

Suomen eTerveys -tiekartta

Suomen eTerveys -tiekartta



KUVAILELEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Kansainvälisen eTerveysyhteistyön koordinaatioryhmä puheenjohtaja: Eero Lahtinen sihteeri: Annakaisa Iivari kirjoittajat: Annakaisa Iivari ja Pekka Ruotsalainen		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä STM017:00/2005, 18.3.2005	
Julkaisun nimi Suomen eTerveys -tiekartta			
Tiivistelmä Euroopan unionin eHealth Action Plan (COM 2004(356)) on asettanut jäsenmaille vaatimuksen laatia kansallinen eTerveyden tiekartta vuoden 2006 loppuun mennessä. Suomen eTerveys-tiekartta on jatkumoa 1990-luvun puolessa välissä alkaneelle kansalliselle strategiatyölle. Se kokoaa yhteen kymmenen viime vuoden kansallisen kehittämistyön keskeiset linjaukset ja aikaansaannokset ja linjaa tulevia haasteita erityisesti suhteessa Euroopan tason yhteistyöhön. Suomen kansallisenä tavoitteena on tiedon saatavuuden varmistaminen hoitoon osallistuville ajasta ja paikasta riippumatta. Tähän on pyritty asiakastietojen kattavalla digitalisoinnilla, sähköisten potilaskertomusjärjestelmien semanttisen ja teknisen yhteistoiminnallisuuden kehittämisellä koko kertomuksen sisällön osalta, kansallisen terveydenhuollon infrastruktuurin ja tietoverkkoratkaisujen kehittämisellä, tunnistamis- ja todentamiskäytännöillä ja sähköisellä allekirjoituksella sekä ylläpitämällä päätöksentekoa tukevaa tietoa verkossa. Toisena keskeisenä tavoitteena on kansalaisen ja potilaan osallistumisen mahdollistaminen ja kansalaisen tiedonsaannin lisääminen ja laadukkaan terveystiedon varmistaminen. Tähän pyritään kansalaisen terveystietoportaalin kehittämisellä, tarjoamalla kansalaiselle pääsy omiin potilas/terveystietoihin ja lokitietoihin sekä kehittämällä interaktiivisia sähköisiä palveluita. Suomen tavoitteet ovat pääosin yhteneväiset muiden EU:n jäsenmaiden kansallisten tavoitteiden sekä komission linjaamien EU-tason tavoitteiden kanssa. Ominaista suomalaiselle toteutukselle on tietoturvan ja tietosuojan korostaminen sekä kehittämistyön toteuttaminen eettisesti ja juridisesti kestäväällä tavalla. Suomen linjausten mukaan terveystietojen tallettaminen ja käyttö perustuu verkotettuihin tietoturvasuhteisiin tietovarantoihin. eTerveyden perusinfrastruktuuri on Suomessa kattava. Työryhmän näkemyksen mukaan eurooppalaisen yhteistyön tarve korostuu tulevina vuosina. Työryhmä toteaa, että ministeriön tulisi vastata eTerveyteen liittyvästä poliittisesta ja strategisesta tason kansainvälisestä valmistelusta. Asiantuntijalaitosten (Kela, TEO, Stakes) tulisi osallistua kansainväliseen yhteistyöhön kansallisten vastuidensa mukaisesti. Ministeriön tulisi järjestää kansainvälisen yhteistyön koordinaatio sekä kehittää tiedonvaihtoa siten, että eri toimijat edistävät yhteisesti määriteltyjä tavoitteita kansainvälisessä toiminnassa. Samalla tulee varmistaa, että kansainväliseen yhteistyöhön on käytettävissä riittävät resurssit. Työryhmä esittää, että yhteistyö organisoitaisiin esimerkiksi perustamalla tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tietohallinnon neuvottelukunnan yhteyteen kansainvälisestä yhteistyöstä vastaava jaosto.			
Asiasanat: kansainvälinen yhteistyö, sähköinen asiointi, sähköinen tunnistaminen, terveydenhuolto, terveys, portaalit, potilaat			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:14		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.) 978-952-00-2284-6 (PDF)
Kokonaissivumäärä 30	Kieli Suomi	Hinta 10,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Koordinationsgruppen för internationellt e-Hälsosamarbete Ordf. Eero Lahtinen Sokr. Annakaisa Iivari Författare: Annakaisa Iivari		Typ av publikation	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet	
Publikationens titel: Finlands vägkarta för e-Hälsa			
<p>Referat</p> <p>Europeiska unionens eHealth Action Plan (COM 2004(356)) har ställt ett krav på medlemsländerna att utarbeta en nationell vägkarta för e-Hälsa senast vid utgången av år 2006. Finlands vägkarta för e-Hälsa är en fortsättning på det nationella strategiarbete som inleddes i mitten av 1990-talet. Den samlar ihop centrala riktlinjer för och prestationerna i det nationella utvecklingsarbetet under de senaste tio åren och drar upp linjerna för kommande utmaningar särskilt i förhållande till samarbete på Europainivå.</p> <p>Finlands nationella målsättning är att trygga tillgången till information för de personer som deltar i vården oberoende av tid och plats. Detta har man eftersträvat genom täckande digitalisering av klientuppgifter, utveckling av semantisk och teknisk samverkan av systemen för journalhandlingar med avseende på innehållet i hela handlingen, utveckling av infrastruktur och datanätlösningar för den nationella hälso- och sjukvården, lösningar för identifiering och verifiering och elektronisk underskrift samt genom upprätthållande av information som stöder beslutsfattande.</p> <p>En annan central målsättning är att göra det möjligt för medborgaren och patienten att delta, öka medborgarens information och trygga hälsoinformation av hög kvalitet. Detta försöker man genom att utveckla en hälsoinformationsportal för medborgaren, att erbjuda medborgaren tillträde till hans eller hennes egna patient-/hälsouppgifter och logguppgifter samt att utveckla interaktiva elektroniska tjänster.</p> <p>Finlands målsättningar är till huvuddelen sammanfallande med de nationella målen i de övriga medlemsländerna i EU samt med de mål på EU-nivå som kommissionen har dragit upp. Karakteristiskt för det finländska genomförandet är framhävandet av datasäkerhet och datasekretess och genomförandet av utvecklingsarbete på ett etiskt och juridiskt hållbart sätt. Enligt de finländska riktlinjerna baserar sig lagring och användning av hälsouppgifter på nätverkskopplade, dataskyddade databanker. I Finland är den grundläggande infrastrukturen för e-Hälsa täckande.</p> <p>Enligt arbetsgruppen framträder behovet av europeiskt samarbete under de kommande åren. Arbetsgruppen konstaterar att ministeriet borde ansvara för internationell beredning på politisk och strategisk nivå med anknytning till e-Hälsa. Expertinstitutionerna (FPA, Rättsskyddscentralen för hälsovården, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården) borde delta i internationellt samarbete i enlighet med sitt nationella ansvar. Ministeriet borde ordna koordineringen av internationellt samarbete samt utveckla informationsutbytet så att olika instanser gemensamt främjar fastställda mål i den internationella verksamheten. Samtidigt skall man säkerställa att det finns tillräckliga resurser för det internationella samarbetet. Arbetsgruppen föreslår att samarbetet skall organiseras genom att t.ex. grunda en sektion med ansvar för internationellt samarbete i anslutning till delegationen för elektronisk informationsadministration inom social- och hälsovården.</p>			
<p>Nyckelord</p> <p>Elektronisk identifiering, elektronisk kommunikation, hälsa, hälso- och sjukvård, internationellt samarbete, patienter portaler</p>			
Övriga uppgifter: www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2007:14		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2283-9 (inh.) 978-952-00-2284-6 (PDF)
Sidoantal: 30	Språk: Finska	Pris: 10,80 €	Sekretessgrad: Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher: Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date	
Authors Coordination Group for international cooperation on eHealth Chairman: Eero Lahtinen Secretary: Annakaisa Iivari Writers: Annakaisa Iivari and Pekka Ruotsalainen		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 18 March 2005	
Title of publication: eHealth Roadmap for Finland			
Summary <p>The European Union's eHealth Action Plan (COM 2004(356)) called for the member states to draw up their national eHealth Roadmaps by the end of 2006. Finland's eHealth Roadmap is a continuation of the work with national strategies started in the middle of the 1990s. It gathers together the major policy definitions and achievements of the national development work from the last ten years and outlines future challenges in particular in relation to cooperation at the European level.</p> <p>Finland's national objective is to secure the access to information for those involved in care regardless of time or place. The means used to achieve that objective have included a comprehensive digitalisation of patient data, development of the semantic and technical compatibility of the electronic patient record systems in regard to the entire content of a record, development of the national health care infrastructure and information network solutions, identification and verification solutions and electronic signature, and also maintaining of information that supports decision-making on the net.</p> <p>Another major objective is to enable the involvement of citizens and patients, to increase the citizens' access to information and to ensure a high quality of health information. The measures have included development of a health information portal for citizens, providing citizens an access to their own patient/health records and log information, and enhancement of interactive electronic services.</p> <p>Finland's objectives are mainly compatible with the national objectives of other EU member states and the EU level objectives defined by the European Commission. It is characteristic of the Finnish approach to emphasise data security and data protection and to develop the systems in a way that is sustainable from an ethical and juridical point of view. According to the Finnish policy definitions the storing and use of health information is based on networked corporate data with a high data security. The infrastructure for eHealth is comprehensive in Finland.</p> <p>The Coordination Group expects that the demand for European cooperation will increase in the next few years. It states that in regard to eHealth the Ministry should assume the responsibility for international preparation at the political and strategic level. The expert institutions (Social Insurance Institution, National Authority for Medicolegal Affairs, National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES) should take part in international cooperation in accordance with their national areas of responsibility. The Ministry should organise the coordination of international cooperation and develop the exchange of information so that the various actors involved promote the jointly defined objectives in international activities. It must be ensured at the same time that there are adequate resources available for the international cooperation. The Coordination Group proposes organising the cooperation for instance by setting up a subcommittee responsible for international cooperation under the Advisory Committee on Electronic Information Management in Social Welfare and Health Care.</p>			
Key words electronic identification, electronic services, health, health care, international cooperation, patients, portals			
Other information: www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2007:14		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2283-9 (paperpack) 978-952-00-2284-6 (PDF)
Number of pages: 30	Language: Finnish	Price: 10.80 €	Publicity: Public
Orders Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

SISÄLLYSLUETTELO

KUVAILULEHTI	3
PRESENTATIONSBLAD	5
DOCUMENTATION PAGE	7
1 VALMISTELUN TAUSTA.....	11
2 NYKYTILAN KUVAUS (SWOT)	13
3 NYKYTILASTA TAVOITTEISIIN	15
3.1 Kehittämisen strategiset painopisteet.....	15
3.2 Yhteistoiminnallisuus.....	15
3.3 Potilaan ja kansalaisen tunnistaminen ja todentaminen.....	17
3.4 Terveystuollon ammattihenkilöiden tunnistaminen ja todentaminen	17
3.5 Toimintayksiköiden nimeäminen, tunnistaminen ja todentaminen.....	18
3.6 Sähköinen allekirjoitus.....	18
3.7 Infrastrukturi ja tietoverkko	19
3.8 Sähköiset palvelut ja tieto kansalaiselle	20
3.9 Ammattihenkilöiden työn laatu ja potilasturvallisuus	21
3.10 Terveystuollon tilastoinnin ja seurannan kehittäminen.....	22
4 STRATEGIAN TOTEUTTAMISKEINOT.....	23
4.1 Lainsäädäntöpohja ja eettinen kestävyys.....	23
4.2 Rahoitus	24
4.3 Koordinaatio ja ohjaus.....	25
5 JATKOPOHDINTOJA.....	27
5.1 Potilaiden, ammattihenkilöiden ja palveluiden liikkuvuus kansallisesti ja EU:ssa	27
5.2 Tietojärjestelmien standardointi ja sertifiointi.....	27
5.3 Suomen osallistuminen kansainväliseen eTerveys-yhteistyöhön.....	28

1 VALMISTELUN TAUSTA

Suomen eTerveys-tiekartta on jatkumoa 1990-luvun puolella välissä alkaneelle kansalliselle strategiatyölle. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 1996 sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian¹. Strategian peruslähtökohtana oli saumattomien palveluketjujen kehittäminen, jonka katsottiin edellyttävän laajaa uuden teknologian hyödyntämistä, uudenlaisten tietojärjestelmäarkkitehtuurien luomista sekä tietojärjestelmien yhteensopivuuden parantamista.

Strategian jatkotyönä luonnosteltiin alueellinen arkkitehtuuriratkaisu, jonka tavoitteena oli mahdollistaa usean eri toimittajan asiakastietojärjestelmien alueellinen integrointi perustuen järjestelmien välillä välitettäviin sanomiin ja ns. viitehakemistoon. Viite (”patient record location reference information”) käsitti alun perin tiedon siitä, missä tietojärjestelmässä potilaan varsinainen sähköinen kertomus oli talletettuna. Integraation toteutustavaksi valittiin sanomavälitys eikä esimerkiksi tietokantaintegraatiota. Viestinvälitysratkaisu sopi yhteen Suomessa jo siihen aikaan laajalti käytetyn HL7-standardiperheen² standardien käytön kanssa. Alueellinen toimeenpano alkoi Satakunnasta v. 1998 ja laajeni sieltä HUS:n ja Pirkanmaan alueelle. Alueellisen toimeenpanon tueksi säädettiin määräaikainen saumattoman palveluketjun kokeilulaki ajalle 1.1.2001 – 31.12.2003. Tämän jälkeen kokeilulakia jatkettiin ja sen piiriin hakeutuivat lähes kaikki kunnat ja sairaanhoitopiirit. Alueellisissa toteutuksissa päädyttiin kuitenkin toisistaan jossain määrin poikkeaviin ratkaisuihin viitehakemiston tietosisältöjen osalta.

Vuonna 2003 käynnistettiin osana kansallista terveyshanketta valtakunnallinen sähköisten potilaskertomusjärjestelmien kehittämishanke (2003-07). Valtioneuvoston 11.4.2002 antaman periaatepäätöksen mukaan yhteentoimiva sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä tuli aikaansaada vuoden 2007 loppuun mennessä. Toimeenpano organisoitiin sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sähköisten potilasasiakirjojen määrittelyä ja käyttöönottoa ohjaavan työryhmän kautta. Työryhmä määritteli valtakunnallisen sähköisen potilaskertomuksen toimeenpanostrategian, joka julkaistiin 1/2004³. Työryhmän jatkotyönä⁴ (1/2005) julkaistiin keskeiset vaatimukset, joita kaikkien sähköisten potilaskertomusjärjestelmien tulisi noudattaa. Vaatimuksia toimeenpaneville alueellisille kehittämishankkeille on ohjattu rahoitusta valtion budjetista vuosina 2004 (10 milj. euroa) , 2005, (10 milj. euroa) ja 2006 (5 milj. euroa). Vuodelle 2007 on rahoitusta varattu noin 5 milj. euroa. Lisäksi kuntatoimijat ovat osallistuneet hankkeiden rahoitukseen vähintään samansuuruisilla summilla. Kehittämishankkeista on muodostettu samojen järjestelmätoimittajien ympärille nk. hankeklustereita, joita koordinoidaan valtakunnallisesti.

Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kehittämishanke toi esille, että perustietojärjestelmien standardoinnin ja niiden integrointia tukevien alueellisten järjestelmien ohella tarvitaan kansallisen tason palveluita, jotka tulee toteuttaa keskitetysti. Kansallisen tason palvelut määriteltiin nk. POKA-työryhmän luonnostelemassa valtakunnallisessa arkkitehtuurissa 1/2006⁵. Samaan aikaan

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Työryhmämuistioita 1995:27. Helsinki 1996.

² HL7 – Health Level 7 on kansainvälinen järjestö, jossa sovitaan terveydenhuollon kokonaisintegroinnissa tarvittavista standardeista.

³ Sosiaali- ja terveysministeriö. Sähköisten potilasasiakirjojen valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38.

⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Työryhmämuistioita 2004:18

⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuista kansalliseen kokonaisuuteen. Selvityksiä 2006:8. Helsinki 2006.

valmisteltiin tietoyhteiskuntaohjelman puitteissa kuntien ja valtion tietohallintoyhteistyöhön liittyviä kehittämissuunnitelmia (KuntaTIME). Tässä työssä terveydenhuollon keskitetty sähköinen arkisto nousi keskeiseksi keihäänkärkihankkeeksi⁶.

Pääministeri Vanhasen johtama tietoyhteiskuntaohjelman ministeriryhmä linjasi maaliskuussa 2006 terveydenhuollon kansallista tietojärjestelmäarkkitehtuuria koskevat perusratkaisut. Perusratkaisut sisältyvät eduskunnan joulukuussa 2006 hyväksymään lainsäädäntöön (HE 253/2006 ja HE 250/2006). Lainsäädäntö velvoittaa terveydenhuollon organisaatiot liittymään siirtymäajan kuluessa valtakunnalliseen tietojärjestelmäarkkitehtuuriin, jonka keskeisiä palveluita ovat sähköisten potilaskertomusten arkistointi- ja jakelupalvelu, valtakunnallinen reseptitietokanta, terveydenhuollon ammattihenkilöiden sähköinen varmennepalvelu sekä luokitusten, koodien ja termien ylläpitopalvelu. Yksityiskohtainen valtakunnallisten palveluiden määrittelytyö valmistuu helmikuussa 2007 ja palvelut toimeenpannaan vuosien 2007 –2010 välisenä aikana.

Terveydenhuollon kehittämishankkeiden rinnalla on käynnistynyt kansallinen sosiaalihuollon tietoteknologian kehittämishanke⁷. Sosiaalihuollon ratkaisut tulevat soveltuvin osin noudattamaan terveydenhuollon ratkaisuja.

eHealth Action Plan (COM 2004(356)) –tiedonannossa Euroopan unionin komissio ehdotti jäsenmaille kansallisten eTerveyden tiekarttojen laatimista vuoden 2006 loppuun mennessä. Samassa asiakirjassa komissio esitti myös eurooppalaiset tavoitteet eTerveydessä.

Tämän eTerveys-tiekartan tavoitteena on koota yhteen kymmenen viime vuoden kansallisen kehittämistyön keskeiset linjaukset ja aikaansaannokset ja linjata tulevia haasteita. Lisäksi tavoitteena on luoda Suomen strategiset linjaukset suhteessa komission esittämiin eurooppalaisiin tavoitteisiin. Tiekartta on laadittu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettaman työryhmän (STM017:00/2005) työnä. Työryhmän toimikausi oli 21.3.2005 – 31.12.2006 ja työryhmässä ovat olleet seuraavat asiantuntijat: pj ylilääkäri Eero Lahtinen, STM, vpj neuvotteleva virkamies Ralf Ekebon, STM, neuvotteleva virkamies Carin Lindqvist-Virtanen, STM, lääkintöneuvos Heikki Savolainen, STM, ylitarkastaja Noora Heinonen, STM ja hänen erottuaan ministeriön palveluksesta ylitarkastaja Merja Huovinen, STM, ylilääkäri Antti Huunan-Seppälä, Kela ja hänen tilallaan 19.5.2006 alkaen ylilääkäri Kyösti Haukipuro, Kela, tutkimusprofessori Juhani Eskola, KTL, kehittämisspäällikkö Päivi Hämäläinen, Stakes, kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto; erityisasiantuntija Pentti Itkonen, STM, ylitarkastaja Pirjo Sarvimäki, STM ja ylitarkastaja Tero Kuitunen, KTM. Jokaisella jäsenellä on ollut myös henkilökohtainen varajäsen. Heistä kokouksiin ovat osallistuneet lakimies Johanna Huovinen, STM, tiedottaja Eija Hukka, KTL, apulaisjohtaja Jorma Järvisalo, Kela, ylitarkastaja Riitta Masukoski, KTM, hallitusneuvos Lauri Pelkonen, STM, EU-avustaja Satu Koskenkorva, STM sekä tutkimusprofessori Pekka Ruotsalainen, Stakes. Ruotsalainen on toiminut myös tiekartan kirjoittajana. Työryhmä on kuullut seuraavia asiantuntijoita: innovaatiohankkeen johtaja Hannu Hämäläinen, Stakes, järjestelmäpäällikkö Heljä-Marja Ketola, Kela sekä ylilääkäri Matti Ojala, Stakes. Työryhmän sihteerinä on toiminut projektipäällikkö Annakaisa Iivari, STM. Työryhmä on kokoontunut 7 kertaa.

⁶ Valtioneuvoston kanslia. Kuntien ja valtion tietohallinnon yhteisten menettelytapojen ja koordinoinnin kehittäminen. Kehittämissuunnitelman loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 10:2005. Helsinki 2005.

⁷ Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Tietoteknologian käytön edistäminen sosiaalihuollossa –hankeuunnitelma. Monistetta 2005:1. Helsinki 2005.

2 NYKYTILAN KUVAUS (SWOT)

Suomella on eTerveyden kehittämisen näkökulmasta useita vahvuuksia. Terveystieteiden tekninen perusinfrastruktura on kattava. Sähköiset potilaskertomukset ovat käytössä lähes jokaisessa terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidossa useimmat toimintayksiköt ovat ottaneet sähköisen kertomuksen käyttöön ja muutamassa käyttönotot ovat parhaillaan meneillään. Potilastietoja välitetään terveydenhuollon organisaatioiden välillä sähköisesti kasvavassa määrin - joissakin sairaanhoitopiireissä jo lähes kaikki läheteet ja hoitopalautteet välittyvät sähköisesti. Kuvantamisen alueella radiologisten kuvien alueellinen välittäminen on rutiinia. Käytössä on myös erilaisia alueellisia ratkaisuja potilastietojen katseluun yli rekisterinpitäjärajojen. Lääkäreillä on kattavasti käytössään internet-yhteys ja erilaisia päätöksenteki- ja konsultaatiopalveluita saatavilla. Duo-decimin terveysportti on yleisessä käytössä. Käypä hoito –suositukset ovat niin ikään sähköisesti saatavilla. Terveystieteiden henkilökunnan tietoteknologia osaaminen on hyvällä tasolla.

Suomen vahvuutena voidaan pitää myös sitä, että terveydenhuollossa on laajalti omaksuttu yhteiset tietojen käsittelyyn liittyvät menettelytavat. Paperimuotoisella kumulatiivisella potilaskertomuksella on vuosikymmenien perinteet. Asiakirjoihin tehtävät merkinnät, hoitotietojen käyttö ja luovutus on hyvin ohjeistettu ja tietosuojan periaatteet tunnetaan hyvin. Potilasasiakirjoja koskevat menettelytavat on kirjattu sekä lakiin että asetukseen. Lainsäädäntö on juuri uudistettu vastaamaan sähköisen tietojenkäsittelyn tarpeita. Merkittävää eTerveyden kehittämiseksi on myös poliittinen sitoutuminen. Tietoyhteiskuntakehityksen vahvistaminen on ollut viimeisten hallitusten painopisteenä. Terveystieteiden tietoteknologian käyttönotolle ja ohjaukselle on vahva poliittinen tuki.

Sosiaalivakuutuksen puolella tietoteknologian hyödyntämisestä on pitkä kokemus ja kansalaisten luottamus näihin tietojärjestelmiin on suuri. Suomessa on käytössä kansallisia rekistereitä. Henkilöiden yksikäsitteisessä tunnistamisessa on pitkä, vakiintunut käytäntö.

Heikkoudet johtuvat paljolti suomalaisen terveystietojärjestelmän rakenteista, jotka vaikuttavat päätöksentekojärjestelmän hajautuneisuuteen. Terveystieteiden palveluntuottajien yhteistyössä on ollut puutteita. Kuntakohtainen terveystietojärjestelmien järjestämisvelvollisuus on johtanut päällekkäisiin IT-investointeihin ja vaikeuksiin yhteensovittaa paikallisia IT-ratkaisuja. Yritysten kehittämät potilastietojärjestelmät ovat olleet suljettuja, mikä on osaltaan vaikeuttanut niiden välistä yhteistoimintaa. Potilasasiakirjat eivät ole nykyisellään yritysten tuottamissa tietojärjestelmissä rakenteisessa muodossa (toisin sanoen ne ovat yrityskohtaisissa relaatiotietokannoissa), mikä heikentää niiden yhteiskäyttöisyyttä. Potilastietojärjestelmien terminologisessa yhteneväisyydessä on huomattavia puutteita. Tietojärjestelmät ovat olleet ennen kaikkea tiedonkeruu- ja dokumentointijärjestelmiä ja niiden tuki työprosesseille ja asiakkuuden hallinnalle on ollut puutteellista. Nykyisissä sähköisissä potilastietojärjestelmissä ei tiedon pitkäaikaistallennusta ole toteutettu asianmukaisella tavalla. Rekisterin pitämisen sitominen lailla toimintayksikköön on johtanut tiedon luovuttamisen hallinnan monimutkaisuuteen. Terveystieteiden tietohallinnossa ei ole ollut selkeää ohjausjärjestelmää. Lainsäädäntöohjausta lukuun ottamatta kehittämistyön ohjaus on ollut projektipohjaista. Projektirahoitusta on ollut saatavilla useista, keskenään koordinoimattomista eri rahoituslähteistä, mikä on osaltaan vaikeuttanut kehitystyön ja valtakunnallisten tavoitteiden saavuttamista.

Huolimatta monista vahvuuksista ei tehdyistä investoinneista niiden tuottavuuteen myönteisesti vaikuttavaa potentiaalia ei ole voitu täysin hyödyntää terveydenhuollon perustavoitteiden ja terveyden edistämisen kannalta. Heikkoutena voidaan pitää myös sitä, että kansalaisen näkökulma on ollut kehittämisessä taka-alalla. Suoraan kansalaiselle suunnattuja sähköisen asioinnin julkisia

terveyspalveluita ei juurikaan ole tarjolla. Vaikka Suomessa kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus kansalaisen HST-kortin⁸ ja sen kautta tapahtuvan tietoturvalisen sähköisen asioinnin käyttöön, on tätä mahdollisuutta käytetty hyvin vähän. Tuleva lainsäädäntö tuo kuitenkin kansalaisen ja potilaan asemaan useita periaatteellisia parannuksia. Terveydenhuollon yksi keskeisimmistä haasteista on palvelujen laatu. Tietojärjestelmät tarjoavat hyviä välineitä laadun parantamiseen ja seurantaan, mutta nykyiset tietojärjestelmät eivät tue laadun hallintaa. Yksi heikkouksista on myös eurooppalaisen keskustelun ja kehityslinjausten aliresurssoitu ja puutteellisesti organisoitu seuraaminen. Osallistuminen EU:ssa toimiviin valmisteluryhmiin on ollut satunnaista eikä kansallisille päätöksentekijöille ole voitu luoda kattavaa analyysiä Suomen kannalta tärkeistä eurooppalaisista linjauksista.

Lainsäädäntö ja sen myötä rakennettava valtakunnallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri ja sen ohjausjärjestelmä avaavat useita *mahdollisuuksia* eTerveuden kehittämiseksi. Potilastieto on reaaliaikaisena saatavilla silloin, kun hoitosuhde ja potilaan suostumus sen mahdollistavat, mikä parantaa palvelujen jatkuvuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Tietojen yhdenmukainen rakenteinen kirjaaminen, tallettaminen ja siirtäminen mahdollistaa tiedon paremman löydettävyyden ja jatkohyödyntämisen. Rakenteiset tiedot mahdollistavat myös älykkäiden päätöksentekijärjestelmien tuomisen suoraan hoitotilanteisiin. Tiedon yliorganisatorinen saatavuus mahdollistaa uudenlaisten toimintamallien käyttöönoton sekä sopimisen yhteistyöstä ja työnjaosta terveydenhuollon eri organisaatioiden välillä. Keskitetty arkistojärjestelmä mahdollistaa potilaalle katseluyhteyden omiin tietoihinsa ja tietojen käyttölokeihin. Kansalaisten omaa osallistumista hoitoonsa voidaan näin vahvistaa ja samalla lisätä kansalaisten luottamusta. Keskitetyt palvelut helpottavat toiminnan suunnittelun, seurannan (mm. reaaliaikainen tilastointi) ja johtamisen järjestämistä ja avaavat uusia mahdollisuuksia myös tutkimukselle. Kansainvälinen yhteistyö on helpompi järjestää silloin, kun kansallinen toteutus on yhdenmukainen. Tietoteknologinen infrastruktuuri voidaan toteuttaa kustannustehokkaammin ja samalla taata korkea tietoturvalisuus.

Kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin ja sen keskitettyjen palvelujen rakentamiseen liittyy myös useita *uhkia*. Nämä liittyvät järjestelmän kustannusten vaikeaan ennakoitavuuteen, ratkaisumallin tekniseen toteuttavuuteen, toimeenpanon aikatauluun ja toteutuksen hyväksyttävyyteen eri intressiryhmissä. Kansalaisten hyväksynnän saaminen liittyy keskeisesti tietosuojan varmistamiseen. Keskitetyistä valtakunnallisista palveluista erityisesti arkisto- ja varmennepalvelujen 24h/7d toimivuus on kriittistä koko arkkitehtuurin toiminnalle. Järjestelmän käytettävyys asettaa haasteita perustietojärjestelmille, joiden pitää pystyä prosessoimaan keskitetyssä arkistossa sijaitsevista eri organisaatioiden potilasrekistereistä haettua tietoa tehokkaasti. Käyttäjän kannalta järjestelmien käytettävyys kuten vasteajat, hakujen helppous, tietojen löytäminen suurista tietomassoista, potilaan suostumuksen käsittely tai sähköisen allekirjoituksen toteutus muodostavat myös kriittisen uhkatekijän koko arkkitehtuurin hyväksyttävyydelle.

Tarkempi kuvaus Suomen terveydenhuollossa käytössä olevasta tietoteknologiasta ja eri ratkaisujen levinneisyydestä on julkaistu suomeksi raportissa Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005⁹ ja englanniksi raportissa eHealth in Finland –Checkpoint 2005¹⁰.

⁸ HST – henkilön sähköinen tunnistus

⁹ Winblad Ilkka, Reponen Jarmo, Hämäläinen Päivi, Kangas Maarit. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportteja 7/2005, Stakes, Helsinki.

¹⁰ Hämäläinen Päivi, Reponen Jarmo, Winblad Ilkka. eHealth in Finland –Checkpoint 2005. Reports X/2007, Stakes, Helsinki.

3 NYKYTILASTA TAVOITTEISIIN

3.1 Kehittämisen strategiset painopisteet

Suomen strategisia valintoja ovat olleet:

1. Tiedon saatavuuden varmistaminen hoitoon osallistuville ammattihenkilöille ajasta ja paikasta riippumatta sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon osalta. Tähän pyritään asiakastietojen kattavalla digitalisoinnilla, sähköisten potilaskertomusjärjestelmien semanttisen ja teknisen yhteistoiminnallisuuden kehittämisellä koko kertomuksen sisällön osalta, kansallisen terveydenhuollon infrastruktuurin ja tietoverkkoratkaisujen kehittämisellä, tunnistamis- ja todentamiskertomuksilla sekä sähköisellä allekirjoituksella sekä ylläpitämällä päätöksentekoa tukevaa tietoa verkossa.
2. Kansalaisen ja potilaan osallistumisen mahdollistaminen ja kansalaisen tiedonsaannin lisääminen ja laadukkaan terveystiedon varmistaminen. Tähän pyritään kansalaisen terveystietoportaalien kehittämisellä, tarjoamalla kansalaiselle pääsy omiin potilas/terveystietoihin ja lokitietoihin sekä kehittämällä sähköisiä palveluita (ajanvaraus, e-keskustelu, e-asiakirjavälitys, verkkoneuvonta).

Strategiaa pyritään toteuttamaan juridisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla, huolehtimalla rahoituksesta sekä vahvistamalla ohjausta ja koordinaatiota. **Tietosuoja ja tietoturva** ovat kaikkea sähköistä tiedonkäsittelyä koskeva yleisperiaate, jossa henkilötietolakiin perustuva yksityisyyden suoja on kantava elementti. Lainsäädäntö ohjaa toiminnan jatkuvuutta ja pelisääntöjä; lainsäädännön toimeenpanon varmistamiseksi toteutetaan terveydenhuollon prosessien valvontaa ja tietojärjestelmien sertifiointia/sertifiointivaatimusten laatimista. **Standardeja** käytetään kaikessa seläisessä toiminnassa, johon on olemassa yleisesti hyväksytyt ja käyttökelpoiset standardit. **Koko toiminta nojaa terveydenhuollon eettisiin perusarvoihin;** Toiminta edistää terveyttä ja ehkäisee sekä hoitaa sairautta eikä aiheuta vahinkoa. Eettisyys sisältää taloudellisen kestävyuden arvon. Yhteisistä varoista kustannettu toiminta hyödyntää kansalaisia sillä arvolla joka siihen on investoitu.

Seuraavassa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin keskeisimpiä kehittämiskohteita sekä verrataan kehittämisen painopisteitä EU-tasolla (mm. eHealth Action Plan) esille tuotuihin painotuksiin.

3.2 Yhteistoiminnallisuus

Terveydenhuollon tietojärjestelmien – erityisesti potilaskertomusjärjestelmien – yhteistoiminnallisuus on ollut kansallisella tasolla keskeinen tavoite, joka korostuu myös 1.7.2007 voimaan tulevassa lainsäädännössä. Yhteistoiminnallisuuden tavoite kattaa ensi vaiheessa sekä julkisen sektorin että yksityiset palvelutuottajat. Myöhemmin tavoitteena on toteuttaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestelmien yhteistoiminnallisuus. Yhteistoiminnallisuus kattaa sekä semanttisen että teknisen yhteistoiminnallisuuden. Yhteistoiminnallisuus perustuu Suomeen paikallistettujen kasainvälisten standardien käyttöön.

Yhteistoiminnallisuutta on kansallisella tasolla pyritty toteuttamaan lainsäädännön, valtakun-

nallisten suositusten ja määrittelyjen avulla. Alueellisille toimeenpanohankkeille on myönnetty valtion rahoitusta, ja hankkeita on pyritty kansallisesti koordinoimaan. Samoja järjestelmiä käyttävien asiakkaat on koottu valtakunnallisiksi tilaajaklustereiksi. Hankkeiden etenemistä on arvioitu vuosittain hankekatselmointien avulla. Lainsäädännön nojalla rakennettava valtakunnallinen arkitekhti pakottaa järjestelmät keskeisiltä osin tekniseen yhteistoiminnallisuuteen. Käytännössä kansallinen arkistopalvelu tulee vaatimaan selkeät standardimuotoiset sanomat, jotka "pakottavat" arkistopalvelua käyttävät järjestelmät näiltä osin yhteistoiminnallisiksi.

Semanttisen yhteistoiminnallisuuden saavuttaminen on kuitenkin vielä haasteellisempaa. Sähköiselle potilaskertomukselle on kansallisesti määritelty rakenne, joka on kehitetty vakiintuneen ja laajasti käytetyn paperisen potilaskertomuksen pohjalta. Kansallisesti on sovittu noin 30 temaattisesta otsikosta, esimerkiksi ongelmat ja diagnoosit, ja niiden alla käytettävistä rakenteisista ydintiedoista ja niihin liittyvistä luokituksista ja koodistoista. Määrityksiä ollaan parhaillaan ottamassa käyttöön potilaskertomustuotteissa. Toteutus tapahtuu järjestelmätoimittajakohtaisissa klustereissa vuoteen 2008 mennessä ja työtä koordinoidaan kansallisesti. Ydintietojen lisäksi on määritelty erikoisalakohdaisia rakenteisia tietoja, joiden käyttöönotto tapahtuu asteittain. Luokitusten ja koodistojen käyttöönotosta ollaan merkittävältä osin sovittu. Tähän saakka ministeriö on asetuksella määrännyt ainoastaan ICD10:n ja pohjoismaisen leikkaustoimenpideluokituksen käytöstä. ATC-luokitus, radiologisten toimenpiteiden luokitus ja laboratorionimikkeistö ovat olleet vapaaehtoisena käytössä.

Potilasasiakirja-asetus uusitaan vuonna 2007 ja siinä on tarkoitus tarkemmin määrätä kertomuksen tietorakenteista ja vaadittavista luokituksista. Koodien ja luokitusten välitykseen on rakennettu kansallinen koodistopalvelu. Luokitusten ylläpito, kehittäminen ja koordinointi on vastuutettu Stakesille. Kyse on kuitenkin myös suuresta koulutuksellisesta haasteesta. Esimerkiksi hoitotyön osalta kehitetään kansallista mallia, jossa hoitokertomuksen rakenteesta ja siinä käytettävistä luokituksista pyritään sopimaan.

Terveydenhuollon tietojärjestelmien eurooppalainen yhteistoiminnallisuus ei ole ollut kehittämisen painopiste Suomessa. Yleisellä tasolla tavoitteet ovat yhdenmukaisia. Suomi on kuitenkin merkittävältä osin tehnyt jo päätöksensä terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteistoiminnallisuutta koskevista määrityksistä itsenäisesti. Euroopan yhteisön tasolla tällaista valintaa ei ole tehty. Komissio valmistelelee yhteistoiminnallisuudesta (interoperabiliteetti) suositusta julkaistavasti keväällä 2007.

Koska Suomi on jo varsin pitkällä kansainvälisesti katsoen sähköisen potilaskertomuksen käytössä ja kertomusten kansallisessa harmonisoinnissa, ja koska Suomessa on jo hyvin organisoitunut yhteistyö eTerveydestä vastaavien viranomaisten, terveydenhuollon organisaatioiden ja järjestelmätoimittajien välillä, olisi Suomi kiinnostunut osallistumaan esim. komission suunnittelemien "emergency data set" tai "medication/ePrescription" harmonisointi- ja pilotointityöhön eurooppalaisella tasolla.

Toimenpiteet

- Asiakastietolain ja eResptilain toimeenpano vuosina 2007 – 2010.
- Standardointityöhön osallistuminen.
- Yhteistyön tiivistäminen jäsenmaiden välillä (best practicies). Osallistuminen Euroopan tason pilotointeihin.
- Aktiivinen osallistuminen Suomen kannalta oleelliseen kansainväliseen valmisteluun.

3.3 Potilaan ja kansalaisen tunnistaminen ja todentaminen

Suomessa on jo hyvin pitkään ollut käytössä kansalaisten yksikäsitteinen henkilötunnus (hetu) ja nykyisin jokaisella kansalaisella on myös sähköinen henkilötunnus (satu). Sähköisessä asiointissa kansalainen/potilas voidaan tunnistaa ja todentaa Väestörekisterikeskuksen laatuvarmenteella ns. kansalaiskortin (HST-kortti) ja PKI-järjestelmän¹¹ avulla. Kortteja on käytössä noin 60 000.

Pankit tarjoavat vaihtuviin salasanoihin perustuvia pankkivarmenteita (TUPAS). Tätä palvelua käyttää pankkiasioinnissa noin 2 miljoonaa kansalaista.

Julkishallinnossa ollaan ottamassa käyttöön yhteistä verkkotunnistamisen ja –maksamisen alustaa (VETUMA), joka rahoitetaan keskitetysti valtion budjettivaroin. Alusta mahdollistaa HST-tunnisteen, TUPAS-tunnisteen, käyttäjätunnus-salasanayhdistelmän ja myöhemmin myös mobiilitunnisteen.

Asiakastietolaki edellyttää potilaan luotettavaa tunnistamista. Tulevalla asetuksella asetetaan eri käyttötapauksille tunnistamisen ja todentamisen minimivaatimukset. Laajalle levinnyttä TUPAS-tunnisteiden käyttöä on kokeiltu myös suppeasti eräissä terveydenhuollon sähköisen asiointin hankkeissa. Samalla seurataan sirupohjaisten luottokorttien ja mobiilivarmenteiden kehittämistä sekä eurooppalaisen sairausvakuutuskortin (eHIC-kortin) kehittämistyötä.

Tietoturva on ollut keskeinen kehittämisen kohde kansallisessa terveyshankkeessa. Terveydenhuollon toimintayksiköiltä edellytetään yhtenäistä ISO 27799 standardiin pohjautuvaa tietoturva-politiikkaa.

Toimenpiteet

Asetustason ohjeistus.

Sähköisen tunnistamisen yhteisen alustan käyttöönotto.

Eurooppalaisen kehityksen seuraaminen. Eurooppalaisen identiteetin hallinnan toteutus linkittämällä kansalliset ratkaisut.

3.4 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tunnistaminen ja todentaminen

Asiakastietolaki vastuuttaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen hallinnoimaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden varmennepalvelua. Palvelu perustuu toimikorttiin ja kansalliseen PKI-ratkaisuun. Jo yli puolessa sairaanhoitopiireissä ollaan ottamassa käyttöön vahvan tunnistamisen mahdollistavaa ammattikorttia. Tulevassa valtakunnallisessa arkkitehtuurissa Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO:n) varmennepalvelun käyttö on pakollista. Käyttövaltuuksien määrittäminen ja hallinta jää paikallisella tasolla toteutettavaksi. Tavoitteena on ottaa käyttöön rooli- ja sääntöpohjainen valtuuksien hallinta, joka perustuu kansainvälisiin ISO-standardeihin. Paikallisella tasolla tulee toteuttaa myös kertakirjautuminen (SSO-työpöytäintegraatio). Alueellisella tasolla tarvitaan myös alueellista, hakemistopohjaista käyttöoikeuksien hallintaa (LDAP).

¹¹ PKI – Public Key Infrastructure. Julkisen avaimen tekniikka, jossa luodaan laskennallisesti yhteen liitetty avain-pari, jonka avulla voidaan tehdä salausalgoritmeihin pohjautuvia laskentaoperaatioita.

Suomen ja Euroopan yhteisön tavoitteet terveydenhuollon ammattihenkilöiden tunnistamisen osalta ovat yhteneväiset. Ammattihenkilön tunnistamisen ja varmentamisen ratkaiseminen Euroopan tasolla on kuitenkin suuri haaste, ja suunnittelutyö tulisi käynnistää pikaisesti. Kansalliset varmentajat tulisi pystyä Euroopan tasolla kytkemään yhteen. Suomen tulisi osallistua alueen eurooppalaiseen harmonisointityöhön.

Toimenpiteet

- Asiakastietolain, reseptilain ja valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin toimeenpano.
- Osallistuminen eurooppalaiseen harmonisointityöhön.

3.5 Toimintayksiköiden nimeäminen, tunnistaminen ja todentaminen

Valtakunnallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri edellyttää, että kaikki toimintayksiköt yksilöidään yksikäsitteisellä tunnisteella (ISO/OID-koodi). Toimintayksiköt varmennetaan sähköisessä asiointissa kansallisen varmentajan toimesta. Organisaatioiden todentamista on kokeiltu vuosina 2005 ja 2006 eReseptin pilottihankkeessa. Stakes ylläpitää terveydenhuollon toimipaikkarekisteriä ja ohjeistaa toimintayksiköitä OID-koodistojen antamisessa. Toimipaikkakooditusta ei ole kuitenkaan vielä kattavasti tehty eikä siihen liittyvistä vastuista ja toimintatavoista yksityiskohtaisesti sovittu. Yksityisille palvelutuottajille koodi annetaan lupaviranomaisen toimesta. Toimipaikkarekisteriä ylläpidetään kansallisen arkkitehtuurin edellyttämällä tasolla valtakunnallisella koodistopalvelimella.

Euroopan yhteisön tasolla ei ole vastaavia tavoitteita toimintayksiköiden tunnistamisen suhteen. Kuitenkin organisaatioiden tunnistaminen on organisaatioiden välisen sähköisen tiedonvaihdon ehdoton perusedellytys. Suomen tulisikin aktiivisesti viedä tietoa omista kokemuksistaan ja osallistua EU-tasolla tarvittavaan määrittelytyöhön.

Toimenpiteet

- Toteutetaan osana valtakunnallisen arkkitehtuurin toimeenpanoa. Vaatii sitovaa ohjeistusta.
- Suomi toimii aktiivisesti eurooppalaisella tasolla toimintayksiköiden tunnistamisen ja todentamisen kehittämistyössä.

3.6 Sähköinen allekirjoitus

Sähköistä allekirjoitusta on ohjeistettu lainsäädännössä (laki sähköisestä allekirjoituksesta 14/2003, laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä HE 253/2006).

Valtakunnallinen arkkitehtuuri edellyttää, että potilasdokumentit allekirjoitetaan sähköisesti ennen niiden toimittamista sähköiseen arkistoon. Sähköinen allekirjoitus toteutetaan hajautetusti

tiedon tuottavissa toimintayksiköissä. Arkkitehtuurimäärittelyissä sekä uusittavassa potilasasiakirja-asetuksessa tarkennetaan, missä laajuudessa edellytetään henkilökohtaista allekirjoitusta, milloin voidaan soveltaa palvelinallekirjoitusta, ja mikä rooli on kansallisen arkiston suorittamalla sähköisillä allekirjoituksilla. Sähköinen resepti allekirjoitetaan henkilökohtaisesti. Potilaan suostumusasiakirjojen sähköinen allekirjoittaminen edellyttää kansalaisen HST-kortin laajaa käyttöönottoa.

Tällä hetkellä sähköistä allekirjoitusta on kokeiltu joissakin terveydenhuollon organisaatioissa. Palvelinallekirjoitusta ei ole vielä käytössä.

EY:ssä on määritelty direktiivitasolla sähköisen allekirjoituksen vaatimukset. Eurooppalainen sähköisten allekirjoitusten toteutusmalli vaatii kehittämistä. Suomen näkemyksen mukaan toimintayksiköiden ja ammattihenkilöiden allekirjoitusten tulisi olla hyväksytyjä koko Euroopan alueella.

Toimenpiteet

- Toteutetaan osana valtakunnallisen arkkitehtuurin toimeenpanoa.
- Vahvistetaan EY-tason yhteistyötä.

3.7 Infrastrukturi ja tietoverkko

Suomessa ei ole käytössä erillistä terveydenhuollon kansallista tietoverkkoa. Tietoverkot perustuvat kaupallisten teleoperaattorien verkkopalvelujen käyttöön. Julkisella sektorilla on käytössä useita alueellisia tietoverkkoja. Osa palveluntuottajista käyttää kuntien tietoverkkoja tai alueellisia verkkopalveluja. Käytössä on myös toimintayksiköiden välisiä ratkaisuja. Apteekkariliitolla ja yliopiston apteekilla on oma tietoverkkonsa ja yksityisellä sektorilla on käytössä yrityskohtaisia tietoverkkoja. Kelalla on käytössä valtakunnallinen tietoverkko. Viranomaisverkko (VIRVE) on käytössä mm. ensihoidossa. Kansalaisten käytössä on teleoperaattoreiden tarjoamat laajakaistapalvelut ja kolme kansallista GSM-verkkoa.

Tulevan lainsäädännön mukaan valtakunnallisia terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluita ovat mm. Kelan ylläpitämät

- potilaskertomusten rekisteröinti ja hakemistopalvelu
- arkisto
- suostumuksen hallinnan palvelut, loki- ja valvontapalvelut
- reseptitietokanta

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus tarjoaa terveydenhuollon henkilöiden ja organisaatoiden varmentamispalvelut. Väestörekisterikeskus ylläpitää kansalaisten varmennepalveluja.

Kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin toimeenpano edellyttää paikallisten ja alueellisten potilaskertomusjärjestelmien, kansallisen arkiston sekä reseptikeskuksen välistä tietoturvallista viestinvälitystä.

Suomen ja EY:n tavoitteet ovat yleisiltä osin yhteneviä. Terveydenhuollon salassa pidettävien

asiakastietojen välitys edellyttää tietoturvallista infrastruktuuria ja tietoverkkoja. Eurooppalainen terveydenhuollon valtaväylä tulee toteuttaa liittämällä kansalliset verkot yhteen. Suomi katsoo hajautetun arkkitehtuurin olevan paras ja nopein etenemistie. Teknisten ratkaisujen lisäksi tarvitaan EY-tasoinen tietoturvapoliittikka ja tietosuojavaatimukset, jotka tulee tuottaa osana avointa koordinaatiota. Suomi osallistuu tähän koordinaatiotyöhön.

Toimenpiteet

Valtakunnallisen arkkitehtuurin toimeenpano.
Luottamuksellisuuden ja tietosuojan varmistavien eurooppalaisen ratkaisujen kehittäminen. Kansallisten verkkojen testaaminen ja liittäminen.

3.8 Sähköiset palvelut ja tieto kansalaiselle

Tähän saakka sähköistä asiointia ja palveluja on kehitetty pääasiassa hanke pohjalta, Terveyspalvelujen tuottajilla on varsin kattavasti tarjolla www-sivut, jotka tarjoavat yleistä tietoa, kuten informointia palveluista, yhteystiedoista, aukioloajoista jne. Yksityisellä sektorilla on käytössä myös sähköistä ajanvarausta.

Kehittyneempiä sähköisen asioinnin palveluita on otettu käyttöön joissakin terveydenhuollon organisaatioissa.

Järjestöt ovat kehittäneet aktiivisesti verkkopalveluja tarjoten muun muassa asiantuntijatukea ja virtuaalisia keskusteluryhmiä eri potilasryhmille.

Uusi lainsäädäntö vahvistaa kansalaisen sähköistä tiedonsaantia. Kansalainen saa tulevaisuudessa kansallisesta eArkistosta nähtäväkseen omia kertomustietojaan sekä tietojen luovutukseen liittyvät lokitiedot. Kansalaisella on myös mahdollisuus tarkistaa sähköiset reseptinsä.

Kansalaisen terveystietoportaali (terveysuomi.fi) on rakenteilla Kansanterveyslaitoksella. Portaalin kautta kansalainen saa laadukasta terveystietoa. Tieto tukee muun muassa oman potilaskertomuksen tulkintaa.

Kansallisen arkkitehtuurin perusratkaisujen päälle tulee kehittää kansalaisten sähköisiä palveluita tukevia ratkaisuja. Kansalaiselle tulee tarjota luotettavaa tietoa terveyden edistämisestä, oireista ja sairauksien hoidosta, yksityisten, julkisten ja kolmannen sektorin palvelutarjoajista ja niiden yhteystiedoista, palvelujen sisällöstä, saatavuudesta (mm. jonot), kustannuksista ja laadusta (laatuindikaattorit) sekä etuuksista ja oikeuksista. Lisäksi tarvitaan interaktiivisia sähköisiä palveluita (esim. ajanvaraukset, konsultaatiot, tulkkipalvelut, kysymys-vastauspalvelut, virtuaaliset keskusteluryhmät, kroonisten sairauksien itsehoitoa tukevat järjestelmät jne).

Toimenpiteet

Lainsäädännön perusteella rakennettava arkkitehtuuri mahdollistaa kansalaisille suunnattujen sähköisten palvelujen kehittämisen yhdenmukaista infrastruktuuria noudattaen.

Sähköisen asioinnin juridiset reunaehdot (vastuut, korvaukset, toimintamallit) selvitetään.

Tehdään sähköisen asioinnin tueksi kansalliset määrätykset ja rakennetaan tarvittavat yhteiset tietojärjestelmäpalvelut. Palveluiden käyttöönottoa edistetään kansallisella rahoituksella. Sähköisen asioinnin hankkeita rahoittavien eri rahoittajatahojen välistä yhteistyötä tiivistetään. Laaditaan sertifiointivaatimukset kansalliseen arkkitehtuuriin liittyville tietojärjestelmille.

Kansalaiselle tarjotaan verkon kautta tietoa terveyden edistämisestä, oireista ja sairauksien hoidosta, terveydenhuollon palvelutarjoajista, palvelujen laadusta ja kustannuksista sekä sähköisen asioinnin palveluita.

3.9 Ammattihenkilöiden työn laatu ja potilasturvallisuus

Hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaaminen ja seuranta sekä potilasturvallisuuden kehittäminen tulisi olla integroitu osa terveydenhuollon tietojärjestelmiä. Terveydenhuollossa ei kuitenkaan ole yleisesti käytössä systemaattista ammattihenkilöiden työn laadun seuranta- ja sairaalahoidon raportointiin liittyvää hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) haittatapahtumailmoitusta lukuun ottamatta. Terveydenhuollon toimintayksiköissä on potilasasiamiehet, lisäksi lääninhallitukset ja TEO valvovat laatua valitusten ja kanteluiden pohjalta. Potilasvahinkovakuutusjärjestelmä seuraa potilasvahinkotilanteen muutoksia.

Laatujärjestelmiä (mm. ISO 10.000-pohjaisia) on otettu satunnaisesti käyttöön. Jotkut yksiköt ovat saaneet myös laatusertifikaatin.

Sähköisten konsultaatio- ja tietopalveluiden saatavuus tukee terveydenhuollon laatua. Lääkärit käyttävät jo varsin laajasti www.terveysportti.fi -palvelua. Lisäksi on järjestetty alueellisia sähköisen konsultoinnin palveluita.

Tulevaisuudessa, kun potilastieto kirjataan rakenteisesti kansallisten määräysten mukaisina, voidaan hoitotilanteisiin tuoda päätöksentukitietoa. Tätä koskeva kehittämistyö on parhaillaan meneillään Duodecimin toimesta. (http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=1434).

Suomi näkee, että rajat ylittävässä hoidossa vähintään yhtä tärkeää on se, että hoitopäätökset perustuvat kansainvälisesti hyväksytyyn evidenssiin (EBM, evidence based medicine) kuin se, että yksittäisen potilaan terveyshistoria on saatavilla. Siksi Suomi pitää tärkeänä alan hyvien käytäntöjen kehittämistä.

Terveydenhuollon ohjelmistojen laatustandardeja kehitetään. ISO TC 215 ja CEN TC 251 ovat yhdessä käynnistäneet terveydenhuollon ohjelmistojen riskien hallinnan standardien laatimisen. Tämä työ kattaa ohjelmistojen suunnittelun, implementoinnin, käytön ja migraation.

Toimenpiteet

Kehitetään kansallisella rahoituksella yhtenäisiä hoito-ohjeita ja päätöksenteon tukitietoa.

Tarjotaan kansalaisille vertailukelpoista tietoa terveydenhuollon laadusta eri toimintayksiköissä.

Osallistutaan terveydenhuollon ohjelmistojen riskien hallinnan standardisointityöhön.

3.10 Terveydenhuollon tilastoinnin ja seurannan kehittäminen

Siirtyminen rakenteeltaan yhteistoiminnalliseen ja sisällöltään yhteismitalliseen sähköiseen terveystietomukseen ja tietojen käytettävyys kansallisella tasolla tulee monin osin parantamaan ja lisäämään mahdollisuuksia niin terveydenhuollon työn kuin väestön terveydentilan entistä ajantasaisempaan seurantaan, joka parantaa mahdollisuuksia ennakoita ohjaus- ja terveystieteellisiä toimenpiteitä aiempaa varhaisemmassa vaiheessa.

Toimenpiteet

Sähköisen potilaskertomuksen tuomat mahdollisuudet otetaan huomioon tilastointia ja terveysseurainta kehitettäessä.

4 STRATEGIAN TOTEUTTAMISKEINOT

4.1 Lainsäädäntöpohja ja eettinen kestävyys

eTerveyttä ohjaavat periaatteet, lait ja ohjeet on seuraavassa esitetty hierarkkisesti.

Yleiset eettiset periaatteet

- KV-lainsäädäntö
- EU:n tietosuojadirektiivi
- Sähköisen allekirjoituksen direktiivi
- Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus
- Euroopan Neuvoston lääketieteellinen suositus

Kansallinen lainsäädäntö

- Henkilötietolaki
- Arkistolaki
- Julkisuuslaki- ja asetus
- Laki sähköisestä allekirjoituksesta
- Teleliikenteen tietosuojalaki
- Palvelu- ja kuntarakenteen uudistamisen puitelaki

Terveydenhuollon erityislainsäädäntö

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
- HE sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
- HE sähköisestä lääkemääräyksestä
- Potilasasiakirja-asetus

Ohjeet ja suositukset

- Valtakunnallinen arkkitehtuuri
- Kansallisen terveyshankkeen suositukset (potilaskertomus, tietoturva, rajapinnat)
- JHS-suositukset
- Toimenpiteet
 - Hallinnolliset ja tekniset toimenpiteet.
 - Käyttöönotto, koulutus, valvonta.

Ohjeita ja suosituksia täsmennetään ja täydennetään edelleen. Esim. terveydenhuollon tietotyölästen eettisten sääntöjen suomenkielinen käännös on valmistelussa ja kansallisen arkkitehtuurin määräyksiä työstetään parhaillaan.

Suurin haaste on käyttöönoton tukemisessa ja ohjeistuksessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön koulutus- ja oppimateriaalin tarve on kansallisesti selvitetty¹².

EY harmonisoi lainsäädäntöä mm. direktiiveillä. Vaikka rajat ylittävien terveystietopalveluiden käytön takia tarvittaneen EY-tason säätelyä, terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva päätöksenteko säilynee kansallisella tasolla. Eri maissa potilastietojen käsittelyä ohjaava lainsäädäntö on hyvin erilaista, mikä vaikeuttaa maiden rajojen yli tapahtuvaa terveystietojen siirtoa. EY-tasolla tarvittaisiin myös nykyistä enemmän keskustelua ja tutkimusta juridisten näkökulmien huomioon ottamisesta eTerveyden kehittämisessä.

Toimeenpiteet

Lainsäädännön toimeenpano ja siihen liittyvä tarkempi ohjeistus ja koulutus.

Pyritään EY-tasolla vahvistamaan juridisten ja eettisten näkökulmien huomioon ottamista rajat ylittäviin eTerveystietopalveluihin liittyvässä kehittämistyössä.

Laaditaan yhtenäinen opas, joka ohjeistaa miten terveydenhuollon tietojärjestelmiä suunnitellaan, otetaan käyttöön, käytetään lain, asetusten, määräysten ja ohjeiden mukaisesti. Tämä oppaan tarkoituksena on täydentää sertifiointivaatimuksia.

4.2 Rahoitus

Perustietojärjestelmien hankkiminen on palveluntuottajien vastuulla. Suomessa terveydenhuollon organisaatiot käyttävät n. 2 – 3 % toimintamenoistaan tietoteknologiaan.

Terveydenhuollon tietoteknologiahankeisiin on ohjattu rahoitusta usean eri kanavan kautta. Haasteena on ollut rahoituksen koordinaatio sekä pysyvän budjettirahoituksen puute. Rahoitusohjaus ei ole myöskään osoittautunut tehokkaaksi keinoksi ohjata riittävän yhdenmukaista toteutusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut ja rahoittaa valtakunnallisia määrityksiä erillisen budjettirajoituksen kautta (mm. Kuntaliitto, Stakes, Kela, HL7 yhdistys). Valtio osallistuu valtakunnallisten palveluiden (arkisto, reseptikeskus) rakentamiseen ja käyttöönottoon yhteensä 10 milj. eurolla vuosina 2007 – 10. Palvelutoiminta rahoitetaan sen jälkeen käyttäjämaksuin.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut alueellisia ja ns. klusterihankkeita vuosina 2004-2007 5 – 10 milj. eurolla vuosittain (50 % rahoitusosuudella). Kehityshankkeisiin on käytetty myös ESR-rahoitusta.

Yritykset vastaavat omasta tuotekehitysrahoituksestaan. Tekes rahoittaa yrityksiä ja konsortioita mm. Finwell ohjelman kautta sekä suoralla yritysrahoituksella.

Standardisointityön rahoitus on epätydyttävällä tasolla ja osin järjestämättä.

¹² Veikkolainen Marja, Hämäläinen Päivi. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tieto- ja viestintäteknikan koulutus- ja oppimateriaaliterve ja koulutuksen kehittämisen haasteet. Raportteja 9/2006. Stakes. Helsinki.

Toimenpiteet

Varmistetaan valtakunnallisten toimijoiden (STM, Kela, Stakes, TEO) uusien tehtävien vaatima resurssointi. Kehitetään eri osapuolten hyväksymä valtakunnallisten palveluiden rahoitusjärjestelmä. Tuetaan alueiden migraatiota valtakunnalliseen arkkitehtuuriin hankerahoituksella.

Parannetaan rahoituksen koordinaatiota ja uudistetaan hankerahoitusjärjestelmä.

4.3 Koordinaatio ja ohjaus

Uuden lainsäädännön pohjalta rakennetaan pysyvä ohjausjärjestelmä. Lainsäädäntö määrittelee valtakunnallisten toimijoiden roolit ja vastuut. Sosiaali- ja terveysministeriön roolia sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon ohjauksessa vahvistetaan. Kansaneläkelaitos ylläpitää kansallista potilastietojen sähköistä arkistointipalvelua ja valtakunnallista reseptitietokantaa. Stakesin tehtävänä on vastata kansallisten koodistopalvelun sisällön ylläpidosta ja TEO:n terveydenhuollon ammattivarmennepalvelusta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävät valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin toimeenpanossa ovat seuraavat:

1. Huolehtii kokonaisuuden ohjauksesta mm. vastaamalla valtakunnallisten kehittämissankkeiden ja valtakunnallisesti tuotettavien tietojärjestelmäpalveluiden ohjauksesta
2. Huolehtii lainsäädännön valmistelusta
3. Huolehtii valtion talousarvion valmistelusta sekä palveluiden rahoitusmekanismien periaatteiden ohjauksesta
4. Ohjaa valtakunnallisten määritysten ylläpitoa ja valmistelua tilaamalla asiantuntijatyötä
5. Vastaa terveydenhuollon kansallisesta tietoturvaliikasta ja sen toimeenpanosta
6. Vastaa tietojärjestelmäarkkitehtuurin ohjauksesta mm. tukemalla alueiden migraatiota valtakunnalliseen arkkitehtuuriin
7. Huolehtii viestinnästä
8. Huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon strategisen tason ohjauksesta yhteistyössä muiden ministeriöiden (mm. KuntaIT:n ja ValtIT:n) kanssa
9. Vastaa kansainvälisen tason strategisesta yhteistyöstä.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen perustetaan neuvottelukunta, jonka tehtävänä on käsitellä tietohallintoa koskevia periaatekysymyksiä, valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteutusta sekä terveydenhuollon organisaatioiden käytössä olevien tietojärjestelmien yhtenäis-

tämistä ja kehittämistä. Valtioneuvosto asettaa neuvottelukunnan jäsenet määräajaksi. Neuvottelukunta edustaa keskeisiä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden sidosryhmiä. Neuvottelukunta vastaa vaadittavien koodistojen ja luokitusten hyväksymismenettelystä.

Toimenpiteet

Rakennetaan yhteistyössä eri sidosryhmien ohjausmalli. Keskeistä on eri asiantuntijaorganisaatioiden roolien, työnjaon ja vastuitten selkiyttäminen ja verkostomainen työtapa. Tämä edellyttää muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitosten tehtävien määrittelyä pitkäjänteisellä ja kestäväällä tavalla.

5 JATKOPOHDINTOJA

5.1 Potilaiden, ammattihenkilöiden ja palveluiden liikkuvuus kansallisesti ja EU:ssa

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä tullaan kunnissa ja sairaanhoitopiireissä siirtymään uusiin toimintamalleihin ja hallinnollisiin rakenteisiin. Kuntien yhdistämistä kannustetaan. Kunnat voivat muodostaa myös yhteistoiminta-alueita. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollon ja siihen liittyvän sosiaalitoimen palveluiden väestöpohja olisi vähintään 20 000 asukasta. Erikoissairaanhoito ja kehitysvammahuollon palvelut järjestetään sairaanhoitopiirijakoa vastaavalla väestöpohjalla. Osa erityistason toimenpiteistä keskitetään valtakunnallisesti. Uusien yhteistyön ja työnjaon mallien käyttöönotto edellyttää, että taustalla olevat tietojärjestelmät toimivat saumattomasti.

Lääkärillä on oikeus harjoittaa ammattiaan koko maan alueella. Telelääketieteen palvelut tukevat lääkäreiden liikkuvuutta. Yritykset vuokraavat lääkäreitä ja osa terveyskeskuksista käyttää näitä palveluja mm. päivystysten järjestämiseen. Potilaan oikeuteen valita palvelun tuottaja voi tulevaisuudessa tulla muutoksia. EY:n tuomioistuimen oikeuskäytännön perusteella näin on tietyissä tapauksissa jo tapahtunut, kun kysymys on palvelun hankkimisesta toisesta jäsenvaltiosta.

EY:n tasolla on nähtävissä pyrkimys Euroopan laajuisiin terveysmarkkinoihin. Euroopassa lääkäreillä on jo ammatinharjoittamisoikeus koko unionin alueella. Potilastietojen sähköinen saatavuus on yksi liikkuvuuden mahdollistaja.

EY:n sosiaaliturvaa säätelevät asetukset (1408/71 ja 574/72) mahdollistavat kansalaisen liikkuvuuden. Tavoitteena on, että Euroopassa pystyttäisiin sähköisesti tarkistamaan vakuutuksen voimassaolo toisesta jäsenmaasta. Samalla on pyrkimys siirtyä sähköisten lomakkeiden käyttöön. Komissio tulee ajamaan pitkällä aikavälillä sähköisten potilaskertomusjärjestelmien harmonisointia siten, että laskutustietojen lisäksi myös potilastiedon välittäminen tulisi mahdolliseksi rajat ylittävässä hoidossa.

Sähköisten terveyspalveluiden (mm. konsultaatiot) käyttö Euroopan tasolla yleistyy. Siksi tarvitaan yhteiset periaatteet valtakunnan rajojen yli tapahtuvissa terveydenhuollon sähköisten palvelujen korvauskäytännössä.

5.2 Tietojärjestelmien standardointi ja sertifiointi

Vuoden 2006 eHealth ministerikokouksessa Malagassa sekä EU:n terveysministerit että Yhdysvaltojen terveysministeri edellyttivät, että terveydenhuollon tietojärjestelmät tulee tulevaisuudessa sertifioida. Tämä on myös Suomen linjaus.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta on tarkoitus laatia vuoden 2007 aikana terveydenhuollon tietojärjestelmien sertifiointivaatimukset koskien järjestelmien yhteistoiminnallisuutta, tietoturvaa ja tietosuojaa.

Kansallisen työn ohella on tarpeellista seurata kokemuksia kansainvälisten standardien toimivuudesta. Tätä työtä tekee muun muassa IHE-Integrated Health Enterprise-niminen organisaatio. Suomi tukee eurooppalaisen IHE-organisaation perustamista ja olisi kiin-

nostunut osallistumaan tähän työskentelyyn. Kansallisesti on ratkaistava, miten standardityöhön osallistuminen voidaan järjestää pitkäjänteisesti.

5.3 Suomen osallistuminen kansainväliseen eTerveys-yhteistyöhön

eTerveysteen liittyvä eurooppalainen yhteistyö perustuu vapaaehtoisuuteen pohjautuvaan osallistumiseen eli ns. avoimeen koordinaation. Suomen kannalta on ollut ongelmallista, että pysyvien eTerveysteen vastuuvirkkojen puuttuessa ei ole pystytty kansallisesti koordinoimaan osallistumista. Osallistuminen on ollut satunnaista ja eri toimijoiden vastuulla. Suomalaiset ovat osallistuneet muun muassa komission eHealth ryhmiin ja niiden alatyöryhmiin (STM, Stakes), EHTEL:n toimintaan (Stakes), EU:n IST hankkeisiin (esim. eHealth ERA hanke/Stakes), EU:n eTEN hankkeeseen (Netcards/Kela ja Stakes), WHO:n luokitusyhteistyöhön (Stakes), standardisointiyhteistyöhön (Stakes ja HL7 yhdistys) sekä Pohjoismaiseen yhteistyöhön (STM ja Stakes). Lisäksi yliopistoilla on laajat kansainväliset yhteydet ja Tekesin hankkeissa on omia kansainvälisiä verkostoja.

Peruslähtökohtana on, että ministeriö osallistuu poliittisen ja strategisen tason valmisteluun. Asiantuntijalaitokset (Kela, TEO, Stakes) osallistuvat kansainväliseen yhteistyöhön kansallisten vastuidensa mukaisesti. Ministeriön tulisi järjestää kansainvälisen yhteistyön koordinaatio sekä kehittää tiedonvaihtoa siten, että eri toimijat edistävät yhteisesti määriteltyjä tavoitteita kansainvälisessä toiminnassa. Samalla tulee varmistaa, että kansainväliseen yhteistyöhön on käytettävissä riittävät resurssit. Yhteistyö voidaan organisoida esimerkiksi perustamalla tulevan neuvottelukunnan yhteyteen kansainvälisestä yhteistyöstä vastaava jaosto.

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia.
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)

- 2007: 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väli­raportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)