytty arvioimaan kansallisella tasolla. Rohto-keskuksen julkaisutoimintaa kuitenkin tunnetaan hyvin terveyskeskuslääkäreiden keskuudessa.

Ulkopuolisen arviointiryhmän mukaan toiminnan priorisointi on osunut oikeaan ja toiminta on pystytty niukoilla voimavaroilla toteuttamaan tehokkaasti. Se suosittaa toiminnan ulottamista koko maahan, myös yksityissektorille. Toiminta on hyvin johdettua. Riskinä on kohdittain asiantuntijavarojen haavoittuvuus. Toiminnan tulee tapahtua yhteistyössä alueellisen ja paikallisen palvelujärjestelmän kanssa ja julkisella rahoituksella. Tämä muodostaa haasteen koko maan kattavassa toiminnassa.

Tavoitteen on katsottava toteutuneen varattuihin voimavaroihin nähden hyvin.

3.2.4.14 Toimintojen ja rakenteiden uudistamisen loppuun saattaminen vuoden 2007 mennessä sekä 0,2 miljardin euron hyötyjen saavuttaminen vuositasolla vuodesta 2007 alkaen

Tavoite

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan toimintojen ja rakenteiden uudistamishankkeet on saatettu loppuun vuoden 2007 loppuun mennessä ja niiden avulla arvioidaan voitavan saavuttaa vuodesta 2007 alkaen 0,2 miljardin euron hyödyt vuodessa.

Toteutuminen

Analyttistä selvitystä ei ole tehty siitä, ovatko edellytykset 200 miljoonan euron vuosittaisen säästötavoitteen toteuttamiseksi tulleet luoduiksi kansallisen terveyshankkeen aikana. Käytävissä olevien tietojen pohjalta on kuitenkin arvioitavissa, että erityisesti laboratorio- ja kuvantamistoiminnan keskitettyjen, kohtuullisen hyvin toteutuneiden ratkaisujen johdosta tutkimusten yksikkökustannuksissa on tapahtunut laskua. Samoin yhteishankintajärjestelyt ovat selkeästi alentaneet hankinta-artikkelikohtaisia kustannuksia. Koko maan mittakaavassa jo mainituilla järjestelyillä on ollut selkeä rationoiva vaikutus, joka yhteissummaltaan saattaa hyvinkin merkitä tavoitteeksi asetetun 200 milj. euron säästötavoitteen realisoitumista. Esimerkiksi jo lääkkeiden yhteishankinnoista voidaan arvioida koituneen 40 - 50 miljoonan euron vuotuiset säästöt koko valtakunnan tasolla. Yksikkö ja hankintakustannusten kanssa samaan aikaan toki on kuitenkin tapahtunut hoitotoiminnan kasvusta aiheutunutta volyymin kasvua sekä diagnostiikassa että lääke- ym. hankinnoissa, minkä voidaan arvioida kompensoineen rationointivaikutuksiin perustuvia kustannussäästöjä.

3.2.4.15 Yhteenveto toimintojen ja rakenteiden uudistamista koskevien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta

Perusterveydenhuollon seudullisten kokonaisuuksien muodostamista koskevan tavoitteen toteutumisessa kansallisesta tavoitteesta ollaan vielä varsina kaukana. Sekä väestöpohjavoitteen alarajan että terveyskeskuslääkäreiden lukumäärää koskevan tavoitteen alarajan saavuttaa laskennallisesti toistaiseksi vajaa puolet maamme terveyskeskuksista.

Mielenterveytyön, psykososiaalisten palvelujen ja päihdetyön seudullistamisen konkreettiset uudelleenjärjestelyt ovat jääneet verrattain vähäisiksi suoritettuun selvitys-, kehittämisen- ja suunnittelutyöhön nähden.

Erityisvastuualueyhteistyössä on päästy hyvään alkuun ja yhteistyön kehittämiseksi toimitaan kaiken aikaa aktiivisesti. Rakenteellisia tai sairaanhoitopiirien väliseen työnjakoon liittyviä muutoksia on kuitenkin vielä toteutettu verrattain vähän.

Kansallisen terveyshankkeen rakenteellisista tavoitteista näyttäisi hankintayhteistyötä koskeva tavoite toteutuneen parhaiten. Lähes kautta linjan maassamme erityisesti terveydenhuollon toimialan hankintatoimesta pääosa alkaa olla sairaanhoitopiirikohtaisesti tai muuten alueellisesti tai seudullisesti järjestetty.

Terveyskeskusten virka-ajan ulkopuolisen päivystystoiminnan keskittämistä koskevia järjestelyjä on toteutettu kautta maan runsaasti. Yhteispäivystyspisteet on yleensä järjestetty sairaaloiden, useimmiten keskussairaaloiden yhteyteen, joskin suurimmassa osassa terveyskeskuspäivystys ja erikoissairaanhoidon päivystys toimivat omina kokonaisuuksinaan. Puhtaasti kiireellisyysluokituksen mukaan ja yhdestä pisteestä sisään ottavia päivystyspisteitä on kuitenkin maahan muodostunut kymmenkunta. Päivystysjärjestelmän kehittämiseen näyttäisi kohdistuvan merkittäviä haasteita; kiireellisen avun turvaavan peruspalvelun toteutumista päivystysaikana kansalaisten kannalta tasapuolisesti alueellisesti ja paikallisesti on pidettävä ongelmallisena. Ympäri vuorokautisen erikoissairaanhoidon päivystyksen rationointiin näyttäisi edelleen olevan mahdollisuuksia. Päivystyksen ulkoistuminen saattaa olla uhka toimivalle perusterveydenhuollolle.

Alueellisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistamista koskevia organisatorisia järjestelyjä on tehty varsin vähän, mutta suurimmassa osassa sai-

raanhoitopiirejä on asetettu tavoitteita ja laadittu suunnitelmia järjestämissuunnitteluvaikeuksiin kuuluvien toimintojen alueelliseksi järjestämiseksi. Niiden toimeenpanossa on edetty pisimmälle lähinnä laboratoriotoiminnassa ja lääkehuollossa toimeenpanon muilta osin ollessa vielä suurelta osin kesken tai lopullisia päätöksiä vailla. Muodostuneita terveyspiirejä/sosiaali- ja terveyspiirejä on kaksi, joissa kummassakaan ratkaisut eivät ole yhtenäisiä eivätkä koske kaikkia kuntia koko toiminnan osalta eivätkä kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja.

Kansallisen sähköisen sairauskertomuksen aikaansaamisessa ja siihen liittyvän valtakunnallisen arkiston muodostamisessa ollaan vielä alkuvaiheessa, mutta valmisteluvaiheet ovat pääasiassa toteutuneet asetettujen tavoitteiden ja aikataulujen mukaisesti.

Käypä hoito -suositusten tekemistä on tuettu taloudellisesti ja niiden laatiminen ja päivitys jatkuvat aktiivisina. Käypä hoito suositusten pohjalta on kehitetty useimmissa terveyskeskuksissa hoitoketjuja ja useimmiten yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa. Suositusten hyödyntämisestä käytännön työssä ei viime vuosilta ole tarkkaa seurantatietoa, mutta kyselytutkimusten tulokset viittaavat siihen, että hyödyntämistä tulisi tehostaa.

Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen tukeminen on noussut voimakkaasti esiin hankkeen aikana. Ehdotuksia kuntoutusta koskevan systemaattisen vaikuttavuustiedon lisäämiseksi on pohdittu ja tehty. Aivohalvausta koskevassa Käypä hoito -suosituksessa tämä on toteutunut. Uusien tutkimusten tuloksista tai olemassa olevan tutkimuksen hyödyntämisestä ei löydy tietoa.

Apuvälinehankintojen alueellinen yhteistyö on edistynyt hyvin.

Sekä FinOHTA että ROHTO ovat onnistuneesti kohdistaneet toimintaansa tukemaan käytännön toiminnan suuntautumista käyttämään vaikuttavaa teknologiaa.

Siitä, onko kansallisen terveyshankkeen aikana luotu edellytykset 0,2 miljardin euron rationointihyötyjen saavuttamiseksi vuodesta 2007 lähtien, ei ole käytettävissä analyttisiä tietoja. Mitä ilmeisimmin edellytykset on luotu erityisesti hankintatoimen sekä laboratorio- ja kuvantamistoiminnan keskittämiskäytäntöjen ansiosta, mutta reaalisesti kustannukset eivät ole alentuneet samanaikaisesti tapahtuneen volyymin lisäyksen johdosta.

3.2.5 Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen

3.2.5.1 Valtionosuuksia lisätään vuodesta 2003 alkaen

Tavoite

Valtionosuuksia lisätään vuodesta 2003 alkaen 104 miljoonalla eurolla vuodessa. Kehyspäätöksessä vuosille 2004 - 2007 valtionosuuksia suunniteltiin lisättäväksi. Vuonna 2005 lisäys oli 110,25 miljoonaa euroa (kansallisen hankkeen johdosta 75 miljoonaa euroa), 2006 lisäys 98 miljoonaa euroa (75 miljoonaa), 2007 100 miljoonaa euroa (75 miljoonaa).

Toteutuminen

Terveyshanketta rahoitettiin mittavasti. Vuosina 2003 - 2007 käyttökustannusten valtionosuutta lisättiin kuitenkin vain 295 miljoonalla eurolla suunnitellun 345 miljoonan euron asemasta. Rahoituksen tavoite ei siis toteutunut täysin.

3.2.5.2 Valtionosuuden prosenttiosuuksia lisätään asteittain

Tavoite

Valtionosuuksien prosenttiosuuksia nostetaan asteittain, mikäli rakenteiden uudistaminen on käynnistynyt

Toteutuminen

Stakesin Suomen viralliseksi tilastoksi määritetty tilastotiedote 2/2007 näyttää terveydenhuollon rahoituksen 1960 - 2005 jaoteltuina julkiseen ja yksityiseen rahoitukseen ja niiden sisällä eri rahoituslähteiden kesken. Tämän tilaston mukaan valtion rahoitusosuus oli tällä vuosituohannella alimmillaan 17,8 % vuosina 2001 ja 2002 kansallisen hankkeen alkuvuosina. Osuus lähti nousemaan vuodesta 2003 ja vuonna 2005 valtionosuus oli 20,8 % (Taulukko 5).

Taulukko 5. Julkisen rahoituksen ja kotitalouksien osuudet terveydenhuollon rahoituksessa

Vuosi	Valtio	Kunnat	Kela	Kotitaloudet
1998	18,9	42,5	14,8	19,4
1999	18	42,4	14,9	20,3
2000	18,4	41,3	15,4	20,4
2001	17,8	42,3	15,8	19,7
2002	17,8	42,5	16	19,3
2003	18,3	41,5	16,4	19,4
2004	19,9	40,4	16,9	18,3
2005	20,8	40,4	16,6	17,8

Lähde: Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2005, Stakes Tilastotiedote 2/2007.

Nousu näkyy myös asukasta kohti laskettuna euromääränä SotkaNetin tiedoissa (Taulukko 6).

Taulukko 6. Valtionosuudet yhteensä euroa / asukas

	2003	2004	2005
Koko maa	821,7	904,3	964,3

Lähde: Sotkanet

Voidaan todeta, että valtion rahoituksen prosenttiosuuksien lisääntyminen on toteutunut. Näyttö puuttuu siitä, miten ehtoa ”mikäli rakenteiden uudistaminen on käynnistynyt” on sovellettu rahoitusta jaettaessa.

3.2.5.3 Kuntarahoituksen vakautta ja ennakoitavuutta parannetaan

Kuntalaskutuksen uudistaminen otettiin toimeenpanon yhteydessä johtoryhmän toimesta kansallisen hankkeen tavoitteeksi, vaikkei se kuulunut valtioneuvoston periaatepäätöksessä asetettuihin tavoitteisiin.

Tavoite

Kuntarahoituksen vakautta ja ennakoitavuutta parannetaan.

Toimenpiteitä

Hanketta valmistelleen rahoitusryhmän ehdotus kuntien peruspalveluiden rahoituksen vakauden ja ennakoitavuuden parantamiseksi sekä kuntien välisen ja alueellisen tasapuolisuuden lisäämiseksi oli vähentää kuntien riippuvuutta suhdanneherkistä yhteisöverotuloista korvaamalla ne kokonaan tai osittain valtionosuuksien lisäyksillä tai ottamalla muutos muuten huomioon valtion ja kuntien välisissä rahoitussuhteissa.

Sairaalalaskutuksen uudistamista pohtivat selvitysmiehet tekivät ehdotuksen laskutuksen uudistamiseksi (raportti STM työryhmämuistioita 2003:1).

Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmien uudistaminen/PARAS-hanke

Sisäasiainministeriö asetti 1.6.2007 työryhmän selvittämään kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamista. Työn perustana on laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (puitelaki), neuvottelutulos hallitusohjelmasta (15.4.2007) ja valtiontalouden tarkistettut kehykset 2008 - 2011. Työryhmän työ on jatkoa 25.1.2007 asetetulle vastaavalle työryhmälle, joka julkaisi väliraportin 30.3.2007.

Aikataulu: Työryhmän toimikausi on 1.6.2007 - 28.2.2009. Työryhmä on julkaissut väliraportin

Toteutuminen

Ehdotuksia kuntalaskutuksen kehittämiseksi on tehty, mutta päätöksiä tai suosituksia valtion taholta ei ole tehty.

Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmien uudistamisen osalta työn on kesken ja jatkuu PARAS -hankkeen puitteissa.

3.2.5.4 Asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevia säädöksiä uudistetaan

Tavoite

Asiakasmaksuja sekä maksukattoa koskevat säännökset uudistetaan.

Toimenpiteitä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti toimikunnan selvittämään kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista (STM:n julkaisuja 2005:10).

Toimikunta teki koko joukon ehdotuksia, jotka eivät kuitenkaan johtaneet välittömiin toimenpiteisiin maksusäännösten ja maksujen muuttamiseksi.

Toteutuminen

Nykyisen hallituksen hallitusohjelman maksu-uudistuksen mukaan toteutetaan maksujen jälkeenjääneisyyden korjaus ja luodaan maksu-uudistus, jossa maksut seuraavat jatkossa kustannuskehitystä.

Sosiaalipoliittinen ministeriryhmä päätti peruspalveluministerin esittelystä esittää hallitukselle sosiaali- ja terveydenhuollon maksujärjestelmän uudistamista 9.11.2007. Maksu-uudistuksen tarkoituksena on luoda järjestelmä, jossa maksut seuraavat kustannuskehitystä ja varmistavat samalla, että laadukkaat palvelut ovat kaikkien saatavilla. Maksu-uudistuksen tarkoituksena on myös korjata maksujen jälkeenjääneisyys. Maksuja on esitetty tarkistettavaksi 1.8.2008 alkaen niin, että maksut vastaisivat vuosien 2002 - 2006 kustannuskehitystä. Maksukattosäädösten yksinkertaistamista tuottajan kannalta ei ole tapahtunut uudistuksen yhteydessä.

3.2.5.5 Palvelujärjestelmää kehitetään ohjelmatyönä hankerahoituksella

Tavoite

Palvelujärjestelmää kehitetään ohjelmatyönä, johon osoitetaan vuonna 2003 8 miljoonan euron ja vuosina 2004 - 2007 30 miljoonan euron hankerahoitus.

Vuonna 2004 ministeriön työryhmä paneutui sosiaali- ja terveydenhuollon hankehallinnon ja -ohjauksen kehittämiseen ja julkaisi työnsä tuloksena Hakijan oppaan (STM Oppaita 2004:16).

Toteutuminen

Rahoitusta on myönnetty vuosina 2003 - 2007 kaikkiaan 108 miljoonaa euroa yhteensä 531:lle terveydenhuollon hankkeelle. Myönnetty rahoitussumma jäi alle suunnitellun 128 miljoonan euron.

Yhteenveto rahoituksen jakaantumisesta valtion ja lääninhallitusten kesken ja vuosittain on Taulukossa 7.

Taulukko 7. Hankerahoitus vuosina 2003 - 2007(euroa)

	2003	2004	2005	2006	2007	Yhteensä
STM	8 000 000	20 000 000	20 430 000	13 201 500	11 530 700	73 162 200
Läänit		10 053 678	10 064 899	9 283 757	5 503 466	34 852 120
STM ja läänit						108 014 320

Merkittävimpiä rahoituskohteita ovat olleet: terveydenhuollon tietoteknologia 31 miljoonaa euroa, terveystalouden sisällön kehittämiseen tähänneet hankkeet 28 miljoonaa euroa, mielenterveyshankkeet 19 miljoonaa euroa ja palvelurakenteen yhteistyöhankkeet 17 miljoonaa euroa sekä ennaltaehkäisevän terveydenhuollon hankkeet 10 miljoonaa euroa.

Hankkeiden tuomaa hyötyä on arvioitu vuosilta 2003 - 2004 (STM:n selvityksiä 2006:4). Kokonaisarviota hankkeiden vaikuttavuudesta ei ole tehty.

Tehtyjen arvioiden mukaan hankkeet ovat prosessina toteutuneet melko hyvin ja olleet niihin osallistuvilla organisaatioille hyödyllisiä. Niiden piirissä tapahtunut työ on lisännyt

organisaatioiden välistä yhteistoimintaa, tietojen ja kokemusten vaihtoa sekä myös johtaneet vuorovaikutuksen lisääntymiseen.

Kriittisemmät arviot koskevat hankkeiden tuloksia ja niissä syntyvien ratkaisuiden toimeenpanoa. Mitattavia tavoitteita on esitetty hankkeissa huomattavan vähän eivätkä tavoitteet ole riittävän konkreettisesti ohjanneet hankkeessa tapahtunutta työtä. Hankkeiden toiminnallisten ja erityisesti kustannusvaikutusten selvittäminen ja arviointi eivät ole järjestelmällisesti sisältyneet hankkeisiin tai ovat toteutuneet useimmiten varsin pintapuolisesti.

Onnistuneimpina hankkeina voidaan pitää rajattuja seudullisia tai muuten pienehköjä alueita tai toimijaryhmiä koskevia hankkeita. Näissä hankkeissa hanketyössä on edetty myös yksityiskohtaisempiin sisältöihin. Tuloksellisimpia ovat olleet tukipalveluihin, erityisesti hankintoihin, lääkehuoltoon ja tietohallintoon liittyvät hankkeet, joissa on saatu aikaan myös rakenteellisia muutoksia.

Seutukunnallisten hankkeiden osalta arviota on tehty selvityksessä (STM Selvityksiä 2005:7).

Yleisellä tasolla voidaan todeta, että näissä hankkeissa ei varsinaisesti saatu aikaiseksi mitään kokonaan uusia valtakunnallisesti merkittäviä toimintamalleja. Sen sijaan voidaan sanoa, että hankkeilla saatiin aikaan paikallisia innovaatioita, joilla on merkitystä nimenomaan paikallisesti. Paikallisilla hankkeilla on ollut myös työyhteyttä ja verkostoitumista edistävä vaikutus. Monesti voidaan nähdä, että saman sektorin toimijat ovat löytäneet toisensa yhteisen hankehakemuksen kautta.

Kolmannen sektorin toimijat eivät ole olleet merkittävällä tavalla mukana hankkeiden toteuttamisessa, vaan hankkeet on pääsääntöisesti toteutettu viranomaisten yhteistoimintana, projektimuotoisena kehittämistoimintana.

Kuntien näkökulmasta sosiaali- ja terveysministeriön hankerahoituksella on ollut aivan keskeinen merkitys hankkeiden toteutuksessa ja laajemminkin kuntien kehittämistoiminnan moottorina rahoituksellisessa mielessä. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella on sekä taloudellinen että psykologinen merkitys kuntatoimijoille.

Jo päättyneissä hankkeissa aikaansaatuja tuloksia, kehitettyjä toimintatapoja tai malleja ei ole järjestelmällisesti pyritty levittämään sovellettaviksi muissa kunnissa tai alueilla.

3.2.5.6 Sähköisen sairauskertomusjärjestelmän kehittämistä sekä Käypä hoito- ja ROHTO-hankkeita tuetaan valtion erillisrahoituksella

Tavoite

Valtion erillisrahoituksella tuetaan sähköisen sairauskertomuksen kehittämistä 0,8 miljoonalla eurolla, Käypä Hoito- ja ROHTO-hankkeita 1,4 ja 1,3 miljoonalla eurolla/vuosi 2003 - 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rahoitus nostetaan 2,5 miljoonaan euroon vuoteen 2007 mennessä.

Toteutuminen

Kansallisen sähköisen sairauskertomuksen kehittämiseen ja käyttöön ottoon hankerahoituksesta suunnattiin 3,5 miljoonaa euroa suunnitellun 4 miljoonan asemesta.

Käypä hoito -hanketta tuettiin sovituilla 1,4 miljoonalla eurolla vuosina 2003 - 2007 yhteistyössä Raha-automaattiyhdistyksen kanssa.

Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO perustettiin ja toimintaan osoitettiin vuonna 2003 1,3 miljoonaa euroa ja vuosina 2005 - 2007 tavoitteen mukaisesti. Vuodesta 2004 eteenpäin kehittämiskeskuksen tulostavoitteissa on otettu huomioon terveysthankkeen tavoitteet.

Terveysthankkeen menetelmien arviointiyksikön rahoitusta nostettiin vuosina 2004 - 2007 2,0 miljoonaa euroa, mikä jää 0,5 miljoonaa euroa tavoitteeksi asetetusta määrästä.

FinOHTA ei saanut viimeiselle neljännelle vuodelle suunniteltua rahoitusta. Syytä tähän ei ole kirjattu.

3.2.5.7 Tutkimus- ja hoitajajonojen purkamiseen tarvittava lisämääräraha päätetään selvityksen perusteella

Tavoite

Tutkimus- ja hoitajajonojen purkamisesta neuvotellaan valtion, kuntien, Kuntaliiton ja sairaanhoitopiirien kesken.

Toimenpiteet

Rahoituksen myöntämisen taustalla olleista neuvotteluista tai selvityksistä ei ole löydettyä dokumentaatiota.

Toteutuminen

Vuosina 2002 ja 2003 tutkimus- ja hoitajajonojen purkamiseen osoitettiin yhteensä 25 miljoonaa euroa suunnitelman mukaan.

Vuonna 2004 jononpurkurahan käytöstä tehdyn arvion mukaan valtionavustuksen seurauksena jonot lyhenivät.

Stakesin selvityksen mukaan jononpurkurahat eivät kohdentuneet täysimääräisesti niihin toimenpiteisiin, joissa jonot ja odotusajat olivat pisimmät. Kuntien laskennallisten menojen perusteella näytti siltä, että jononpurkuun tarkoitettut rahat menivät osittain muuhun toimintaan.

3.2.5.8 Yhteenveto terveydenhuollon rahoituksen vahvistamista koskevien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta

Hanketta rahoitettiin merkittävästi, kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu merkittävästi. Valtion osuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti vuodesta 2003 lähtien. Rahoituksen kokonaistoteutuminen on jäänyt jonkin verran alle suunnitellun.

Keinoja kohentaa kuntarahoituksen vakautta ja ennustettavuutta on etsitty selvityksissä. Ehdotukset eivät ole johtaneet välittömiin toimenpiteisiin. Tavoitteessa parantaa kuntarahoituksen vakautta ja ennakoitavuutta ei ole edetty konkreettisiin toimenpiteisiin, vaan toteutuksen suunnittelu työryhmissä jatkuu edelleen PARAS- hankkeen yhteydessä.

Asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevat säädökset on uusittu ja päätös asiakasmaksujen korotuksesta on tehty, mutta vasta hankkeen päättymisen jälkeen.

Hankerahoituksella on ollut kuntien näkökulmasta aivan keskeinen merkitys hankkeiden toteutuksessa ja laajemminkin kuntien välisen kehittämistoiminnan moottorina rahoituksellisessa mielessä. Kuitenkaan jo päättyneissä hankkeissa aikaansaatuja tuloksia,

kehitettyjä toimintatapoja tai malleja ei ole järjestelmällisesti pyritty levittämään sovellettaviksi muissa kunnissa tai alueilla. Hankkeiden vaikutukset ja tulosten hyödyntäminen näyttävät kyselyjen perusteella jääneen aiottua vähäisemmiksi useimpien kansallisen hankkeen tavoitteiden kohdalla.

Käypä hoito -hanketta, ROHTOa ja FinOHTAa on rahoitettu sovitusti lukuun ottamatta FinOHTAlle suunniteltua neljännen vuoden rahoitusta. ROHDO:n toiminta on ulkoisen ryhmän arvioimana todettu vaikuttavaksi ja se suosittelee toimintaa jatkettavaksi ja laajennettavaksi.

Rahoituksella tavoiteltavien konkreettisten tavoitteiden asettaminen ja toteutumisen ja saatujen hyötyjen seuraaminen ja arviointi on jäänyt paljolti kyselyjen ja mielipiteiden hankkimisen varaan.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOT VALTIONEUVOSTON PERIAATE- PÄÄTÖKSEN TOTEUTTAMISESTA

Tässä esitettävät arvioitsijoiden johtopäätökset perustuvat (1) luvussa 3 kuvattuihin havaintoihin valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta, (2) suoritettuihin haastatteluihin, (3) 4.4.2008 järjestetyssä aluetukihenkilöiden seminaaritulaisuudessa saatuihin tietoihin, (4) erikseen toteutetun kyselyn tuloksiin.

Johtopäätökset ovat arvioitsijaryhmän yhteiset ja perustuvat arvioitsijoiden yhdenmukaiseen näkemykseen.

4.1 Hankkeen käynnistyminen

Hankkeen käynnistymisen liikkeelle paneva voima on ollut Paavo Lipposen ensimmäisen hallituksen poliittinen päätös, joka mitä ilmeisimmin tehtiin varsin yksimielisen poliittisen ilmapiirin vallitessa. Poliittisen päätöksenteon taustalla oli käsitys, että maan terveydenhuolto oli kriisiytymässä, mitä uhkakuva vuoden 2001 syksyyn ajoittunut lääkäri-lakko osaltaan vahvisti. Päätöksen syntymiseen liittyviä perusteltuja syitä olivat muun muassa nähtävissä oleva ikärakenteen muutos, uhkaava työvoimapula, huoli perusterveydenhuollon toimivuudesta, rakenteellisten muutosten tarve sekä kustannuskehityksen hallintaan liittyvät haasteet. Taustalla vaikutti myös samantapaisten ongelmien ja haasteiden ja ratkaisujen etsimisen nousu esille kaikkialla läntisissä maissa.

Analyttisin perustein arvioituna Suomen terveydenhuollon tulokset olivat hankkeen käynnistymisvaiheessa kansainvälisessä vertailussa varsin hyvät. Ongelmia tai haasteita liittyi kuitenkin hoitoon pääsyyn ja erityisesti väestöryhmien väliseen tasa-arvoon sekä hoitoon pääsyssä että terveydentilassa. Maamme terveydenhuoltoa voitiin hankkeen käynnistymisvaiheessa pitää varsin korkeatasoisena ja verrattain kustannustehokkaana.

Poliittisessa valmisteluprosessissa hankkeelle muodostui muutamia reunaehtoja. Hankkeessa keskityttäisiin etupäässä julkisen terveydenhuolto-sektorin kehittämiseen ja sosiaalitoimen tehtävät lukuun ottamatta terveydenhuoltoon läheisesti liittyviä lasten, nuorten ja vanhusten palveluja jäisivät hankkeen ulkopuolelle. Tämä johti myöhemmin kansallisen sosiaalialan hankkeen käynnistymiseen. Toinen hankkeen alkuvaiheessa syntynyt rajaus oli, ettei hankkeessa puututtaisi maan terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmään, vaikka yhden selvityshenkilön ja valmisteluryhmän tehtävänä oli tarkastella julkisen, kolmannen sektorin ja yksityissektorin yhteistyökysymyksiä. Tästä rajauksesta johtuen hankkeen tavoitteiden asettelussa ja valmistelutyössä syntyneissä ehdotuksissa jäi käsittelemättä eräs merkittävimmistä suomalaisen terveydenhuollon ongelmakysymyksistä – monikanavainen rahoitusjärjestelmä ja sen uudistaminen.

Hankkeen valmisteluvaihetta on pidettävä tehokkaana ja nopeasti toteutettuna. Valmistelu perustui myös poikkeuksellisen laajaan ja monipuoliseen asiantuntijoiden käyttöön, mikä selkeästi edisti yhteisten linjauksien muodostumista maan terveystaloudessa.

4.2 Hankkeen tavoitteenasettelu

Hankkeen tavoitteen asettelussa noudatettiin pääosin niitä kansallisia linjanvetoja, joita useissa aiemmissa terveydenhuoltoa koskevissa ohjelmissa oli nostettu esiin, mutta joiden käytännön toteutus ei ollut päässyt alkamaan.

Leimallista tavoitteiden asettelussa oli se, että tavoitteiden suhteen ei tehty strategisia valintoja, vaan niillä pyrittiin kattamaan kerralla liian monia keskeisiä ongelmia. Valtioneuvoston periaatepäätös oli tässä mielessä terveystoiminnan kokonaisohjelma. Vastaavankaltaisia kokonaisohjelmia tarvitaan, mutta niiden riskinä on, että tavoitteet jäävät helposti liian yleisluonteisiksi. Näin tapahtui osin myös kansallisessa terveyshankkeessa, missä osa tavoitteista koski varsin suuria toimintokokonaisuuksia, osa taas tiettyjä yksittäisiä toimintoja. Esimerkiksi tavoite ”Ennaltaehkäisy ja toimiva perusterveydenhuolto” jäi kovin yleiselle ja ylimalkaiselle tasolle. On oletettavaa, että sen tavoitteen heikohko toteutuminen johtuu osittain juuri siitä, ettei tätä merkittävää kokonaisuutta purettu konkreettisemmiksi paremmin ohjaaviksi tavoitteiksi.

Merkittävimpinä ja samalla myös eniten kansalaisnäkökulmaa korostavina tavoitteina voidaan pitää hoitoon pääsyä koskevia tavoitteita ja yhteneväisten hoidon perusteiden määrittelyä. Toisaalta hoitotakuuksi kiteytyneet tavoitteet nousivat niin julkisessa keskustelussa kuin myös kentällä toteutettujen toimenpiteiden näkökulmasta siinä määrin keskeiseksi kysymykseksi, että niiden voidaan katsoa vieneen tilaa muiden tavoitteiden toteuttamiselta. Asetetut hoitoon pääsyä koskevat kiireettömään hoitoon liittyvät tavoitteet sellaisenaan koskettivat vain osaa maan hoitoa tarvitsevista potilaista ja jätti ulkopuolelle ehkä suurimman osan hoitoon pääsyn parantamista kaipaavista potilaista. Tästä huolimatta tämän tavoitteen asettamista voidaan pitää varsin merkittävänä ja onnistuneena terveystoiminnan linjauksena, sillä tämän tavoitteen esiin nostaminen on johtanut siihen, ettei pitkiä odotusaikoja enää pidetä hyväksyttävänä.

Perusterveydenhuollon toimivuuteen kohdistuu merkittäviä uudistamistarpeita mm. kansanterveyden ja palvelujen saatavuutta koskevan tasa-arvon turvaamiseksi. Perusterveydenhuollon toimivuuden ja palvelujen tasa-arvoisen saannin toteutumiseksi on tärkeä merkitys myös sillä, miten työterveydenhuolto ja siihen oikeutettujen kansalaisten palvelujen käyttö on järjestetty. Tähän ei kansallisessa hankkeessa puututtu lainkaan. Merkittävä on myös alkoholin käytön vähentämiseksi määriteltyjen tavoitteiden ja toimenpiteiden jääminen periaatepäätöksessä kovin vähäiselle konkreettiselle huomiolle. Eri ministeriöissä tuolloin vallinneiden toisistaan poikkeavien näkemysten yhteen sovittaminen jäi myös toteutumatta.

Vaikka valtioneuvoston periaatepäätös johti monin tavoin poikkeuksellisen merkittävään kokonaisohjelmaan, antaa sen tavoitteen asettelu kuitenkin aihetta kritiikkiin. Tavoitteista vain noin kolmannes on asetettu niin selkeästi, että niiden saavuttamista voidaan mitata ja niiden seuranta mittarein on järjestettävissä. Toinen kolmasosa tavoitteista on asetettu siten, että ne kyllä kuvaavat suuntaa, mutta eivät tavoitetilaa. Loput tavoitteet olivat yleisiä ja jossain määrin julistuksenomaisia lausumia, joiden ohjausmerkitys on vähäinen.

Tavoitteita asetettaessa ei riittävässä määrin määritelty eri toimijoiden rooleja tavoitteiden ja toimenpiteiden toimeenpanon ohjauksessa ja seurannassa. Samoin tavoitteiden seuranta, seurannan mittarit ja seurantavastuut olisi pitänyt määritellä tarkemmin. Tämä on merkittävästi vaikeuttanut kansallisen hankkeen toteutumisen arviointia.

4.3 Toimenpiteiden määrittely

Valtioneuvoston periaatepäätös sisälsi runsaasti toimenpiteitä tavoitteiden toteuttamiseksi. Toimenpiteitä ei kuitenkaan kohdennettu kaikille tavoitteille, vaan vain osalle määritellyistä 37 tavoitelausumasta. Lainsäädännön valmisteluun, ohjaus- ja seurantaryhmän asettamiseen ja tehtäviin sekä eräisiin jatkovalmistelutoimiin (esim. jonon purku, hoitoon pääsykriteereiden valmistelu yms.), samoin kuin rahoituspäätöksiin ja hankejärjestelmän luomiseen liittyvät toimenpiteet määriteltiin selkeästi ja niille määriteltiin aikataulu. Sen sijaan hankkeen sisällöllisen ja toiminnallisen ohjauksen, ohjeistuksen, tuen ja viranomais-toiminnan tehtävien määrittely jäi toimenpiteissä vähäisemmälle huomiolle.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti hankkeen aikana ns. kenttäkierrokset, jotka mitä ilmeisimmin paransivat hankkeen sisältöön ja toiminnallisiin kysymyksiin liittyvää ohjausta ja lisäsivät vuorovaikutusta kentän ja valtakunnallisen tason viranomaisten kesken. Nämä kenttäkierrokset edustivat myös uudenlaista toimintakulttuuria sosiaali- ja terveysministeriössä.

Merkittävä osa tavoitteiden saavuttamiseksi kohdistetuista toimenpiteistä oli tarkoitus toteuttaa rahoittamalla kansallisen terveyshankkeen piirissä käynnistettyjä kehittämiss-hankkeita. Arviointien perusteella voidaan todeta, että huolimatta useista hyvin toteutuista ja vaikuttavista hankkeista, hankejärjestelmää ei voi pitää erityisen onnistuneena toimeenpanojärjestelynä. Hankerahoituspäätöksiä ei kaikissa tapauksissa nähty kentällä yhdenmukaisina hankkeen tavoitteiden kanssa. Erityisesti rakenteellisten muutosten toteuttaminen ei näyttänyt hankkeiden avulla juurikaan edistyneen. Hankkeiden rahoituspäätökset eivät kaikki ohjautuneet keskeisten tavoitteiden saavuttamisen mukaan, vaan niissä oli ilmeisesti otettu huomioon myös alueellisia näkökohtia.

Myöhemmin kansallisen terveyshankkeen aikana sosiaali- ja terveysministeriö järjesti hankekatsaustilaisuuksia, joiden voidaan katsoa ryhdittäneen alueellisesti ja seudullisesti toteuttavia hankkeita.

4.4 Hankkeen organisointi

Kansallisen terveyshankkeen organisointi perustui selvityshenkilön, selvityshenkilöparien ja viiden erillisen asiantuntijaryhmän nimeämiseen sekä johto- ja seurantaryhmien asettamiseen. Lisäksi perusterveydenhuoltoa varten asetettiin aluekoordinaattoreiden ja aluetu-kihenkilöiden verkosto. Muodostunutta hankeorganisaatiota voidaan pitää asianmukaisena ja toimivana. Erityisesti valmisteluajainen työskentely on koettu tehokkaaksi ja innostavaksi. Asiantuntijaryhmien asettamisen ja valtioneuvoston periaatepäätöksen tekemisen välinen valmisteluvaihe kesti vain 8 kuukautta, mitä on pidettävä erittäin nopeana ja tehokkaana prosessina.

Hankkeen toimeenpanon alkuvaiheessa (v. 2002) oli epäselvyyttä siitä onko kyseessä normaali, eri viranomaisten tehtäviin kuuluva tehtävä, vai erikseen organisoitava ja vastuutettava hanke, joka vaatisi omaa resursointia ja omia toimijoita. Tämän vuoksi alussa rooliin ja tehtävien muotoutumisessa oli jossain määrin ongelmia erityisesti sosiaali- ja terveysministeriössä. Ratkaisu mitä ilmeisimmin löytyi välimaastosta.

Yhteydenpito ministeriön ja kentän ja sen eri toimijoiden kesken perustui lähinnä seminaareihin, kokouksiin sekä sosiaali- ja terveysministeriön kenttäkierroksilla järjestettyihin

kuulemisiin/esittelytilaisuuksiin sekä valtionavustusta saaneiden hankkeiden karsastilaisuuksiin. Tuloksellisempi organisointimenettely olisi ollut se, että hanketta varten olisi luotu järjestelmällisesti esimerkiksi sairaanhoitopiirikohtainen alueorganisaatio.

Kansalliselta hankkeelta puuttuivat selkeät poliittiseen keskusteluun pystyvät foorumit, missä hanketta olisi voitu ohjata ja jakaa informaatiota tehokkaasti, sekä käydä myös poliittista keskustelua tavoitteista, niiden toteuttamisesta ja täsmentämisestä. Perusteltua olisi myös voinut olla poliittisen sitoutumisen lisäämiseksi käydä eduskunnassa terveysthankkeen tiimoilta terveysthankkeen poliittinen keskustelu.

Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin roolit kansallisessa terveysthankkeessa jäivät epäselviksi. Nämä organisaatiot olivat mukana terveyden edistämishankkeissa. Hankkeen toteutumisen kannalta niillä olisi pitänyt olla merkittävämpi rooli, erityisesti perusterveydenhuollon tukena.

Kansallisen terveysthankkeen toteuttamista vaikeuttivat osaltaan myös valtionhallinnossa samaan aikaan toteutetut kilpailevat hankkeet, kuten kauppa- ja teollisuusministeriössä valmisteltu terveysthankkeen markkinaehtoinen tuottamistapa ja valtionvarainministeriön muista kuin terveysthankkeista paineista lähtenyt intressi laskea alkoholiverotusta. Päätös vaikutti kansallisen hankkeen tavoitteiden vastaisesti alkoholin käyttöön.

4.5 Hankkeeseen sitoutuminen

Hankeorganisaatiossa sekä sosiaali- ja terveysthankkeissa toimivat ovat pääasiassa kokeneet kansallinen terveysthankkeen myönteisenä ja haasteellisena menettelynä, ja siihen on myös sitouduttu.

Kentän organisaatioiden piirissä kansallinen terveysthanke on näkynyt yhtenäisenä kenttäkierrosten ja aluetukihenkilöiden toiminnan kautta, mutta muuten se on koettu lähinnä erillisinä valtionavustuksin tuettuina alueellisina, seudullisina ja paikallisina hankkeina. Sitoutuminen hankerahoituksella tuettuihin kehittämis- ja muutosprojekteihin on ollut suurelta osin hyvää, mutta paikoin myös puutteellista. Rakennemuutosta tavoittelevia hankkeita oli liian vähän eikä niiden tavoitteisiin sitouduttu riittävästi. Hankearvioinnissa on myös todettu, että aivan liian monessa alueellisessa, seudullisessa tai paikallisessa hankkeessa ovat hankkeen tavoitteet ja tavoitellut lopputulokset jääneet määrittelemättä tai määritelty kovin yleispiirteisesti. Hankkeet on myös koettu irrallisiksi, hankerahoituksen motivoimiksi selvittelyiksi, sen sijaan että ne olisivat perustuneet organisaation omaan strategiaan. Sitoutumista hankkeisiin on saattanut heikentää se, etteivät päätökset hankerahoituksesta aina selvästi liittyneet kansallisen hankkeen keskeisiin tavoitteisiin. Kentällä koettiin, että todella uudistavat rakennehankkeet eivät menestyneet hankerahoituksen haussa.

4.6 Hankkeen tavoitteiden toteutuminen

Kansallisen hankkeen itsenäistä vaikutusta on olemassa olevan tietoaineiston perusteella monien tavoitteiden toteutumisen kohdalla mahdoton määrittää. Vain harvojen tavoitteiden toteutumiseen on hankkeessa päästy arviointimittarein, selvityksin tai tutkimuksin.

Arvioitsijoiden näkemykset valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyneen viiden ta-

voiteryhmän tavoitteiden toteutumisesta ovat käytettävissä olevan tietoaaineiston, suoritetun erilliskyselyn, haastattelujen ja aluetukihenkilöiden seminaarin pohjalta seuraavat.

4.6.1 Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä toiminta

Perusterveydenhuollon toimivuuden parantamiseen ei kansallisen terveyshankkeen aikana päästy. Päinvastoin voidaan päätellä, että perusterveydenhuollon toimivuus on heikentynyt erityisesti terveyskeskuslääkäreiden virkojen täyttöasteen merkittävästi huonontuessa. Terveyskeskuslääkäriä käyntien määrä on vähentynyt ja palvelujen käyttöä on siirtynyt muiden palvelujen piiriin. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Perusterveydenhuollossa hoitotakuun toteuttamisessa ei ole onnistuttu saavuttamaan tavoitteita kaikilta osin, ja erityisesti hammashuollossa on ollut suuria ongelmia. Perusterveydenhuollon tulevaisuutta ei siis pystytty hankkeen aikana turvaamaan.

Toimet terveyden edistämiseksi ja ennaltaehkäisyn tehostamiseksi eivät terveyshankkeen aikana toteutuneet siten kuin tavoitelausumien perusteella oli odotettu.

Terveydenedistämislle ei hankkeessa asetettu konkreettisia priorisoituja tavoitteita eikä seuranta. Arviointi perustuukin väestön terveydessä hankkeen aikana tapahtuneille muutoksille, joihin toki vaikuttavat monet tekijät. Nämä muutokset ovat pääosin myönteisiä mutta myös negatiivisia muutoksia nähdään, kuten päihteiden käytöstä aiheutuneiden sairauksien, syrjäytymisen ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmien lisääntyminen, joista on kehittynyt merkittävä kansanterveysongelma. Myös väestöryhmien väliset terveyserot edelleen kasvavat.

Terveyskeskusten verkostoituminen ja toimivien suurempien yksiköiden aikaansaaminen ei ole onnistunut tavoitteiden mukaisesti. Useissa myöhemmissä toiminnallisissa ja organisatorisissa uudelleen järjestelyissä kansanterveystyön johtamisen ja vastuukysymysten on koettu jääneen epäselviksi.

Perusterveydenhuollon toimivuutta ja ennaltaehkäisevää toimintaa koskevien tavoitteiden toteutumisessa on nähtävissä myös myönteistä kehitystä. Perusterveydenhuollon toimivuuteen on hankkeen loppupuolella kiinnitetty huomiota, ja Terveyskeskus 2015 -strategian valmistelun käynnistyminen on ollut tärkeä ja perusteltu toimenpide.

Hoitotakuu on saanut aikaan terveyskeskuslääkäreiden ja hoitohenkilöstön työnjaossa oikean suuntaista edistymistä, ja työnjakojärjestelyjä tapahtuu edelleen runsaasti. Niin ikään kotisairaanhoidon ja kotipalvelu on useassa kunnassa yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi ja tätä koskeva kokeilulakimuutos on koettu myönteisenä.

Positiivista on myös se, että hankkeen kahtena viimeisenä vuotena alettiin erityisesti kiinnittää huomiota terveyden edistämiseen ja ehkäisevän terveydenhuollon kysymyksiin. Nykyisen hallituksen politiikkaohjelma terveyden edistämiseksi on oikean suuntainen. Kansallinen hanke on saattanut vaikuttaa sen syntymiseen.

Kansallisen terveyshankkeen aikana laitoshoidon käyttöä on pystytty jonkin verran vähentämään ja siirtymään kevyempiin avohoitopainotteisiin hoitoihin. Erityisesti tämä näkyy kotihoidon ja kotisairaanhoidon palvelujen lievänä lisääntymisenä ja vanhusten laitoshoidon vähentymisenä.

Hankkeen yksi keskeinen käsitteellinen ja perustavaa laatua oleva lähtökohta jäi hankkeessa onnistumatta: terveydenedistämiseen tähtäävä toiminta on oltava toimijoiden tasol-

la poikkihallinnollista. Hankkeessa oli nähtävissä esimerkiksi hallinnossa ja johtamiskoulutuksen osiossa eri ministeriöiden välisen työnjaon määrittelyn tarvetta.

4.6.2 Hoitoon pääsyn turvaaminen

Hoitoon pääsyn turvaamista koskevien tavoitteiden asettaminen on ollut terveystaloudellisesti merkittävä uusi linjanveto. Tavoitteiden toteuttamisessa on onnistuttu osittain hyvin, osittain hoitoon pääsyajat eivät ole juurikaan kansallisen hankkeen aikana lyhentyneet. Hoitotakuu ei vielä toteudu siis täydellisesti ja alueelliset erot hoitoon pääsyssä ovat edelleen suuret. Hoitotakuu on myös leimautunut pääosin erikoissairaanhoidon tavoitteeksi ja siinä erityisesti leikkausjonojen lyhentämisen tavoitteeksi.

Vaikka jonojen purkaminen ennen hoitotakuun voimaan tuloa helpottikin jo tilannetta erikoissairaanhoidossa, varsinainen hyppäys hoitoon pääsyn paranemisessa tapahtui lain voimaan tulon jälkeen. Jonot lyhenivät lähes kymmenesosaan sekä jonojen purkamisella että hoitotakuulain voimaan tulon jälkeen toiminnan tehostamisella. Muutamissa sairaanhoitopiireissä hoitotakuun toteutumisesta ollaan vielä kaukana.

Hoitoon pääsyä koskevien tavoitteiden toteuttamiseksi laaditut selvitykset sekä lain valmistelu ja toimeenpano etenivät aikataulussa ja tavoitteiden seuranta käynnistyi nopeasti. Tavoitteita asetettaessa ei kuitenkaan varmistuttu siitä, että seurantatiedot olisivat saatavissa sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta luotettavasti ja yhteneväisesti. Hoidon saatavuuden seurantatietojen luotettavassa saannissa sekä niiden julkistamisessa kansalaisille on jossain määrin ongelmia edelleen.

Hoitotakuulain voimaantumisen jälkeen yhteydensaanti terveyskeskuksiin helpottui puhelinalueiden paranemisen ansiosta ja hoidon tarpeen arviointi kolmen päivän sisällä onnistui hoitajien toteuttamana hyvin. Lääkärin vastaanotolle pääsy kolmen päivän sisällä sen sijaan helpottui hoitotakuulain aikana vain tilapäisesti. Hoitoon pääsyn paraneminen terveyskeskuksissa koostuu siis välittömän puhelinyhteyden saamisesta ja hoitajan tekemästä nopeasta hoidon tarpeen arvioinnista.

Suun terveydenhuollossa yli puoli vuotta odottaneiden määrä on vielä suuri ja alueelliset erot samoin. Hoitoon pääsyä suun terveydenhuollossa on vaikeuttanut kokonaisvaltaisen terveystalouden heikko koordinaatio, koska samanaikaisesti laajennettiin terveyskeskusten hoitovastuuta ja annettiin hoitotakuulainsäädäntö, joita oli edeltänyt hammaslääkäriskoulutuksen vähentäminen. Hoitotakuu ei monissa terveyskeskuksissa vielä toteudu. Suun terveydenhuollon palvelujen tarvisijoita lienee myös kymmeniä tuhansia sellaisia, jotka eivät ole edes kysyneet palveluja, kun odotusajat ovat pitkiä.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadinnasta on pidettävä kenties hoitotakuutavoitetta merkittävämpänä terveystaloudellisenä toimenpiteenä. Hoidon perusteiden määrittelyllä on ollut vaikutusta paitsi ohjauselementtinä hoitoon pääsyn yhtenäistymisessä ja hoitoon pääsyn tasa-arvoistumisessa sekä jonkun verran myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisääjänä. Samalla olemassa olevan hoitokapasiteetin käyttöä on parannettu. Hoidon perusteiden noudattamisessa on vielä kehittämistä, erityisesti perusterveydenhuollossa ja joillakin erikoissaloilla. Yhtenäisten hoidon perusteiden ylläpito ja jatkokehittäminen onkin keskeinen kansallinen tehtävä, jonka hoitaminen tulisi selkeästi jatkossa vastuuttaa.

Hoitotakuun tärkeä ja toivottu positiivinen vaikutus on myös, että se näyttää kannustaneen sekä perusterveydenhuollossa että myös erikoissairaanhoidossa toiminnan kehittämiseen, yhteistyön parantamiseen ja työnjaon selkiyttämiseen.

Useilla sairaaloilla ja terveyskeskuksilla ei vieläkään ole kattavia ja ajantasaisia tietoja hoitoa odottavista potilaista eikä odotusajoista, vaan arvioinnit perustuvat erityisesti terveyskeskusten osalta täysin johtaville lääkäreille osoitettuun kyselyyn saatuihin vastauksiin. Kun näyttää siltä, että säästöjen voimaan tulon ohella myös tiivis seurannan järjestäminen ja julkisuus on pakottanut parantamaan hoitoon pääsyä, on tässäkin eräs syy saada nopeasti tietojärjestelmät palvelemaan paitsi hoitoa, myös johtamista ja toiminnan seuranta, erityisesti avohoidossa.

Hoitoon pääsyä koskevien kiireettömän hoidon perusteiden luomista sekä hoitotakuun määrittelyä ja tästä johtuvaa hoitoon pääsyn seurannan tarkentamista on pidettävä eräänä kansallisen terveyshankkeen merkittävimmistä tuloksista.

4.6.3 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen

Lääkärikoulutuksen aloituspaikkojen määrän sekä muun henkilöstön koulutuksen lisääminen olivat rationaalisia, joskin hitaasti vaikuttavia tavoitteita uhkaavassa työvoimapulassa. Tavoitteiden voidaan arvioida toteutuneen hyvin. Hammaslääkärikoulutukselle olisi pitänyt asettaa vastaavia tavoitteita.

Lääkärityövoiman alueelliseen jakautumiseen pyrittiin vaikuttamaan perustutkinnon jälkeisellä yhdeksän kuukauden lisäkoulutusjaksolla ja sillä, että erikoislääkärikoulutuksesta vähintään puolet on suoritettava muualla kuin yliopistosairaalassa. Tavoitteet saavutettiin, mutta ilman laajaa samanaikaista työelämän ja peruskoulutuksen laadullista kehittämistä toimenpide saatettiin kokea yksipuolisiksi ja pakottaviksi.

Henkilöstön täydennyskoulutuksesta annettiin asetukset, jonka toteuttamisen voidaan arvioida toteutuneen aluksi epätasaisesti. Asiaa koskevia järjestelyjä on valmisteilla edelleen runsaasti. Asetuksen toteutumisen valvontaa olisi kuitenkin tehostettava.

Erikoismaksuluokan lopettaminen asteittain onnistui periaatepäätöksen tavoitteen mukaisesti. Erikoismaksuluokan lopettaminen olisi kuitenkin vaatinut rinnalleen tulospalkkauksen toteuttamisen, muutoin erikoislääkäreiden saatavuus muutamilla erikoisalioilla voi vaarantua. Terveystieteiden henkilöstön tulospalkkauksen kehittäminen ei ole johtanut konkreettisiin toimenpiteisiin koko valtakunnan tasolla. Joissakin sairaanhoitopiireissä tulospalkkausjärjestelmiä on kuitenkin kehitetty pitkäjänteisesti ja järjestelmällisesti.

Moniammatillisen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelman toteutumista lääketieteen ja terveystieteen opetusta antavissa yliopistoissa kansallinen terveysprojekti ei pystynyt edistämään. Syynä ovat olleet osaksi erimielisyys tavoitteen sisällöstä, osaksi yliopistojen resurssiin liittyvät puutteet. Tämän tavoitteen toteutuminen olisi ollut oleellista sekä työelämän kehittämisen että rakenteiden uudistustyön etenemisen kannalta. Pitkällä tähtäimellä saattaa myös terveydenhuollon julkisuuskuva ja sen haluttavuutta työpaikkana vaarantua, jollei terveydenhuollon johtamiskoulutusta saada järjestetyksi.

4.6.4 Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen

Perusterveydenhuollon seudullisten kokonaisuuksien muodostamista koskevasta kansallisesta tavoitteesta jäätettiin hankkeen aikana varsin kauas. Sekä väestöpohjan alarajaa että terveyskeskuslääkäreiden lukumäärää koskevat tavoitteet saavuttaa laskennallisesti toistaiseksi vajaa puolet maamme terveyskeskuksista. Mielen- ja psykososiaalisten palvelujen ja päihdetyön seudullistamista koskeva tavoite on toteutunut puutteellisesti, erityisesti ajatellen sen toteuttamiseksi suunnattua selvitys-, kehittämis- ja suunnittelutyötä.

Erityisvastuualueyhteistyössä on päästy hyvään alkuun ja yhteistyön kehittämiseksi toimitaan kaiken aikaa aktiivisesti. Rakenteellisia tai sairaanhoitopiirien väliseen työnjakoon liittyviä muutoksia on kuitenkin vielä toteutettu verrattain vähän. Toimintojen alueelliseksi järjestämiseksi on suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä asetettu tavoitteita ja laadittu suunnitelmia toimintojen alueelliseksi järjestämiseksi. Niiden toimeenpanossa on edetty pisimmälle lähinnä laboratoriotoiminnassa ja lääkehuollossa toimeenpanon muilta osin ollessa vielä suurimmalta osin kesken tai lopullisia päätöksiä vailla. Muodostuneita terveystieteiden/sosiaali- ja terveystieteiden on kolme. Missään näissä ratkaisut eivät ole yhtenäisiä eivätkä koske kaikkia kuntia koko toiminnan osalta eivätkä kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja.

Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon alueellisten yhdistämisen tai yhteistyötavoitteiden toteuttamiseksi tarvittaneen suositusta tiukempia ohjauskeinoja.

Sairaanhoitopiirivetoisten järjestämissuunnitelmien tuleminen terveyshankkeen aikana lainsäädäntöön on ollut sinänsä hyvä asia, mutta vielä tulisi kehittää menetelmiä laatia ja tarkastella niitä laaja-alaisina ja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen kattavina.

Kansallisen terveyshankkeen tavoitteista näyttäisi hankintayhteistyötä koskeva tavoite toteutuneen parhaiten, ehkä siksi että siitä saatava taloudellinen hyöty on suhteellisen helposti arvioitavissa ja todettavissa. Lähes kautta linjan maassamme erityisesti terveydenhuollon toimialan hankintatoimesta pääosa alkaa olla sairaanhoitopiirikohtaisesti tai muuten alueellisesti tai seudullisesti järjestetty.

Terveyskeskusten virka-ajan ulkopuolisen päivystystoiminnan keskittämistä sairaaloiden, useimmiten keskussairaaloiden yhteyteen on toteutettu kautta maan runsaasti, pääosin säilyttäen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset kuitenkin omilla toimintoinaan. Päivystysjärjestelmän kehittämiseen kohdistuu merkittäviä haasteita. Kiireellisen avun turvaaminen päivystysaikana kansalaisten kannalta tasapuolisesti alueellisesti ja paikallisesti on tärkeä tavoite, joka ei saa vaarantua päivystystä keskitettäessä tehostamista tavoitellen. Toisaalta ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon päivystyksen rationointiin näyttäisi edelleen olevan mahdollisuuksia.

Kansallisen sähköisen sairauskertomuksen aikaansaamisessa ja siihen liittyvän valtakunnallisen arkiston muodostamisessa ollaan vielä alkuvaiheissa, mutta valmisteluvaiheet ovat pääasiassa toteutuneet asetettujen tavoitteiden ja aikataulujen mukaisesti. Edistymistä on hidastanut kesken toteutuksen tehty suunnan muutos klusteripohjaisiin hankkeisiin, mikä toisaalta on merkittävä parannus tavoitteeseen.

Käypä hoito -suositusten tekemistä, Finohdan ja ROHDOn toimintaa on tuettu taloudellisesti merkittävästi ja nämä ovatkin pystyneet tuomaan tietoa ja luomaan toteuttamistapoja toiminnan vaikuttavuuden parantamisen tueksi. Jatkossa tulee panostaa tiedon hyväksikäytön laajentamiseen.

Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen tukeminen on noussut voimakkaasti esiin. Ehdotuksia kuntoutusta koskevan systemaattisen vaikuttavuustiedon lisäämiseksi on pohdittu ja tehty, mutta olemassa olevan tutkimuksen hyödyntämisestä ei ole käytettävissä seurantatietoa.

Rakenteiden ja toimintojen uudistamista koskevien tavoitteiden toteuttaminen on nojannut merkittävältä osin kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoitusjärjestelmään. Hankerahoituksen volyyymiin suhteutettuna rakenteellisia muutoksia on sillä

tuetuissa hankkeissa saatu aikaan verrattain vähän. Merkittävimmät rakenteiden uudistamista koskevat tulokset on saavutettu hankintojen keskittämisessä, päivystystoiminnassa, apuvälinehuollossa ja osittain laboratorio- ja kuvantamistoiminnassa.

Arvioitsijoiden johtopäätös on, että merkittävien organisatoristen, alueellisten tai seudullisten palvelujärjestelmämuutosten aikaansaaminen edellyttää lainsäädäntöön perustuvaa normiohjausta, jota kunta- ja palvelurakennemuutukseen liittyvä lainsäädäntö nyt on toteuttamassa.

4.6.5 Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen

Kansallista terveystarpeita rahoitettiin merkittävästi: kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu ja valtion osuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti vuodesta 2003 lähtien. Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukainen tavoite on pääosin toteutunut.

Tavoitteenasettelussa on maininta rahoituksen saannin sitomisesta rakennemuutosten toteutumiseen. Tämän toteutumisesta ei kuitenkaan ole mainintaa myöhemmin. Tämän tapaisen ohjauskeinon käyttöä tiettyjen tavoitteiden toteutumiseksi voisi pitää aiheellisenä, erityisesti hankerahoituksen tapaisen rahoituksen myöntämisessä.

Ehdotukset keinoiksi kohentaa kuntarahoituksen vakautta ja ennustettavuutta eivät ole johtaneet välittömiin toimenpiteisiin. Toteutuksen suunnittelu jatkuu jo tehtyjen selvitysten pohjalta työryhmissä PARAS- hankkeen yhteydessä. Asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevat säädökset on uusittu ja päätös asiakasmaksujen korotuksesta on tehty, mutta vasta hankkeen jälkeen. Asiakasmaksuilla on terveydenhuollon rahoituksen kannalta mitätön merkitys ja asiakkaan osuus koko terveydenhuollon kustannuksista on Suomessa jo nyt korkea. Palvelumaksujen nousu voi muodostua uhaksi palveluiden järkevälle käytölle.

Kuntien näkökulmasta sosiaali- ja terveysministeriön hankerahoituksella on ollut keskeinen merkitys hankkeiden toteutuksessa ja laajemminkin kuntien kehittämistoiminnan moottorina. Jo päättyneissä hankkeissa aikaansaatuja tuloksia, kehitettyjä toimintatapoja tai malleja ei ole kuitenkaan riittävän järjestelmällisesti pyritty levittämään sovellettaviksi muissa kunnissa tai muilla alueilla. Hankerahoituksella tavoiteltavien konkreettisten tavoitteiden asettaminen ja niiden toteutumisen sekä saatujen hyötyjen seuraaminen ja arviointi eivät ole olleet riittävän järjestelmällisiä. Hankejärjestelmää ja – ohjausta olisikin kehitettävä, mihin seikkaan alkavissa kansallisissa hankkeissa on kiinnitetty jo huomiota.

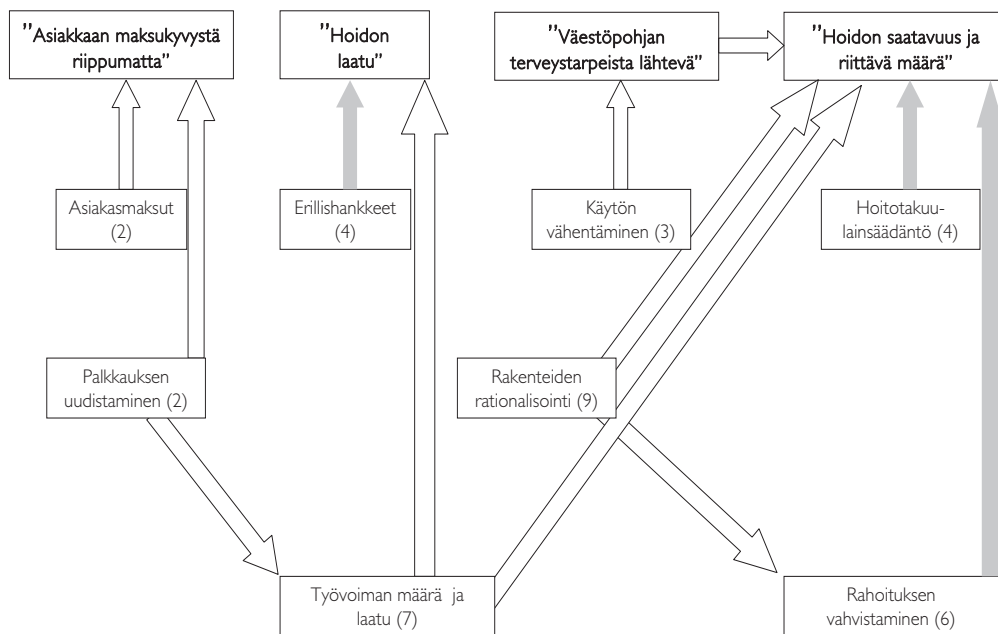
4.7 Kokonaisarvio periaatepäätöksestä

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä kokonaistavoitteeksi asetettiin ”väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta”. Kokonaistavoitteiden toteutumiseen vaikuttavat useat tekijät, jotka vaikuttavat myös toisiinsa. Siksi tässä kappaleessa on tarkasteltu, minkä tyyppisiä riippuvuussuhteita eri tavoitteilla voidaan nähdä olevan. Karkeasti voidaan todeta, että näistä kokonaistavoitteista parhaiten toteutuivat hoidon saatavuuden ja riittävän määrän varmistaminen. Väestön terveystarpeisiin ei ole vaikutettu eikä tarpeen arviota edistetty merkittävästi hankkeen aikana. Asukkaan tasa-arvoisuuteen maksukyvyistä riippumatta on vaikutettu hoidon saatavuutta parantamalla, mutta asiakasmaksuihin kohdis-

tuvat muutokset tulivat vasta hankkeen jälkeen ja niiden vaikutus tasa-arvoiseen saatavuuteen riippuu toteutustavasta ja voidaan arvioida vasta myöhemmin.

4.7.1 Päättävöitteiden toteuttaminen

Kokonaistavoitteen saavuttamiseksi periaatepäätökseen oli kirjattu edellä mainittu 37 osatavoitetta. Käsitkemme mukaan periaatepäätöksen osatavoitteet eivät tasapainoisesti vastaa asetettuja osatavoitteita. Asiaa voidaan selventää seuraavalla kuviolla¹³. Nuolilla on kuvassa esitetty menestystekijöiden suhde toisiinsa ja kokonaistavoitteiden saavuttamiseen.



Kuvio 13. Kansallisen terveyshankkeen strategiakartta

Kuviossa **kokonaistavoitteisiin** pääsyä on hahmotettu strategiakartan muodossa. Kokonaistavoitteisiin pääsy on ehdollistettu *kriittisiin menestystekijöihin*, jotka puolestaan koostuvat valtioneuvoston periaatepäätöksessä mainituista osatavoitteista. Osatavoitteiden määrät ovat kunkin kriittisen menestystekijän kohdalla sulkeissa.

Tavoite **"asiakkaan maksukyvyistä riippumatta"** edellyttää *asiakasmaksujen* toteutumiseksi osatavoitteiden "asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevien säännösten uudistaminen" sekä "yksityissektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sairausvakuutuskorvaukset perusteiden saattaminen tehokkaimpien yksiköiden tuotantokustannustasolle" toteutumista. Merkityksellinen tämän tavoitteen toteutumiseksi on myös tavoite "Toimiva perusterveydenhuolto", jolle ei alatavoitteita ollut asetettu.

Palkkauksen uudistaminen -menestystekijä sisältää osatavoitteet: "erikoismaksuluokkajärjestelmästä luopuminen asteittain sekä lisätöjärjestelmän käyttäminen" ja "tulospalkkauksen kehittäminen työmarkkinaosapuolien kesken".

Niiden toteutuminen vaikuttaa osaltaan tavoitteeseen "**asiakkaan maksukyvyistä riippumatta**" mutta myös menestystekijään *työvoiman määrä ja laatu*. Tähän jälkimmäiseen kuuluvat osatavoitteet: "lääkärikoulutuksen aloituspaikkojen lisääminen", "henkilöstökoulutuksen lisääminen ennakointitoimikunnan suunnitelman mukaisesti", "lääkärin ja hammaslääkärin lisäkoulutusjakson toteuttaminen", "erikoistumiskoulutuksen toteuttaminen muualla kuin yliopistosairaaloissa", "henkilöstön täydennyskoulutuksen toteuttaminen", "moniammatillisen johtamiskoulutusohjelman toteuttaminen" sekä "lääketeollisuuden ja yritysten koulutustuen suuntaaminen henkilöiden sijasta yksiköille".

Näillä on vaikutusta myös kokonaistavoitteen "**hoidon laatu**" saavuttamiseen, mutta lisäksi siihen kohdistettiin neljä *erillishanketta*: "valtakunnallinen sähköisen sairauskertomuksen käyttöön ottaminen", "kansallisten hoitosuositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien käytön tehostaminen rationointihyötyjen aikaansaamiseksi", "vaikuttavuustiedon hyödyntäminen kuntoutuksessa" ja "lääkkeiden määräämisen ja käytön järjeistämisen". Kokonaistavoitteeseen "**väestön terveystarpeista lähtevä**" pyrittiin *käytön vähentämällä*: "kysynnän kasvun vähentäminen", "kysynnän suuntautuminen kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin" ja "päihdeiden käytön ja päihdekäytöstä johtuvien sairauksien vähentäminen".

Osaltaan kokonaistavoite "**väestön terveystarpeista lähtevä**" vaikuttaa myös kokonaistavoitteeseen "**hoidon saatavuus ja riittävä määrä**", kun palvelujen tarvetta arvioidaan ja toteutetaan arvion pohjalta. Muita menestystekijöitä "**hoidon saatavuudelle ja riittäväle määrälle**" ovat: *rakenteiden rationalisointi, hoitotakuulainsäädäntö ja rahoituksen vahvistaminen*.

Rakenteiden rationalisointia tukevat osatavoitteet "perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina 20 000 - 30 000 asukkaan väestöpohjaa varten, joilla toimii 12 - 18 lääkäriä", "mielenterveyden, psykososiaalisten ja päihdetyön palveluiden järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen sektorin ja yksityissektorin kanssa", "erikoissairaanhoidon yhteistyön järjestäminen erityisvastuualueittain", "yhteishankintojen toteuttaminen", "päivystystoiminnan rationalisointi", "sairaanhoitopiirien yhteistyösopimukset, terveystarpeiden muodostaminen ja muut vastaavat järjestelyt", "aluesairaaloiden kytkeminen osaksi terveydenhuoltoalueita tai keskussairaala", "laboratorio- ja kuvantamistoiminnan sijoittaminen sairaanhoitopiirien muodostamiin yksiköihin esim. liikelaitoksia perustamalla" ja "toimintojen ja rakenteiden uudistamisen loppuun saattaminen vuoteen 2007 mennessä sekä 0,2 miljardin hyötyjen saavuttaminen vuositasolla vuodesta 2007 alkaen".

Menestystekijä *rahoituksen vahvistamista* tukevat osatavoitteet "valtionosuuksien lisääminen vuodesta 2003 alkaen 104 miljoonalla eurolla vuodessa", "valtionosuuksien prosenttiosuuksien lisääminen asteittain", "kuntarahoituksen vakauden ja ennakoitavuuden parantaminen", "palvelujärjestelmän kehittäminen ohjelmatyönä hankerahoituksella", "sähköisen sairauskertomusjärjestelmän sekä Käypä hoito- ja ROHTO-hankkeiden tukeminen valtion erillisrahoituksella" ja "terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön rahoituksen nostaminen". Menestystekijän *rahoituksen vahvistaminen* toteuttaminen oli osaksi suunniteltu mahdolliseksi ja sen toteutuminen riippui menestystekijä *rakenteiden rationalisointi* toteutumisesta.

Menestystekijä *hoitotakuulainsäädäntö* sisälsi osatavoitteen: ”perusterveydenhuollon ensiarvioon pääsy kolmessa päivässä”, ”hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa”, ”hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa” ja ”hoidon hankkiminen muualta hoitotakuun toteuttamiseksi”.

4.7.2 Kriittisten menestystekijöiden ja osatavoitteiden vaikutus päätavoitteen toteutumiseen

Strategiakarttaan on hahmotettu arvioitsijoiden näkemys, miten kriittiset menestystekijät ja niitä tukevat alatavoitteet vaikuttivat päätavoitteen toteutumiseen. Selvästi toteutuneet vaikutukset on kuvattu tummennetuilla nuolilla.

Hoidon saatavuus ja riittävä määrä- kokonaistavoitteeseen pääsemistä auttoivat *hoitotakuulainsäädäntö* ja *rahoituksen vahvistaminen*, mutta myös *työvoiman määrä ja laatu* sekä kaikki toiminnan tehostamiseen hallinnon ja organisoinnin kehittämisen kautta vaikuttaneet osatavoitteet.

Hoidon laatua parannettiin lähinnä *erillishankkeilla*, joista erityisesti ”lääkkeiden määräämisen ja käytön järjeistäminen” sekä hoitoon pääsyn yhteydessä toteutettu yhteneväisten hoitoon pääsyn kriteerien valmistuminen toteutuivat. *Palkkauksen uudistaminen* ei tukenut *työvoiman määrän ja laadun toteutumista*, ei myöskään kovin hyvin kokonaistavoitetta ”*asiakkaan maksukyvyistä riippumatta*”. *Käytön vähentäminen* ei vaikuttanut ”*väestön terveystarpeista lähtevän*” kokonaistavoitteen kautta ”**hoidon saatavuuteen ja riittävään määrään**”, sillä palvelutarpeiden arviointi ei hankkeen aikana kehittynyt.

Rakenteiden rationalisointi toteutui Kansallisen hankkeen aikana huonosti ja sen vaikutus **hoidon saatavuuteen ja riittävään määrään** jäi heikoksi.

Myöskään *työvoiman määrä ja laatu* menestystekijän tavoitteissa ei saavutettu pitkäkestoista ja alueellisesti varmistettua **hoidon saatavuuden ja riittävän määrän** turvaamista. Merkittävää alueellista kannustejärjestelmää *rakenteiden rationalisoinnin ja rahoituksen vahvistamisen välillä* ei saatu kehitetyksi.

Kansallisen hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet kohdistuivat normeihin, rakenteisiin ja rahoitukseen. Vaikka jotkut toimenpiteistä oli hyvinkin yksityiskohtaisesti määritelty, sisällön kehittämiseen tähtäviä osatavoitteita ja toimenpiteitä tai konkreettisia tulostavoitteita kehittämiselle ei ollut asetettu. Toiminnan sisällön kehittäminen on kuitenkin sekä asiakkaiden palvelun että tehokkuuden toteutumisen kannalta oleellista ja sitä kautta edellytys myös päätavoitteen toteutumiseksi. Rahoitetuissa hankkeissa löytyi joitain tehokkaita tapoja kehittää toimintaa päätavoitteiden saavuttamiseksi, mutta näiden tulosten levittäminen on jäänyt puutteelliseksi.

4.7.2 Onnistuminen

Edellä on tarkasteltu arvioitsijoiden näkemyksiä kansallisesta terveyshankkeesta eri näkökulmista. Toimeksiantoon sisältyvän yhteenvetoarviona siitä, missä hanke onnistui erityisen hyvin ja missä ei, esitetään seuraavaa: Taulukkoon 8 on sijoitettu otsikkotasoisesti raportissa aiemmin käsitellyt johtopäätökset koskien valtioneuvoston periaatepäätöksen osatavoitteiden toteutumista.

Taulukko 7. Kokonaisarvio valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutumisesta

SUURIN ONNISTUMINEN	PIENIN ONNISTUMINEN
Valtionosuuden lisääminen sekä hankerahoituksen verrattain suuri määrä	Perusterveydenhuollon toimivuuden parantaminen
Hoitoon pääsyn perusteiden ja hoitotakuun määrittely terveyspoliittisena tavoitteena sekä edistyminen tavoitteen saavuttamisessa	Ennaltaehkäisyn tehostaminen
Koulutusvolyymien lisääminen	Terveyskeskusten väestöpohja- ja lääkäritavoitteen toteuttaminen
Päivystyksen keskittäminen	Erityisvastuualueyhteistyön ja sairaanhoitopiirien välisen yhteistyön konkreettiset järjestelyt
Lääkehuollon, laboratorio- ja kuvantamistoiminnan sekä apuvälinehuollon keskittämISRatkaisujen tyydyttävä toteutuminen	Organisatoristen ja hallinnollisten ratkaisujen (terveyspiirien/sosiaali- ja terveyspiirien, terveydenhuolto-alueiden) aikaansaaminen
Hankintatoimen keskitetty järjestäminen lääke- ja lääkintätarvikkeiden sekä aineiden ja tavaroiden hankinnassa	Valtakunnallisen tulospalkkausjärjestelmän luominen
ROHTO-hankkeen toteuttaminen	Johtamiskoulutusohjelman valmistelu ja toteuttaminen
	Rahoitettujen hankkeiden tuloksellisuus erityisesti rakennemuutos Hankkeissa

Tavoitteiden saavuttamista näyttävät tukeneen normien asettaminen ja järjestelmällinen seuranta sekä yhteneväisiin kriteereihin johtanut kehittämistyö (hoitoon pääsy) sekä rahoitus (hoitoon pääsy, ROHTO, koulutusvolyymi, hankkeet). Hankintatoimen keskittäminen, päivystyksen keskittäminen sekä laboratorio- ja kuvantamistoiminnan keskittäminen olivat meneillään olevia kehittämistoimia, jotka saivat lisäkorostusta asettumisesta kansallisen hankkeen tavoitteiksi. Erityisvastuualueyhteistyö ja sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö sekä organisatoristen ja hallinnollisten ratkaisujen toteuttaminen, samoin kuin terveyskeskusten väestöpohjattavoitteen kasvattaminen olivat samalla tavoin jo aiemmin tavoiteltuja, mutta eivät merkittävästi edistyneet kansallisen hankkeen aikana. Onkin oletettavaa, että näiden toteutuminen vaatii informaatio-ohjausta tiukempia ohjausmenetelmiä.

Perusterveydenhuollon toimivuus ja ennaltaehkäisy jäivät tavoitteina liian ylimalkkaisiksi ja olisivat kaivanneet tehokkaampaa ohjausta, konkreettisten tavoitetasojen asettamista ja niiden toteutumisen seuranta. Eräs keino olisi ollut näiden tavoitteiden saavuttamista tukevien kehittämishankkeiden priorisointi rahoitusta jaettaessa. Johtamiskoulutusohjelman toteutus todennäköisesti kärsi ministeriöiden ja eri intressiryhmien välisen yhteistyön ja koordinaation puutteesta.

Näin laajassa hankkeessa seurannan ja arvioinnin merkitystä ei voi liialti korostaa. Tässäkin hankkeessa niille jäi liiaksi kehittämisen varaa.

5 ARVIO KANSALLISESTA TERVEYS- HANKKEESTA OHJAUSKEINONA

Arviointityön toimeksiannon piiriin kuului muodostaa näkemyksiä siitä, missä määrin kansallisella, hyvin laaja-alaisella yhden sektorin projektilla voidaan saavuttaa valtioneuvoston periaatepäätöksessä mainittuja tavoitteita. Keskeinen kysymys on missä määrin kansalliset tavoitteet muuttuivat osaksi kunkin terveydenhuollon toimintayksikön omia strategisia tavoitteita ja toimenpiteitä.

Ohjauskeinoa arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota toisaalta valtakunnallisesti toteutetun ohjauksen ja sen menettelytapojen vaikutuksiin, toisaalta miten kuntien, kuntayhtymien sekä näiden omistamien palveluntuottaja-organisaatioiden ohjaus- ja johtamistoimet ovat onnistuneet. Käsittelemme tässä ensisijaisesti miten informaatio-ohjaukseen perustuva valtakunnallinen suunnittelu, päätöksenteko ja ohjaus onnistuvat kansallisesti määriteltujen tavoitteiden ja toimenpiteiden käytäntöön viemisessä. Keskitymme valtakunnallisen tason ohjaukseen – yksittäisten terveydenhuolto-organisaatioiden ohjaus- ja johtamisjärjestelmien toimivuus muodostaa kokonaan oman monitahaisen kysymyksensä.

5.1 Ohjauksesta

Toiminnan ja talouden ohjausta voidaan lähestyä useasta näkökulmasta, ja ohjausjärjestelmä voidaan rakentaa useiden vaihtoehtoisten mallien pohjalta. Yleinen tapa ohjausjärjestelmän tarkastelussa on jäsentää se strategiseen ja operatiiviseen ohjaukseen.

Strategisen ohjauksen keskeinen näkökulma on varautuminen tulevaisuuteen ja siihen liittyvään tavoitteen asetteluun erityisesti organisaation tai toimintajärjestelmän ulkopuolelta tuleviin haasteisiin vastaamiseksi. Suuret toimintaympäristön muutospainet saattavat johtaa koko organisaatiota tai toimintajärjestelmää koskeviin olennaisiin muutoksiin, reformeihin.

Operatiivisen ohjauksen keskeinen näkökulma liittyy strategisten tavoitteiden ja muutosten toimeenpanoon, toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden, toimintamallien ja toimenpiteiden suunnitteluun sekä organisaation tai toimintajärjestelmän sisäiseen johtamiseen. Merkittävät strategiset muutospainet voivat johtaa organisaation tai toimintajärjestelmän rakenteellisiin tai merkittäviin toimintatapojen muutoksiin, transformaatioihin.

Strategista ja operatiivista ohjausta on luonnehdittu myös siten, että strategisen ohjauksen avulla luodaan onnistumisen edellytyksiä ja operatiivisen ohjauksen avulla onnistumisen edellytykset hyödynnetään.

Ohjausjärjestelmän käytettävissä on useita erilaisia menettelytapoja ja ohjausvälineitä. Sekä strategisessa että operatiivisessa ohjauksessa voivat painottua erilaiset menetelmävalinnat, kuten esim. normiohjaus, tavoite- tai tulosohtaus, prosessiohtaus tai informaatio-ohjaus. Välineistä riippumatta keskeisen ohjauselementin muodostavat myös seuranta ja arviointi.

5.2 Kansallinen terveyshanke ohjausjärjestelmänä

Kansallisen terveyshankkeen piirissä toteutettiin sekä strategisen ohjauksen että operatiivisen ohjauksen näkökulmaa. Hanketta ei mitä ilmeisimmin tarkoituksellisesti määritelty strategisen tai operatiivisen ohjauksen hankkeeksi. Jotkut osuudet hankkeessa muodostuivat tästä syystä operatiiviseksi eli määriteltyjä toimeenpanotoimia edellyttäväksi, jotkut taas linjanvedoiksi, joiden osalta toimeenpanotoimet jäivät määrittelemättä. Tästä saattoi aiheutua jossain määrin epäyhtenäisiä ohjausvaikutuksia. Esimerkiksi strateginen tavoite hoitoon pääsyn turvaamiseksi oli sellainen, jota varten määriteltiin tarkkoja operatiivisen ohjauksen tavoitteita ja toimenpiteitä, kun taas esimerkiksi toimivaa perusterveydenhuoltoa ja ennaltaehkäisyä koskeva tavoite jäi enimmäkseen strategiseksi linjanvedoksi ilman operatiivisten toimien määrittelyä.

Terveydenhuollon kansallisen ohjauksen vaikuttavuuden kannalta hyvänä on pidettävä sitä, että kansallisessa terveyshankkeessa otettiin kantaa sekä strategiaan että operatiivisiin kysymyksiin, mutta tämä olisi tullut ohjausjärjestelmän näkökulmasta tehdä tasapainoisesti. Toinen mahdollisuus olisi ollut se, että strategiaohjelma olisi määritelty erikseen ja sitä toteuttava operatiivinen ohjelma, strategian toteuttavat yksityiskohtaiset tavoitteet ja toimet sisältävänä olisi laadittu erikseen. Vaikka kansallista hanketta on pidettävä ohjaustehtävänsä puolesta merkittävänä, olisi sen vaikuttavuus ollut parempi, mikäli sekä strategisessa tavoiteasettelussa että operatiivisen ohjauksen piiriin kuuluvissa toimeenpanokysymyksissä olisi noudatettu yhtenäistä linjaa kaikissa valtioneuvoston periaatepäätöksen osioissa.

Riippumatta siitä, olisiko kansallinen terveyshanke pitänyt toteuttaa strategisena vai operatiivisena hankkeena vai kummatkin näkökulmat käsittävänä, olisi tavoitteille tullut kaikissa osioissa määritellä mitattavat tavoitteet ja seuranta. Valtioneuvoston periaatepäätöksen eri osioiden kohdalla tavoiteasettelu on tässä mielessä varsin eritasoista.

Ohjausmenetelminä kansallisessa terveyshankkeessa sovellettiin sekä informaatio-ohjauksen periaatteita (tavoiteohjausta) että normiohjauksen menettelytapoja (lainsäädäntöä). Valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyi kuitenkin myös tulosohjauksen piiriin luettavissa olevia ilmaisuja, kuten esimerkiksi tavoite siitä, että toimintojen ja rakenteiden uudistamishankkeet tulee olla saatettu loppuun vuoden 2007 loppuun mennessä ja niiden avulla tulisi voida saavuttaa vuodesta 2007 alkaen 0,2 miljardin euron hyödyt vuodessa.

Valtioneuvoston periaatepäätöstä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta voidaan ohjausjärjestelmänä pitää merkittävänä suomalaista hallintokulttuuria uudistavana avauksena sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa, ohjauksessa ja päätöksenteossa. Periaatepäätöksen keskeisiä elementtejä olivat asiantuntijavalmistelu, poliittinen tahdonmuodostus ja pyrkimys tavoitteilla ohjaamiseen. Tavoitteiden toteuttamisen erääksi uudeksi tavaksi ja keskeiseksi keinoksi valittiin kehittämishankkeet, joihin ohjattiin merkittävää valtionavustusta. Kriittisiksi tai muutoin perustavaa laatua oleviksi ohjauskohteiksi arvioituihin toimenpidekokonaisuuksiin valmisteltiin myös lainsäädäntöä.

Myös ohjauksen organisatorisiin järjestelyihin panostettiin kansallisessa hankkeessa. Hankkeen johtoryhmän ohella hankkeen aikana toimivat seurantaryhmä sekä aluetukihenkilöiden verkosto. Näillä kaikilla on ollut keskeinen rooli ohjaustehtävän toteuttamisessa. Lääninhallituksille määriteltiin myös hankkeessa ohjaus- ja seurantatehtäviä. Lisäksi ministerit sekä sosiaali- ja terveysministeriön virkamiestoimijat jalkautuivat hankkeen aikana kentälle, mitä on pidettävä tämänkaltaisessa informaatio-ohjauksessa myönteisenä menettelytapana.

Hankkeella oli runsaasti **myönteisiä ohjausvaikutuksia**. Keskeisiä ovat:

- Terveydenhuolto tuli saatetuksi poliittiselle agendalle. Valtioneuvosto käsitteli terveydenhuoltoa omana kokonaisuohjelmanaan, mikä johti kansalliseen päätöksentekoon sellaisissakin strategisissa kysymyksissä, jotka eivät kohdistu vain erillisiin lainsäädäntökysymyksiin eivätkä normaalikäytännössä ole erikseen valtioneuvoston käsittelyssä. Näin ollen valtioneuvoston periaatepäätös merkitsi suomalaisen terveyspolitiikan muotoutumista edistävän strategian syntymistä ja terveydenhuollon kokonaisuuden hallinnan nostamista esille.
- Periaatepäätös johti siihen, että terveydenhuollon keskeiset kehittämishaasteet nousivat valtakunnallisen keskustelun kohteiksi. Ikärakennemuutoksen, työvoimakehityksen, palvelurakennekysymysten, hoitoon pääsyn ja hoidon perusteiden sekä perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen samoin kuin rahoituksen riittävyyden merkitys terveyspolitiikassa ja sen tavoitteiden toteutumisessa saivat keskustelussa keskeisen aseman.
- Periaatepäätös ja sen toteuttaminen perustui poikkeuksellisen laajaan asiantuntijavalmisteluun, verrattain avoimeen vuorovaikutukseen ja tiedottamiseen. Siten myös sekä kentän toimijoiden että väestön mahdollisuudet olla perillä (erityisesti media-vetovoimaisista) tavoitteista ja toimenpiteistä paranivat.
- Kansallisen terveyshankkeen ansiosta terveydenhuolto-organisaatioiden alueellinen ja seudullinen yhteistyö lisääntyi ja uusiin kehittämisen ratkaisuihin ryhdyttiin kiinnittämään huomiota. Hanke loi pohjaa myös osalle PARAS -hankkeen tavoitteista ja siinä jatketuille uudistuksille. Erityisesti hoidon perusteiden kehittämistyö hankkeessa johti laajaan toimeenpanovalmisteluun erikoissairaanhoidossa.
- Valtion rahoitusta lisättiin. Perusajatuksena oli kohdentaa rahoitusta nimenomaan valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisten toimenpiteiden (hankkeiden) edistämiseen ja kasvattaa valtion rahoitusosuutta. Rahoitustavoitteet toteutettiin hankkeessa suunnitellun mukaisesti.
- Valtioneuvoston periaatepäätös on joko suoraan tai sen herättämän kritiikin perusteella ollut liikkeelle panevana voimana useiden, ongelmiksi koettujen osalueiden kehittämiseksi ja jatkokehityshankkeiden käynnistymiseksi. Kansallisella terveyshankkeella on ollut vaikutusta erityisesti nykyisen hallituksen politiikkaohjelmien (erityisesti terveyden edistämisen politiikka-ohjelma) valmistelun käynnistämiseen, kunta- ja palvelurakennemuutuksen puitelain sisältöön, terveydenhuoltolain valmisteluun ja hankejärjestelmän uudistamiseen.
- Kansallinen terveyshanke käynnisti ja tuki useita konkreettisia valtakunnallisia uudistuksia, joita oli odotettu ja jotka nyt ovat toteutuneet tai toteutumassa. Tällaisia ovat mm. TEROKA - ja DEHKO -hankkeet sekä ROHDON perustaminen ja FinOHTAn vahvistaminen. Lisäksi yksittäisistä valtioneuvoston periaatepäätöksen tavoitteista yhteisen sähköisen kansallisen sairauskertomuksen toteuttamisessa on edetty tilanteeseen, johon mitä ilmeisimmin ei ilman kansallisen terveyshankkeen kannanottoa olisi päästy.

Kokonaisuutena voidaan todeta, että kansallinen terveyshanke pystyi aikaansaamaan merkittävän osan konkreettista tavoitteistaan. Tässä se mielessä se oli merkittävästi parempi kuin aikaisemmat terveydenhuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen valmistelun, organisoinnin sekä tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisen arviointi johtaa myös **kriittisiin johtopäätöksiin** kansallisen hankkeen toimivuudesta ja vaikutuksista ohjausjärjestelmänä. Tällaisia ovat:

- Valtioneuvoston periaatepäätös ja sen valmistelu rajattiin koskemaan julkista terveydenhuoltoa. Sosiaalitoimi on myöhemmin sekä kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskevassa lainsäädännössä että sosiaali- ja terveysministeriön KASTE -ohjelmassa kytketty saman kansallisen koordinaation piiriin. Sosiaalitoimen sisällyttäminen jo valtioneuvoston periaatepäätökseen ja kansalliseen hankkeeseen johtanut kenttä-organisaatiossa olennaisesti koordinoitumpaan ja monipuolisempaan valmistelutyöhön. Nyt PARAS -hankkeen ja KASTE -ohjelman kenttätö merkitsee runsaasti uutta ja uusiin asetelmiin perustuvaa valmistelutyötä. Esimerkiksi PARAS -hankkeen puitelaki saattoi joissakin tapauksissa keskeyttää jo käynnistyneen rakenteita koskevan uudistustyön, joskin varsin useissa tapauksissa rakennetyö on vasta puitelain jälkeen vauhdittunut. Kansallisen terveyshankkeen aikainen järjestämissuunnittelua koskeva säännös jo edellytti paitsi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon myös sosiaali- ja terveystoimen yhteissuunnittelua. Järjestämissuunnitelmat eivät kuitenkaan ole tuottaneet tavoiteltuja muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä.
- Ohjaustavoitteista jätettiin kokonaan hankkeen ulkopuolelle terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamista koskeva tavoite. Näin ollen nykyisen palvelujärjestelmän eräs kipeimmistä strategisista kysymyksistä jäi hankkeessa käsittelemättä. Tämä merkitsi hankkeen ohjausvoiman olennaista kaventumista. Rahoituksen monikanavaisuuden vuoksi kysynnän suuntautumista ja tarjontaa ei kyetä kokonaisvaltaisesti ohjaamaan. Vuonna 2001 hanketta valmisteltaessa tämän aihealueen tärkeyttä terveydenhuollon tulevaisuudessa suhteellisesti niukkenevien resurssien suuntaamisessa ei ehkä voitu riittävän selvästi nähdä tai ongelma koettiin liian suureksi ratkaista kansallisen hankkeen yhteydessä.
- Vaikka kansallinen terveyshanke muodosti kokonaisuohjelman terveydenhuollon strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi, muodostui tavoitteistosta jossain määrin epäyhtenäinen. Osa tavoitteista oli suuntaa-antavia julistuksia ilman konkreettista sisältöä, osa laaja-alaisesti vaikuttavia päämääräkuvauksia ja osa taas yksityiskohdaisia, määrällisesti kuvattuja tavoitteita. Kokonaistavoitteet olivat varsin yleisiä, ja oli helposti nähtävissä, etteivät hankkeen osatavoitteet olleet tasapainossa näiden kokonaistavoitteiden kanssa. Ohjausjärjestelmän toimivuuden näkökulmasta eri asiakohtia koskevien tavoitteiden olisi tullut olla samantasoisia, mitattavia ja seurattavia. Kokonaistavoitteen kannalta keskeisenä pidettävä tavoiteryhmä ”Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ” jäi kovin yleispiirteisen määrittelyn varaan, kun taas hoitoon pääsyn aikarajoja koskeva tavoitteisto, joka koski vain rajallista osaa terveydenhuollon asiakkaista, oli varsin seikkaperäinen. Tavoitteiston kokonaisrakenteen laatua heikensi myös se, ettei periaatepäätöksessä voitu ottaa huomioon työryhmien valmistelevista esityksistä toisiaan täydentäviä tavoitteita ja toimenpide-ehtotuksia, vaan osa niistä jäi pois.
- Ohjauksen näkökulmasta tavoitteita asetettaessa olisi ollut perusteltua määrittellä myös niitä koskevat ja seurattavat tavoitetasot, toteutumisen seurannan menettelytavat ja vastuutus. Tällä tavoin toteuttamista ja toteuttamisen ohjausta olisi voitu järjestelmällisemmin suorittaa hankkeen aikana, jolloin hankkeen ohjausvai-

kutus olisi ollut toteutunuttakin parempi. Tiukan seurannan myönteinen vaikutus näkyy, normiohjauksen vaikutuksen ohella, hoitoon pääsy tavoitteen toteutumisessa.

- Ohjausvaikutuksen kannalta hankkeen kokoaminen, organisointi ja vastuuttaminen omaksi, järjestelmällisesti toteutettavaksi kokonaisuudekseen ministeriössä olisi parantanut hankkeen toteuttamista. Tätä kautta olisivat myös poliittisen johdon, hankeorganisaation (johto- ja seurantaryhmät), ministeriön virkamiesten, Stakesin, lääninhallitusten, Kuntaliiton sekä aluetukihenkilöiden verkoston tehtävät, roolit ja toimintatavat tulleet tehokkaammin ja koordinoitummin määritellyiksi ja toteutetuiksi ja yhteydenpito ministeriön ja kentän välillä kiinteämmäksi.
- Kansallisen terveyshankkeen ohella maassa oli käynnissä muitakin valtakunnallisia hankkeita, selvitystehtäviä ja lain valmistelua, joilla oli vaikutus kansallisen terveyshankkeen tavoitteiden toteutumiseen. Tällaisia valmistelutehtäviä oli esimerkiksi kauppa- ja teollisuusministeriössä, jossa terveyspalveluiden kilpailuttamista ja yksityistämistä haluttiin edistää, samoin kuin valtionvarainministeriössä, jossa haluttiin laskea alkoholiverotusta. Ministeriöiden välisen koordinaation ei edellä mainituissa asioissa voida katsoa toteutuneen hyvin, sillä päätökset vaikuttivat vastakkaisesti kansallisten terveystavoitteiden ja terveyspalveluiden tasa-arvoiseen toteutumiseen. Eri ministeriöiden valmistelujen koordinoitua on pidettävä merkittävänä haasteena ohjausjärjestelmälle valtionhallinnossa.
- Kansallisen terveyshankkeen operatiivisessa toimeenpanossa kohdennettiin hankerahoitusta seudullisille ja alueellisille hankkeille, jotka tähtäsivät terveyshankkeen tavoitteiden toteuttamiseen. Ohjausjärjestelmän kannalta kriittisen kysymyksen muodostaa se, kohdistuiko tämä rahoitus oikein asetettujen kansallisten tavoitteiden kannalta sekä se, riittävätkö informaatio- ja rahoitusohjauksen keinot hankkeiden muodossa tapahtuvaan toimeenpanoon. Mitä ilmeisimmin näin ei tapahtunut. Erillinen projektiorganisaatio olisi ehkä voinut vaatia systemaattisen raportoinnin hankerahoituksella saaduista tuloksista ja seurata tuloksia kiinteämmin. Hankkeen organisointi erillisenä projektina olisi myös tehnyt mahdolliseksi antaa selkeämmät toimivaltuudet hankeorganisaatiolle ja aluetukihenkilöille sekä suunnitella yksittäisissä hankkeissa saavutettujen tulosten järjestelmällinen hyödyntäminen maan terveydenhuolto-organisaatioissa.

Yhteenvetona kansallisesta terveyshankkeesta terveydenhuollon ohjauskeinona voidaan todeta, että hanke toimi hyvänä ja nykyaikaisena strategisen ohjauksen välineenä ja perustui poliittiseen tahdonmuodostukseen, jossa valtioneuvoston periaatepäätös edusti maan terveyspolitiikkaa linjaavaa kokonaisvaltaista näkemystä. Hankkeen tavoitteen asettelu olisi kuitenkin tullut olla yhtenäisempää ja konkreettisempää erityisesti perusterveydenhuoltoa koskevien tavoitteiden osalta. Hankkeen toimeenpanossa, ohjauksessa, seurannassa ja raportoinnissa eivät informaatio-ohjaukseen ja löysähkön organisointiin perustuneet järjestelyt olleet riittävän tehokkaita toivotun ohjausvaikutuksen aikaansaamiseksi.

Terveydenhuollon rahoituksen rajaamista pois hankkeen piiristä on pidettävä merkittävänä puutteena, ei vain ohjausjärjestelmän, vaan myös koko maan terveydenhuollon kannalta.

6 NÄKEMYKSIÄ TERVEYDEN- HUOLLON KANSALLISEN OHJAUKSEN KEHITTÄMISEKSI

Strateginen ohjaus on yhteiskunnan tarpeiden tunnistamista, tulevaisuuden näkemyksen ja suunnan sekä selkeiden tavoitteiden asettamista, samoin kuin sen seuraamista, että tavoitteet saavutetaan ja hallinnossa ja palvelutuotannossa tehdään oikeita asioita tehokkaalla tavalla. Strateginen ohjaus on tulevaisuuden suunnittelua, jossa tarkoituksena on myös valita asiat ja toimintamallit, jotka luovat menestyksellistä toimintaa. Strateginen ohjaus tarkoittaa myös toteutuksen delegoimista ja malttia välttää puuttumista delegoituun päätöksentekoon.

Valtionhallinnossa strateginen ohjaus ja toteutuksen valvonta ovat erityisesti valtioneuvoston ja ministeriöiden johdon tehtäviä.

Kansallisen hankkeen arvioinnin pohjalta voi päätellä, että tulosten saavuttamisen kannalta olisi tärkeää erottaa, milloin kyseessä on strateginen ohjaustehtävä ja milloin operatiivisen tason ohjaustehtävä, ja että ohjauksen menettelytavat ja metodit valittaisiin tasapainoisesti tämän jaotuksen pohjalta.

Strategisen ohjauksen taustalla on varautuminen toimintaympäristön muutoksiin ja sen tulisi perustua väestöpohjaiseen ja asiakaslähtöiseen lähestymistapaan. Terveystieteiden strategisen ohjauksen tulisi perustua analyttisiin johtopäätöksiin väestön terveysriskeistä, todellisista terveystarpeista, terveyskäyttäytymisestä sekä siitä, mihin terveyden ja hyvinvoinnin tasoon maassa tähdätään. Terveystieteiden ohjausjärjestelmässä hallinnolliset ja rakenteelliset kysymykset ovat toimintalinja- ja toimenpidekysymyksiä ja niiden tulee palvella asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Valtion keskeisen roolin terveydenhuollon ohjauksessa tulisi olla strateginen, ja sen tulisi painottua nimenomaan väestö- ja asiakasnäkökulmasta asetettavien tavoitteiden ja niitä mittaavien indikaattoreiden asettamiseen.

Kun kansallisen ohjauksen perusteita pohditaan, tulisi strategisten tavoitteiden kohdistua siis väestön terveydessä aikaan saataviin muutoksiin. Kansallisten tavoitteiden tulisi siis kuvata järjestelmällä aikaansaavia vaikutuksia ja näiden tulisi ohjata palvelujärjestelmää. Kyse on strategisesta informaatio-ohjauksesta. Sen tulee kuitenkin olla palvelujärjestelmää velvoittavaa, mistä syystä valtioneuvoston tulisi kansallisen terveyshankkeessa toteutetulla tavalla tehdä ohjausta ja tavoitteita ja niiden seuranta koskevia päätöksiä esimerkiksi hallituskausittain. Näin ollen hallitukset olisivat kansallisessa ohjausjärjestelmässä valtakunnallisia järjestämisestä vastuullisia toimijoita.

Valtion rooli on asettaa tavoitteet kansalliselle terveydenhuoltojärjestelmälle ja seurata ja valvoa niiden saavuttamista. Strategisten tavoitteiden toteuttamisen tulee ensisijaisesti kuulua palvelujen järjestämisvastuussa olevien kuntien ja palvelujen toteuttamisesta huolehtivien organisaatioiden toiminnan piiriin. Kullekin palvelujen tuottajalle kuuluu toimintamallien ja tarvittavien organisaatiojärjestelyiden toteuttaminen sekä varsinainen palvelutuotanto.

Kuvattua kansallista, valtion viranomaisille kuuluvaa ohjauselementtiä voidaan kuvata nimellä "Kansallinen terveysstrategia" tai mikäli ohjausjärjestelmää tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus huomioon ottaen, "Kansallinen hyvinvointistrategia". KASTE -ohjelma osittain edustaa kuvattua strategiaohjauksen lähestymistapaa, jossa

strategiset tavoitteet ovat perustana operatiiviselle ohjaukselle. Kansallisen terveys/hyvinvointistrategian ohjausmerkitystä voidaan korostaa sillä, että siitä päätetään ja se julkaistaan omana erillisenä kokonaisuutenaan, jolloin varsinaista palvelujärjestelmää koskevat, verrattain usein muuttuvat operatiiviset ohjauselementit muodostavat oman kokonaisuutensa.

Mikäli hallituskausittain päätettävä ”Kansallinen terveys/hyvinvointistrategia” muodostaisi keskeisen valtakunnallisen strategisen ohjauksen elementin, voisi KASTE -ohjelma jatkossa toimia sen kansallisena toimeenpanosuunnitelmana.

Operatiivisessa ohjauksessa kyse on palvelujärjestelmän ja terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnan ja talouden ohjauksesta. Kun maassa on väestöpohjaisiin strategiisiin tavoitteisiin pohjautuva hyvinvointistrategia siihen sisältyvine indikaattoreineen ja tavoitetasoineen, on palvelujärjestelmän operatiivisella ohjauksella saatava terveydenhuoltojärjestelmä toteuttamaan näitä tavoitteita. Tällaista organisaatioiden operatiiviseen toimintaan liittyvää ohjausta ei voida perustaa puhtaasti informaatio-ohjaukseen, vaan usein tarvitaan myös lainsäädäntöä, menettelytapaoheja sekä seurantaan ja valvontaan liittyvää viranomaistoimintaa. Tätä koskeva valmistelutyö voitaisiin toteuttaa vuosittaisten valtakunnallisten toimintaohjelmien avulla, joita KASTE -ohjelman -tapainen suunnittelu edustaisi. Tällainen operatiivinen toimintaohjelma toimisi myös valtion tulo- ja menoarvion perusteluna.

Edellä kuvatun operatiivisen toimintaohjelman tulisi kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus, jossa erilaiset toiminto- ja osa-aluekohtaiset politiikkaohjelmat tai vastaavat kehittämissuunnitelmat on sovitettu yhteen. Yhteen sovittamattomia sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueita tai asiakas- ja potilasryhmiä koskevia suunnitelmia ei tulisi käyttää ohjausjärjestelmässä eikä myöskään ohjata valtion rahoitusta näihin (ns. korvamerkityt valtionavustukset). Näin ollen esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon ohjauksen tulee kuulua yhteen ja saumattomaan kokonaisuuteen siten, että näiden sektoreiden perinteisestä resurssikilvasta päästäisiin eroon. Erikoissairanhoidon tulee tukea peruspalvelujen järjestämistä eikä päinvastoin, kuten nykyisen ohjausjärjestelmän valitessa on osittain tapahtunut.

Keskeinen haaste maan terveydenhuollon operatiivisessa ohjauksessa on kannusteiden puuttuminen. Kansalliseen terveyshankkeeseen oli kirjattu kannuste valtionosuuden lisäämisestä, mutta sen toteutumisvaade ei perustunut aikaansaatuihin ja loppuunvietyihin muutoksiin vaan rakenteiden uudistamistyön aloittamiseen. Kannustejärjestelmää tulisi nopeasti kehittää operatiivisen ohjauksen välineeksi terveydenhuolto-organisaatioissa, mutta myös strategisen ohjauksen välineeksi valtakunnallisessa terveyspolitiikassa ja valtionosuusjärjestelmässä. Kannusteet tulee ottaa mukaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon palkkapolitiikkaa linjaavaan sopimusjärjestelmään, kuten TEHYn palkkaratkaisua koskevassa sopimuksessa viime syksynä on tehtykin. Kannusteiden perusteena tulisi olla edellä mainittujen strategisten indikaattoreiden pohjalta asetettujen tavoitteiden saavuttaminen yhdessä taloudellisuutta koskevien tunnuslukujen yhteistarkastelun kanssa.

Terveydenhuollon kansallista ohjausta ei ole mahdollista rakentaa minkään yksittäisen ohjauksen menetelmän tai menettelytavan varaan, vaan eri ohjaustehtäviin tarvitaan erilaisia lähestymistapoja. On ilmeistä, että strategisessa ohjauksessa informaatio-ohjauksen rooli korostuu, mutta siihen oleellisesti liittyvä tulosten seuranta on järjestettävä tosiasiatiedon pohjalta. Tässä Stakesin (uuden Kansanterveyslaitoksen kanssa integroidun organisaation) roolin tulisi olla keskeinen.

Ohjauksessa tarvitaan myös normiohjauksen ja tulosohjauksen välineitä. Normiohjauksella tulisi erityisesti edelleenkin säädellä kansalaisten oikeuksia sekä palvelujen järjestäjien ja tuottajien toiminnan keskeisiä vastuita ja rajoitteita. Tulosohjauksen piiriin liittyvät kysymykset valtionosuusjärjestelmän ja rahoituksen tavoitteiden toteuttamisesta, ja siinä tulisi ottaa käyttöön edellä käsitellyt kannustinelementit. Kansallisen hankkeen arvioinnin pohjalta on noussut esiin tarve ehdottaa palkkapolitiittisten kannustuselementtien käyttöä perusterveydenhuollon toimintakyvyn ja vetovoimaisuuden edellytysten luomiseksi.

Kansallisen ohjauksen linjana tulisi erityisesti kehittää väestöpohjaista, hyvinvointi- tai terveysstrategista suunnittelua kansallisen, hallituskausittain valmisteltavien strategiaohjelmien avulla. Tavoitteiden asettamisen tulisi perustua analyysiin väestön terveydentilasta ja tarpeista. Tavoitteiden asettamista ja niiden toteutumisen seuranta varten tarvitaan valtakunnallisesti määritellyt indikaattorit. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän operatiivisen ohjauksen toteuttamiseksi tulisi laatia vuosittainen valtion tulo- ja menoarvion perusteena toimiva toimintaohjelma, jossa rahoitusta olisi sidottu tavoitteiden saavuttamiseen. Strateginen ohjaus noudattaisi pääasiassa informaatio-ohjauksen periaatteita, mutta keskeisten tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittaessa myös normiohjausta. Operatiivisessa ohjauksessa tulisi noudattaa sekä normiohjauksen menettelytapoja että toisaalta luoda järjestelmä kannustavan tulosohjauksen soveltamiseksi. Oleellista on, että terveydenhuollon kansallista ohjausta ei ole rakennettavissa minkään yksittäisen metodin varaan, vaan eri ohjaustehtäviin tarvitaan erilaisia lähestymistapoja.

7 LÄHTEET

Keskeisen osan aineistosta muodostavat:

- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Hankesuunnitelman yhteenvedot 17.12.2002.
- Kansallisen terveyshankkeen johtoryhmän pöytäkirjat ja ehdotus kehittämistyön tavoitteiksi (Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. STM, Työryhmämuistioita 2002:3)
- Kansallista terveyshanketta valmistelevien selvityshenkilöiden ja työryhmien raportit
- Kansallisen terveyshankkeen seurantaryhmän raportit ja kokousmuistiot
- Kansallisen terveyshankkeen seurantaryhmän toteuttama arviointikysely 26.10.2006
- Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi; STM, Julkaisuja 2006/4
- Yhteenvedot kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttamiseen liittyvistä selvityksistä ja toimeenpanosuunnitelmista (SM, STM, Kuntaliitto)
- Kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemistä ja jatkototeutusta koskeva muistio, liiteaineistot sekä hallituksen iltakoulun linjaukset (hallituksen iltakoulu 21.11.2007)
- PARAS-hankkeen toteutumista koskevat yhteenvedot ja arviot; Kuntaliiton aineistot.

Muita lähteitä:

- Heinämäki Ritva, Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Tiina Mäenpää, Minna Kaila. Kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteet Paikallinen käytäntö ohittaa usein valtakunnalliset kriteerit. Suomen Lääkärilehti 62:4019 – 4023, 2007.
- Kaila Minna, Hannu Rintanen, Ulla Saalasti-Koskinen. Käypä hoito -suositusten käyttöönotto terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 61:2142-2143, 2006.
- Kajantie Mira, Hannu Halila, Jarkko Ihalainen, Vänskä J. Erikoislääkäreiden määrän kehitys vuoteen 2015. Pystytäänkö eläkepoistuma korvaamaan uusilla spesialisteilla?. Suomen Lääkärilehti 61:3865-3870, 2006.
- Ketola E. Liisa-Maria Voipio-Pulkki ym. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi: opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Kuntaliitto, 2006.
- Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Rohdon ulkoinen arvio. Rohdon itsearvio 2007
- OECD Health Data 2007. www.oecd.org.
- Pekurinen Markku, Hennamari Mikkola, Ulla Tuominen (toim.) Hoitotakuun talous. Stakes, Raportteja 5/2008.
- Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet
- Stakes, Päihdetilastollinen vuosikirja 2007
- Stakes, Hoitotakuun talous, raportteja 5/2008
- Stakes, Suomalaisten hyvinvointi 2008
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:7
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Julkaisuja 2002:5.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Julkaisuja 2003:19
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Työryhmämuistioita 2003:33
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, Oppaita 2005:5
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Hankesuunnitelman yhteenvedot 17.12.2002.
- Viisainen Kirsi, Ulla Saalasti-Koskinen, Marja-Leena Perälä Ei-kiireelliseen hoitoon pääsy terveyskeskuslääkärille Suomen lääkäri 58: 2209 – 2215, 2003
- Suomalaisten hyvinvointi 2008. Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura, Matti Heikkilä, (toim.). Stakes 2008.

Liite I. Haastatellut henkilöt

Juhani Ahovuo, kuvantamisen aluejohtaja, Suomen Terveystalo
Mats Brommels, professori, kansanterveystieteen laitos, HY
Jussi Huttunen, professori, emeritus
Rauno Ihalainen, sairaanhoitopiirin johtaja, PSHP
Risto Ihalainen, apulaistoiminnanjohtaja, Suomen Lääkäriliitto
Jouko Isolauri, lääkintöneuvos, STM
Pentti Itkonen, kehittämisspäällikkö, STM
Riitta-Maija Jouttimäki, hallitusneuvos, STM
Raimo Jämsén, finanssineuvos, STM
Jaana Laitinen-Pesola, puheenjohtaja, TEHY
Markku Lehto, kansliapäällikkö, emeritus, STM
Ari Miettinen, toimitusjohtaja, TYKS LAB
Kati Myllymäki, lääkintöneuvos, STM
Marjukka Mäkelä, tutkimusprofessori, Stakes
Jukka Männistö, ylijohaja, Terveystieteiden tutkimuskeskus
Risto Parjanne, toimitusjohtaja, Suomen Kuntaliitto
Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, Stakes
Liisa-Maria Voipio Pulkki, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto
Tuomo Pääkkönen, sosiaali- ja terveysjohtaja, Kainuun maakuntayhtymä
Pentti Silvola, sairaanhoitopiirin johtaja, PPSHP
Osmo Soininvaara, valtiotieteiden maisteri, peruspalveluministeri vv. 2000-2002

Liite 2. Kysely sairaanhoitopiiren johtajille

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

Kysely sairaanhoitopiirien johtajille

1) Vastaaja

2) Sairaanhoitopiiri

3) Mistä lähtien sairaanhoitopiirissänne on noudatettu kattavasti Yhtenäisiä kiireettömän hoitoon pääsyn kriteerejä (STM Oppaita 2005:5)

4) Miten alueelliset erityistarpeet on voitu ottaa huomioon osaltanne terveydenhuollon henkilöstön koulutuksen aloituspaikkojen määrässä?

5) Milloin ja minkälaiset täydennyskoulutuksen suunnitelmat ja seurantajärjestelmät sairaanhoitopiirissänne on valmisteltu?

6) Miten olette kehittäneet kannustusjärjestelmiä, joissa otetaan huomioon tuloksekas työpanos (tulospalkkaus)?

7) Miten sairaanhoitopiirinne alueella on toteutettu kansallisten hoitosuosituksen ja alueellisten hoito-ohjelmien käytäntöön soveltaminen?

8) Oletteko arvioineet kansallisten hoitosuosituksen ja alueellisten hoito-ohjelmien toteuttamista ja vaikutuksia?

- Kyllä, miten?
- Ei

9) Miten vaikuttavuustietoa on hyödynnetty sairaanhoitopiirinne kuntoutustoiminnassa?

10) Mitä hallinnollisia järjestelyjä on vuosina 2002-2007 toteutettu sairaanhoitopiirinne alueella entisissä aluesairaaloissa tai vastaavissa erikoissairaanhoidon paikallisissa tai seudullisissa sairaaloissa?

11) Onko vuosina 2002-2007 sairaanhoitopiirissänne perustettu koko sairaanhoitopiiriä ja sen alueen terveyskeskuksia palveleva yksikkö seuraavilla toiminnoille?

	Kyllä	Ei
Laboratoriopalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuvantamispalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apuvälinekeskuspalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietotekniset palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) Mikä on sairaanhoitopiirin hallintoon/liikelaitokseen/yhtiöön palvelutuotantonsa siirtäneiden terveyskeskusten %-osuus kaikista alueenne terveyskeskuksista vuoden 2007 lopussa?

Laboratoriopalvelut

Kuvantamispalvelut

Apuvälinekeskuspalvelut

Lääkehuolto

Tietotekniset palvelut

13) Mikä on sairaanhoitopiirin hallintoon/liikelaitokseen/yhtiöön palvelutuotantonsa siirtäneiden terveyskeskusten väestöpohjan %-osuus alueenne kaikkien terveyskeskusten väestöpohjasta vuoden 2007 lopussa?

Laboratoriopalvelut

Kuvantamispalvelut

Apuvälinekeskuspalvelu

Lääkehuolto

Tietotekniset palvelut

14) Onko sairaanhoitopiirinne alueen kunnat, terveyskeskukset ja sairaanhoitopiiri päättänyt seuraavien toimintojen alueellisesta (sairanhoitopiiriin tai muun vastaavan alueen) toiminnoista:

	Kyllä	Ei
Virka-ajan ulkopuoliset päivystyspalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensihoito ja sairaankuljetus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täydennyskoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiaalitoimi ja hankinnat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallinnon ja huollon tukipalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietojärjestelmät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15) Kommentteja edelliseen kysymykseen?

16) Onko erityisvastuualueellanne (ERVA) laadittu vuoden 2002 jälkeen yhteinen strategia-, kehittämis- tai muu vastaava suunnitelma, jossa on kuvattu ERVA-alueenne sairaanhoitopiirien välinen erikoissairaanhoidon työnjako ja yhteistyö?

- Kyllä
 Ei

17) Onko ERVA-suunnitelma hyväksytty sairaanhoitopiiriinne valtuustossa/hallituksessa?

- Kyllä
 Ei

18) Mitä suunnitelmia ja toimenpiteitä sairaanhoitopiiriinne on tehnyt keskeisten kansansairauksien esiintyvyyden ja niistä aiheutuvan hoidon tarpeen vähentämiseksi?

19) Mitä toimenpiteitä sairaanhoitopiiriinne on tehnyt a) päihteiden käytön ja päihteiden käytöstä johtuvien sairauksien vähentämiseksi? b) kysynnän suuntaamiseksi kevyisiin avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin?

20) Mikä on arvionne Kansallisen terveyshankkeen ohjausvaikutuksesta ja toteuttamisesta?

Lähetä

- 2008:
- 1 Urpo Kiiskinen, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen, Sanna Natunen, Arpo Aromaa. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. ISBN 978-952-00-2503-8 (nid.) ISBN 978-952-00-2504-5 (PDF)
 - 2 Utarbetande av en datasäkerhetsplan. Handbok för verksamhetsenheter inom social- och hälsovården. (Vain verkossa). ISBN 978-952-00-2507-6 (PDF)
 - 3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.) ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF)
 - 4 Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. ISBN 978-952-00-2527-4 (inh.) ISBN 978-952-00-2528-1 (PDF)
 - 5 National framework for high quality services for older people. ISBN 978-952-00-2529-8 (pb) ISBN 978-952-00-2530-4 (PDF)
 - 6 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008–2011. ISBN 978-952-00-2533-5 (nid.) ISBN 978-952-00-2534-2 (PDF)
 - 7 Näyttöpäätetyö. Valtioneuvoston päätöksen 1405/1993 soveltaminen ja vaikutukset työpaikoilla. ISBN 978-952-00-2550-2 (nid.) ISBN 978-952-00-2551-9 (PDF)
 - 8 Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE-programmet 2008-2011. ISBN 978-952-00-2556-4 (inh.) ISBN 978-952-00-2557-1 (PDF)
 - 9 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. ISBN 978-952-00-2586-1(nid) ISBN 978-952-00-2587-8 (PDF)
 - 10 Rekommendationer för förebyggande av våld i närrelationer och inom familjen. Identifiera, skydda och handla. Hur styra och leda det lokala och regionala arbetet inom social- och hälsovården. ISBN 978-952-00-2588-5 (inh.) ISBN 978-952-00-2589-2 (PDF)
 - 11 Rekommendationen för uppgiftsstrukturer för den yrkesutbildade personalen inom socialvården. ISBN 978-952-00-2600-4 (inh.) ISBN 978-952-00-2601-1 (PDF)
 - 12 Sosiaalitoimen valmiussuunnitteluopas. (Vain verkossa) ISBN 978-952-00-2603-5 (PDF)

- 13 Handbok för beredskapsplanering inom socialväsendet. (Endast på webben)
ISBN 978-952-00-2604-2 (PDF)
- 14 Säteilyonnettomuudet. Säteilylle altistuneiden tutkimus ja hoito.
ISBN 978-952-00-2630-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2605-9 (PDF)
- 15 Strålningsolyckor. Undersökning och vård av personer som utsatts för strålning. (Endast på webben)
ISBN 978-952-00-2606-6 (PDF)
- 16 Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011
ISBN 978-952-00-2609-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2610-3 (PDF)
- 17 Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2007-2010
ISBN 978-952-00-2631-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2632-5 (PDF)
- 18 Welfare, health and equality. Survey for 2007-2010
ISBN 978-952-00-2626-4 (pb)
ISBN 978-952-00-2627-1 (PDF)
- 19 Hälsa, trygghet och jämställdhet. Översikt 2007-2010
ISBN 978-952-00-2633-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2634-9 (PDF)
- 20 Juhani Ilmarinen, Tomi Hussi (toim.). Työhön osallistuminen ja työllisyyden kehitys. Raportti työhön osallistumisen tulo- ja lähtövirroista sekä Työterveyslaitoksen toiminnasta strategiakaudella 2004-2007
ISBN 978-952-00-2646-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2647-9 (PDF)
- 21 Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2008-2011. Regeringens jämställdhetsprogram 2008-2011
ISBN 978-952-00-2652-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2653-0 (PDF)
- 22 Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2657-8 (PDF)