



Liisa Heinämäki

Palvelut muutoksessa

Sosiaali- ja terveyspalvelujen muutos laajemmille palvelujen järjestämisalueille siirryttäessä

TYÖPAPERI

Työpaperi 2/2014

Liisa Heinämäki

Palvelut muutoksessa

Sosiaali- ja terveyspalvelujen muutos laajemmille
palvelujen järjestämisalueille siirryttäessä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Liisa Heinämäki ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Raili Silius

ISBN 978-952-302-106-8 (painettu)
ISBN 978-952-302-107-5 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-107-5>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2014

Lukijalle

Tämä tutkimus jatkaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostutkimuksen kohdistuvia tutkimuksia. Vuonna 2009 toteutettiin ns. ParasSote -kuntakysely yhteistyössä eri tahojen kanssa, ja THL:n raportissa Kunta- ja palvelurakennemuutostutkimuksen toteutuminen (Kokko ym.) kuvattiin, miten kunnat aikoo toteuttaa Paras -puitelain säännökset sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Tässä kyselyssä ilmeni, että kaikissa kunnissa ei oltu vielä kovinkaan pitkällä palvelujen uudistamisessa. Yhteistoiminta-alueiden muodostamisesta oli tehty päätöksiä, mutta kyselyssä ilmeni että käsitys järjestämisestä, tuottamisesta ja yhteistoiminta-alueista oli vielä vaihteleva.

Yhteistoiminta-alueita oli vuonna 2010 toiminnassa lähes viisikymmentä. Yhteistoiminta-alueiden tutkimuksessa 2010-2011 sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa tarkasteltiin kaikki alueet kattavalla haastattelututkimuksella (Heinämäki 2011). Yhteistoiminta-alueet ja niitä muodostaneet kunnat olivat tuolloin keskimääräisesti hyvin pieniä; yli neljännes alueista jäi alle Paras-lain tavoitteleman 20 000 asukkaan väestöpohjan ja kolme neljästä jäi alle 40 000 asukkaan mittaluokkaan. Palvelujen suhteen oli saavutettu hyötyjä laajemmasta väestöpohjasta, mutta yleiskuvaksi tutkimuksessa jäi haastateltujen virkamiesten turhautuneisuus siitä että kaikkia mahdollisuuksia ei palvelujen kehittämiseksi ja talouden tehostamiseksi voitu käyttää, kun kuntaraja osoittautui palvelujen tuottamisessa monin sopimuksin ja päätöksin varjelluksi ja vaikeaksi ylittää.

Sosiaalipalveluissa muutos oli monessa pienessä kunnassa terveyspalveluiden muutosta suurempi, koska pienimmät kunnat olivat jo pitkään tuottaneet perusterveydenhuollon palvelunsa yhteisillä kuntayhtymillä. ParasSos-tutkimuksessa (Virkki ym. 2011) sosiaalipalveluiden muutosta seurattiin neljän vuoden ajan kunnissa, joista osa toteutti kuntaliitoksen, osa yhteistoiminta-alueen, ja osa jatkoi palvelujen järjestämistä itsenäisenä. Tässä tutkimuksessa koottiin erityisesti kansalaisten ja työntekijöiden näkemyksiä. Kuntalaisten kokemuksessa muutos ei noussut kovin vahvasti esiin; työntekijät kipuiliivat yksilöllisen, monialaisen asiakastyön ja laajemman alueen yhtenäistyvien prosessien välillä.

Näiden tutkimusten pohjalta ja palvelurakennemuutostutkimuksen etenemisen rinnalla nousi esiin tarve saada tarkempaa ja kattavampaa tietoa siitä, mikä palveluissa todella muuttuu, kun järjestämisvastuu siirtyy aikaisempaa laajemmalle alueelle. Edellä kuvattujen tutkimusten tulokset ohjasivat tämän tutkimuksen kohdentamista. Tutkimus toteutettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella Palvelujärjestelmä -osastolla, osana Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksen seuranta ja arviointiohjelmaa (RAMU). Tutkimuksessa mukana olleet kaupungit ja yhteistoiminta-alueet antoivat palvelujohtajiansa arvokasta aikaa tutkimuksen käyttöön ja tuottivat tutkimukselle jälleen kerran korvaamattoman arvokkaan kytkennän käytännön todellisuuteen.

Helsingissä 9.12.2013

Markku Pekurinen
Osastojohtaja
Palvelujärjestelmät -osasto, THL

Sisällys

Lukijalle	3
Tiivistelmä	9
1 Tutkimuksen toteutus	11
1.1 Tutkimuksen taustaa	11
1.2 Menetelmälliset valinnat ja perustelut	12
1.3 Tutkimusalueet ja -kaupungit.	12
1.4 Haastateltavien valinta.	14
1.5 Haastattelurungon teemat ja rakenne	14
Muutosprosessien tarkastelu	14
Muutostekijöiden määrittely	15
1.6 Aineiston keruu ja käsittely	16
2 Palvelujen muutosprosessit	19
2.1 Mikä on muuttunut ja mitä siitä seurasi?	19
2.2 Mikä käynnisti muutoksen?	23
2.3 Päätöksenteko ja tietoisuus siitä	25
2.4 Toimeenpanon eteneminen	26
2.5 Seuranta ja dokumentointi	27
2.6 Muutokseen myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneet tekijät	28
2.7 Muutosprosessien vertailua	31
Muutos eri palvelukokonaisuuksissa	32
Hallintomalli ja muutosprosessi	34
2.8 Yhteenvedo muutosprosesseista	35
3 Muutostekijät	36
3.1 Palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä	36
Palvelupisteiden muutos eri palvelukokonaisuuksissa	39
Vahvistuvatko palvelut keskittämällä?	41
3.2 Palvelujen keskittäminen osaamista eriyttämällä	41
Yksiköiden profilointi ja eriyttäminen	42
Yksiköiden sisällä tapahtuva eriyttäminen.	43
Työnkuvien muutokset	43
Osaamisen käyttö eri palvelukokonaisuuksissa	44
Osaamisella eriyttäminen: vahvistaako vai heikentääkö palveluita?	45
Osaamisen keskittäminen: kokonaiskuva	45
3.3 Palvelurakenteen muotoilu erityis- ja peruspalvelujen rajapinnalla	47
Missä palveluissa erityis- ja perustaso yhtenäistyvät?	49
Erityis- ja peruspalvelujen muutos eri alueilla.	50
Erityis- ja perustason koordinoinnilla vahvuutta palveluihin	51
3.4 Palvelurakenteen muotoilu laitos- ja avopalvelujen rajapinnalla.	52
Avopalveluilla asiakaslähtöisyyttä ja monipuolisuutta	54
Eri palvelukokonaisuuksissa tapahtunut laitos- ja avopalvelujen muutos.	55
3.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio	56
Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation haasteet.	58
Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio eri alueilla	60
3.6 Muutoksen kuva muutostekijöiden valossa	61

4. Mitä muutos toi tullessaan: Yhteenveto	64
4.1 Palvelut hajautuvat enemmän kuin keskittyvät	65
Palvelupisteet vähenevät keskustasta useammin kuin reunoilta	67
Uudet palvelumuodot vahvassa nousussa	68
4.2 Hallinnon, organisaation ja tuottamisen ratkaisuilla on merkitystä.	69
Strateginen johtaminen tilaajajohdon vahvuutena	70
Organisaation, toiminnan vai molempien muutos?.	71
4.3 Kokoavia havaintoja aineistosta.	73
Viestintää ja tiedottamista.	73
Strategialla on merkitystä	73
Muutos on toimintaa	73
Keskittämisen pelossa torjuttu muutos?	74
Osaaminen ja sen muutos.	74
Hajanaisille palveluille eniten hyötyjä	74
4.4 Pohdintoja palvelujen muutoksesta	75
Kirjallisuus	77

Taulukot ja kuvat

Taulukko 1. Palvelujen muutostutkimukseen valikoituneet alueet ja kaupungit sekä niiden väestöpohja, muutostausta ja tutkimusajankohdan hallintomalli.	13
Taulukko 2. Merkittävimpinä mainittujen muutosten jakautuminen hallinnon, organisaation, tuottamisen ja toiminnan muutoksiin.. . . .	21
Taulukko 3. Muutoksen seuranta osoitettu työryhmälle, viranhaltijalle tai sitä ei ole sovittu, tai kysymyksen ei vastattu. Muutoksen dokumentointi toteutetaan erikseen, muun toiminnan ohella tai ei vastausta	27
Taulukko 4. Muutokseen vaikuttaneet tekijät ja niihin liittyvät myönteiset ja kielteiset ulottuvuudet ja maininnat (lkm).	28
Taulukko 5. Palvelujen keskittäminen palvelupisteitä vähentämällä, kaikki palvelualat yhteensä	37
Taulukko 6. Haastateltavien nimeämät lisänäkökulmat palvelujen keskittämisen tarkasteluun	41
Taulukko 7. Osaamisen eriyttäminen yksiköiden välillä, yksiköiden sisällä ja henkilöstön työ- kuvauksissa sekä muilla tavoilla, kpl.	42
Taulukko 8. Osaamisen eriyttämisen palveluita vahvistava vaikutus.	45
Taulukko 9. Palvelujen muutokset, joilla pyritään vähentämään laitospalveluita, lisäämään avo- huollon palvelujen käyttöä ja ohjaamaan palvelutarvetta laitoshoidosta avohuoltoon.	54
Kuvio 1a. Haastateltavien nimeämät muutoksen sisällöt, kpl. Muut muutokset sijoitettu asian- mukaiseen kohtaan alkuperäisissä vastauksissa.	19
Kuvio 1b. Haastateltavien mainitsemat muutosten sisällöt alueittain.. . . .	20
Kuvio 2. Haastateltavien nimeämien muutosten lukumäärät, kpl/vastaaja	20
Kuvio 3. Muutoksen sisältö ja merkittävimmät toimenpiteet muutoksessa rinnastettuna.. . . .	22
Kuvio 4. Merkittävimmät seuraukset tai odotetut seuraukset muutoksesta.	22
Kuvio 5a. Muutoksen käynnistäneet tekijät, N=254	24
Kuvio 5b. Muutoksen käynnistäneet tekijät alueittain.	24
Kuvio 6. Muutoksen taustalla oleva päätöksenteko haastateltavien mukaan.	25
Kuvio 7. Muutokseen kielteisesti ja myönteisesti vaikuttaneet tekijät rinnastettuina.	29
Kuvio 8. Muutosprosessin positiivinen ja negatiivinen kierre.	30
Kuvio 9. Muutokseen myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneet tekijät jaettuna ulkoisiin ja sisäisiin, kpl.	31
Kuvio 10. Muutoksen käynnistänyt tekijä palvelualoittain.	33
Kuvio 11. Muutoksen kohdistuminen hallintoon, tuottamiseen, organisaatioihin tai toimintaan palvelualoittain eriteltyinä.. . . .	33
Kuvio 12. Palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä eri alueilla.. . . .	39
Kuvio 13. Kolme eniten mainittua palvelua osaamisen eriyttämisen eri tapojen yhteydessä.	44
Kuvio 14. Eri palveluissa useimmin toteutetut osaamisen erikoistumisen tavat.	45
Kuvio 15. Palvelujen keskittäminen osaamista suuntaamalla, käytetyt keinot alueittain.	46

Kuvio 16.	Erityis- ja perustason rajapinnan muutokset	48
Kuvio 17.	Erityis- ja perustason rajapinnan muutokset palvelukokonaisuuksittain.	49
Kuvio 18.	Perus- ja erityistason palvelujen yhtenäistäminen yksittäisten palvelujen, yksiköiden, hallinnon ja kokonaisuuksien tasolla eri alueilla.	50
Kuvio 19.	Muutosten vastaajakohtainen lukumäärä laitos- ja avopalvelujen suhteessa.	53
Kuvio 20.	Laitos- ja avopalvelujen suhteessa toteutetut muutokset.	53
Kuvio 21.	Laitospalvelujen ja avopalvelujen suhteessa toteutettujen muutosten suhteelliset osuudet eri palveluissa.	56
Kuvio 22.	Laitos- ja avopalvelujen muutoksen toteutuksen keinot alueittain jakautuneena.	56
Kuvio 23.	Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisen eri muotojen toteutuminen.	57
Kuvio 24.	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio palveluita vahvistavana tekijänä, arviot ja perustelut.	58
Kuvio 25.	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutusmuodot eri alueilla.. . . .	60
Kuvio 26.	Haastateltavien arviot muutostekijöiden palveluita vahvistavista ja heikentävistä vaikutuksista (lkm).	61
Kuvio 27.	Muutostekijät alueiden toteuttamina, mainintojen lukumäärä.	62
Kuvio 28.	Muutosten vahvistava vaikutus palveluihin ja ei toteutuneiden muutosten vertailu (lkm).	62
Kuvio 29.	Haastateltavien 'Mitä muuta muutoksesta' -vastausten jakautuminen eri teemoihin (kpl)..	64
Kuvio 30.	Organisaation, tuottamistapojen ja toiminnan muutosten keskinäinen suhde alueittain.	72

Tiivistelmä

Liisa Heinämäki. Palvelut muutoksessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen muutos laajemmille järjestämisalueille siirryttäessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 2/2014. 77 sivua. Helsinki 2014. ISBN 978-952-3002-106-8 (painettu); ISBN 978-952-302-107-5 (verkkójulkaisu)

Palvelujen muutostutkimus muodostaa jatkumon Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aikaisemmille tutkimuksille, joissa kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen muutosta on tarkasteltu kunta- ja palvelurakennemuutuksen eri vaiheissa. Aiempaa laajemmalle alueelle ja väestöpohjalle siirtyneet sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden muutosprosessit ovat tämän tutkimuksen keskiössä. Muutosprosesseista analysoidaan muutoksen käynnistymisen, päätöksenteon, toimeenpanon ja seurannan prosesseja sekä haastateltavien näkemyksiä siitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet muutoksen etenemiseen myönteisesti tai kielteisesti. Palvelujen muutostekijöinä kartoitetaan palvelujen keskittämistä palvelupisteitä vähentämällä, osaamisen keskittämiseen perustuvaa palvelujen muutosta, perus- ja erityispalvelujen suhdetta, avo- ja laitospalvelujen tasapainon muutoksia sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota. Tämä julkaisu on osaraportti, jossa tehdään avaus tutkimuksen tuloksiin menemättä syvällisiin analyyseihin.

Tutkimuksessa haastateltiin 75 sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelu- ja toimialajohtajaa kahdeksalla 50 000–185 000 asukkaan alueella, joilla on yhteensä n. 770 000 asukasta. Muutoksen käynnistymiseen olivat vaikuttaneet suurimpana tekijänä toiminnallisen tehostamisen tarve, esim. prosessien kehittäminen, sekä taloudellisen tehostamisen tarve ja henkilöstön saatavuuden turvaaminen. Muutosprosessit eivät olleet jääneet hallinnollisiksi, vaan muutos kohdistui vahvasti organisaatioihin ja toimintaan. Tuottamistapojen muutos oli vähäisintä. Eniten muutoksilla pyrittiin lisäämään palvelukokonaisuuksien muodostamista, vahvistamaan toiminnan yhtenäistämistä ja muodostamaan alueellisia toimintamalleja.

Tutkimuksen keskeisiä havaintoja muutostekijöiden osalta voidaan kiteyttää seuraaviin pääpiirteisiin: Palvelujen keskittämistä on tapahtunut pääasiassa osaamista keskittämällä, eikä palveluyksiköiden määrän vähentäminen ole ollut merkittävä osa muutosta. Osaamisen keskittämisen rinnalla on tapahtunut *keskittämällä hajauttamista*, eli keskitetystä tiimistä asiantuntemusta ja palveluja viedään eri palvelupisteisiin alueella. Palvelupisteiden vähentämisen haastateltavat arvioivat vahvistavan palvelujärjestelmää, joten painetta vähentämiseen jatkossa lieenee. Osassa toimintayksiköitä on pysyviä palveluita supistettu mutta asiakkaan ulottuville tuodaan palveluita ja asiantuntijatyötä osaviikkoisesti tai ajanvarauksen perusteella. Sekä kuntaliitos- että yhteistoiminta-alueilla toimintayksiköitä on vähennetty keskustaajungin alueelta vastauksena laajenneen alueen haasteisiin ja tasaveroituuden tavoitteeseen. Harvaan asutun alueen palvelupisteiden vähentäminen ei ole muutoksessa painottunut.

Avohuollon palvelujen kehittäminen sekä määrää lisäämällä että palveluvalikoimaa monipuolistamalla on ollut merkittävä osa palvelurakenteen uudistusta. Samalla on vahvistettu ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan osuutta. Laitospaikkojen vähentäminen näkyy esimerkiksi kokonaisten terveyskeskuksen vuodeosastojen lopettamisena tai siirtämisenä vanhuspalvelujen toimintakokonaisuuteen, ja siellä edelleen kuntouttavaksi osastoksi muuttamisena ja palveluasumisen lisäämisenä.

Erityis- ja perustason integraatiota pidetään tavoiteltavana ja siinä on lisääntynyt erityisesti terveydenhuollon yksittäisten erityistason palvelujen saatavuus perustason palveluissa. Erityis- ja perustason integraatio ei ole toteutunut niin usein kuin sille asetettujen odotusten perusteella voisi olettaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio rakentui yhteisten yksiköiden ja kokonaisuuksien varaan enemmän kuin yksittäisille palveluille. Integraation hyötynä nähdään erityisesti asiakkaan palvelujen kokonaisuus ja osaamisen vahvistuminen sekä lisääntynyt yhteistyö.

Alueiden välisistä eroista selkeimmäksi nousi tilaaja-tuottajamallin vaikutus kaupungin kokonaisstrategian mukaisten tavoitteiden, suunnittelun ja ohjauksen vahvaan läpäisevyyteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Avainsanat: sosiaali- ja terveyspalvelut, kunta- ja palvelurakennemuutos, kuntaliitokset, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet, laitoshuolto, avohuolto, erityis- ja perustason integraatio, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, tilaaja-tuottajamalli

1 Tutkimuksen toteutus

1.1 Tutkimuksen taustaa

Suomen kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa on tapahtunut paljon muutoksia, sekä kunta- ja palvelurakennuudistuksen että palvelujen sisällöllisen kehittämisen seurauksena. Muutokset ovat olleet sekä hallinnollisia, rakenteellisia että toiminnallisia. Kuntaliitoksia on tehty runsaasti, ja lisäksi kunnat ovat muodostaneet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alueilla järjestämistä vastuu on kunnan päätöksellä siirretty joko kuntayhtymän tai yhden kunnan vastuulle, ns. isäntä- tai vastuukuntamallilla. Näissä aiempaa laajemmissa rakenteissa palveluita on organisoitu uusilla tavoilla, erilaisia palvelukokonaisuuksia muodostaen. Palvelujen organisoimisessa järjestämisen ja tuottamisen vastuut ovat aiempaa selkeämmin erottuneet ja esim. erilaisia tilaaja- tuottajamalleja on muodostettu.

Näitä muutoksia on seurattu useilla tutkimuksilla. Paras- uudistuksen seurantakyselyssä 2009¹ pyydettiin kuntia kertomaan, miten ne aikovat toteuttaa Paras -puitelain edellyttämät palvelujen järjestämisen reunaehdot, erityisesti 20 000 asukkaan väestöpohjan. Samoin kysyttiin, millaisia muutoksia uudistuksessa aiottiin tehdä palveluihin toiminnallisten kokonaisuuksien aikaan saamiseksi. Tämän kyselyn vaiheessa muutos oli vielä alkuvaiheessaan, eikä monilla kunnilla ollut vielä suunnitelmia palvelujen järjestämisen osalta tehtynä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnisti v. 2008 nelivuotisen ParasSos -tutkimuksen² jossa seurattiin mitä tapahtuu kuntalaisen sosiaalipalveluille Paras -uudistuksessa. Tutkimuskunnista osa muodosti yhteistoiminta-alueen, osa teki kuntaliitoksen ja osa jatkoi palvelujen järjestämistä itsenäisenä. Tutkimus avasi sekä kunnallisten toimijoiden että kuntalaisten näkemyksiä ja kokemuksia palvelujen muutoksesta. Perinteisesti kunnissa järjestettyjen sosiaalipalvelujen muutos näyttäytyi palvelujen keskittämisen, hajauttamisen ja osamisen uudenlaisen käytön osittain ristiriitaisina kokemuksina.

Uudistuksessa syntyneet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet ovat palvelujen järjestämisen vastuorganisaatioita. Yhteistoiminta-alueiden tutkimuksessa³ selvitettiin näiden uusien toimijoiden sosiaali- ja terveyspalvelujen muotoutumista; järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Tässä tutkimuksessa alkoivat hahmottua ne hallintoon ja palveluihin liittyvät muutokset, jotka seurasivat ja mahdollistuivat usean kunnan yhteistyössä sekä aiempaa laajemmalla väestöpohjalla.

Etenkin palvelujen tuottamisen keskittämistä ja sen myötä palvelujen katoamista oman kunnan alueelta on pidetty kielteisenä muutoksena, ja siirtymistä laajemman järjestämistä vastuun alueelle tai kuntaliitoksen kautta yhdeksi alueeksi on usein torjuttu tätä näkemystä korostaen. Kysymys lähipalveluista on ollut esillä koko kunta- ja palvelurakennuudistuksen ajan, mutta varsin määrittelemättömänä.⁴ Kuntien edustajien, palveluita järjestävien asiantuntijoiden sekä kuntalaisten taholta on esitetty⁵ jossain määrin ristiriitaisia arvioita palvelujen optimaalisesta sijainnista, ja myös ymmärrystä sekä halukkuutta nykyistä kauempina sijaitsevia palveluita kohtaan. Harvaan asuttujen alueiden osalta palvelujen tuottaminen asukkaille kohtuullisen matkan päässä ja kuitenkin laadukaina ja monipuolisena on maaseudulla yhä kasvava haaste, jonka ratkaisua haetaan eri puolilla Suomea.

Tämän tutkimuksen tavoitteeksi asetettiin selvittää, millaisia ratkaisuja palveluissa tavoitellaan ja on jo tehty siirryttäessä laajemman väestöpohjan alueeksi. Erityisesti kiinnitetään huomiota keskittämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation perusteluihin ja toteutukseen sekä rakenteellisiin uudistuksiin (uudet palvelukokonaisuudet, laitos- ja avopalvelujen suhde, erityis- ja perustason palvelujen suhde). Palvelujen muutosta tarkastellaan kuntien ja/tai alueiden muutoksen kokonaisuutena alueittain. Muutosta tarkastellaan jossain määrin myös palvelukokonaisuuksittain ja eri alueiden välillä.

1 Kokko ym. 2009

2 Virkki ym. 2011

3 Heinämäki 2010; Heinämäki 2011

4 mm. Zitting & Ilmarinen 2010

5 mm. Virkki ym. 2011; Kaskisaari ym. 2010; Kokko ym. 2009

1.2 Menetelmälliset valinnat ja perustelut

Tutkimuksen tiedon keruun menetelmäksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu. Palvelujen muutos on monitahoinen ilmiö, jota ei ole tarkoin määritelty. Muutoksen ymmärtäminen edellyttää ilmiön laajempaa tarkastelua ja aineiston keruuta siten, että ennalta odottamattomat tavoitteet, muutokset ja seuraukset voidaan tavoittaa. Kyselyä ei siis olisi vielä aikaisemman tiedon perusteella voitu kohdistaa täsmällisesti jättämättä ulkopuolelle mahdollisesti hyvinkin merkittävää tietoa. Toisaalta haluttiin saada strukturoitua, hyvin jäsennettyä ja yhdenmukaista tietoa palvelujen muutoksesta.

Haastattelut päätettiin toteuttaa yhdistämällä strukturoitu kyselylomake sekä avoimet vastaukset. Käytännössä haastattelu toteutettiin siten, että haastattelijalla oli käytössään webropolin⁶ muodostettu kyselylomake. Lomake sisälsi valmiita vastausvaihtoehtoja ja esikoodattuja vastauksia. Sen lisäksi eri kysymyksiin liittyi rajoittamaton avovastaustila.

Haastattelija täytti lomaketta haastattelun aikana. Tämä menettely mahdollisti suhteellisen suuren aineiston keruun, koska aineisto oli suoraan käytettävissä erilaisiin analyyseihin eikä pitkällistä litterointivaihetta tarvittu. Menettely perustui aikaisemmissa tutkimuksissa muodostettuun tiedonkeruumalliin, jota oli edelleen kehitetty. Yhteistoiminta-alueiden tutkimuksessa vastaava menettely oli käytössä excel -pohjaisena. Tässä tutkimuksessa käytössä oli liikkuva nettiyhteys, mikä mahdollisti webropolin käytön. Yhteyshäiriöiden varalta käytössä oli myös excel-lomake. Muutamia haastatteluja tehtiinkin exceliä käyttäen, täysin vastaavalla rakenteella kuin webropol. Näissä tapauksissa haastattelu siirrettiin exceliltä webropolin välittömästi haastattelupäivien jälkeen copypaste -toiminnolla, joten aineistossa ei siltä osin ole eroavuuksia.

Haastattelussa käytetyt valmiit vastausvaihtoehdot oli tulostettu erillisille korteille, joita haastateltavalle annettiin haastattelun asianomaisessa kohdassa. Näin haastateltava ei joutunut vastaamaan muistinvaraisesti hänelle esitetyistä vaihtoehdoista, vaan hän sai harkita rauhassa vastaustaan. Vastausvaihtoehtoisissa pyrittiin myös noudattamaan toistuvaa rakennetta, mikä helpotti asian prosessointia.

Haastattelijan tekemä avovastausten tallennus jättää luonnollisesti tilaa tutkimuksellisille kysymyksille luotettavuudesta. Haastateltavan vastaukset pyrittiin kirjoittamaan mahdollisimman suoraan lainauksina, ns. kenttämuistiinpanoina. Menettelyn mahdollisti se, että haastattelija oli jo aiemmissa tutkimuksissa hyvin perehtynyt tutkimusaiheeseen ja kunnallisten toimijoiden tapaan puhua aiheesta, sanastoon ja lähestymistapaan. Lisäksi alueiden ratkaisuihin ja muutosprosessiin oli voitu tutustua jo ennalta, mikä helpotti haastatteluiden aikana vastausten ymmärtämistä. Useiden haastatteluiden toteutus samalla alueella selkiytti myös mahdollisia väärinymmärryksiä ja vahvisti oikeaa tulkintaa.

On myös huomioitava, että tämä tutkimus kohdistuu ajankohtaisiin muutosprosesseihin, joista pyrittiin muodostamaan selvitystyyppinen kokonaiskuva. Pyrkimys ei ollut tehdä diskurssianalyttistä analyysiä eikä tutkimus etsi muutoksen teoreettisia selitysmalleja.

1.3 Tutkimusalueet ja -kaupungit

Tutkimusalueiksi valittiin eri puolilta Suomea alueita ja kaupunkeja, joista osa edustaa kuntaliitoksia, osa aluemallikokeilun tai muuta rakenneratkaisun eri vaiheissaan olevaa aluetta. Palvelujen muutoksen tavoittaminen edellytti, että muutosprosessi oli riittävän tuore mutta kuitenkin jo edennyt jossain määrin. 6–8 alueen määrän laskettiin tuottavan riittävästi aineistoa, koska jokaiselta alueelta arviointiin haastateltavaksi tulevan 5–7 henkilöä. Mukaan otettavien alueiden haluttiin olevan väestöpohjaltaan merkittävästi nykyistä kunta- ja yhteistoiminta-alueiden kokoa suurempia, koska tavoitteena oli muodostaa kuva palvelujen muutoksista aiempaa laajemmilla väestöpohjilla.

Alueet / kaupungit valittiin mukaan harkinnanvaraisena otoksena siten, että ne edustivat edellä kuvattuja kriteereitä. Alueita ja kaupunkeja valikoitui mukaan kahdeksan. Niiden väestöpohja oli 50 000–185 000 asukasta ja yhteensä ne edustivat 772 555 asukkaan kokonaisuutta.

⁶ Internetpohjainen online -kysely ja -tiedonkeruuväline; www.webropol.fi

Tutkimusalueista osassa muutosta oli työstetty jo pitkään (esim. Kainuun maakuntakokeilu alkaen v. 2005), osassa muutos oli tuore (esim. Mikkelin seutusote v. 2012 alusta) ja esim. Oulussa kuntaliitokset olivat juuri tapahtumassa. Monilla alueilla muutos on ollut monivaiheinen sisältäen sekä yhteistoiminnan että kuntaliitoksia eri vaiheissa. (Taulukko 1).

Alueista Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri Eksote sekä Kainuun maakunta-kuntayhtymä edustivat kuntayhtymiä, joissa kuntien perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto sekä erikoissairaanhoido ovat kaikki saman järjestämisvastuun toimijan vastuulla. Mikkelin seutusote sekä Porin perusturva edustivat isäntäkuntamallin yhteistoiminta-alueita. Päijät-Hämeen perusturvakeskus Aava edusti kuntayhtymämuotoista yhteistoiminta-alueita. (Jatkossa em. alueista käytetään lyhyesti nimiä Eksote, Kainuu, Mikkelin, Pori ja Aava.) Oulun ja Hämeenlinnan kaupungeilla oli takanaan kuntaliitoksia, ja molemmissa palvelujen organisoituminen on muodostettu ns. elämänkaarimallilla. Molemmissa on myös käytössä tilaaja - tuottajamalli. Vaasan kaupunki on tehnyt kuntaliitoksen ja jatkaa yhden kunnan kanssa isäntäkuntamallin yhteistoimintaa; tässä aineistossa

Taulukko 1. Palvelujen muutostutkimukseen valikoituneet alueet ja kaupungit sekä niiden väestöpohja, muutostausta ja tutkimusajankohdan hallintomalli.

Alue/ kaupunki	Väestö 31.12.2012	Muutostausta	Hallintomalli v. 2012
EKSOTE (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri) 9 kuntaa	132 335	Sotepiiri alkaen 1.1.2009. Kuntaliitos Lappeenranta-Joutseno 1.1.2009, Kuntaliitos Ylämaa-Lappeenranta 1.1.2010 alkaen	Sotepiiri, sis. pth, esh, sos. Kuntayhtymä Lisäksi mukana Imatra: vain esh ja erityishuolto.
Mikkelin seutusote 8 kuntaa	73 322	Yhteistoiminta-alue 1.1.2012 Kuntaliitos Mikkelin, Suomenniemi ja Ristiina 1.1.2013 alkaen Kuntaliitos Mikkelin ja Haukivuori 2007	Yhteistoiminta-alue Isäntäkunta Puumala hankkii terveystyöpalvelut Mikkeliltä, ei yt-sopimusta.
Kainuun maakunta 8 kuntaa	77 435	Hallintokokeilun jälkeen 1.1.2013 tulossa laaja sote -sopimus	Kainuun maakuntahallinto, kokeilu 2005–2012 Kuntayhtymä
Porin perusturva 6 kuntaa	107 673	Yhteistoiminta-alue 1.1.2010 alkaen Kuntaliitos Pori-Noormarkku 1.1.2010 alkaen	Yhteistoiminta-alue, Isäntäkunta Lavia (huomioitu väestössä) ostaa sotepalvelut Porin perusturvalta, ei yhteistoimintasopimuksessa
Peruspalvelukeskus Aava (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöpiiri) 7 kuntaa	49 759	Sosiaali- ja terveystyöpiiri (14 kuntaa) 1.1.2007; erikoissairaanhoido, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Peruspalvelukeskus Aava vastaa peruspalveluista	Yhteistoiminta-alue Kuntayhtymä Aava muuttui liikelaitokseksi 1.1.2013.
Oulun kaupunki	190 847	Kuntaliitos 1.1.2013 Oulu, Haukipudas, Kiiminki, Oulunsalo ja Yli-Ii (yhteinen palvelujen tuotanto jo v. 2012) Kuntaliitos 1.1.2009 Oulu ja Ylikiminki	Itsenäinen järjestäjä Tilaaaja-tuottajamalli
Hämeenlinnan kaupunki	67 497	Kuntaliitos 1.1.2009 Hauho, Hämeenlinna, Kalvola, Lammi, Renko ja Tuulos	Itsenäinen järjestäjä Tilaaaja-tuottajamalli
Vaasan kaupunki	73 667	Yhteistoiminta-alue Vaasa, Vähäkylä, Laihia 1.1.2009 Isäntäkunta, lautakuntamalli. Kuntaliitos Vaasa -Vähäkylä 1.1.2013	Yhteistoiminta-alue Isäntäkunta
Yhteensä	772 555		

Vaasa edusti vähäisten muutosten kaupunkia. Raportissa käytetään jatkossa luettavuuden helpottamiseksi yhteisnimitystä *alue* kattaen myös tässä mainitut itsenäisesti palvelut järjestävät kaupungit.

1.4 Haastateltavien valinta

Haastattelut toteutettiin alueittain siten, että samalta alueelta haastateltiin ennalta määriteltyjen palvelukokonaisuuksien vastuuhenkilöitä, käytännössä sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmä (tai muulla nimikkeellä nimetyt vastuuhenkilöt). Ennalta määritellyillä palvelukokonaisuuksilla tarkoitetaan tässä sitä, että valmisteluvaiheessa nimettiin yleisimmät palvelukokonaisuudet ja niihin kiinnittyvät palvelut. Haastattelujen yhteydessä tiedusteltiin haastateltavan vastuualueelle kuuluvat palvelut, ja näin pystyttiin muodostamaan rakenne jossa aineiston analyysiä voidaan tehdä palvelukokonaisuuksittain, riippumatta siitä millaisia organisoitumisen muotoja ja rakenteita kunnissa on. Palvelukokonaisuuksiksi määriteltiin seuraavat:

- avosairaanhoidon palvelut,
- aikuissosiaalityön palvelut,
- vanhusten palvelut,
- lasten ja lapsiperheiden palvelut,
- mielenterveys- ja päihdepalvelut ja
- vammaispalvelut.

Käytännössä siis sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmä muodostui haastateltavaksi. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä vammaispalvelujen osalta pyrittiin saamaan haastateltavaksi palvelusta vastaava johtaja ja/tai esimies, koska näiden palvelujen osalta oli tiedossa tarve saada selkeä kokonaiskuva myös käytännön ratkaisuksista. Mainitut erityispalvelut ovat usein marginaalinen osa laajempaa palvelujen kokonaisuutta. Aiemmassa tutkimuksessa⁷ oli ilmennyt, että näissä palveluissa laajemmalle alueelle siirtyminen ei heti tuottanut yhtenäistymistä, vaan palvelujen koordinaatio jäi odottamaan muutoksen vakiintumisen vaihetta. Todettakoon myös, että vanhuspalvelut muodostivat tutkimusalueilla yhtenäisimmin palvelukokonaisuuden. Muiden palvelujen osalta alueilla on eroja siinä, miten palvelut muodostavat organisatorisia ja toiminnallisia kokonaisuuksia.

Alueilla pyrittiin myös joko ennalta suunnitellusti tai ns. lumipallo-otannalla haastattelemaan eräiden palvelujen vastuuhenkilöitä, kun palvelut nousivat esiin joko palvelujen rakenteellisessa tarkastelussa tai haastatteluissa. Näin toimien mukaan poimittiin mm. asiakasohjauksen edustaja Hämeenlinnassa ja lapsi- ja perhepalvelujen yksikön johtajia Kainuussa. Nämä poikkeamat päälinjauksista huomioitiin analyysissä aineistoja ryhmiteltäessä (luku 1.6).

1.5 Haastattelurungon teemat ja rakenne

Haastattelurunko muodostettiin vastaamaan kahteen keskeiseen teemaan: muutosprosessiin ja muutostekijöihin. Nämä nousivat aikaisempien palvelututkimusten perusteella keskeisiksi osa-alueiksi. Kunnissa tehdyt päätökset ja ratkaisut ovat enimmäkseen julkista aineistoa, ja rakenneuudistuksia pystytään seuraamaan niiden kautta. Muutosprosessien erilaiset vaiheet ja painotukset sekä sosiaali- ja terveystieteiden ulkopuolelta tulevat vaikuttavat tekijät voivat kuitenkin olla prosessissa merkittäviä. Muutoksen analyysin mahdollistamiseksi määriteltiin viisi keskeistä muutoksen piirrettä, jotka nimettiin muutostekijöiksi.

Muutosprosessien tarkastelu

Muutosprosessia tarkasteltiin sekä toteutuneen muutoksen että sen prosessin kuvauksena. Alueilla tapahtunut kuntarakenteen muutos ja palvelujen järjestämisvastuun muutos on pääpiirteissään tiedossa (Ks. tauluk-

⁷ Heinämäki 2011

ko 1). Palveluissa toteutunut muutos kysyttiin palvelukokonaisuuksittain, koska tutkimuksella haluttiin selvittää muutosta ja sen eroavuuksia palvelukokonaisuuksien välillä. Hallinnollinen muutos oli kuvattavissa asiakirjoin, toiminnallista muutosta tiedusteltiin haastattelussa. Toiminnallisen muutoksen osalta kysyttiin, mikä oli muutoksen keskeinen sisältö haastateltavan edustamien palvelujen osalta, ja pyydettiin haastateltavalta kuvausta näistä muutoksista. Tarkennuksena kysyttiin merkittävimmät toimenpiteet sekä merkittävimmät seuraukset / odotetut seuraukset.

Muutosprosessin etenemistä kuvattiin yhteisin indikaattorein kysymällä haastateltavien tietoa tai käsitystä siitä, mikä oli muutoksen käynnistänyt tekijä, miten muutosta koskevat päätökset oli tehty ja miten muutoksen toteutusta toimeenpantiin ja seurattiin.

Muutoksen käynnistäneet tekijät pystyttiin aikaisempien, vastaaviin tilanteisiin liittyvien tutkimusten⁸ perusteella identifioimaan. Muutoksen käynnistäneistä tekijöistä tarjottiin haastateltaville erillisellä kortilla esitettynä vaihtoehtoja tarkasteltavaksi haastattelun aikana. Annettuihin vaihtoehtoihin oli lisäksi mahdollisuus liittää kuvauksia ja täsmennyksiä.

Seuraavassa vaiheessa tiedusteltiin, miten muutokseen liittyvät päätökset oli haastateltavan tietojen mukaan tehty. Tässä kohdin ei pyydetty varmistettua, dokumentoitua tietoa vaan haastateltavan tietoa asiasta. Tällä tavoin pyrittiin tavoittamaan päätöksenteon arkitodellisuus muutoksessa. Se, miten yksittäinen johtava viranhaltija on tietoinen muutokseen liittyvästä päätöksenteosta, kuvaa osaltaan muutosprosessia. Haastateltavalle tarjottiin eri vastausvaihtoehtoja päätöksenteon muodoista. Myös näihin vastauksiin oli mahdollista liittää avovastauksia eri vaihtoehtojen täydennyksiksi.

Muutoksen toimeenpanon vaihetta tiedusteltiin vastausvaihtoehdoilla, joissa huomioitiin ajallisesti eri vaiheet ja myös mahdollinen viivästyminen. Lisäksi tiedusteltiin toimeenpanon vastuutahoa. Muutoksen ajoittaminen oli tärkeää muutosprosessin kokonaisuuden kannalta, mutta samalla tämä kysymys konkretisoi myös haastateltavan tietämystä muutosprosessin vaiheesta, suunnitelmasta ja vastuista. Toimeenpanon kysymyksen jälkeen tiedusteltiin myös muutoksen seurannan ja dokumentoinnin tavoista.

Muutosprosessin kuvauksen lopuksi tiedusteltiin haastateltavilta vielä heidän näkemystään siitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet muutosprosessiin myönteisesti ja mitkä kielteisesti. Näihin kysymyksiin ei tarjottu vastausvaihtoehtoja, vaan vastaus oli avovastaus. Muutosprosessia koskevien kysymysten tarkempi kuvaus ja tulokset on esitetty tämän raportin luvussa 2.

Muutostekijöiden määrittely

Palvelujen erilaiset organisoitumistavat ja rakenteet eri kunnissa ovat palvelujen muutoksen seurannan kannalta haasteellisia. Palvelujen muutosprosessi jää helposti tapauskohtaisiksi kuvauksiksi jotka hyödyttävät vain oman kunnan toimijoita ja päätöksentekijöitä. Toisaalta palvelujen tutkimus siirtyy usein rekistereiden ja tilastojen tutkimukseksi, jolloin menetetään prosessi- ja tapauskohtainen tieto. Tässä tutkimuksessa haluttiin systematisoida palvelujen muutosta koskeva tiedonkeruu siten, että saataisiin kuntien erilaiset toimintatavat ylittävää muutostietoa. Tässä tutkimuksessa kuvatulla aineistonkeruumenetelmällä oli mahdollista koota sekä strukturoitua, ennalta jäsennettyä tietoa suhteellisen suurelta haastateltavien joukolta, mutta samalla tavoittaa alueellisesti syvähaastattelun tapaan syventävää, moninäkökulmaista kuvausta.

Muutosta koskevan tiedonkeruun systematisointi toteutettiin jakamalla muutos osatekijöihin, joita tässä tutkimuksessa on kutsuttu *muutostekijöiksi*. Ne valittiin perustuen aiempaan tietoon sosiaali- ja terveyspalvelujen muutoksesta kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Muutostekijöiksi valittiin seuraavat:

- Palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä,
- Palvelujen keskittäminen osaamista suuntaamalla,
- Palvelurakenteen muotoilu erityis- ja peruspalvelujen rajapinnalla,
- Palvelurakenteen muotoilu laitos- ja avopalvelujen välillä,
- Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio.

⁸ Ns. ParasSote -kysely (Kokko ym. 2009) ja yhteistoiminta-alueiden tutkimus (Heinämäki 2010; Heinämäki 2011)

Näiden muutostekijöiden yleinen kuvaus ja tutkimukseen sisällyttämisen perustelut voidaan määrittellä seuraavasti:

Palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä on usein liitetty keskusteluissa arvioihin siitä, miten palvelut kuntaliitoksen ja/tai yhteistoiminnan kautta muodostuvat. Keskusteluun on usein liitetty oletus, että palvelut kootaan keskuskuuntaan. Reaalista tietoa siitä, mitä muutoksissa palveluille tapahtuu, on ollut saatavissa varsin vähän eikä palvelukokonaisuuksien välisenä vertailuna juuri lainkaan.

Palvelujen keskittäminen osaamista uudelleen suuntaamalla on puolestaan jäänyt vähäisemmälle huomiolle yleisessä keskustelussa. Palvelupisteiden keskittäminen on hallinnut keskustelua, mutta aikaisempien tutkimusten perusteella erilaiset osaamisen uudet hyödyntämisentavat ovat nimenomaan aikaisempaa laajemmalle väestöpohjalle siirtyvien palvelujen muutoksessa merkittävä toimintamalli.

Palvelujen sisäisen rakenteellisen uudistuksen keskiössä on jo pidempään ollut *laitos- ja avopalvelujen välisen rajan uudelleen muotoilu*. Laitospalveluista irtautuminen on ollut tavoitteena hyvin laajasti palveluissa. Muutosprosessit edellyttävät kuitenkin palveluista huolehtimista avohuollossa, mikä toisinaan unohtuu keskustelusta. josta haastateltavilta kysyttiin yhtenä muutostekijänä.

Erityis- ja peruspalvelujen suhteen tarkastelu ja uudistaminen oli yksi muutostekijä, josta haastateltavia pyydettiin kertomaan oman palvelukokonaisuutensa näkökulmasta.

Meneillään olevan palvelurakennemuutoksen ominaispiirteenä on *sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio*, joka näyttäytyy esim. ylisektoristen palvelukokonaisuuksien muodostamisena. Tästä tiedusteltiin yhtenä muutostekijänä.

Nämä muutostekijät esitettiin haastateltavalle sekä suullisesti kerrottuna että kirjallisesti erillisillä korteilla. Haastateltavat arvioivat, mikä tai mitkä muutostekijät olivat hänen edustamansa palvelujen kannalta merkittäviä. Valittuja muutostekijöitä määriteltiin systemaattisesti samalla tavoin. Kaikkien muutostekijöiden osalta käytettiin samoja vastausvaihtoehtoja: ei ole toteutunut – ei ole suunniteltu – on suunniteltu alkaen [vsl] - on toteutunut [täsmennys]. Lisäksi tiedusteltiin keskittämistä koskevissa kysymyksissä, onko muutos kohdistunut kuntaliitos- ja yhteistoiminta-alueilla kaikkiin kuntiin. Muista muutostekijöistä tehtiin toteutus-tapaa täsmentäviä kysymyksiä. Näitä vaihtoehtoja esitellään tarkemmin tämän raportin luvussa 3.

1.6 Aineiston keruu ja käsittely

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin syksyllä 2012. Haastatteluja tehtiin yhteensä 74 kappaletta, niistä puhelimitse seitsemän. Muut haastattelut toteutettiin henkilökohtaisesti joko haastateltavan työhuoneessa tai kahdella alueella yhdessä työpisteessä haastateltavien työnantajan organisaatiossa. Kahteen haastatteluun osallistui kaksi henkilöä. Haastattelut toteutettiin ajallisesti yhtenäisenä jaksona 17.10.–5.12.2012. Tällä ajanjaksolla kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa ei tullut merkittäviä uusia käännteitä esim. tiedotusvälineiden kautta esiin. Joitain täydennyshaastatteluita ja peruuntuneita haastatteluita korvaavia tehtiin joulukuussa ja tammikuun alussa. Varsinaisella haastatteluiden ajanjaksolla jokaisella tutkimusalueella oli kaksi tai kolme haastattelupäivää, joiden aikana haastattelut toteutettiin.

Haastatellut henkilöt jakautuivat alueellisesti seuraavasti:

Alue	Henkilöitä, lkm
Mikkeli	12
Hämeenlinna	14
Pori	6
Eksote	8
Vaasa	8
Aava	7
Kainuu	12
Oulu	8
Yhteensä	75

Haastattelujen määrä alueella perustui alueen organisaation rakenteeseen. Ennalta määriteltyjen palvelukokonaisuuksien vastuuhenkilöt tavoitettiin pienemmällä alueella yleensä vähemmällä haastatteluilla. Oulussa ja Hämeenlinnassa haastatteluihin sisältyy sekä tilaaja- että tuottaja-johtoon kuuluvia henkilöitä. Mikkelissä oli seudullisen rakenteen mukaisesti mukana tuotantolautakuntien johtajia, jotka samalla vastasivat omista palvelukokonaisuuksistaan.

Haastateltavat edustivat eri palvelukokonaisuuksia mutta myös erilaisia päätöksenteon ja johtamisen rooleja. Osa haastateltavista henkilöistä sijoittui moneenkin rooliin. Yksiulotteista haastateltavien henkilöiden jaottelua ei tästä näkökulmasta voida tehdä, koska palvelukokonaisuuksien muodostaminen alueilla oli niin erilaista. Saman henkilön vastuulla oli vaihteleva määrä palveluita, jolloin laaja-alaiset johtajat sijoittuvat useaan ryhmään.

Aineiston kuvaamiseksi ja ryhmittelemiseksi muodostettiin haastateltujen henkilöiden vastuualueiden perusteella luokitteluja, joiden kautta lukija voi arvioida aineiston kattavuutta ja edustavuutta. Haastateltavan tehtäväkuvan kautta pyrittiin tunnistamaan ne näkökulmat, joista hän muutosta arvioi. Henkilöt nimettiin roolinsa mukaisiin ryhmiin, ja näistä muodostettiin yksi raportointijako: Yleisjohto, terveydenhuollon vastuutehtävät, sosiaalipalvelujen, terveyden- ja hyvinvointipalvelut, ikäihmisten palvelut, sosiaalipalvelut, lasten ja perheiden palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, vammaispalvelut.

Ryhmään johto lukeutui 21 haastateltavaa, mukaan lukien erilaiset kehittämisjohtajat tms., ellei heidän toimenkuvaansa oltu nimetty tiettyyn palvelukokonaisuuteen. Johtoon kuulumisen kriteerinä pidettiin toisaalta päätöksentekoaosamaa, toisaalta sitä että henkilöt edustivat lähinnä yleisjohtoa, suunnittelua ja kehittämistä, eivät yksittäisiä palvelualoja. Terveydenhuollon johto- ja vastuutehtävissä toimivia henkilöitä haastateltiin 16. Tässä ryhmässä haastateltavien nimikkeet olivat esim. tilaaja-johtaja, toimitusjohtaja, kehittämissyksikön johtaja, palvelujohtaja, johtava lääkäri, hallintoylilääkäri jne. Terveydenhuollon ryhmässä kolme oli hoitotyön edustajia. Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin palvelukokonaisuuksissa palvelukokonaisuudet olivat laaja-alaisempia kuin vain sosiaali- tai terveyspalvelut; näitä palvelujohtajia haastattelussa oli 14. Heidän nimikkeitään olivat esim. perhepalvelujen johtaja, hyvinvointijohtaja, terveysjohtaja, terveys- ja hyvinvointipalvelujen palvelujohtaja. Sosiaalipalvelujen johtajia haastateltiin 11, heistä osalla palvelukokonaisuus sisälsi perhepalveluita. Nimikkeistössä oli mm. psykososiaalisten palvelujen päällikkö, tilaaja-, palvelu- ja sosiaalijohtajia, perhe- ja sosiaalipalvelujen johtajia. Lasten ja perheiden palvelujen vastuuhenkilöitä haastattelussa oli 10, ikäihmisten palvelujohtajia 12. Ikäihmisten palvelujen johtajilla palvelukokonaisuus oli kaikkein selkeimmin rajattu ja muodosti yhtenäisen kokonaisuuden huomattavasti yleisemmin kuin muissa kokonaisuuksissa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtajia/esimiehiä haastateltiin 5, samoin vammaisten palvelujen johtajia. Luvuissa on huomioitava, että edellä kuvatulla tavalla sama henkilö saattoi edustaa useampia palvelualueita ja olla näin mukana useammassa ryhmittelyssä. Ryhmittely perustuu haastattelun alussa kysytyyn vastuualuekartoitukseen ja mahdollistaa näin tarkastelun ohi vaikeatulkintaisen nimikkeistön.

Vastuualueittain tarkasteltuna haastatteluihin osallistuneita oli siis seuraavasti:

Luokittelu	Haastattelut, lkm
Johto	21
Terveydenhuolto	16
Terveydenhuolto- ja hyvinvointipalvelut	14
Ikäihmisten palvelut	12
Sosiaalipalvelut	11
Lasten ja perheiden palvelut	10
Mielenterveys ja päihde	8
Vammaispalvelut	5

Tilaja- tuottajaorganisaatioiden edustajat olivat edustettuina siten että tilaajohtajia haastateltiin 11, tuottajajohtajia 10 henkilöä.

Aineisto muodostui siis webropol-kyselynä, josta raportit voidaan muodostaa erilaisilla poiminnoilla ja ryhmityksillä. Valmiit vastausvaihtoehdot muodostivat suoria jakaumia, ja avovastaukset saatiin kysymyskohtaisina poimintoina. Aineistosta muodostettiin useita ns. työraportteja, joissa vastaukset poimittiin muodostamaan kokonaisuuksia. Edellä mainittu jakauma oli yksi poiminta, lisäksi poimittiin alueelliset raportit sekä eri kysymysosiot alakysymyksineen ja avovastauksineen.

Analyysi tehtiin ennalta luokiteltujen kysymysten osalta määrällisenä tarkasteluna, lisäksi tarkasteltiin niihin liittyviä avovastauksia. Analyysit tehtiin muutosprosessin vaiheista sekä muutostekijöistä. Muutosprosesseja tarkasteltiin analyysissä kokonaisuutena. Lisäksi tehtiin vertailuja eri palvelukokonaisuuksien välillä ja myös alueittain. Alueittaista tarkastelua tehtiin lisäksi hallintomallien perusteella (kuntayhtymät, isäntäkunnat) ja sen suhteen, onko alueella peruspalvelujen lisäksi erityistason palvelujen hallinnointi. Kaikkia näitä vaihtoehtoja ei luettavuussyistä esitetä tässä raportissa, vaan esiin nostetaan sellaiset vertailut, joissa oli nähtävissä merkittäviä tai yleisesti kiinnostavia eroja.

Muutostekijöiden osalta analyysissä ja raportoinnissa edettiin samankaltaisesti. Muutostekijöittäin muodostettiin ensin kokonaiskuva. Sen lisäksi tarkasteltiin palvelukokonaisuuksien ja alueiden hallintomallien välistä vertailua. Kuten edellä, luettavuussyistä raportissa tuodaan esille kokonaiskuvan lisäksi vertailuhavaintoja vain siltä osin kun merkittäviä tai yleisesti kiinnostavia eroja nousi esiin.

Analyysin ja raportoinnin kuvauksia on sisällytetty jossain määrin myös seuraavassa käsiteltävään tulosten esittämiseen.

Tulokset raportoidaan siten, että ensin luvussa 2 tarkastellaan muutosprosesseja kokonaisuutena sekä palvelukokonaisuuksittain ja alueiden hallinnon mukaan tehtyjä vertailuja. Luvussa 3 tarkastellaan muutostekijöittäin kokonaiskuva sekä erilaisia poimintoja ja vertailuja. Kunkin tarkastelun aluksi esitellään tarkemmin kysymyksenasettelu. Lopuksi luvussa 4 tehdään yhteenvetoa ja pohdintaa.

9 Muutosprosessin kokonaisuuteen kuuluivat muutoksen käynnistänyt tekijä, päätöksenteko, toimeenpano, seuranta, haastateltavan arvio myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneista tekijöistä.

2 Palvelujen muutosprosessit

Tutkimuskuntien ja -alueiden hallinnollinen muutosprosessi oli hahmotettu jo ennen haastattelujen tekoa julkisista asiakirjoista ja kuntien internet -sivuilta sekä osaksi myös aikaisemmillä tutkimuksilla. Tässä tutkimuksissa muutoksen kuvaus muodostettiin kysymällä haastateltavilta heidän näkemyksensä mukaisesti muutoksen keskeisiä sisältöjä, toimenpiteitä ja seurauksia.

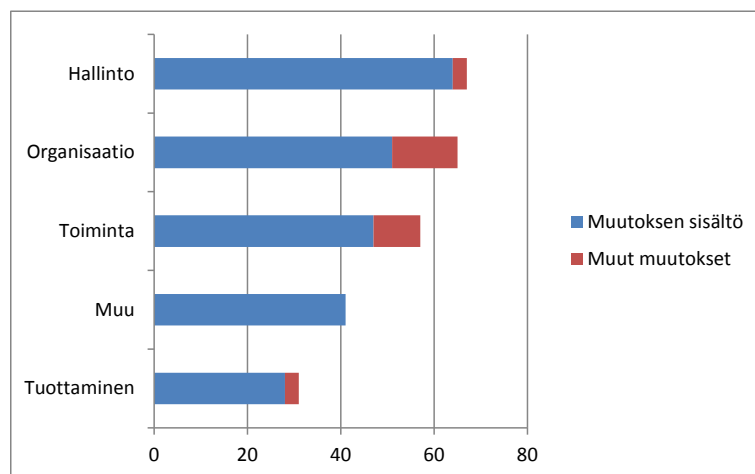
Muutosprosessia kuvataan tässä prosessin eri vaiheiden mukaisesti. Ensin määritellään muutos sellaisena kuin haastateltavat sen toivat esiin. Sen jälkeen tarkastellaan muutoksen käynnistäneitä tekijöitä, päätöksentekoa, toimeenpanoa, seurantaa sekä haastateltavan arviota myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneista tekijöistä. Kokonaiskuvan jälkeen tarkastellaan palvelukokonaisuuksien välisiä eroja sekä muutosprosessien ominaisuuksia suhteessa alueen hallinnon malliin. Lopuksi tehdään yhteenveto muutosprosesseista.

2.1 Mikä on muuttunut ja mitä siitä seurasi?

Haastateltavilta kysyttiin muutoksen keskeisestä sisällöstä. Vaihtoehtoiksi esitettiin hallinnon, tuottamistavan tai organisaatioiden muutos, toiminnallinen muutos tai joku muu. Vastaajan oli mahdollista valita useampia muutoksia. Lisäksi pyydettiin kuvailemaan merkittävimmät toimenpiteet sekä keskeiset seuraukset tai odotetut seuraukset.

Haastateltavat nimesivät eniten (64 kpl) hallinnon muutoksia. Toiseksi eniten (51) muutoksia oli kohdistunut organisaatioihin. Toiminnallinen muutos esiintyi 47 kertaa. Muita muutoksia oli 41 kpl, ja tuottamistavan muutos mainittiin 28 kertaa. (Kuvio 1a).

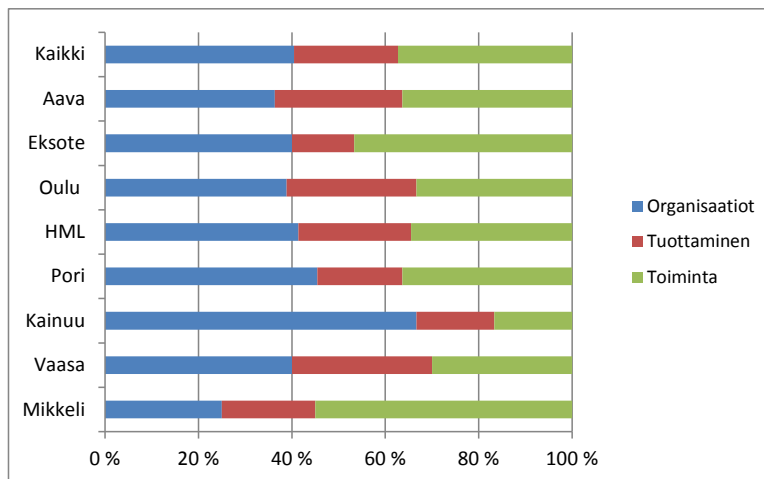
Kuviossa 1a esitettyihin muutoksen sisältöihin kohtaan 'muu muutos' saadut vastaukset olisi osittain voitu lukea alkuperäiseen jaotteluun, mutta näin ei tehty koska vastaaja oli halunnut mainita ao. muutoksen erikseen. Kuviossa ne on lisätty eri värillä haastateltavien eri vaihtoehtoista valitsemalla tekemiin vastauksiin. Kymmenen eli neljännes ”muista” oli toiminnallisia, toimintatapaan liittyviä. Palvelurakenteen muutokseen ja organisaatioihin ja/tai organisoitumiseen liittyviä mainintoja oli molempia seitsemän. Hallintoon ja tuottamiseen liittyi kumpaankin kolme mainintaa, lisäksi oli yksittäisiä hajanaisia mainintoja. Jos nämä 'muu muutos' -vastaukset liitettäisiin alkuperäisiin, nousisi toiminnallisen muutoksen osuus (lisäyksen jälkeen 57) lähemmäs hallinnollisen muutoksen osuutta (67). Kun taas sekä palvelurakenteen että organisaatioiden muutos lisätään ao. kohtaan alkuperäisessä jaossa, nousee organisaation muutos (65) lähes hallinnollisen muutoksen rinnalle.



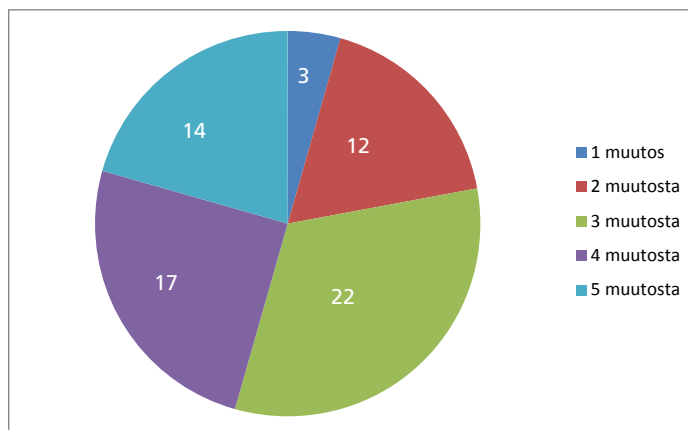
Kuvio 1a. Haastateltavien nimeämät muutoksen sisällöt, kpl. Muut muutokset sijoitettu asianmukaiseen kohtaan alkuperäisissä vastauksissa.

Alueellisesti haastateltavien mainitsemat muutokset (poislukien muut muutokset) kohdistuvat melko samankaltaisesti, joskin erojakin on nähtävissä (Kuvio 1b).

Hallinnollisen muutoksen valinneista vain kaksi haastateltavaa ei raportoinut mistään muista muutoksista. Keskimäärin haastateltavat ilmoittivat muutoksen tapahtuneen kolmella ulottuvuudella. Kolme vastaajaa mainitsi vain yhden muutoksen, kolme muutosta tunnisti 22 vastaajaa. 17 vastaajaa nimesi neljä muutosta, ja viisi muutosta valitsi 14 vastaajaa (Kuvio 2). Tämä kuvastaa muutoksen kokonaisvaltaisuutta ja osoittaa, että muutos ei ole tutkimusalueilla jäänyt hallinnolliseksi päätökseksi tai rakenteen muutokseksi, vaan on ulottunut toimintaan ja tuottamistapoihin.



Kuvio 1b. Haastateltavien mainitsemat muutosten sisällöt alueittain.



Kuvio 2. Haastateltavien nimeämien muutosten lukumäärät, kpl/vastaaja

Edellä olevan muutosten määrittelyn lisäksi kysyttiin, mitkä olivat merkittävimmät toimenpiteet muutoksessa; tähän oli mahdollisuus antaa avovastauksena vapaamuotoinen kuvaus. Näitä saatiin 107 erilliseksi luettavaa mainintaa. Maininnat olivat haastateltavan oma arvio ja valinta merkittävimmästä toimenpiteestä; toimenpide ei välttämättä ollut määrällisesti, taloudellisesti tms. suurin, vaan haastateltavan arvion mukaan merkittävin toimenpide muutoksessa. Haastateltavat mainitsivat merkittävimpana muutoksena seuraavia:

*Palvelukokonaisuuksien muutos (palvelujen jakaminen/yhdistäminen uudella tavalla, elämäntapa-
riaajattelu tms)*

*Alueellisuus ja sen tuottamat muutokset (yhtenäistämiset, työn muutokset, laajemmat toiminta-
alueet)*

Organisaatioiden muutokset (yksiköiden perustamiset, uudelleen jakamiset ja yhdistämiset)

*Toimintatapojen muutos (uudenlaisia toimintatapoja palvelujen ja/tai kuntien välillä, yhtenäisty-
vät ohjeet ja osaamisen jakaminen)*

Palveluohjaus (sekä yksilötason uutena toimintana että johtamiseen liittyen)

Lisäksi mainittiin kehittämisen, asiakasnäkökulman, tuottamis- /organisointumismallin, johtamisen, palvelurakenteen muutoksen, vastuunjaon ja laitospaikkojen purkamisen toimenpiteitä.

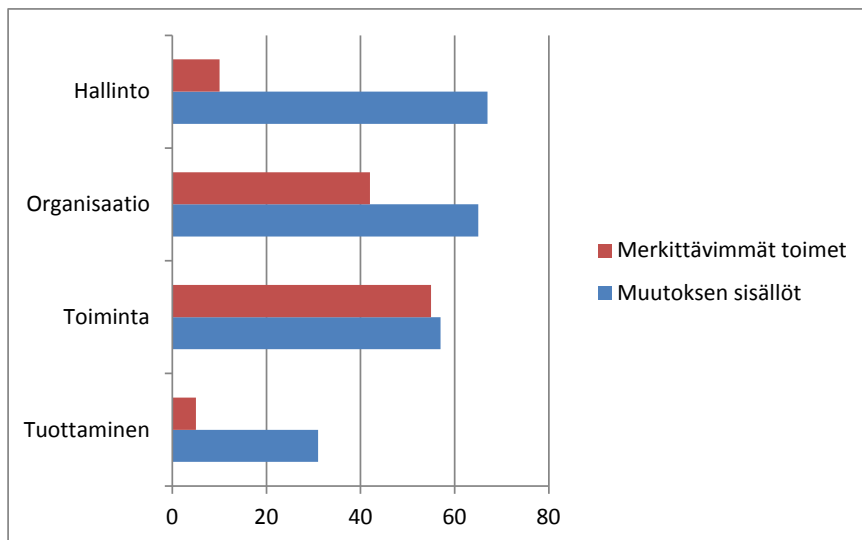
Määrällisesti eniten mainintoja sai palvelukokonaisuuksien uudistaminen, 36 mainintaa, ja toiseksi eniten alueellisuuden tuomat muutokset. Kun nämä merkittävämmät toimenpiteet ryhmitellään edellisen kysymyksen luokittelulla muutoksen sisällöstä (hallinnon, organisaation, tuottamistavan ja toiminnalliset muutokset), asettuu suurin osa merkittävimiksi arvioituista toimenpiteistä toiminnallisiin muutoksiin, toiseksi eniten merkittäviä muutoksia nähdään organisaatioiden muutoksessa. Vain viisi vastaajaa piti tuottamista paan liittyvää muutosta merkittävimpana toimenpiteenä, ja vain kymmenen merkittävää muutosta sijoittui hallintoon. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Merkittävimminä mainittujen muutosten jakautuminen hallinnon, organisaation, tuottamisen ja toiminnan muutoksiin.

Hallinto	10
Organisaatio	42
Tuottaminen	5
Toiminta	55

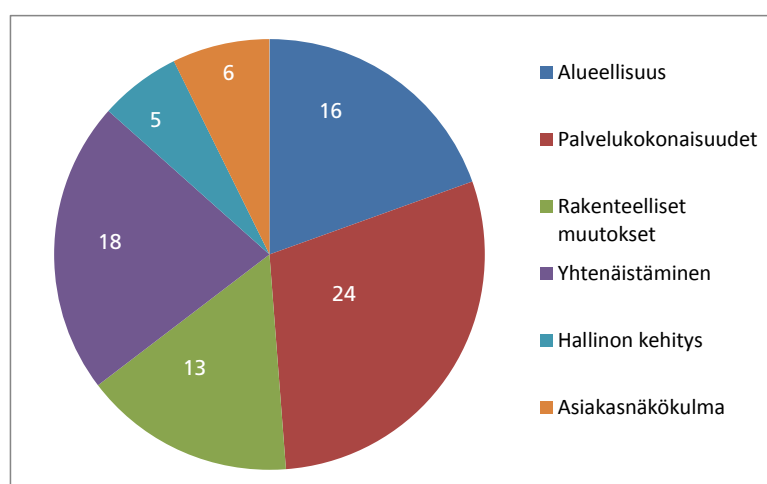
Toiminnan ja palvelukokonaisuuksien muutoksen nouseminen esiin *merkittävimpana* muutoksena on mielenkiintoista, kun *määrällisesti* eniten mainittiin edellä kuviossa 1 muutoksen sisällöksi hallinnon muutoksia. Merkittävimpien joukossa hallinto ja palvelujen uudet tuottamistavat jäivät vähemmälle huomiolle, vaikka niitä oli tehty lähes joka alueella kaikissa palveluissa. Haastateltavien mielestä runsaasti työtä vaatineet hallinnolliset muutokset ovat siis merkitykseltään vähäisempiä kuin palvelukokonaisuuksissa tapahtuneet muutokset.

Kun rinnastetaan haastateltavien antamat vastaukset muutoksen sisällöistä (Kuvio 1a) ja haastateltavien merkittävimmäksi arvioimat toimet muutoksessa, saadaan kiinnostava jakauma: Hallinnon muutos on yleisin, mutta sitä ei pidetä merkityksellisenä. Toiminnan muutokset ovat tärkeimpiä, ja lähes yhtä tärkeitä ovat organisaation muutokset. Tuottaminen jää vähäisiin muutoksiin, ja niiden merkitystä pidetään hyvin pieneenä (Kuvio 3).



Kuvio 3. Muutoksen sisältö ja merkittävimmät toimenpiteet muutoksessa rinnastettuna.

Haastateltavilta kysyttiin edellä olevan muutoksen toimenpiteiden lisäksi merkittävimpiä seurauksia tai odotettuja seurauksia, joita edellä mainituilla toimenpiteillä pyritään. Seurauksia kysyttiin avovastauksella, joten vastaajat voivat vastata omin sanoin. Monet maininnoista liittyivät selittävinä ja tarkentavina vielä edellisessä kohdassa mainittuun toimenpiteeseen. Moni haastateltava kuitenkin pohti toteutuneita ja toivottuja seurauksia nykyvaiheesta eteenpäin. Eniten kokemuksia ja odotuksia liittyi palvelujen uudenlaisen järjestämisen tuottamaan hyötyyn, kun palvelujen välisiä rajoja voidaan poistaa ja toimintoja sekä osaamisen käyttöä joustavoittaa. Toinen aihe johon muutoksella on vaikutettu ja aiotaan vaikuttaa, oli erilaiset yhtenäistämisen muodot ja tuotokset, erityisesti pyrkimys toimia alueella yhtenäisesti asiakkaan hyödyksi. Tämä liittyy puolestaan läheisesti alueellisuuteen liittyviin seurauksiin, kun palvelut on koottu laajemmalla alueella yhteen. Myös palvelurakenteen muutokset, etenkin siirtymät laitospalveluista avopalveluihin ja korjaavista ehkäiseviin olivat seurauksia joita muutoksella tavoitellaan. Nämä neljä aihealuetta kattavat 90 % todetuista tai odotetuista muutoksen seurauksista (Kuvio 4).



Kuvio 4. Merkittävimmät seuraukset tai odotetut seuraukset muutoksesta.

Näiden kysymysten lisäksi haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa avovastauksessa muutoksen kohdentamisesta ja seurauksista asioita, jotka eivät muutoin olleet tulleet esille. Osa näistä toteamuksista kohdistui selittävänä tai tarkentavana edellisiin kohtiin. Muut kommentit kuvaavat hyvin sitä, miten moniulotteinen ja vai-
kutuksiltaan laaja-alainen palvelujen muutos on kyseessä. Seuraavat kommentit on poimittu haastateltavien vastauksista lähes¹⁰ suoraan:

Eri palvelujen (sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido) hallinnon yhdistäminen on välttämätöntä.

Merkittävä toimintatavan muutos on asiakkaan lähettämisen vähentäminen, sen sijaan tuodaan konsultaatio sinne missä asiakas on, ja toimitaan työpareina yli ryhmä- ja tiimirajojen.

Erilaiset asukasryhmät ovat lisääntyneet muutoksen aikana.

Hallinnon mallit kuten tilaaja-tuottaja tai elämänkaarimalli eivät ole itseisarvo, vaan niillä haetaan prosessien ja palvelujen tehostamista.

Yhteistoiminta ei sinänsä muuta asiakkaan palveluita, vaan se asiantuntemus ja osaaminen mitä pieniinkin kuntiin nyt voidaan viedä.

Muutoksen yhteydessä on terveydenhuollossa usein tasa-arvoistettu myös nimiketasolla eri ammattikuntien vastuutahoja, esim. nimike esimies ei muodosta hierarkioita.

Lähipalvelujen kokoaminen keskuksiin harvaan asutulla alueilla on toisaalta hyvä, toisaalta vielä pitää pohtia onko se oikea tapa.

Kaupunkimainen tapa toimia ja maaseutumainen tapa toimia ovat molemmat mahdollisia. Yhtenäistämässä menttiin aluksi liian pitkälle ja nyt on palattu hieman siihen, että on erilaisia toimintatapoja.

Joskus tarvitaan tietoisesti sitä että joku kunta joustaa, että saadaan yhtenäisyys aikaiseksi ja asioita eteenpäin.

Kunnat tekevät yhteistyötä eri malleilla eri toimialoilla, se tuottaa hankalia tilanteita.

Kuntoutus on jakautunut eri palveluihin, tehdään siellä missä kuntoutusta tarvitaan, eikä erotella sairaala- ja muuta kuntoutusta.

Vastuunjako on otettu hyvin myönteisesti, siinä on tärkeää että on sovittu selkeästi mitä haluttiin.

Alusta lähtien on tehty paljon strategiatyötä, suunta on tullut yhteiseksi ja se kantaa vieläkin.

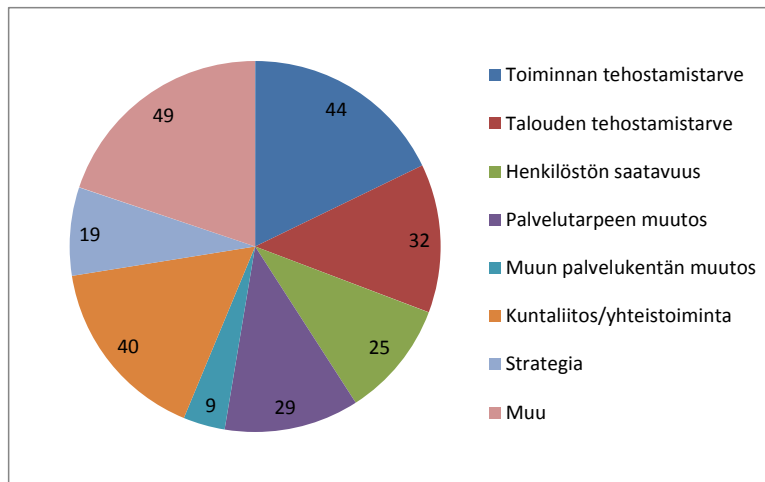
2.2 Mikä käynnisti muutoksen?

Muutoksen käynnistäneiden tekijöiden tunnistamiseksi haastateltavilta kysyttiin, minkä tekijän he näkivät ensi sijassa vaikuttaneen muutoksen käynnistämiseen. Vaihtoehtoina tarjottiin seuraavia:

- Toiminnan tehostamistarve (palveluprosessin sujuvuus ym.)
- Taloudellisen tehostamisen tarve
- Henkilöstön saatavuudesta johtuvat muutostarpeet
- Palvelutarpeen muutoksista johtuvat palvelun muutostarpeet, kuvaus
- Muun palvelukentän muutoksista johtuvat palvelun muutostarpeet
- Kuntaliitoksen/alueellisen yhteistyön tuottama muutos palveluverkostossa
- Strateginen linjaus, minkä toimielimen ja mikä asiakirja/päätös
- Muu, mikä:

Haastateltavat voivat valita useampia kohtia. Valintoja tehtiin yhteensä 254, eli keskimäärin haastateltavat nimesivät 3,3 tekijää. Eniten vaikuttaneeksi tekijäksi nousi toiminnan tehostamistarve (Kuvio 5).

¹⁰ Ymmärtämisen mahdollistamiseksi lauseet on täydennetty ja henkilöiden sekä alueiden tunnistettavuus poistettu.

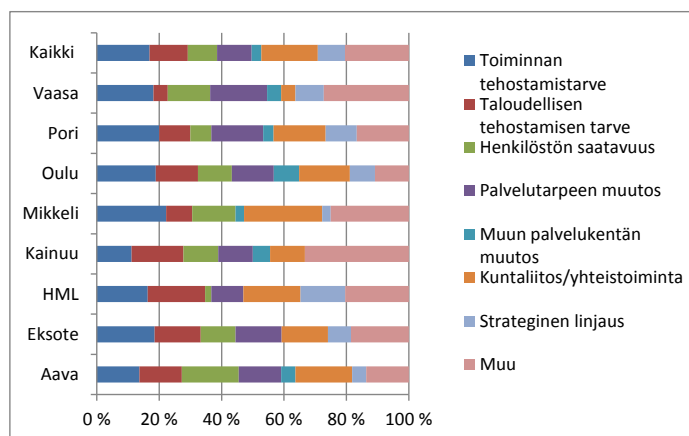


Kuvio 5a. Muutoksen käynnistäneet tekijät, N=254

Haastateltavat saivat lisäksi kommentoida ja perustella vastauksiaan niin halutessaan. Muut muutosta käynnistäneet tekijät sijoittuivat pääosin muiden vastausten alueelle mutta niitä täydentäen. Osa haastateltavista halusi korostaa, että talous ei ole ollut muutoksissa keskeinen käynnistäjä, osa taas painotti nimenomaan sitä. Usein kohdan ”Muu” vastaukset sisälsivät viittauksia kuntien aikaisempiin yhteistoiminnan muotoihin, strategiaan tai päätöksenteon linjauksiin jne., mutta eivät nostaneet mitään uutta näkökulmaa esille.

Palvelutarpeen muutoksen taustalla nostettiin odotetusti esiin väestön ikääntyminen, mutta myös asiakaskunnan ja palveluajattelun muutoksia sekä ennaltaehkäisevien palvelujen strateginen korostaminen. Toiminnan tehostamisen tarvetta perusteltiin toiminnallisen muutoksen ja tehokkuuden tarpeena, joka kyllä usein kytkeytyi talouden tehostamisen tarpeisiin. Muun palvelukentän muutos ei juuri noussut esiin, vaan sai lähinnä yksittäisiä poimintoja. Yksikään poimintaryhmään ”Johto” kuuluva ei valinnut muun palvelukentän muutoksia. Kuntaliitos tai yhteistoiminnan muodostaminen oli luonnollisesti merkittävä tekijä, joka saatettiin todeta itsestään selvyytenä, mutta toisaalta sen valitsi vain 40 haastateltavaa eli alle puolet. Etenkin palvelualueiden johto näki toiminnalliset tehostamistarpeet vahvempina. Strategia muutoksen käynnistäjänä liitettiin nimenomaan muutoksiin joita on tapahtunut palvelujen ennaltaehkäisevyyteen ja varhaiseen tukeen liittyen sekä palvelurakenteen keventämiseen avopalveluilla.

Alueiden välillä on jonkin verran eroja siinä, mikä nähtiin muutoksen käynnistäneeksi tekijäksi. Toiminnan tehostamistarve yhdessä taloudellisen tehostamistarpeen kanssa näyttyy vahvimmin Eksotessa ja Hämeenlinnassa. Henkilöstön saatavuuden turvaaminen korostuu pienten kuntien Aavassa. Strateginen linjaus on vahvimmillaan Hämeenlinnassa ja Kainuussa sitä ei näy lainkaan muutoksen käynnistäjien joukossa. Mikkelin muutos on selkeimmin toteutettu yhteistoiminnan käynnistämänä, ja Vaasassa taloudellisen tehostamisen tarve nousi vähiten esiin. (Kuvio 5b).



Kuvio 5b. Muutoksen käynnistäneet tekijät alueittain.

Alueiden keskinäistä vertailua voidaan tarkastella myös sen suhteen, miten yhtenäisesti kunkin alueen haastateltavat näkivät muutoksen käynnistäneet tekijät. Esimerkiksi Mikkelin haastateltavien vastauksessa oli vain vähän hajontaa, minkä voi katsoa liittyvän yhteistoiminnan tuoreeseen vaiheeseen. Vastaavasti hajonta oli melko suurta Kainuussa, jossa maakuntamallin kokeilun aloittamisesta oli jo useita vuosia, ja organisaatio on kokenut useitakin muutoksia joista yksi (maakuntamallin päättymisen, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän muodostaminen vuoden 2013 alusta) oli pitkällä valmistelussa haastatteluajankohtana. Hämeenlinnan haastatteluissa herätti huomiota tietynlainen yhtenäinen strategisen viestin välittyminen koko palvelukentän ja toimijatasojen läpi. Myös tässä kysymyksessä Hämeenlinnan haastateltavien vastauksissa oli varsin vähän hajontaa, vaikka siellä keskeiset muutokset olivat tapahtuneet jo vuoden 2009 aikana. Oulussa vastaukset sijoittuivat usean muuttujan alueelle mutta varsin yhtenäisesti; merkillepantavaa Oulun suhteen lienee se että siellä kolme vastaajaa kymmenestä nosti muutoksen käynnistäneistä tekijöistä muun palvelukentän muutoksen esille, kun kaikilla muilla alueilla yhteensä tämän valitsi vain viisi vastaajaa.

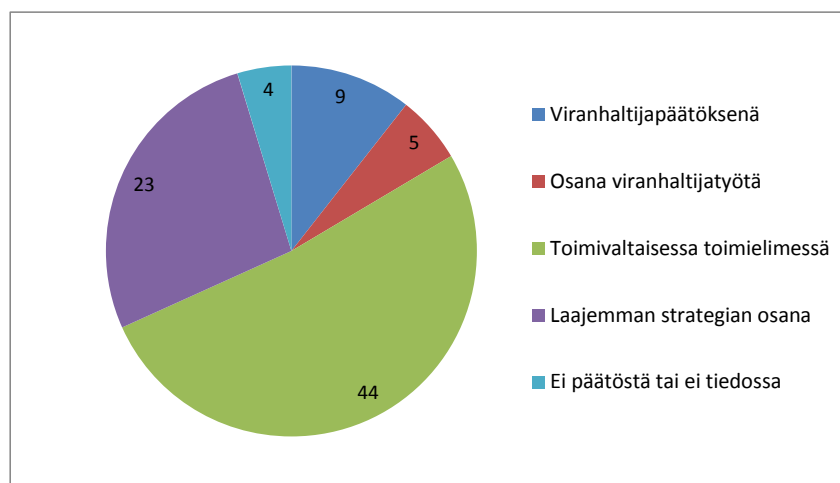
2.3 Päätöksenteko ja tietoisuus siitä

Osana muutosprosessin kuvaamista haluttiin selvittää muutokseen liittyvää päätöksentekoa. Vaihtoehtoina tarjottiin seuraavia:

- Päätös on tehty viranhaltijapäätöksenä
- Päätös on tehty osana viranhaltijatyötä ilman erillistä päätöstä
- Päätös on tehty toimivaltaisessa toimielimessä
- Päätös sisältyy toimivaltaisen toimielimen muodostamaan laajempaan strategiaan
- Asiasta ei ole tehty päätöstä tai se ei ole tiedossa

Lisäksi pyydettiin lisätietona päätöksen tehneen viranhaltijan / toimielimen tieto. Haastateltavien oli mahdollista antaa myös muita lisätietoja ja kommentoita ja selittää vastaustaan. Tähän kysymykseen kirjattiin 85 vastausta (Kuvio 6), eli osa nimesi kaksi päätöstä. Lisäksi lisätietoja -kohtaan annettiin 28 lisäselvitystä.

Suurin osa eli noin puolet päätöksistä (44 vastausta) oli tehty toimivaltaisessa toimielimessä. Useimmin tämä täsmennettiin valtuuston päätökseksi (28 vastausta), lautakunnan päätöksiin viittasi kymmenen vastaajaa ja yhteistoimintaelimen päätöksiin seitsemän. Tämä heijastanee vastaajien vastualueiden eroja; johto tarkastelee muutosta ja sen päätöksentekoa koko toimialan ratkaisuna, palvelualueiden vastuuhenkilöt oman alansa päätöksentekoa. Laajemman strategian osana päätös oli tehty 23 vastauksessa; nämä jakautuivat lähes tasan järjestämissuunnitelman, kaupungin strategian ja palvelusopimusten/ -suunnitelmien kesken. Viranhaltijapäätökset olivat 9 haastateltavien arvioimien muutosten taustalla; näiden päätösten täsmennys osoittaa



Kuvio 6. Muutoksen taustalla oleva päätöksenteko haastateltavien mukaan.

että kyseessä ovat olleet ratkaisut joita tekevät *'palvelujohtajat käytännön toiminnassa'*. Yksi kiinnostavimpia vaihtoehtoja jossa *päätöstä ei ole tehty tai se ei ole haastateltavan tiedossa* rajautui neljään vastaukseen. Niissä kaikissa vastaajalla oli tiedossa muutoksen kokonaisuutta ohjaava päätös, mutta hänen vastuualueelleen kuuluvan muutoksen tarkkaa päätöstaustaa ei tiedetty. Tämän vastauksen osuus oli kuitenkin merkittävän pieni.

Tämä kysymys tavoitteli kahta eri ulottuvuutta: todellista päätöksentekoa ja tietoa siitä. Aikaisempien tutkimusten perusteella oletuksena oli, että osa päätöksenteosta on hyvinkin korkealla taholla tehtyä, osa muutoksen toimeenpanon eri vaiheissa eri toimijatasoille *'valunutta'* päätöksentekoa. Yhteistoiminta-alueiden tutkimuksessa aiemmin¹¹ tunnistettiin muutoksen suunnittelu-, muotoutumis- ja toimeenpanovaiheiden ja niihin osallistuvien henkilöiden erillisuus. Toimeenpanovaiheen päätöksenteossa usein käytännön asiakastyön järjestelyissä ratkaistaan se, miten suurina linjauksina päätetyt asiat toteutetaan. Siksi tällä kysymyksellä haluttiin selvittää haastateltavien tiedossa olevat päätökset ja/tai päättämättä jätetyt muutokset, jotka on käytännössä toteutettu. Haastateltavien vastauksia ei ole tarkistettu kuntien dokumenteista, vaan analyysissä huomiota kiinnitettiin nimenomaan siihen, miten kattavasti ja yhdenmukaisesti haastateltavilla oli tieto muutoksen taustalla olevasta päätöksenteosta.

Alueiden välinen tarkastelu nostaa jälleen esiin samoja piirteitä kuin edellisen kysymyksen osalta. Hämeenlinnassa ja Oulussa korostui vahva strateginen kehys toimialueen päätöksenteossa; Mikkelissä vastauksissa oli vastaajan roolista riippumatta paljon yhtenevyyttä. Eniten hajontaa päätöksenteon sijoittumisessa on näennäisesti Eksotessa, mutta vastausten täydennysten perusteella se liittyy hallintomalliin ja vastuun suunnitelmalliseen jakamiseen. Vaasassa päätöksenteko näyttäytyi selkeimmin perinteisenä; valtuusto on päättänyt toiminnan linjaukset, ja lautakunta tekee päätöksiä virkamiesten esityksistä. Tämä menettely lienee käytössä ainakin jossain muodossa myös muilla alueilla, mutta muiden alueiden vastauksissa korostuivat enemmän muut välineet kuten strategiat, suunnitelmat ja sopimukset, jotka osaltaan kuvastavat uudenlaisia hallinnon ja organisoimisen toimintatapoja.

2.4 Toimeenpanon eteneminen

Muutosprosessin kuvauksen osana haastateltavia pyydettiin arvioimaan muutoksen toimeenpanon vaihetta. Tämä kysymys tuottaa luonnollisesti suurta hajontaa, koska alueiden muutosprosessit olivat eri vaiheissa. Lisäksi tältä osin haastateltavien oli vaikea määrittellä tiettyä muutosta jota arvioida, koska esimerkiksi yhteistoiminnassa oli tulossa sopimus- ja toimintamallimuutoksia tai joku yhteistoimintakunnista oli liittymässä toiseen. Kysymyksellä saatiin lähinnä esille muutosprosessien monimuotoisuus ja jatkuvan muutoksen läsnäolo. Toimeenpanon vaihetta tiedusteltiin tarjoamalla seuraavat vastausvaihtoehdot:

- Muutos on toimeenpantu suunnitellusti
- Muutoksen toimeenpano tullaan toteuttamaan vuonna
- Muutoksen toimeenpano on viivästynyt suunnitellusta

Lisäksi kysyttiin muutoksen toimeenpanosta vastuussa oleva taho.

Yli puolet haastateltavista (43/75) ilmoitti että muutos on toimeenpantu suunnitellusti. Toimeenpano ajoittui vuosille 2006–2012 (ks. taulukko 1). Muutos oli tulossa toimeenpanoon 27 haastateltavan mukaan. Näistä suurimmassa osassa oli kysymys jatkuvasta muutoksesta; osa muutoksesta oli jo toteutunut mutta päätöksenteossa oli jo uusia. Viivästymiä ei esiintynyt kuin kaksi, ja niissäkin oli kyse jostain muutoksen osasta. Vastuussa olevan tahon nimesi vain yksitoista haastateltavaa. Vastuutahoksi nimettiin lähinnä johtavia virkamiehiä, kolmessa vastauksessa koko hallinto-organisaatio.

Voisi tietenkin pohtia miksi vain pieni osa haastateltavista osaa nimetä muutoksen toimeenpanon vastuutahon. Kuitenkin tätä kysymystä tulee tarkastella rinnan hyvän päätöksentekotietoisuuden ja toisaalta monimuotoisten ja ajallisesti vaikeasti hahmottuvien muutosten vaiheiden. On ilmeistä, että haastateltavat tunnistivat päätökset ja vastuusuhteet. Muutos ja sen toimeenpano on niin monimuotoista, ettei vastuutaho ole kysymyksenä edes oikein asetettu. Muutos niveltäviin olennaisesti koko ajan jatkuvaan palvelutoimintaan

¹¹ Heinämäki 2011, 40–41

ja sisälsi niin paljon eri vaiheen toimia samanaikaisesti, että yksittäisen tahon nimeäminen ei varmaan ollutkaan mahdollista.

Tämän kysymyksen kokonaisuus osoitti, että suuret muutokset ovat monikerroksisia ja jatkuvia. Silti tehdyissä päätöksissä on varsin hyvin pysytty, eikä toimeenpano ole viivästynyt.

2.5 Seuranta ja dokumentointi

Toimeenpanon lisäksi omana kysymyksenään haluttiin selvittää, miten muutosta seurataan ja miten sitä dokumentoidaan. Seurannasta tarjottiin seuraavia vastausvaihtoehtoja:

- Muutosta seuraamaan on asetettu työryhmä
- Muutoksen seurantavastuu on osoitettu viranhaltijalle
- Muutoksen seurannasta ei ole sovittu

Tähän kysymykseen eivät läheskään kaikki haastateltavat osanneet vastata. Yhdeksän haastateltavaa nimesi seurantavastuuseen asetetun työryhmän, kolme mainitsi virkamiehelle osoitetun vastuun. Työryhmiä oli asetettu erillisiin palveluihin, lisäksi mainittiin edelleen työtään jatkavat palvelurakenne- tai yhteistoimintaryhmit tms. Virkamiesvastuu koski oman työn osana tehtävää oman palvelualueen seurantaa. 33 haastateltavaa ilmoitti että muutoksen seurantaa ei ole sovittu, ja 41 haastateltavaa ei vastannut tähän (Taulukko 3). Osaksi vastaukset menevät päällekkäin, koska vastaaja saattoi todeta että joku työryhmä tai viranhaltija seuraa vastaajan käsityksen mukaan muutosta, mutta että seurantaa ei ole tietoisesti päätetty osoittaa jollekin taholle, vaan tilanne on muotoutunut sellaiseksi tai vastaaja tulkitsi sen haastattelutilanteessa näin. Voi sanoa, että muutoksen seuranta on lähes täysin jätetty oman toiminnan myötä tapahtuvan toiminnan raportoinnin ja satunnaisten ulkoisten arviointien tai raportointien varaan.

Taulukko 3. Muutoksen seuranta osoitettu työryhmälle, viranhaltijalle tai sitä ei ole sovittu (n=45), tai kysymyksen ei vastattu (n=45). Muutoksen dokumentointi toteutetaan erikseen, muun toiminnan ohella tai ei vastausta (N= 72)

Muutoksen seuranta, vastaukset (kpl)	Muutoksen dokumentointi, vastaukset (kpl)
Työryhmä	Erikseen
Viranhaltija	Muun toiminnan orheilla
Seurannasta ei sovittu	Ei vastattu
Ei vastattu	

Kyseessä saattoi jossain määrin olla epätietoisuus asiasta, joka ei ole lähellä omaa tehtävää. Haastateltavat kuvasivat mm. palvelusopimuksiin ja oman toiminnan raportointiin liittyvää seurantaa, ja lisäksi oli joillain alueilla tehty selvityksiä, opinnäytetöitä ja erillisiä raportteja. Kuitenkin tähän kysymykseen suuri osa vastaajista totesi, että tämä on asia josta ei ole riittävästi keskusteltu; tai että tästä on keskusteltu mutta asiaa ei ole käynnistetty. Monet haastateltavista myös pitivät puutteena sitä, ettei muutoksesta kerry seurantatietoa arvioinnin käyttöön. Palvelujen seuranta- ja tilastotiedot eivät välttämättä tuota tietoa muutoksen vaikutuksista, pohdittiin.

Seurannan kysymyksen jatkona tiedusteltiin muutoksen dokumentoinnin käytäntöjä. Vaihtoehtoina esitettiin muutoksen dokumentointia joko osana muuta toimintaa tai erikseen. 29 vastaajaa ilmoitti että muutos dokumentoidaan osana omaa toimintaa ja 7 vastaajaa kertoi erikseen toteutettavasta dokumentoinnista. Erillinen dokumentointi muodostui hankkeistuksista, selvityksistä ja kyselyistä. Myös tämä kysymys jäi monilta vastaamatta (Taulukko 3).

Näiden seurannan ja dokumentoinnin kysymysten osalta alueiden välillä ei ollut suuria eroja. Mikkelissä on kokonaisuuden sekä vanhuspalvelujen seuranta organisoitu työryhmällä; Kainuusta on tehty ulkoisia ar-

vioita. Aavassa on toteutettu auditointi ja kotihoidon kehittämiseen liittyviä uusia auditointeja; Vaasassa hallinnollisesti vähäisiä muutoksia ei erikseen seurata; Hämeenlinnassa palvelurakennetyöryhmä seuraa muutosta ja sille raportoidaan; Oulussa ja Eksotessa seurannasta ei ole sovittu; oman toiminnan osana ja joissain hankkeissa syntyy dokumentointia; Porissa yhteistoiminta-alueen muodostanut työryhmä jatkaa työtään ja seuraa etenemistä. Kaiken kaikkiaan oman toiminnan seurannan ja suunnittelun prosessit muodostavat keskeisen osan muutoksen seurantaan.

Uusissa yhteistoimintamalleissa palvelusopimuksen prosessi kokonaisuutena on merkittävässä roolissa; alueen yhtenäisyyden turvaamiseksi tehdään alueellisesti yhteiset palvelutarvearviot ja palvelusuunnitelmat, joiden kautta sitten sovitaan kuntakohtaisten palvelujen tuotanto. Prosessiin liittyy luonnollisesti seuranta. Monet haastateltavat totesivat tämän, mutta jatkoivat pohtimalla että palvelutoiminnan seuranta ei sinänsä suoraan kerro muutoksen suunnista ja toteutumisesta, vaan sille pitäisi ainakin ajoittain kohdistaa oma huomionsa.

2.6 Muutokseen myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneet tekijät

Koska koko maassa on meneillään tai lähivuosina käynnistymässä hyvin samankaltaisia prosesseja kuin tämän tutkimuksen alueilla, nähtiin kiinnostavana selvittää millaiset tekijät ovat haastateltavien näkemyksen mukaan vaikuttaneet muutokseen myönteisesti tai kielteisesti. Tätä kysyttäessä haastateltavia kannustettiin kertomaan oma arvionsa, eikä edellytetty että se perustuisi johonkin ulkoiseen arvioon tms. Nämä kysymykset esitettiin erillisinä, myönteisesti vaikuttaneet ja kielteisesti vaikuttaneet omana kysymyksenään. Kysymykset olivat avoimia, mitään vaihtoehtoja ei tarjottu. Myönteisiä tekijöitä nimesi 46 vastaajaa, kielteisiä 44. Avovastaukset saattoivat sisältää useita, eri teemoihin liittyviä mainintoja. Lisäksi 41 haastateltavaa mainitsi lisätietoja -kohtaan täsmennyksiä tai taustatietoja.

Tämä aineisto analysoitiin siten, että myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneiden tekijöiden kuvauksista tehtiin sisällönanalyysi ja ryhmiteltiin vastaukset kategorioihin. Osoittautui, että oli mahdollista käyttää samoja kategorioita; tähän ei lähtökohtaisesti pyritty. Kategoriat ja niiden sisältämät tekijät käsitellään seuraavassa. Kategorioiden kesken tehtiin lisäksi dikotomista kielteisesti- myönteisesti tarkastelua. Lisätietoina annetuista kommentteista poistettiin teknisluonteiset huomautukset ja muistiinpanot, jotka viittasivat lähinnä muutosprosessin aiemmin käsiteltyihin osiin. Myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneisiin tekijöihin liittyvät lisätiedot liitettiin em. analyysiin selventämään tekijöiden vaikutuksia. Varsinaisesti uusia teemoja tai kategorioita ei lisätiedoista tullut esiin.

Myönteiset ja kielteiset tekijät jakautuivat kaikkiaan seitsemään kategoriaan, joiksi muodostuivat seuraavat: yhtenäisyys, muutos, strateginen ohjaus, organisaatio ja rakenne, johtaminen, päätöksenteko ja talous. Näihin kategorioihin liittyi myönteisissä kommentteissa omat painotuksensa, kielteisissä omansa, mutta ne edustivat kiistatta samaa tematiikkaa. Kielteiset ja myönteiset ulottuvuudet ja niiden esiintyvyys aineistossa (kpl) on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Muutokseen vaikuttaneet tekijät ja niihin liittyvät myönteiset ja kielteiset ulottuvuudet ja maininnat (lkm).

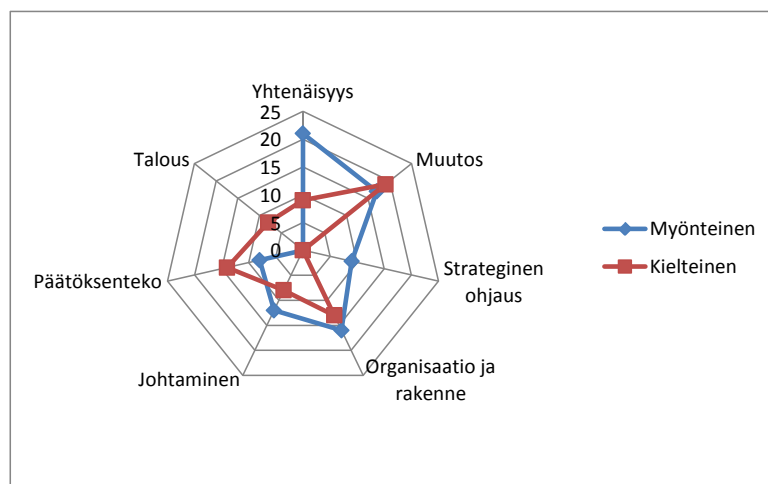
Myönteiset ulottuvuudet	Kpl (N=83)	Kategoriat	Kielteiset ulottuvuudet	Kpl (N=71)
Yhteistyö, hyvä henkilöstö	21	Yhtenäisyys	Yhtenäisyyden puute, toimialojen ja kuntien erillisuus ja epäluottamus	9
Muutoshalu, osallisuus	17	Suhtautuminen muutokseen	Muutoksen pelko sekä henkilöstössä että kunnissa	19
Muutosta ohjaava strategia	9	Strateginen ohjaus	Ei mainintoja	0
Muutosta, tiedon ja osaamisen käyttöä ohjaava organisaatio / rakenne	16	Organisaatio ja rakenne	Hankaloittaa muutoksen etenemistä, moniportaisuus tai sekavuus	13
Lähi- ja yläjohdon tuki	12	Johtaminen	Tuki puuttuu	8
Päätäjät sitoutuneita	8	Päätöksenteko	Päätöksenteko hidasta, sekä prosessit että päätöksentekokyky	14
Ei mainintoja	0	Talous	Tiukka talous hidastaa muutosta; kuntien epärealistiset odotukset.	8

Näyttää siis siltä, että haastateltavien mukaan tärkeimmät muutosta edistäneet tekijät ovat olleet henkilöstön ja muiden mukana olleiden hyvä yhteishenki, yleinen muutoshalukkuus ja -innostus sekä organisaatio joka tukee ja mahdollistaa muutoksen rakentamista: ”Mitään selkeää isoa jarruttavaa tekijää jota ei olisi voitettavissa, ei ole havaittavissa”. Johdon tuki nousee myös merkittäväksi, samoin strateginen ohjaus ja päätöksentekijöiden sitoutuneisuus. Muutoksen jarruina sen sijaan nähdään muutoksen pelko sekä henkilöstössä että kuntien asenteissa, päätöksenteon kankeus joka liittyy em. pelkoihin mutta myös uusien päätöksentekotapojen moniportaisuuteen. Organisaatioiden ja rakenteiden muutoksen vaikeus; moniportaiset rakenteet ja palvelu-alojen uudet organisoitumiset tuottavat muutokseen esteitä myös:

”Kuntien halu saada palvelut omaan kuntaan, organisointi siten että saadaan työntekijöitä, asiakkaalle palvelut mahdollisimman lähellä.

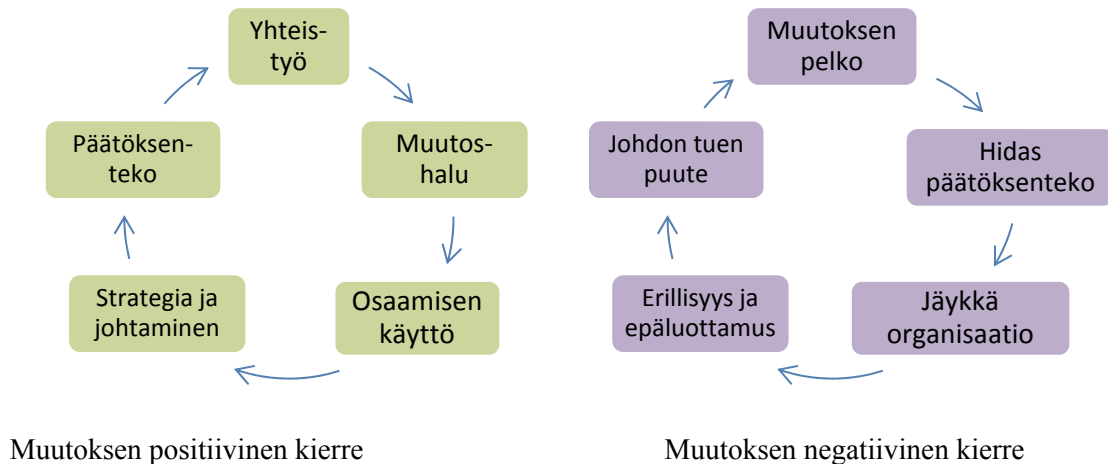
”Inhimilliset tekijät; joko inhimilliset voimavarat tai asiakaspaineet, asiakas on jatkuvasti läsnä ja siitä muodostuu paineita.”

Yhteistyön puute näkyy toimialojen ja kuntien välisenä epäluottamuksena, ja lähes yhtä merkittävänä vaikeuttavana tekijänä nähdään sekä johdon tuen puute että tiukan talouden tuomat vaikeudet, joihin liittyy kuntien epärealistiset odotukset palvelujen kustannuksista. Kuviossa 7 myönteiset ja kielteiset vaikutukset rinnastettuina vertailuun.



Kuvio 7. Muutoksen kielteisesti ja myönteisesti vaikuttaneet tekijät rinnastettuina.

Muutoksen edistämisen näkökulmasta voidaan myönteisten ja kielteisten tekijöiden osalta nähdä toisiinsa kiinnittyviä ja prosessimaisesti vaikuttavia piirteitä. Näin muodostuu joko ns. positiivinen tai negatiivinen kierre. Jos eniten mainintoja saanut tekijä sijoitetaan ensimmäiseksi, lähtee positiivinen kierre yhteistyöstä ja henkilöstön vahvuuksista: Yhteistyö ja osallistava muutoshalukkuus tuottavat organisaatioon ja rakenteisiin osaamisen ja tiedon hyödyntämisen mahdollisuuksia, mikä tukee strategiatyötä ja johtamista. Tiedon hyödyntäminen ja henkilöstön aktiivisuus kannustaa päätöksentekijöitä sitoutumaan - ja tämä tukee yhteistyö- ja muutoshalukkuutta. Vastaavasti negatiivinen kierre lähtee muutoksen pelosta, joka hidastaa päätöksentekoa ja jäykistää organisaatorakenteita; eri tahojen välistä epäluottamusta ei saada hävytettyä, eikä johto pysty tukemaan muutosta. Negatiivisille oletuksille haetaan konkreettisia ilmenemiskohtia, mutta olennaista on että kierre ei vähennä muutoksen pelkoa vaan lisää sitä. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Muutosprosessin positiivinen ja negatiivinen kierre.

Muutokseen vaikuttaneita tekijöitä voidaan vertailla myös toisesta näkökulmasta. Haastateltavien mainitsemat muutokseen vaikuttaneet tekijät voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin. Ulkoisina myönteisinä tekijöinä mainittiin päätöksenteko, yhteistyöhalukkuus, organisaatio joka mahdollistaa eri tahojen osallisuuden. Sisäisinä myönteisinä tekijöinä painottuivat henkilöstö, yhteishenki ja hyviksi koetut ratkaisut organisaatioissa ja päätöksenteossa. Kielteisinä ulkoisina tekijöinä mainittiin useimmin kuntien ja kuntiin sijoittuvien toimintayksiköiden sekä professioiden halu pitää kiinni entisestä:

”Hidas eteneminen, kaikki toimii kuten ennenkin, koska tiiviisti ennallaan kunnissa organisaatio ja henkilöt. Paras-puitelain alusta asti näkyy luottamuspuula, epäluulo isompaa kohtaan ja vastustus pakkoa kohtaan.”

Henkilöstön rooli muutoksessa nähtiin aineistossa merkittävänä, ja henkilöstöön kohdistui palvelukokonaisuuksien johtajien taholta ymmärrystä monien peräkkäisten ja osin päällekkäisten muutosten tuottamasta jaksamisvajesta.¹² Muutosten tunnistettiin olevan rankkoja ja vaativan paljon työtä tavanomaisen arkityön lisäksi.

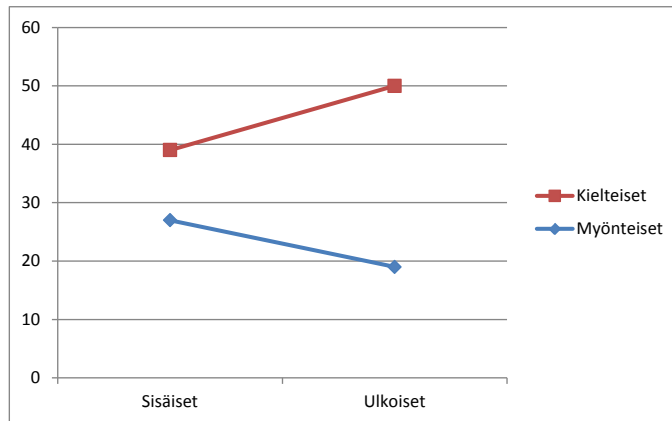
Lisäksi ulkoisina kielteisinä tekijöinä mainittiin taloustilanne sekä kansallisten päätösten viipyminen:

”Iso myllerrys valtakunnassa hidastaa, kun ei kukaan oikein tartu eikä tee kun ei tiedetä mihin mennään.”

Sisäisinä kielteisinä tekijöinä nähtiin päätöksenteon epäselvyydet, muutosvauhti ja inhimillisen muutosvastarinnan olemassaolo. Määrällisesti nämä painotukset sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kesken painottuvat siten, että 70 % myönteisistä asioista liittyi omaan sisäiseen toimintaan ja yli 60 % kielteisistä tekijöistä ulkoisiin tekijöihin. (Kuvio 9).

Yksi sisäinen, muutokseen myönteisesti vaikuttanut tekijä on muutoshalu, jota korostettiin monen asian taustalla. Tämä jaksamiseen, innostukseen ja tahtoon kiteytyvä tahtotila liittyy muutosmyönteisyyden ja -uskon vahvistamiseen. Huolena on, että jos ei sitä tehdä, ”muutoksen jarruna voi olla yksittäisiä keskijohdon edustajia jotka pystyvät kamppaamaan”. Tahtotilan jakaminen edellyttää tiedon levittämistä, ja nimenomaan oikean tiedon välityksestä huolehtimista. Osaksi on kyseessä organisaatioiden sisäisten prosessien hallinta: ”..johtaminen on keskeisessä roolissa, samoin informointi ja avoimuus”. Muutokset ovat olleet suuria, ja isoissa organisaatioissa tiedon välittäminen on suunniteltava huolella: ”Osa henkilöstöstä kokee isoissa muutoksissa epävarmuutta, vuorovaikutus ja viestintä ovat avainasemassa”. Päätöksen yhteensovittaminen eri tasoilla,

¹² Vrt. Virkki ym. 2012



Kuvio 9. Muutokseen myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneet tekijät jaettuna ulkoisiin ja sisäisiin, kpl.

tiedottamisen rytmittäminen ei liian aikaisin eikä liian myöhään on haasteellista, kun kunnallisessa toiminnassa kuitenkin on kyse sekä poliittisesta että hallinnollisesta päätöksenteosta. Pulmiakin syntyy, kun muutoksen tuottamat uhkat ovat läsnä: ”Tiedottaminen on huonoa, henkilöstö lukee lehdestä muutoksista ja se aiheuttaa paljon ongelmia”.

Yhteistoiminta-alueilla oman haasteensa tiedottamiseen ja viestintään sekä käytännössä että sisällön kannalta tuottaa yhteistoimintaan liittyvät alueelliset ja kuntien väliset jännitteet. Sitä pyritään huomioimaan hyvällä tiedottamisella ja kuntiin mukaan menolla: ”Vaikka on monta kuntaa, pieniäkin, niin nähdään tärkeäksi tehdä koko ajan työtä siten että mennään alueillekin”.

Palvelujen muutokseen liittyy paljon subjektiivisia kokemuksia ja tunnereaktioita, niin kuntalaisten, päätöksentekijöiden kuin työntekijöidenkin joukossa:

”Kuntien poliittinen tahtotila on usein riippumaton tiedosta, järkipäätöksistä. Mitä pienempi kunta sitä enemmän tunnetilaa.”

”Joskus ihmiset kiihdyttävät itseään kiihkoon, ilman tietoa. Tietoa pitää viedä paljon.”

”Kielteisen puheen taakse on jäänyt paljon hyviä keksintöjä ja innovaatioita”

”Laitospaikkojen purku on herättänyt huolta siitä että vanhuksat jäävät heitteille, erityisesti kauas muuttaneissa omaisissa.”

Tässä tutkimuksessa tiedottaminen ja viestintä näyttäytyi suunnitelmallisena ja merkitykselliseksi tunnistetuna osana muutosprosessin johtamista. Tästä kertoo myös se, että aineiston perusteella palvelualueiden johtajilla on hyvin tiedossa, mihin päätöksiin ja linjauksiin muutos perustuu (luku 2.3).

2.7 Muutosprosessien vertailua

Muutosprosesseja on luvuissa 2.1–2.6 käsitelty usean eri ulottuvuuden osalta. Jo tämä suppeakin tarkastelu osoittaa sen, miten monivaiheisia ja -muotoisia muutosprosessit ovat. Vaikka näissä muutosprosessien kuvauksissa ei vielä lainkaan käsitelty palvelujen kehittämisen, johtamisen, sisällön tms. kysymyksiä, oli prosesseissa jo nähtävissä eroavuuksia. Muutosprosessien tarkastelu sisällöstä erillään oli tässä tutkimuksessa perusteltua, koska tutkimuksen fokus on nimenomaan palvelujärjestelmätason muutoksessa ja taustana on koko kaupungin/alueen muutos. Usein palvelujen kehittämisprosesseista raportoitaessa huomio kiinnittyy sisällöllisiin näkökulmiin ja tavoitteisiin, ja muutosprosessi jää taustalle. Vastaavaa ilmaisi myös moni tämän tutkimuksen haastateltava; muutosta oli totuttu tarkastelemaan tiettyjen palvelujen tai palveluindikaattorien kautta, mutta itse muutoksen tunnistaminen ja toteutus olivat jääneet huomiotta.

Muutosprosesseja on edellä tarkasteltu vaiheittain kokonaisuutena ja jonkin verran myös alueittain. Alueellisuuden lisäksi aineistoa tarkasteltiin sekä palvelukokonaisuuksien että hallintomallien välisiä mahdollisia eroja etsien. Seuraavassa kuvataan havaintoja näistä eroavuuksista tai yhtenevyyksistä. Luettavuuden vuoksi ei kaikkia muutosprosessin osia käydä läpi systemaattisesti, vaan esille nostetaan ne joiden osalta on esitettävissä merkillepantavia huomioita.

Muutos eri palvelukokonaisuuksissa

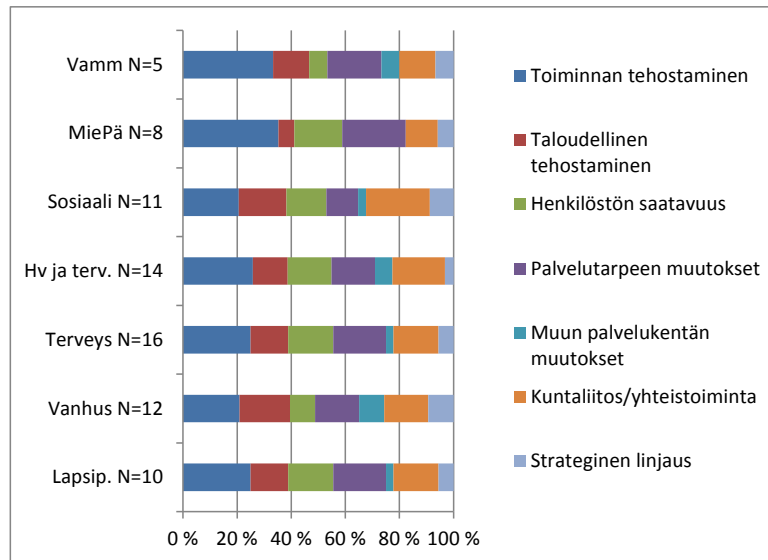
Palvelut oli jaettu luvussa 1.4 kuvatulla tavalla avosairaanhoidon, aikuissosiaalityön, vanhusten, lasten ja lapsiperheiden palveluihin, mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä vammaispalveluihin. Haastateltavien nimeäminen näihin ryhmiin tapahtui heidän vastuullaan olevien palvelujen kautta. Näin erilaisista organisaatioista ja vaihtelevista virkanimikkeistä huolimatta voitiin analyysissä poimia näiden palvelukokonaisuuksien vastuuhenkilöiden haastattelut yhteiseen analyysiin.

Vanhusten palveluissa muutoksen käynnistymiselle on kirjattu useita perusteluja. Lähes jokainen vanhuspalvelujen haastateltava on nimennyt toiminnan ja talouden tehostamistarpeen sekä palvelutarpeen muutosta käynnistävänä tekijänä, kuntaliitosten tai vastaavien lisäksi. Lähes puolet nimeää myös henkilöstötarpeen sekä strategiset linjaukset muutoksen taustalle, ja ainoana palvelukokonaisuutena muun palvelukentän muutokset nousevat muutostarpeen taustana selkeästi esille (4 mainintaa 12 haastateltavan joukossa). Lasten ja perheiden palveluissa muutoksen käynnistäneet tekijät painottuvat lähes samoin kuin vanhusten palveluissa.

Vastaavasti mielenterveys- ja päihdepalveluissa muutoksen taustalla nähdään enimmäkseen toiminnallisen tehostamisen ja aiempaa ennaltaehkäisevämpään toimintaan suuntaamisen tarve, eikä taloudellisen tehostamisen tarve juurikaan näy. Vammaispalvelujen osalta tilanne on lähes samankaltainen; lisäksi palvelujen hajanaisuuden kokoaminen nousee muutostarpeena.

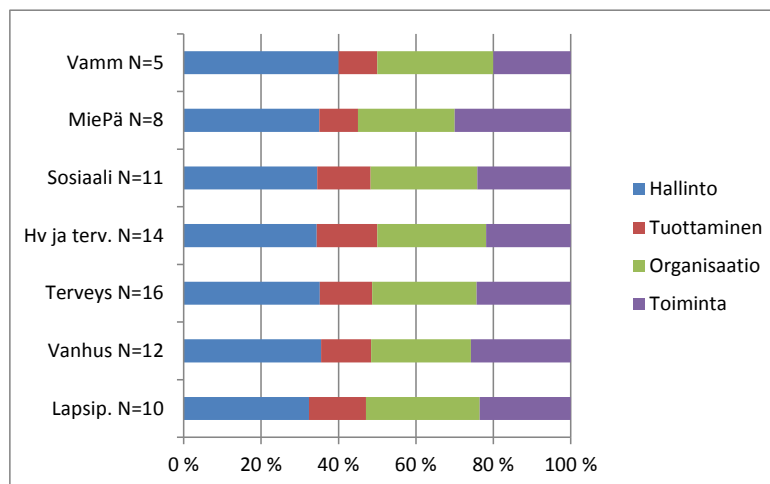
Terveystuon vastuuhenkilöt näkivät muutoksen käynnistyneen ensi sijassa toiminnallisen tehostamisen tarpeen vuoksi, lisäksi korostuvat palvelutarpeen muutos (erityisesti vanhusväestön lisääntyminen) sekä henkilöstön saatavuuden turvaaminen ja kuntaliitosten ja /tai yhteistoiminnan tuottamat muutokset. Vain kolmannes näkee muutoksen käynnistyneen taloudellisen tehostamisen tarpeesta. Terveiden ja hyvinvoinnin yhdistyneiden palvelualueiden johtajien painotus on hyvin samankaltainen, korostaen toiminnallisen tehostamisen tarvetta. Sosiaalipalveluissa sen sijaan kuntaliitos tai yhteistoiminta on ensisijainen muutoksen käynnistäjä, toiminnallisen tehostamisen tarpeen mainitsee noin puolet ja lisäksi nousee esiin muita palvelualueita selvemmin henkilöstön saatavuuden turvaaminen. Useat lisämaininnat liittyvät lastensuojelutarpeen kasvuun.

Kun palvelukohtaisia muutoksen käynnistämisperusteita tarkastellaan vastaajien lukumäärän mukaisen a osuutena, nähdään että eri palveluissa profiilit ovat perustaltaan samankaltaisia. Eroja syntyy lähinnä edellä kuvatuissa painotuksissa. Karkeasti yleistäen voisi arvioida, että sosiaalipalvelujen osalta muutoksen nähdään käynnistyneen hieman useammin kuntaliitos- ja yhteistoimintaratkaisujen johdosta kuin omien toiminnallisen tehostamistarpeiden perusteella. Vastaavasti esimerkiksi vammaispalvelujen ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta painotus on toiminnan tehostamisessa. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Muutoksen käynnistänyt tekijä palvelualoittain.

Kun sitten tarkastellaan, onko palvelualueiden välillä eroja siinä, mihin muutos eniten kohdistuu, ei kovin merkittäviä eroja edelleenkään nouse esiin (Kuvio11). Hallinnon muutos on kaikkien osalta lähes samalla tasolla; yli kolmannes maininnoista liittyy siihen. Tuottamistavat ovat suhteellisesti eniten muuttuneet hyvinvoinnin ja terveyden alueella ja organisaatiot lapsiperheiden palveluissa. Erot ovat kuitenkin pieniä ja aineiston kokoon nähden satunnaisuus vaikuttaa tuloksiin tältä osin.



Kuvio 11. Muutoksen kohdistuminen hallintoon, tuottamiseen, organisaatioihin tai toimintaan palvelualoittain eriteltynä.

On kuitenkin varsin ilmeistä, että yleisessä palvelurakennepöytäkäsittelyssä usein mainittu pelko pelkästä hallinnon muutoksesta on tarpeeton. Organisaatioiden muutos on lähes yhtä usein mainittu kuin hallinnon muu-

tos, ja toiminnan muutos on lähellä samaa tasoa. Tämän tutkimuksen aineistossa mikään palvelualue ei ole jäänyt hallinnon muutoksen tasolle, vaan kaikissa on muutosta sekä organisaatioissa että toiminnassa.

Hallintomalli ja muutosprosessi

Tässä tutkimuksessa on mukana hiljattain kuntaliitoksen tehneitä kaupunkeja ja isäntäkuntamallin sekä kuntayhtymämallin yhteistoiminta-alueita. Kahdella alueella erikoissairaanhoido kuuluu osaksi toimintaa, ja kahdessa kaupungissa oli käytössä tilaaja-tuottajamalli. Näiden hallintotapojen välille ei muutosprosessin suhteen syntynyt selkeitä eroja, arvatenkin siksi että tässä sisällöistä irrotetussa muutosprosessin tarkastelussa suuri vaikutus on sillä, missä ajallisessa vaiheessa muutokset ovat, ja millaisia muutokset pääasiassa ovat.

Jos tarkastellaan muutokseen myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneita tekijöitä alueittain, heijastavat ne joitain eroja muutosprosesseissa. Koska tämä kysymys oli avovastaus, on niiden kautta myös tunnistettavissa ne teemat, jotka muutoksesta nousevat haastateltavien mielestä tärkeimmiksi. Aava (*yta, kuntayhtymä*) ja Eksote (*yta/Sotepiiri, kuntayhtymä*) ovat koonneet pieniä kuntia yhteistoimintaan, ja molemmilla haasteena ovat olleet kuntien palvelujen järjestämisen ja hankkimisen aikaisempi hajanaisuus sekä kuntien osittain ristiriitaiset odotukset muutosten suhteen. Aavalla myönteiset tekijät painottuvatkin viestintään ja tiedottamiseen, Eksotella vahvaan strategiaan ja sen mukaan etenemiseen. Molemmilla kaikki kielteisesti vaikuttaneet tekijät painoutuivat ulkoisiin tekijöihin (vrt. Kuvio 9).

Hämeenlinnassa (*itsenäinen järjestäjä*) muutokseen vaikuttaneet tekijät liikkuvat pitkälti oman, monivaiheisen hallinnon ja organisaatioiden muutostyön haasteissa, ja vahvuutena nähdään henkilöstön sitoutumiseen kaupungin strategiaan ja muutokseen. Sinänsä oli mielenkiintoista, että strategisesti hyvinkin yhtenäiseltä vaikuttavassa Hämeenlinnassa suuri osa muutokseen kielteisesti vaikuttaneet tekijöistä nimettiin sisäisestä toiminnasta. Ne olivat kuitenkin pääosin luonteeltaan muutosprosessin vauhtia pohtivia mainintoja, itsetutkiskelua enemmän kuin varsinaisia ongelmia esiin ottavia; ja vastapainona myös myönteiset tekijät painoutuivat sisäiseen toimintaan. Hämeenlinnassa oli myös esillä kylä kaupungissa -ajattelu, joka konkretisoi kuntaliitosten jälkeistä palvelujen järjestämisen problematiikkaa keskikaupungin ja uusien keskusten välillä. Oulussa (*itsenäinen järjestäjä*) ollaan saman kuntaliitoskysymyksen äärellä ja mietitään miten palvelut jakautuvat alueellisesti laajentuneessa kaupungissa. Oulussa muutoksen edistäminen kiteytyy johtamisen kehittämiseen, haasteena nähtiin muutoksen toteutus kahdessa vaiheessa: ensin palvelut, sitten kuntaliitos.

Kainuussa (*maakunta-kuntayhtymä*) vastaavaa pohdintaa oli tehty kunta - maakuntatason kesken; esimerkiksi palvelujen organisoinnin muutos aluemallista vastuumalliin on osa tätä suhteen määrittelyä. Kuntien odotukset suhteessa maakuntaan ovat olleet muutoksessa koko ajan esillä; tähän vaikuttanee myös se että Kainuun maakuntamallin alkaessa ei muualla maassa ollut vastaavaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaa käytössä ja mallinnettuna siinä määrin kuin nykyisin. Kainuun erityisenä haasteena ovat pitkät välimatkat, mikä hidastaa organisaatioiden uudistamista. Vahvuutena on ollut mukanaolo vahvasti hallinnoitussa maakuntamallin kokeilussa ja toisaalta kuntien tilanne joka korostaa yhteistyön tarvetta.

Mikkelissä (*yta, isäntäkunta*) muutokseen liittyy hallinnollisesti haasteellinen malli useine lautakunti-neen ja aluejakoineen, mutta vahvuutena nähtiin tahto kehittää yhdessä. Yhteistä ymmärrystä olivat lisänneet useat pitkälliset valmisteluprosessit ennen nykyiseen malliin päättymistä. Mikkelin muutos on painottunut toiminnan uudistamiseen, ja haastateltavat itsekin ihmettelivät miten hyvin on päästy kehittämään toimintaa. Mikkelissä muutokseen myönteisesti vaikuttaneet maininnat olivatkin painottuneet ulkoisiin tekijöihin, mikä poikkesi yleisestä linjasta (vrt. Kuvio 9). Haasteita kuntien yhteisen tahdon muodostamisen osalta kuitenkin edelleen on. Porissa (*yta, isäntäkunta*) haasteena on ollut epäluottamus kuntien kesken, ja kuntien erilainen käsitys tarvittavista muutoksista. Vahvuutena Porissa nähdään ammatillinen vahvuus ja sinnikkyys, jotka edistävät muutosta. On myös syytä mainita, että Porin haastatelluista puolet ei maininnut yhtään tekijää, joka olisi vaikuttanut muutoksessa myönteisesti. Tämä oli selvä poikkeama muihin alueisiin verrattuna. Vaasa (*yta, isäntäkunta*) edusti tässä aineistossa isoa kaupunkia, joka on yhteistoiminta-alueen isäntäkunta ja on myös tehnyt kuntaliitoksen merkittävästi itseään pienempien kuntien kanssa. Vaasassa muutos onkin ollut vähäinen, eikä muutosprosessin arvioinnissa haastateltavilla ollut yhtä yhteistä muutosta esillä. Muutokseen vaikuttaneita tekijöitä ei Vaasasta juuri esitetty.

Kuten todettua, hallintomallin vaikutusta muutosprosessiin ei tämän tutkimuksen perusteella voida osoittaa, vaan enemmän on ollut vaikutusta muutosprosessin vaiheella, muutoksen kattavuudella palvelujen ja alueen suhteen, sekä sillä miten nykyinen muutos sijoittuu suhteessa aiempiin muutoksiin.

2.8 Yhteenvedo muutosprosesseista

Muutosprosesseista voidaan yhteenvedona todeta, että palvelujen muutos ei ole jäänyt hallinnolliseksi tai organisatoriseksi, vaan toiminnan ja palvelukokonaisuuksien muutokset ovat nousseet niiden ohi. Päätökset muutoksesta on tehty usein suurina linjauksina tai strategioina, ja ne on näillä väestöpohjaltaan melko suurilla alueilla organisoitu systemaattisesti. Muutosta ei erikseen seurata tai dokumentoida, mikä voi tuottaa ylimääräistä työtä jos muutosta myöhemmin arvioitaessa haluttaisiin palata tehtyihin ratkaisuihin ja niiden perusteluihin.

Menemättä vielä palvelujen sisällöllisiin muutoksiin voidaan jo todeta, että toiminnalliset uudistukset kohdentuvat pitkälti palvelukokonaisuuksien ja -organisaatioiden uudelleen muotoiluun. Tuottamistapojen muutoksen on ehkä oletettu enemmänkin muuttuneen. Ainakaan tässä vaiheessa ei tuottamistapojen muutos noussut kuin melko kapeasti esiin. Tuottamistapoja on muutettu, joskin muutos määriteltiin tuottamistapojen muutokseksi harvemmin kuin hallinnon, toiminnan tai organisaatioiden muutokseksi. Tuottamistapojen muutosta ei merkittävänä pitänyt kuitenkaan kuin pieni osa vastaajista.

Muutosprosesseihin liittyy myös eräänlainen multiprosessien tuntu. Monissa haastatteluissa muutosta kuvattiin ketjuna, jossa arvioitiin aiempaa muutosta ja sen jatkumona ratkaisuja, joita nyt on tehty. Esimerkiksi alueellisen yhtenäistämisen ideologian kehittymistä kuvattiin siten, että ensin on pyritty yhtenäistämään kaikki, myös toimintatapa, vaikka keskikaupungin palvelut rakentuvat väistämättä eri tavoin kuin reuna-alueiden. Vasta myöhemmin on alettu tarkastella enemmän asiakkaan saamaa palvelua ja pyritty löytämään yhdenvertaisuus sieltä, ei toimintatavoista. Vastaavia kehkeytyviä muutoksia oli muitakin, ja niiden kautta voi pohtia onko tiheään toistuva muutos kehityksellinen välttämättömyys, vai estääkö se tällaisten havaintojen teon ja jalostamisen?

3 Muutostekijät

Muutostekijöiksi oli ennalta valittu seuraavat muutoksen piirteet: palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä, palvelujen keskittäminen osaamista suuntaamalla, palvelurakenteen muotoilu erityis- ja peruspalvelujen rajapinnalla, palvelurakenteen muotoilu laitos- ja avopalvelujen välillä ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio. Muutostekijät ja niiden perustelut on tarkemmin kuvattu luvussa 1.5.

Nämä muutostekijät käytiin läpi kaikkien haastateltujen kanssa. Yleisjohtoon kuuluvien henkilöiden (johtajat, kehittäjät, suunnittelijat tms.) kanssa haastattelu kohdentui koko organisaation ja palvelusektorin muutokseen, tarkastelussa oli enimmäkseen muutosprosessin kokonaisuus. Näin ollen heidän näkökulman- sa muutostekijöihin oli yleisempi, perustuen enemmän linjauksiin ja strategioihin kuin palvelujen yksityiskohtiin. Eri palvelujen vastuuhenkilöiden kanssa haastattelu tehtiin kohdistuen huomio nimenomaan heidän vastuullaan oleviin palveluihin. Yleisjohtajien haastatteluissaan kuvaamat palvelupisteiden vähentämisen linjaukset olisivat toistaneet palvelualueiden johtajien kertomaa ja näin vääristäneet aineistoa. Analyysissä nämä kytkettiin toisiinsa siten, että palvelualueiden vastuuhenkilöiden vastaukset analysoitiin ensin yhtenäisenä, sitten palvelualueittain. Yleisjohtoon kuuluvien vastauksia verrattiin palvelualueiden vastuuhenkilöiden vastauksiin sekä alueittain että kokonaisuutena mahdollisten eroavuuksien tunnistamiseksi, mutta johtajien osuutta ei systemaattisesti nosteta tässä esiin.

Kunkin ennalta valitun muutostekijän osalta tiedusteltiin haastateltavalta tilanne hänen vastuullaan olevissa palveluissa. Muutoksia tiedusteltiin noin viiden vuoden aikajanaalla. Kunkin muutostekijän osalta annettiin seuraavat vaihtoehdot:

- ei ole toteutunut
- ei ole suunniteltu
- on suunniteltu
- on toteutunut (muutostekijöittäin täsmennetty kysymys).

Mikäli haastateltava totesi, että näitä muutoksia ei ole hänen vastuualueellaan toteutettu eikä suunniteltu, jätettiin ne tarkastelematta. Kaikki vastaajat eivät myöskään osanneet vastata kysymykseen, etenkin alueilla joilla muutos oli tapahtunut useita vuosia sitten ja haastateltava henkilö oli tullut tehtävänsä sen jälkeen. Näin ollen tässä luvussa muutostekijöittäin toteutetussa tarkastelussa vastaajien määrät samalla palvelualueellakin vaihtelevat. Vaihtelu perustuu tähän aineiston kohdentumiseen, eikä sitä enää jatkossa joka kohdassa erikseen tuoda esiin.

3.1 Palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä

Haastateltavilta kysyttiin edellä kuvatulla tavalla, onko palveluita keskitetty tai suunniteltu keskittää palvelupisteiden määrää vähentämällä. Mikäli vähentämistä ei ollut tehty tai edes suunniteltu, jätettiin tämä osio käsittelemättä. Mikäli haastateltava vastasi että palveluita on keskitetty, täsmennettiin vähennys: monellako palvelupisteellä (kpl) palvelupisteiden lukumäärä on vähentynyt ja minä vuosina. Myös täydentävän avovastauksen mahdollisuus tarjottiin.

Kaikista tähän kysymykseen vastaajista 20 eli puolet vastasi, ettei palvelupisteiden määrää ole vähennetty. Näistä kaksi totesi vielä ettei vähentämistä ole edes suunniteltu. Kuusi vastaajaa kertoi että palvelupisteitä on suunniteltu vähennettäväksi, ja viisitoista kertoi vähennysten jo tapahtuneen. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Palvelujen keskittäminen palvelupisteitä vähentämällä, kaikki palvelualat yhteensä (N=41)

Palvelupisteiden määrän vähentäminen (kpl), N = 41	
Ei ole vähennetty	20
On suunniteltu	6
On toteutettu	15

Palvelujen keskittämistä palvelupisteitä vähentämällä toteuttaneilta kysyttiin lisäksi tarkennus, mitä oli toteutettu. Nämä vastaukset kuvaavat palvelujen keskittämisen monimuotoisuutta ja keskittämisen tapoja, joista osa liittyy myös erikseen kysytyyn osaamisen keskittämiseen. Vastauksista on puhdistettu mahdolliset päällekkäisyydet, eli on varmistettu ettei sama muutos tullut mukaan usean haastateltavan mainitsemana. Haastateltavat ovat itse muotoilleet ilmaisun, jolla palvelupisteiden vähentämistä kuvaavat. Haastateltavien mainitsemat palvelujen keskittämiset palvelupisteitä vähentämällä oli toteutettu seuraavasti:

Terveyskeskus on muutettu terveysasemaksi

Pitkäaikaishoidon osastoja ja vanhainkoteja lopetettu

Vanhainkoti lakkautettu

Vapautunut virka sijoitettu muualle

Aiempi sosiaalitoimisto muutettu vastaanottopisteeksi jossa ei koko ajan miehitystä, asiakaspalvelu ajanvarauksella (Kaksi mainintaa)

Peruskuntien sosiaalitoimistosta siirtynyt erityispalvelu (lastensuojelu, vammaispalvelu) pois (Neljä mainintaa)

Psykologin toimipiste lopetettu

Terveystenhoitajien toimipaikkoja vähennetty

Pieniä neuvoloita on keskitetty lähipalvelukeskukseen

Koulu- ja varhaiskasvatusverkkoa supistettu

Ryhmäkoti lopetettu

Vastauksiin sisältyi myös perusteluita tehdyille ratkaisuille. Laitoshoidon yksiköiden lopettaminen liittyi palvelurakenteen muutokseen, joidenkin toimipaikkojen lopetus eri palveluissa liittyi tilakysymyksiin, esim. yksittäisessä kunnassa toimineen toimintapisteen tilojen huonoon kuntoon. Myös henkilöstön saatavuus pieniin yksiköihin nousi esiin.

Jo tehtyjen supistamisten lisäksi suunnitteilla olevista muutoksista palvelupisteiden määrässä kertoi kuusi vastaajaa. Suunnitelmat puolestaan painottuivat terveydenhuoltoon. Suunniteltuina, jo tarkentuneina muutoksina mainittiin edelleen pienten yksiköiden toiminnan muutosta joko lopettamalla yksikkö tai muuttamalla sen palveluita. Taustalla olivat pitkään jatkunut lääkäripula, sairaalaosaston pitkään jatkunut alikäyttö sekä palvelurakenteen muutos jossa laitoshoidtoa vähennetään. Kahdessa vastauksessa suunnitelmat olivat yleistä linjaukseskustelua. Lisäksi yhdellä alueella on yleisemmin laadittu laskelmia siitä, miten taloudellisen tilanteen tiukentuessa pystytään palveluverkkoa supistamalla vaikuttamaan kustannuksiin.

Vastausten kuvaama palvelupisteiden keskittäminen on tapahtunut samassa suhteessa kuin THL:n kaikkiin terveyskeskuksiin keväällä 2013 suunnatussa kyselyssä ilmeni¹³. Tuossa kyselyssä tiedusteltiin sairaanhoidon toiminnan muutoksia tai muutosaikkeitä vuoden sisällä. Toiseksi yleisin muutos oli palvelukokonaisuuksien lakkauttaminen, keskittäminen tai ulkoistaminen, esim. terveysasemien lakkauttaminen tai toimintojen keskittäminen harvempiin toimipaikkoihin. Kyselyn tuloksissa usein mainittu esimerkki oli päivystyksen siirtäminen keskitettyyn päivystykseen ja vastaanottopisteiden vähentäminen. Yhteensä 142 terveyskeskuksen vas-

13THL 2013, julkaisematon käsikirjoitus

tauksissa terveysaseman lakkauttaminen mainittiin 7 kertaa joko siten, että jokin terveysasema on lakkautettu tai ollaan lakkauttamassa, se on ulkoistettu tai palvelut ovat siirtyneet toiselle terveysasemalle. (THL 2013.)

Kuntaliitoksissa ja yhteistoiminnassa muodostuu usein kaupunkeja/alueita, jotka sisältävät sekä kaupunkimaista tiheää asutusta, että harvaan asuttuja maaseutumaisia alueita. Eri tutkimuksissa¹⁴ on pyritty seuraamaan myös harvaan asutun alueen palvelujen muutoksia. Kun tämän tutkimuksen haastateltavat kertoivat että palvelupisteitä on vähennetty, täsmennettiin eri kysymyksillä kohdistuivatko vähennykset kaupunkimaiselle vai harvaan asutulle alueelle:

- Palvelupisteitä on vähennetty harvaan asutulta alueelta
- Palvelupisteitä on vähennetty taajamissa/kaupunkimaisella alueella

Mainituista 15 jo tehdystä muutoksesta kahdeksan oli toteutunut harvaan asutulla alueella ja kuusi taajamassa. Harvaan asutun alueen muutoksista kuusi koski sosiaalitoimistojen toiminnan muutosta. Varsinaisesti toimintayksiköiden lopettaminen kohdistui siis jopa useammin taajamiin kuin harvaan asutulle alueelle.

Lisäksi kysyttiin yhteistoiminta-alueiden ja kuntaliitoskuntien palvelujen muutoksien selvittämiseksi, onko palvelujen vähentäminen kohdistunut ns. keskuskuntaan vai muualle:

- Palvelupisteitä on vähennetty isäntäkunnasta/kuntayhtymän kotipaikkakunnasta
- Palvelupisteitä on vähennetty yhteistoiminnan kumppanikunnasta
- Palvelupisteiden vähentämisessä ei ole painotuseroja kuntien kesken

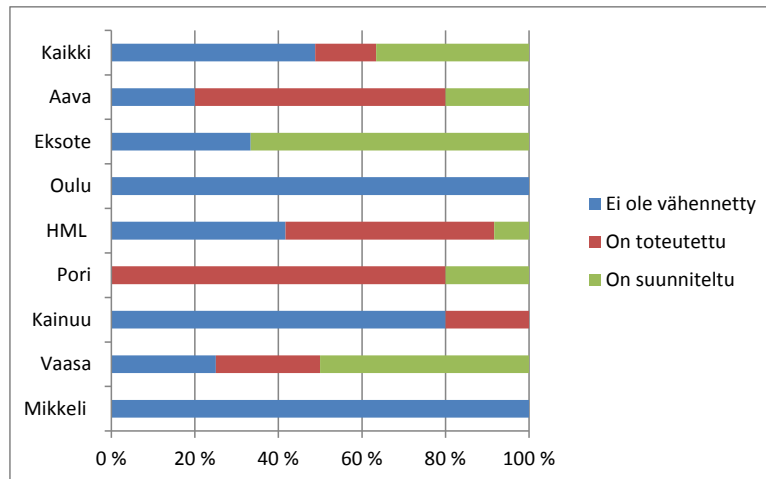
Yhteistoiminta-alueilla palvelupisteitä oli vähennetty yhtä paljon isäntäkunnasta/kuntayhtymän kotipaikkakunnasta kuin muista kunnista. Kuntaliitoskunnissa palvelupisteiden vähentäminen kohdentuu selvästi (7: 1) liittyjäkuntiin. Keskitetyt palvelupisteet olivat sairaala/sairaalaosasto (2 kpl), sairaalan liittyvä psykologin toimipiste sekä vanhainkoti. Muut kolme mainintaa liittyivät palvelujen siirtymiseen osaviikkoisiksi ja/tai asiakaspalvelun ajanvarauksella toteutettavaksi. Tässä tutkimuksessa otos on niin pieni, ettei sen pohjalta voi tehdä pitkälle vietyjä päätelmiä kuntaliitosten ja yhteistoiminnan eroista tässä suhteessa. Tämän kysymyksen kohdalla esiintyvään eroavuuteen voivat vaikuttaa monet muutkin seikat. On lisäksi huomioitava, että yhteistoiminta-alueilla kuvattiin suurimpana hankaluutena nimenomaan kuntien vastahakoisuutta muuttaa palvelurakennetta.

Alueiden keskinäistä tarkastelua yksityiskohtaisesti ei pyritty eikä suoraan pystytä tästä aineistosta tekemään monestakin syystä. Esimerkiksi mainittakoon rajauksena se, että eri alueilla haastateltavien määrä oli hieman eri, johtuen organisaatioiden rakenteista. Tämä vaikuttaa mainintojen määrään, vaikka eri vastauksista onkin pyritty tarvittaessa eliminoimaan vastausten kasautuminen eli se, että moni haastateltava mainitsee saman muutoksen joka tulee lasketuksi joka kerta erillisenä. Muutos oli myös hyvin eri vaiheessa meneillään, mikä luonnollisesti vaikuttaa tilanteeseen, ja pisimpään toiminnassa olleilla alueilla ei voida olettaa virkamiesten muistavan kaikkia muutoksia vuosien ajalta. Kysymys suunnitellusta muutoksesta on myös herkkä; virkamiehet luonnollisesti suunnittelevat toimintansa kehittämistä, mutta rakenteiden linjauksia ja suunnitelmia tehdään julkisissa strategioissa ja päätöksissä. Muutoksen suuntia alueittain voidaan jossain määrin tarkastella sen mukaan, miten paljon alueet olivat tehneet tai suunnittelivat palvelujen keskittämistä palvelupisteiden määrää vähentämällä. (Kuvio 12).

Vertailu osoittaa, että Oulu ja Mikkeli ovat neutraaleilla linjoilla: palvelupisteitä ei ole vähennetty eikä vähentämistä suunnitella; Kainuussa on jonkin verran vähennetty mutta ei suunnitella lisää. Pori ja Aava sekä Hämeenlinna ja Vaasa ovat toteuttaneet ja suunnittelevat edelleen vähentämisiä. Eksote suunnittelee vähentämisiä, joita ei ole aiemmin tehty. Näihin muutoksiin ja niiden eroihin on tämän teeman käsittelyssä nostettu esiin selittäviä tekijöitä; esim. Mikkelin uusi sote-alue ja Oulun kuntaliitoksen esivaihe; Aavan maantieteellisesti jakautunut alue ja Kainuun pitkät välimatkat.

Koska palvelupisteiden lukumääräinen vähentäminen ei ole ainoa tapa keskittää palveluita, kysyttiin tässä kohdin lisäkysymyksenä vielä vaihtoehtoa ”*Palvelupisteiden kokonaismäärä on ennallaan, mutta palveluvälikoimaa on supistettu*”.

¹⁴ Esim. Hämeenaho 2012.



Kuvio 12. Palvelujen keskittäminen palvelupisteiden määrää vähentämällä eri alueilla.

Tähän kysymykseen saatiin kuvauksia erilaisista tavoista muokata palveluvalikoimaa ja lisäselvityksenä myös muita tapoja toteuttaa palveluverkon uudistamista. Vastaukset painottuivat samassa suhteessa kuin edellisissä kysymyksissä ja osittain myös toistivat samoja keinoja. Koska nämä palveluverkon kysymykset ovat laajemmille järjestämisvastuun alueille siirryttäessä ajankohtaisia ja keskeisiä, liitetään tähän vielä haastatteluvien kuvaukset käytetyistä keinoista ja yleisistä linjauksista. Osa tässä kohdin kuvatuista keinoista esitetään palvelukohtaisen kuvauksen yhteydessä myöhemmin tässä luvussa.

Yleisiä linjauksia palvelujen järjestämisestä laajemmalla alueella esitettiin liittyen erityisosaamisen saatavuuden turvaamiseen: alueellista keskittämistä tehdään erityisosaamista vaativissa pienten asiakasryhmien palveluissa, osa palveluista muutetaan osaviikkoisiksi ja/tai asiakaspalvelua ajanvarauksella sovittaviksi. Pienempien kuntien palvelupisteitä keskitetään kunnan alueella yhteisiin (lähi)palvelukeskuksiin, etenkin pitkien etäisyyksien alueilla. Keskitetyt erityisosaamista edellyttävät palvelut tuodaan asiakkaiden saataville palvelupisteisiin.

Palveluvalikoimaan vaikuttaa toisaalta myös se, että palveluita viedään entistä enemmän kotiin, jossa voidaan toteuttaa yhä laajempi kirjo palveluja. Tällöin ei esim. tarvita vanhusväestölle terveydenhoitajan vastaanottopistettä. Kyse on monen vastaajan mielestä myös toiminnallisesta uudistamisesta, ei pelkästään taloudellisesta tehokkuudesta. Myös uudet tuotantotavat kuten videoneuvottelut nostettiin tässä esiin.

Tämän kysymyksen osalta paljastui myös haastattelurungon selkeä heikkous, jota onneksi kyettiin avovastauksilla jossain määrin lieventämään. Moni haastateltava nimittäin totesi, että palvelujen keskittämisen sijasta on tehty paljon hajauttamista. Ns. keskuskunnan työntekijät ovat jalkautuneet pieniin kuntiin konsulttoimaan, ajanvarauksella sovittuihin asiakastapaamisiin ja erilaisiin yhteistyöryhmiin. Näin pienet kunnat ovat saaneet asiantuntijuutta ja kuntalaiset palveluita, joita eivät olisi ilman laajempaa aluetta saaneet. Myös palveluvalikoimaa on monipuolistettu esim. neuvontapalveluilla ja päivätoiminnalla kunnissa, joissa aiemmin on ollut vain laitoshoidoa.

Palvelupisteiden muutos eri palvelukokonaisuuksissa

Edellä kuvattu palvelujen keskittäminen palvelupisteitä vähentämisellä sisältää jo useita palvelualakohtaisia mainintoja. Yhteenvetona voidaan todeta, että sosiaalitoimistojen työn uudelleen järjestely nousi toimipaikkojen lopettamisessa eniten muutoksia kokeneeksi palveluksi. Se on sinänsä ymmärrettävää, koska pienissäkin kunnissa oli ollut omat sosiaalitoimistot kuntaliitoksiin ja yhteistoiminnan aloitukseen asti. Sen sijaan terveydenhuollon palveluissa on jo pitkään toimittu kuntaa laajemmilla kuntayhtymillä.

Yli kolmannes tässä kysymyksessä mainituista muutoksista kohdistui sosiaalitoimistoihin. Sosiaalitoimistoja oli muutettu ajanvarauksella toimiviksi palvelupisteiksi, ja lastensuojelun ja vammaispalvelujen kal-

taiset erityispalvelut oli koottu tiimeihin joista useimmissa tapauksissa kerrottiin edelleen mentävän palvelupisteisiin asiakastapaamisiin.

Aineiston perusteella onkin nähtävissä selkeä jako siinä, millaisia muutoksia näissä palvelujen keskeisissä 'suurissa lohkoissa' eli sosiaali- ja terveydenhuollossa ollaan tekemässä. Ensinnäkin yksi suuri muutos on se, että vanhustenhuolto on selkeästi lohkoutunut omaksi suureksi, aiemmin eri palveluihin liittyviä osioita sisältäväksi kokonaisuudeksi. Sosiaalitoimen sisäinen muutos on pitkälti toiminnallinen; erikoistumista, osaamista ja jalkautuvia erityistyöntekijöitä. Toiminnallinen uudistus rakentuu asiakkaan kohtaamisen varmistamiseen, ja se toteutetaan pitkälti työntekijöiden sijaintia ja toimenkuvia muokkaamalla. Terveystieteiden uudistukset edellyttävät enemmän rakenteellisia uudistuksia ja sisältävät tekniikkaa, koneita ja rakennuksia. Palveluvalikoiman muotoilu koskevissa tarkennuksissa oli useita terveydenhuollon palveluita koskevia suunnitelmia ja linjauksia: Päivystyksen, laboratorioden ja kuvantamisten keskittäminen, terveysaseman toimintojen supistaminen perustyöhön; toiminnallisesti heikkojen yksiköiden yhdistämistä ja lopettamista, pienten erikoissairaanhoidon palvelujen siirtäminen keskussairaalaan. Hoitajien osaamista ja työpanosta hyödynnetään uusitulla työnjaolla. Nämä palveluvalikoiman muutokset ja muut toimet kuvaavat hyvin kuntien palvelujen muutoksen samanaikaisia, osin ristikkäisiäkin suuntia. Luettelona haastateltavien mainitsemat muutokset antavat kiteytetyn käsityksen muutoksista ja niiden perusteluista:

Palveluvalikoiman lisäyksiä ja vähennyksiä:

- *Alueellista keskittämistä erityisosaamista vaativissa, pienten asiakasryhmien palveluissa (9 mainintaa)*
- *Osa palveluista osaviikkoisiksi (3 mainintaa)*
- *Asiakaspalvelu ajanvarauksella (3 mainintaa)*
- + *Palveluita viedään enemmän kotiin (3 mainintaa)*
- *Toiminnallisesti perusteltuja yksiköiden yhdistämisä (3 mainintaa)*
- + *Konsultaatiota käytetään enemmän vs. asiakkaan lähettäminen muualle (2 mainintaa)*
- *Päivystyksen ja kuvantamisten keskittäminen*
- *Terveysaseman toimintojen supistaminen tulossa*
- + *Päinvastoin, erikoissairaanhoidosta siirtynyt palveluita terveysasemille*
- *Pieniä erikoissairaanhoidon palveluita siirtyy keskussairaalaan*
- *Hallintoa on supistettu, johtotasoa vähennetty*
- *Palvelusetelillä saatavan palvelun (siivous) määrän supistaminen*
- + *Palveluvalikoimaa on monipuolistettu neuvontapalveluilla ja päivätoiminnalla*
- *Tukihenkilöstöä (infopiste) lopetettu*
- + *Keskitetystä yksiköstä palvelu viedään muualle [muihin yksiköihin].*
- + *Vähentämistä enemmän on tehty jalkauttamista, yksiköstä on viety jalkautuvaa työtä varhaiseen tukeen eri alueille*

Muita toimia:

- Työnjakoa uusittu; hoitajien työpanos ja osaaminen enemmän käyttöön*
- Tuotetaan monella tavalla, mm. videoneuvottelut*
- Erytisryhmien asumispalveluita kootaan asutuksen pariin, ei enää piiloteta kauas syrjäseudulle.*
- Toiminnallista uudistamista*

Pienemmissä palveluryhmissä selkeä linja on keskittämisen lisääminen. Pienten kuntien mahdollisuudet järjestää asiantuntemusta vammaisten palvelujen, lastensuojelun ja mielenterveys- sekä päihdepalvelujen käyttöön ovat olleet jo pitkään rajalliset. Sen vuoksi ei olekaan yllättävää, että laajemmalle alueelle siirryttäessä keskittäminen alkaa juuri näistä palveluista. Tässä aineistossa keskittämiseen liittyy kuitenkin myös hajauttaminen, eli tiimiytyneet erityistyöntekijät ovat ajanvarauksella tai osaviikkoisesti kunnissa sijaitsevien sosiaalitoimistojen tai muiden palvelupisteiden ja niiden asiakkaiden käytettävissä.

Vahvistuvatko palvelut keskittämällä?

Haastatteluissa kysyttiin myös haastateltavien arviota siitä, oliko palvelujen keskittäminen vahvistanut vai heikentänyt palveluita. Johtajat mukaan lukien 17 vastaajaa arvioi keskittämisen vahvistaneen, 5 heikentäneen palveluita. Avovastauksessa vahvistamista perusteltiin eniten resurssien hyötykäytöllä ja turvaamisella (5 mainintaa), palvelukokonaisuuksien selkeyttämisellä ja vahvistamisella (3 mainintaa) sekä osaamisen viemällä pieniin kuntiin asiakkaiden luo (3 mainintaa) palvelurakenteen muutoksilla ja palvelujen laadun kehittämisellä. Hyvä esimerkki resurssiajattelusta on maininta, jossa todetaan että *'ei ole varaa ylläpitää niin paljon seiniä, pitää keskittää yksiköitä ja tehostaa tilojen käyttöä, rahat mieluummin toimintaan kuin seiniin'*. Heikennykseksi keskittämisen arvioineet vastaajat totesivat, että alueen tai kaupungin näkökulmasta keskittämistä voidaan pitää heikennyksenä (2 mainintaa) ja yksi vastaaja arvioi että keskittäminen prosessina on hajottanut aiempaa osaamista ja kokemusta ja näin heikentänyt palveluita.

Tämän osion lopussa koottiin avovastaukseen lisätietoja, joilla haastateltavat halusivat täydentää luvussa 3.1. käsiteltyjä vastauksiaan ja yleensäkin tuoda lisänäkemyksiä koskien palvelujen keskittämistä palvelupisteitä vähentämällä. Suurin osa (9/28) suoraan keskittämiseen liittyvistä kommentteista koski keskittämisen lisätarvetta. Haastateltavat, jotka olivat kertoneet kuntien halusta ylläpitää vanhaa palvelurakennetta, totesivat vielä että keskittäminen olisi hyväksi jos sitä päästäisiin tekemään. Vastaavasti kuusi haastateltavaa kommentoi asiakkaiden tarpeen ja yleensä palvelutarpeen olevan peruslähtökohta palvelujen sijoittamiselle ja viisi totesi vielä, että keskittämisestä huolimatta palvelut ovat asiakkaiden saatavilla palvelupisteissä. Neljä haastateltavaa toi esille että keskittäminen ei ole itseisarvo, vaan palveluissa on aina liikettä ja vaihtelua. 2-3 haastateltavaa kommentoi vielä keskittämisen perusteista; se ei ole itsetarkoitus, joissain tilanteissa se ei toisi lisäarvoa, ja kun keskittämistä tehdään, se pitää tehdä alueen ominaistarpeet tunnistaen (Taulukko 6).

Taulukko 6. Haastateltavien nimeämät lisänäkökulmat palvelujen keskittämisen tarkasteluun (N=33)

Palvelupisteiden vähentämisen lisänäkökulmat, kpl	
Keskittäminen alueen ehdoilla	3
Asiakas ennen organisaatiota	6
Keskittäminen ei ole tavoite	4
Keskittäminen ei ole vieny tavoitettavuutta	5
Keskittäminen ei toisi lisäarvoa	3
Keskittämistä tarvittaisiin enemmän	9
Henkilöstön tarve	3

Alueelliset reunaehdot olivat esillä mm. siten, että toimintatapojen tunnistetaan eriytyvän eri osissa kuntaa/ aluetta: *'Palveluita ja johtamista on jo mietitty eri tavalla keskustassa ja reuna-alueilla'*. Keskittämiskeskusteluun tärkeä näkökulma on myös toteamus, että *'Keskittäminen ja hajauttaminen eivät niinkään ole se kysymys, vaan työpanoksen kohdentaminen oikein, ei niinkään sen paikka'*.

3.2 Palvelujen keskittäminen osaamista eriyttämällä

Tässä luvussa analysoidaan jälleen palvelujen vastuuhenkilöiden edustajien haastattelut (51 kpl) muutosten toteutumista koskevalta osaltaan, ja osassa analyysiä liitetään myös yleisjohtoon kuuluvien henkilöiden aineisto mukaan. Tästä mainitaan erikseen asianomaisessa kohdassa. Vastauksia analysoitaessa on tarkistettu saman kaupungin/alueen vastaajien osalta, ettei saman yksikön muutos tule mainituksi useampaan kertaan, ja toisaalta sama vastaaja saattoi mainita useitakin tapoja eriyttää osaamista. Näin ollen näiden vastausten osalta vastaajien/mainintojen määrät eivät ole yhteismitallisia, vaan niitä on tarkasteltava omina kokonaisuuksinaan.

Haastateltavilta kysyttiin, onko palveluita keskitetty osaamista suuntaamalla. Neljä vastaajaa ilmoitti, ettei ole tehty eikä suunnitteilla; kuusi ilmoitti että on suunnitteilla. 41 vastaajaa kertoi että näitä muutoksia on jo toteutettu. Osaamisen suuntaamisen tapoja täsmennettiin näillä vaihtoehdoilla, joista vastaaja saattoi valita useamman:

- Palveluita/toimintoja on eriytetty erityisosaamisen mukaan yksiköiden välillä
- Palveluita/toimintoja on eriytetty erityisosaamisen mukaan yksiköiden sisällä
- Henkilöstön työnkuvauksia on muutettu erikoistuneemmaksi
- Muita tapoja keskittää palveluita osaamista suuntaamalla

Kuhunkin vastaukseen liitettiin lisäksi avovastauksena täsmennys mitä/ miten.

Aineistossa näkyy selviä osaamisen keskittämisen päälinjauksia. Osaamisen eriyttämistä ilmoitettiin selvästi useammin kuin yksiköiden lukumäärän vähentämistä. Yhteensä 91 eriyttämistä koskenutta vastausta jakaantui seuraavasti: yksiköiden välinen eriyttäminen (32 mainintaa), yksiköiden sisäinen (28) ja henkilöstön erikoistuminen (31). Lisäksi muita tapoja eriyttää ilmoitettiin 19 vastauksessa (Taulukko 7).

Taulukko 7. Osaamisen eriyttäminen yksiköiden välillä, yksiköiden sisällä ja henkilöstön työnkuvauksissa sekä muilla tavoilla, kpl.

Osaamisen eriyttäminen, kpl (N=110)	
On eriytetty yksiköiden välillä	32
On eriytetty yksiköiden sisällä	28
Henkilöstön työnkuvauksia on muutettu erikoistuneemmaksi	31
Muita tapoja	19

Yksiköiden profilointi ja eriyttäminen

Yksiköiden välillä tehty osaamisen eriyttäminen mainittiin yli 30 kertaa. Avoimissa vastauksissa tätä eriyttämistä kuvattiin tarkemmin. Terveystieteiden yksiköiden osalta aineistossa on useita erityisosaamista kokoavia, yksiköitä profiloivia muutoksia. Kymmenen vastaajaa mainitsi yhden tai useamman tavan koota kuntoutustavan toiminnan osaamista ja toimintaa yhteiseen, yleensä sairaalaosastosta muodostettuun laajempaa aluetta palvelemaan yksikköön. Profiloituneita kuntouttavan toiminnan yksiköitä oli muodostettu postoperatiiviseen kuntoutukseen, vaativaan kuntoutukseen, aivohalvauksen hoitoon, lyhytaikaiseen kuntoutukseen, tehostettuun kotihoitoon ja akuuttikuntoutukseen sekä kotiuttavaan hoitoon. Tämä oli selvästi vahvin trendi. Perusterveydenhuollon yksiköitä oli profiloitu myös muuten kuin kuntouttavan toiminnan toteuttamiseksi (viisi mainintaa) siten että yksiköt profiloituvat esim. muistisairauksien tutkimukseen ja hoitoon, muistipoliklinikatoimintaan, käytöshäiriöisen asiakkaan hoitoon ja vuorohoitoon.

Sosiaalihuollon palveluissa erikoistuvan osaamisen lisääntymien näkyi erityisesti lastensuojelussa. Lastensuojelu ei enää eriytenyt vain muista sosiaali- ja lapsipalveluista, vaan myös lastensuojelun sisällä oli tapahtumassa alueellista erikoistumista. Kuusi vastaajaa kuvasi tällaista erikoistumista, jossa oma yksikkönsä oli muodostettu lastensuojelun selvitysprosessiin, huostaanottoon, sijaishuollon toimintaan, erotilanteisiin, sijoittamiseen sekä perhehoidon rekrytointiin. Suhteessa terveydenhuollon yksiköiden erikoistumiseen on tosin huomioitava, että tämä yksiköiden erilaistuminen sosiaalihuollossa on jossain määrin verrattavissa tiimien muodostumiseen. Tässä aineistossa lastensuojelussa ja yleensä sosiaalihuollossa on alueelliseen toimintaan siirryttäessä säilytetty alueen kunnissa palvelupisteitä, joihin työntekijät tulevat ajanvarauksen perusteella tai osaviikkoisesti. Näin ollen fyysinen toimipaikka ei muodosta yksikköajattelua, vaan erikoistuminen. Tämä selittänee sen, miksi yksiköiden välistä osaamisen erikoistumista kysyttäessä lastensuojelu näytettiin näinkin hienojakoisena.

Vaikka lastensuojelussa osaamista on pilkottu prosessien tasolle, on toisaalta nähtävissä selkeä suunta useamman palvelun kokoamiseen yhteen yksikköön ja yksikön profilointi tätä kautta. Näitä temaattisia yksiköitä kuvasi viisi vastaajaa, joista kolme kuvasi lasten palvelujen yksikköä. Sen lisäksi oli muodostettu ikäihmisten yksikkö ja moniammatillisuuteen profiloituvia lähipalvelujen yksiköitä.

Myös selkeästi erityisosaamista edellyttäviä palveluita oli eriytetty alueilla omiksi yksiköikseen: mielen-terveys-, päihde- ja vammaispalveluissa, psykologin palveluissa ja velkaneuvonnassa toteutettua erikoistumista kuvasi neljä vastaajaa. Lisäksi mainittiin useita yksittäisiä tapoja muodostaa uusia yksiköitä alueella: asiakasohjauksen, tukipalvelujen (kuten röntgen ja laboratoriotoiminta), sosiaalityön erityisalueen, psykogeriatrisen asumispalvelun ja hyvinvointiteknologian yksiköt. Näille kaikille oli yhteistä se, että aiemmin ei pienemmissä kunnissa ollut mahdollista erikoistua volyymiltään pienehköön palveluun, mutta laajemmalla väestöpohjalla se oli nähty mielekkäänä.

Yksiköiden sisällä tapahtuva eriyttäminen

Yksiköiden sisällä osaamisen eriyttäminen oli lähes yhtä suosittua kuin eriyttäminen yksiköiden välillä; 28 mainintaa sisälsi tämän vaihtoehdon. Avoimissa vastauksissa mainittiin erilaiset tavat toteuttaa yksiköiden sisäistä eriyttämistä. Eniten oli muodostettu kotihoitoon erikoistuneita tehostettuja tiimejä (5 kuvausta), jotka toimivat esim. kotiuttamisen yhteydessä tai sairastuneen vanhuksen hoidossa kotona siten että sairaala-hoitoa ei tarvittu (esim. suonensisäinen lääkitys). Yhteistä näille tiimeille oli muusta kotihoidosta poikkeava henkilöstörakenne ja osaaminen, toiminnan määrittely tietyksi ajanjaksoksi tai tiettyyn tilanteeseen, ei pitkä-aikaiseksi tai pysyväksi. Tiimejä oli muodostettu joko palvelurakenteen muutoksen yhteydessä, esim. sairaalaosastoja lakkautettaessa vapautuvalla henkilöstöllä, tai yhtenä osana alueellista muutosta. Tällä kotihoidon tiimimallilla oli myös selvä fokus ennaltaehkäisevän toiminnan vahvistamisessa.

Toinen selkeästi tiimiytyvä kokonaisuus on sosiaalityö, jossa lastenvalvojan tehtävien, asumispalvelujen, aikuissosiaalityön ja vammaispalvelujen sosiaalityön eriytymisestä kertoi neljä haastateltavaa. Myös lastensuojelun sisällä oli muodostettu tiimejä kahdella alueella, samoin perusterveydenhuollon terapiapalveluissa. Tiimityö oli toimintamallina eri palveluissa kahdella alueella. Yksittäisiä yksiköiden sisäisiä erikoistumisen alueita mainittiin olevan myös päihde- ja mielen-terveyspalveluissa (syventävät osaamisalueet), ja lasten palveluissa ryhmätoimintamalleihin erikoistuminen. Mielen-terveyden alueelta kuvattiin kolme erilaista mallia eriyttää osaamista: lastenpsykologin palvelut peruspalveluissa, mielen-terveyspalveluihin muodostetut liikkuvat tiimit ja psykiatrisen erikoissairaanhoidajan palvelut. Palveluprosessin näkökulma oli myös tuottanut tiimiytymistä; yksi kuvaus esitteli tiimimallin jossa (lapsi)asiakkaan ympärille muodostuu hoitotiimi, ilman että asiakasta lähetetään ja siirretään palvelusta toiseen. Vastaavasti kuvattiin mallia jossa toimintayksikössä on eriytetty päätöksenteko ja palveluntuottaminen, ja ikäkeskuksen toimintamallia jossa tiimit ovat muodostuneet ennaltaehkäisevien palvelujen ympärille: liikuntapalvelujen, viriketoiminnan, SAS¹⁵-toiminnan sekä päivätoiminnan.

Osaamisen eriytyminen yksiköiden sisällä näyttää tapahtuneen kahdella tavalla: Joko yksikön sisällä on muodostettu henkilöstöstä erikoistuneita tiimejä, tai alueellisesti on muodostettu erityisosaamisen tiimin tai kiertävän työntekijän malli, jolla viedään yksikköön sinne kiinnittyvää erityisosaamista

Työnkuvien muutokset

Yli kolmekymmentä haastateltavaa kertoi osaamisen eriyttämistä tapahtuneen työntekijätasolla, henkilöstön toimenkuvauksia muuttamalla. Nämä muutokset olivat toteutuneet joko työntekijän intressin ja osaamisen perusteella, yksikön asiakaskunnan palvelutarpeiden tai strategisen linjauksen perusteella. Henkilöstön erikoistumisen kuvauksissa ei toistettu yksiköiden välistä tai sisäistä erikoistumista, vaan tavoiteltiin työntekijätasoisia erikoistumista pääasiallisena osaamisen eriyttämisen muotona.

¹⁵ SAS-ryhmä on yleisesti käytetty nimitys ryhmästä, joka suunnittelee palvelu- tai laitosasumista tarvitsevan ikääntyvän ihmisen sijoittumista sopivaan hoitopaikkaan.

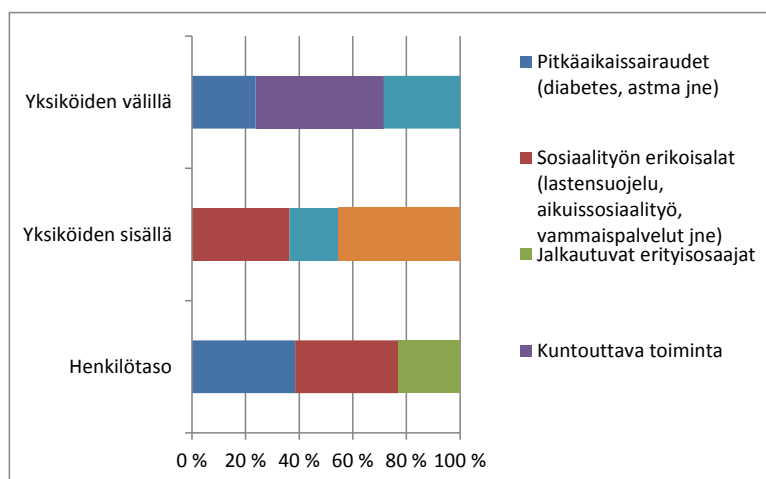
Yleisimmät osaamis pohjaiset työnkuvan muutokset oli toteutettu sosiaalityössä ja perusterveydenhuollon hoitajien työssä. Sosiaalityössä oli erikoistuneita toimenkuvia muodostettu lastenvalvojan, nuorten sosiaalityön, vammaispalvelujen, henkilökohtaisen avun koordinaation, aikuissosiaalityön sekä huume- ja päihdetyön toteutukseen (viisi haastateltavaa). Saman verran kuvattiin erikoistuneiden hoitajien toimintaa, jota on lisätty diabetes-, reuma- ja muistihoitajan tehtävinä, neuropsykologian, selän vaivojen ja kardiologian alalla. Sekä sosiaali- että hoitotyössä toteutus vaihteli oman yksikön sisältä eriytetyn osaamisen ja alueellisen, jalkautuvan osaajan mallin välillä. Jalkautuvat erityisosaajat olivat lisäksi toimintamallina oma ryhmänsä (kolme vastaajaa), jossa jalkautuminen muodosti osan tätä erikoistumista.

Yksittäisiä erikoistumisia oli mm. kehittämissaajien, varhaisen tuen (psykologi), psykogeriatrian, hoitotyön prosessien, hoitotyön ammattiryhmittäisen (alueellisen) ohjauksen ja palveluneuvojan tehtävissä.

Kun vaihtoehtona oli kuvata muita osaamisen eriyttämisen tapoja, kuvasi sellaisia 19 vastaajaa. Joissain vastauksissa toistettiin aiemmin jo mainittuja tapoja ja ne on jätetty tästä analyysistä pois. Yleisin toteamus (5 mainintaa) oli, että osaamisen eriyttämistä on kehitteillä lisää; esim. osana palveluverkon tarkastelua. Varsinaisista eriyttämisen tavoista nostettiin eniten (4 mainintaa) esille hoitajatyön kehittämien ja sen osana työparimalli. Vanhusten palveluihin oltiin hankkimassa tai oli hankittu oma ravitsemussuunnittelija ja fysiatri (2 mainintaa). Yksittäisinä osaamisen eriyttämisen tapoina mainittiin asiakaslähtöinen konsultointi, prosessiosaaminen, sähköiset palvelut ja hyvinvointitekniologia. Henkilöstöä kannustettiin erikoistumaan tukemalla kehittämisen ja innovoinnin vapautta sekä tukemalla koulutusta.

Osaamisen käyttö eri palvelukokonaisuuksissa

Lähes kaikilla palvelualueilla yksiköiden välinen, yksiköiden sisäinen ja henkilöstön työnkuviissa tapahtunut osaamisen eriyttäminen olivat suunnilleen samalla tasolla, kuten kokonaisuudessaan. Vain terveydenhuollossa erottui hieman korkeampana henkilöstön työnkuvan kautta toteutettu osaamisen eriyttäminen. Pääasiassa tämä eriytyminen on tapahtunut hoitajien työnkuvaa uudistamalla. Kun poimitaan yksiköiden välisen, yksiköiden sisäisen ja työntekijätasoisien osaamisen eriyttämisen kohdentumisen 'kolmen kärjet', nousevat esiin perusterveydenhuollon erikoistuva hoitajatyö, sosiaalityön erityisosaamista vaativat palvelut, jalkautuvat erityisosaajat, kuntouttava toiminta, kotihoito ja lastensuojelu. Nämä jakautuvat eri tavoin: yksiköiden välinen erikoistuminen koskee pitkäaikaissairauksia, kuntouttavaa toimintaa ja lastensuojelua, kun taas yksiköiden sisäinen erikoistuminen on tapahtunut kotihoidossa, sosiaalityön erityisalueilla ja lastensuojelussa. Henkilötasoinen erikoistuminen sen sijaan painottuu pitkäaikaissairauksiin, sosiaalityön erikoisalueisiin ja jalkautuviin erityisosaajiin (Kuvio 13).



Kuvio 13. Kolme eniten mainittua palvelua osaamisen eriyttämisen eri tapojen yhteydessä.

Osaamisella eriyttäminen: vahvistaako vai heikentääkö palveluita?

Haastateltavista kolmekymmentä totesi, että palvelujen keskittäminen osaamista eriyttämällä on vahvistanut palveluita, viisi piti vaikutusta heikentävänä. Eriyttämisen heikentävää vaikutusta perusteltiin kolmessa vastauksessa erilaisilla sektoroitumiseen, palvelujen ja osaamisen kapeutumiseen johtavan kehityksen pelolla. Yksi vastaus pohti resursoinnin riittävyttä muutosvaiheessa ja yksi palvelujen etäännyttämistä asiakkaasta.

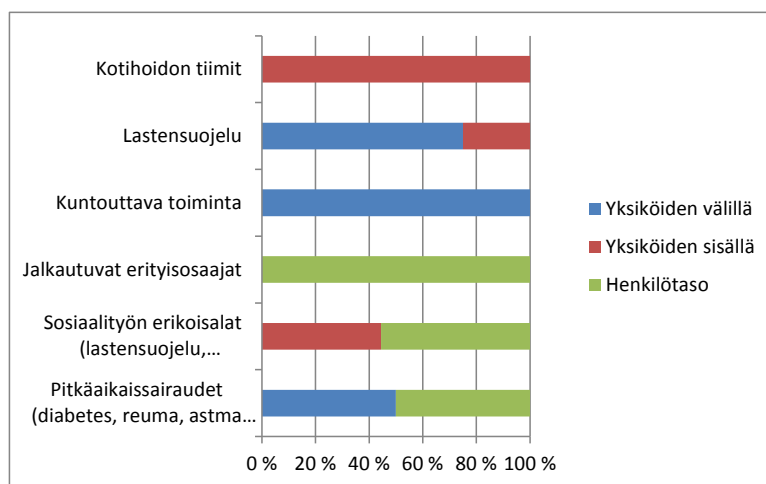
Osaamisella eriyttämisen vahvistavaa vaikutusta perusteltiin eniten laadun parantumisella (8 mainintaa), sekä luonnollisesti osaamisen lisääntymisellä toiminnassa (6 mainintaa). Eriyttämällä nähtiin olevan toiminnallisuutta ja tehokkuutta vahvistavaa vaikutusta (4 mainintaa) sekä asiakkaalle hyötyä (3 mainintaa). Palvelujen monipuolisuus (3 mainintaa) ja saatavuus (1 maininta) arvioitiin myös osaamisen eriyttämisen hyödyiksi. (Taulukko 8)

Taulukko 8. Osaamisen eriyttämisen palveluita vahvistava vaikutus

Osaamisen eriyttäminen vahvistaa palveluita, keinot, kpl (N=25)	
Saatavuus	1
Asiakkaan etu	3
Monipuolisuus	3
Tehokkuus, toiminta	4
Osaaminen	6
Laatu	8

Osaamisen keskittäminen: kokonaiskuva

Kun tarkastellaan edellä kuviossa 13 tarkasteltua eriytymisen tapojen kohdentumista eri palveluihin, muodostuu kuva hieman erilaiseksi. Kotihoidossa tapahtuva osaamisen eriyttäminen keskittyy yksiköiden sisäisiin muutoksiin, kun taas kuntouttava toiminta on kokonaan yksikkötasoisista eriyttämisestä. Jalkautuvat erityisosaajat nähdään ensi sijassa henkilöstön toimenkuvatasoisina muutoksina. Sosiaalityön erikoistuminen jakautuu lähes tasan yksikkö- ja työnkuvatasoisen eriytymisen kesken, kun taas lastensuojelun erikoistuminen tapahtuu enimmäkseen yksiköiden välillä ja noin viidesosassa yksiköiden sisäisenä muutoksena. Pitkäaikaishoitoon erikoistumien puolestaan tapahtuu joko yksikkö- tai työntekijätasolla; ei yksikön sisäisenä erikoistumisena. (Kuvio 14)



Kuvio 14. Eri palveluissa useimmin toteutetut osaamisen erikoistumisen tavat.

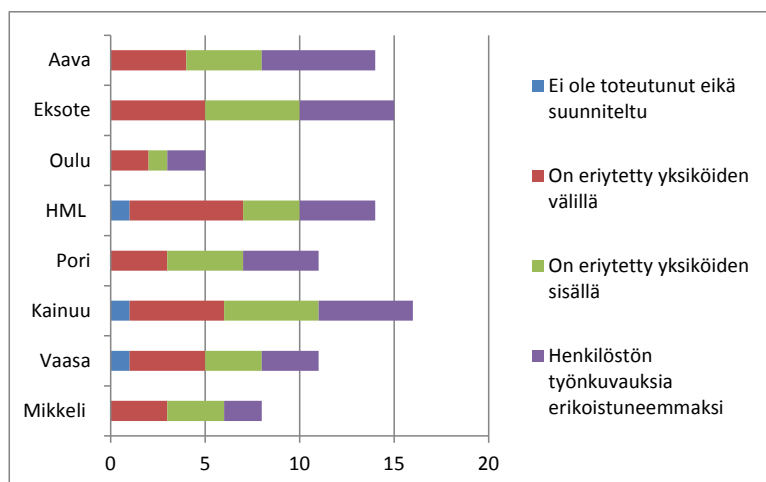
Palvelujen keskittämistä osaamista eriyttämällä oli tapahtunut taajamissa ja harvaan asutuilla alueilla suunnitteen yhtä paljon; samoin kuntaliitoskunnissa ja yhteistoimintamalleissa. Jonkin verran enemmän tiimityttämistä oli toteutunut yhteistoiminta-alueilla kumppanikunnissa; tämä liittyy sosiaalityön voimakkaaseen muutokseen pienissä kunnissa.

Alueelliset osaamisen keskittämisen muutosta kuvaavat profiilit (Kuvio 15) osoittavat, että osaamisen käytön uudelleen organisointi on alueilla hyvinkin yleistä, ja kaikilla alueilla on käytetty sekä yksiköiden sisäistä, yksiköiden välistä että henkilötasosta eriyttämistä. Väestöpohjaltaan pienimpiin kuuluvassa Aavassa näitä muutoksia on tehty suhteellisen runsaasti, ehkä vastapainona sille että rakenteellisia muutoksia ei monen taajaman sisältävällä alueella ole päästy paljon tekemään. Oulussa sen sijaan on tehty merkittäviä rakenteellisia uudistuksia tilaaja-tuottajamallin sekä elämäntaariorganisaation suhteen, ja uusia yksiköitä lienee muodostettu enemmän kuin aiempien uudelleenprofilointia. Vastaavasti voidaan nähdä useita tekijöitä muiden alueiden profiilien taustalla. Olennaista lienee kuitenkin tunnistaa, että palvelujen muutos on merkittävästi myös osaamisen käytön uudelleen organisoimista, ei vain hallinnon muutoksia kuten joskus on epäilty.

Tämän osion lisätiedoissa haastateltavat pohtivat ja kuvasivat osaamisen eriyttämiseen liittyviä erilaisia ilmiöitä, niiden taustoja ja vaikutuksia. Yksi toistuva aihe oli asiakkaan näkökulma palveluun. Asiakas hyötyy osaamisesta, mutta miten järjestää se osaksi palveluita niin, ettei se samalla pirstaloita asiakkaan avun tarvetta? Rakenteellisia muutoksia oli tehty ja suunniteltiin edelleen tehtäväksi, mutta samalla todettiin että ”*asiakkaalle rakenne ei näy, palvelun toimivuus näkyy*”. Monessa keskustelussa tätä korosteltiin osana palvelujen muutosta; muutosta ei haeta vain sen itsensä vuoksi, vaan tärkeää on se mitä se tuottaa asiakkaalle. Asiakkaan palvelujen kokonaisuuden ja moniammatillisen osaamisen tuomien hyötyjen yhdistämistä oli lähestytty mm. prosesseja uusintamalla: ”*Asiakas kertoo ongelmansa kerran ja prosessiin tulee moniammatillinen osaaminen sen mukaan*”. Monet haastateltavista korostivat tavoitteena olevan, että asiakasta ei siirretä ja lähetetä, vaan asiakkaan ensimmäinen palvelukontakti ottaa vastuun ja tarvittava osaaminen tuodaan tiimiin. Hyvin samankaltaista kehitystä oli nähtävissä niin sairaanhoidon hoitoketjussa kuin sosiaalipalvelujen ja psykososiaalisten palvelujen yhteen kootuissa palveluyksiköissä.

Osaamisen myötä tehtyä erikoistumista tarkasteltiin myös kriittisesti, pohtimalla miten eriyttäminen voi johtaa liialliseen lohkoutumiseen ja ”*henkilöstön osaaminen kapeutuu*”. Erikoistumisen vastapainona esiin tuotiinkin palvelujen kokonaisuusien muodostaminen, moniammatillisuuden ja professorirajojen ylittämisen lisääminen. Toisaalta tunnistettiin, että eriyttämisen ja yhdistymisen prosessit ovat osa palvelujen uusiutumisen ja muotoutumisen jatkuvaa prosessia: ”*Palvelujen eriyttämisessä näkyy sama kehityskaari, ensin eriytetään ja sitten tuodaan yhteen*.” Osaamista on monien mielestä aina keskitetty ja hajautettu vuorotellen, siinä on aina liikettä ja sitä kautta ammatillisuus kehittyy.

Osaamisen eriyttämistä pohdittaessa tulivat edellä kuvatut eri sairauksien hoidot ja palveluissa tarvittava erityisosaaminen ym. luonnollisesti ensisijaisesti esiin. Lisäpohdinnoissaan monet haastateltavat kuitenkin



Kuvio 15. Palvelujen keskittäminen osaamista suuntaamalla, käytetyt keinot alueittain.

toivat esiin myös sen, että osaamista ja sen profilointia tehdään monella ulottuvuudella. *Työn ammatillistuminen* on myös osa osaamisen eriytymistä ja keskittämistä, kun esimerkiksi pienessä kunnassa omilla totutuilla tavoillaan yksin toimineet työntekijät tiimiytyvät tai verkottuvat alueen kollegoiden kanssa ja ammatillisia prosesseja kehitetään yhdessä. Myös jo aiemmin mainitut *moniammatillisuuden* tuominen asiakkaan palveluihin ja *professionarajojen ylittäminen* ovat omia osaamisalueitaan, samoin *akuuttihoito*, joka on yksi uutta sijaintiaan alueella etsiviä palveluita. Palvelurakenteen muutoksissa syntyy myös uudenlaisia palvelutarpeita, esimerkiksi asumispalvelujen nopea lisääntyminen tuottaa tarvetta organisoida ja painottaa avoimuuden lääkäripalveluita uusilla tavoilla.

Muutoinkin on näkyvissä uusia painotuksia ja pyrkimyksiä, jotka tuottavat uudenlaisia osaamistarpeita. Esimerkiksi ”*innovaatioalustana on ennaltaehkäisy ja tehokas palvelujen arviointi*” kuvaa tapaa, jolla ammatillinen osaaminen edellyttää muutakin kuin itse palvelun sisällön osaamista. Samalla tavoin muutoksia nostettiin esiin osana laajempia linjauksia: ”*Päätöksenteossa tehdään yhä enemmän strategista työtä, yksiköiden muutoksia ei viedä yksittäisinä yksiköiden muutoksina vaan kokonaisuutena, osana kokonaisuutta, linjauksina*”. Tällöin johtaminen ja päätöksenteko edellyttävät yhä selkeämmin laaja-alaista osaamista ja kokonaisuusnäkemistä.

3.3 Palvelurakenteen muotoilu erityis- ja peruspalvelujen rajapinnalla

Yksi keskeinen tavoite kunta- ja palvelurakennemuutoksessa on ollut vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen siten, että erikois- ja perustason palvelut muodostavat yhä kiinteämmän kokonaisuuden. Kuntatasolla tämä tarkoittaa käytännössä usein perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon uudenlaista yhteistyötä, mutta myös monissa muissa palveluissa on jo pitkään pohdittu mitkä palvelut ja toiminnot kannattaisi tuoda osaksi peruspalveluita. Perus- ja erityistason yhtenäisyys voidaan toteuttaa monella tasolla: yksittäisten toimintojen, toimintayksiköiden, hallinnon ja johdon tai kaikkien näiden yhtenäistämisenä. Tässä tutkimuksessa perus- ja erityistason yhtenäistämistä tarkasteltiin systemaattisesti näiden kaikkien osalta.

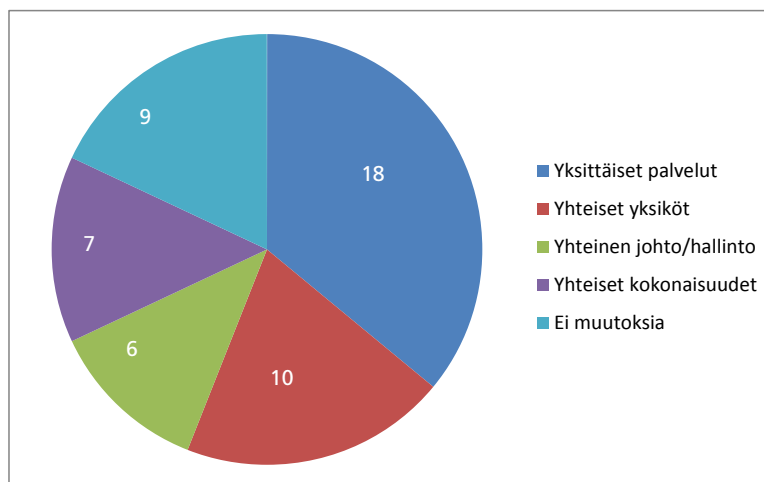
Haastateltavilta kysyttiin, onko muutoksissa muotoiltu uudelleen erityis- ja peruspalvelujen välistä rajaa. Muiden kysymysten tapaan kysyttiin, onko tällaisia muutoksia toteutunut tai suunnitteilla. Yleisjohtoon kuuluvat ovat tästä analyysin osasta jälleen poissa, ja muutenkin on käyty vastukset ja vastaajat läpi niin etteivät samat muutokset kertaudu väärinä tuloksia.

Kysyttäessä muutoksen toteutumisesta 52 vastaajasta 9 ilmoitti, että erityis- ja perustason välillä ei ole tapahtunut muutosta eikä kukaan heistä myöskään ilmoittanut näitä muutoksia olevan suunnitteilla. Nämä vastaajat jakautuivat eri palveluihin siten, että kolme edusti terveydenhuoltoa, kaksia vanhuspalveluita, yksi sosiaalialaa, yksi perhepalveluita ja kaksi psykososiaalisia palvelukokonaisuuksia. Ei siis voida sanoa, että perus- ja erityispalvelujen välinen suhde olisi erityisen pysyvä jossain tietyssä palvelussa.

Koska tässä perus- ja erityistason yhtenäisyyden muutoksessa voi olla useita eri vaiheita ja toimintamalleja, esitettiin muutoksia toteuttaneille haastateltaville melko täsmällisiä vaihtoehtoja. Vaihtoehtoihin pyydettiin lisäksi täsmennys, mitä palveluita ao. vaihtoehto koskee. Kukin haastateltava saattoi siis nimetä useamman kohdan. Vaihtoehtona esitettiin seuraavat:

- Yksittäisiä erityistason palveluihin kuuluvia toimenpiteitä saa peruspalvelujen osana
- Erityis- ja perustason palveluita saa samasta yksiköstä:
- Erityis- ja perustason palvelujen johto ja hallinto on yhtenäistetty, mutta toiminta on eri yksiköissä
- Erityis- ja peruspalvelut on yhdistetty samaan kokonaisuuteen (hallinto, johto ja toiminta)

Lisäksi kysyttiin myös, oliko käytetty muita tapoja muokata erityis- ja peruspalvelujen yhtenäisyyttä. Haastateltavat kertoivat yhteensä 41 muutoksesta, joissa erityis- ja perustason palveluita oli yhdistetty. Kaikki vastukset yhteensä jakautuivat siten, että lähes puolet eli 18 muutosta kohdistui yksittäisiin erityistason palveluihin kuuluviin toimenpiteisiin, joita saa peruspalvelujen osana. Toiseksi eniten eli kymmenen vastaajaa kertoi yhteisistä yksiköistä. Yhteinen johto ilman yhteistä toimintaa oli ratkaisuna kuudessa muutoksessa, ja koko-



Kuvio 16. Erityis- ja perustason rajapinnan muutokset

naan yhteisiä kokonaisuuksia mainittiin seitsemässä vastauksessa (Kuvio 16). On syytä huomioida vielä tässä yhteydessä, että näissä haastattelussa huomio kohdistettiin palvelujen muutokseen, mikä voi joidenkin alueiden osalta jättää huomiotta pitkäaikaiset, aiemmin toteutetut ratkaisut. Muutoksina kuitenkin tuotiin esille erityis- ja perustason palvelujen rajan ylittämisen lisäyksiä, ei lainkaan vähentämisistä.

Yksittäisistä erikoistason palveluista eniten oli perustason palveluissa järjestetty erikoislääkärin palveluita (8 vastausta). Ne olivat toteutukseltaan eri alojen konsultaatiota, pre- ja postoperatiivista hoitoa sekä geriatria. Toinen, kuudella vastauksella esiin noussut yksittäisten palvelujen yhdistämisen alue oli psykiatria. Etenkin psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita on järjestetty perusterveydenhuollon osana. Kaksi vastausta kuvasi sosiaalihuollon erityispalvelujen tuomista perustasoon, ja kaksi vastausta kotihoidon palveluihin liittyviä erityispalveluita.

Yhteisten yksiköiden perustamisesta kertoi kymmenen vastaajaa. Yksiköitä oli muodostettu melko taasisesti eri palvelualueille: Lasten ja perheiden palvelujen erilaisiin kokonaisuuksiin kolme, vanhuspalveluihin kaksi, kokonaan monialaisia (lähi)palvelukeskuksia kaksi, ja lisäksi yksittäisiä psyykkisen tuen, psykososiaalisten palvelujen tai vammaispalvelujen yksiköitä.

Kokonaan yhteisiä kokonaisuuksia siten, että niin johto, hallinto kuin toimintakin ovat yhteisiä, kuvattiin muodostetun seitsemän. Näistä kolme liittyi lapsi- ja perhepalveluihin, kaksi monialaisesti lähipalveluihin ja kaksi kuntoutukseen (terveydenhuolto).

Hallinnollisesti ja johtamisen kannalta yhtenäisenä, mutta toiminnallisesti eriytyneistä kokonaisuuksista kertoi kuusi haastateltavaa. Näistä kahdessa tilanne on muodostunut hallinnollisista syistä; esimerkiksi alueen kunnista joku tai jotkut haluavat eriyttää yksiköt eri syistä, tai yhteinen hallinto on muodostettu osana laajempaa hallinnollista yhteistyötä. Kolme muuta vastausta liittyivät psykiatriaan, lasten palveluihin, kuntoutukseen sekä sosiaaliryöön ja vammaispalvelujen yksikköön. Haastateltavien mukaan näissä on pyrkimys yhdistää myös toimintaa, mutta se ei ainakaan vielä ole toteutunut.

Kun kysyttiin muita tapoja muokata perus- ja erityistason palvelujen järjestämisen rajapintaa, oli vastauksissa nähtävissä tiettyjen palvelualueiden ja tiettyjen keinojen toistuminen, mutta ei välttämättä samoina yhdistelminä. Monet haastateltavat kuvasivat kaikkia palveluita koskevia toimia, joita olivat tilarakenteiden kautta haettavaa yhtenäistämistä sekä aiempaa tiiviimpien hoito- ja palveluketjujen muodostamista. Toisaalta hoito- ja palveluketjujen kehittäminen, joka oli yleisin keino (4 mainintaa) toistui myös terveydenhuoltoon, mielenterveyspalveluihin sekä vanhusten palveluihin liittyen. Terveystenhuollossa näitä 'muuta keinoja' kuvattiin eniten (6) ja keinot vaihtelivat kuntoutuksen organisoinnista erikoislääkäritoimintaan, ensihoidon käyttöön kotihoidossa ja hallinnon muokkaamiseen. Kaiken kaikkiaan nämä vastaukset kuvasivat erityis- ja peruspalvelujen muutosta niin hallinnon, keskeisten organisaatorakenteiden kuin toiminnankin tasolla.

Missä palveluissa erityis- ja perustaso yhtenäistyvät?

Palvelujen muutoksen kuvauksessa tarkasteltiin myös palveluittain, mihin muutos kohdistuu. Tämä analyysi tehtiin noudattaen haastateltavien kuvaamien palvelujen muutosten esiintyvyyttä heidän määrittelemillään palvelusisällöillä. Erityis- ja peruspalvelujen muutosta analysoidessa palvelukokonaisuuksiksi muodostuivat vanhusten palvelut, monialaiset (lähi)palvelut, sosiaali-, perhe- ja vammaisten palvelut. Terveyspalveluista osoittautui mielekkääksi erottaa vielä psykiatriset palvelut, vaikka ne olisi voitu lukea terveyspalveluihin kuuluviksi. Erottamista puolsi lähinnä mielenterveyspalvelujen näyttäytyminen perusterveydenhuollosta erillisenä ja siihen perustuva halu tunnistaa näiden palvelujen profiilit, sekä näiden palvelujen suuri osuus erityis- ja perustason yhdistymisessä.

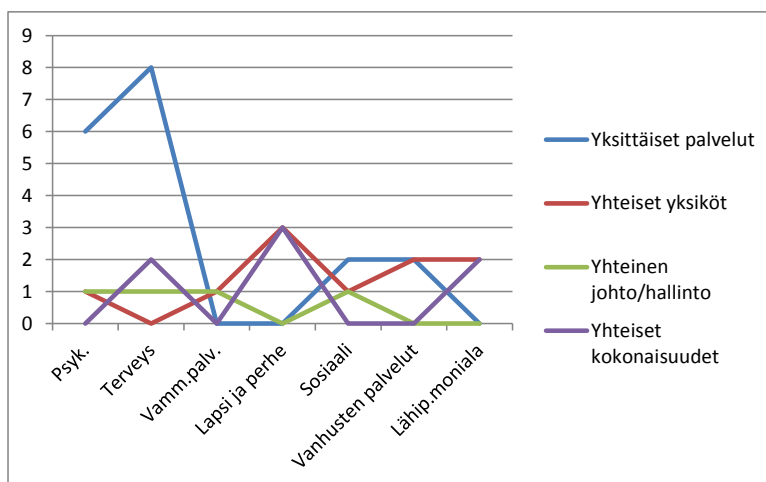
Kun tarkastellaan eri palvelualoja ja sitä, miten erityis- ja peruspalvelujen kesken on niissä tehty muutoksia, korostui terveydenhuolto suurimpana alueena. Siinä yksittäisten erityistason palvelujen saaminen perustasolta oli lisääntynyt selvästi eniten; enemmän kuin monien palvelujen alueella oli muutoksia yhteensä. Tämä liittyi erikoislääkäripalvelujen tuomiseen perustason työhön.

Toiseksi eniten oli lisäystä psykiatriassa, ja myös siinä yksittäisissä toiminnoissa, esim. psykiatristen sairaanhoitajien lisäykseen perusterveydenhuollossa. Esimerkiksi Eksoten mielenterveyspalveluissa ei ole enää erikseen erikois- ja perustasoa vaan samassa yksikössä toteutetaan koko kokonaisuus.

Vanhuspalveluissa oli muodostettu joitain yhteisiä yksittäisiä palveluita (lähinnä geriatrian tuominen peruspalveluihin) ja yhteisiä yksiköitä, mutta melko vähän ottaen huomioon vanhuspalvelujen suuren volyymin sekä niihin muuten liittyvien muutosten määrän. Lasten ja perheiden palvelut erottautuivat muista sikäli, että niissä ei oltu lainkaan toteutettu yksittäisten palvelujen yhdistämistä, vaan niissä oli toteutettu useita yhteisiä yksiköitä tai kokonaisuuksia; käytännössä erilaisia lastentalo- tai perhekeskumalleja. (Kuvio 17.)

Kuviosta havaitaan, miten sekä terveydenhuollon että psykiatrian palveluissa erityis- ja perustason integraatio on huomattavan runsasta yksittäisten palvelujen osalta, mutta samalla tasolla muiden palvelujen kanssa muiden integraatiomuotojen osalta.

Omana piirteensä on hyvä huomioida myös monialaisten yksiköiden ja kokonaisuuksien tulo palvelukartalle. Monialaiset lähipalveluita tarjoavat yksiköt eivät perustu minkään tietyn palvelun järjestämiseen, vaan lähipalveluajatteluun. Palveluissa haetaan synergiaa yhteisten asiakkaiden ja toisiinsa liittyvien palveluprosessien myötä, mutta organisointiperustana on lähtökohtaisesti lähipalveluajattelu.



Kuvio 17. Erityis- ja perustason rajapinnan muutokset palvelukokonaisuuksittain.

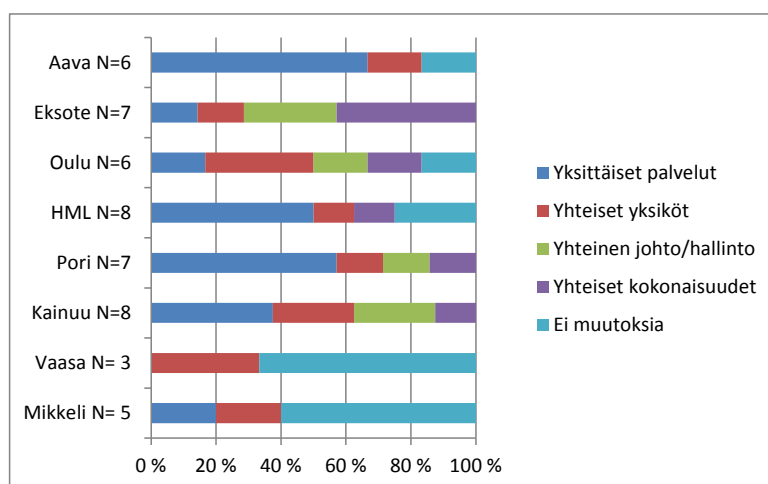
Erityis- ja peruspalvelujen muutos eri alueilla

Kun tarkastellaan erityis- ja peruspalvelujen rajapinnan muutosta tähän tutkimukseen kuuluvilla alueilla, on tiettyjä eroja havaittavissa. Tämä lyhyt tarkastelu ei pyri analysoimaan näiden alueiden palvelustrategioita eikä ota kantaa ratkaisujen onnistuneisuuteen, mikä ei olisikaan tällaisella suppealla poikkileikkaustarkastelulla mahdollista. Enemmänkin tällä katsauksella pyritään taustoittamaan alueiden ratkaisuisia näkyviä eroja ja valottamaan sitä ajallista ja hallinnollista prosessia, jonka osana näitä muutoksia toteutetaan. Analyysissä on yleisjohtoon kuuluvien vastaukset jätetty pois ja muutenkin tarkistettu, etteivät useat haastateltavat ole toistaneet samaa muutosta, mikä vääristäisi tuloksia. Alueita vertailtaessa on huomioitava, että muutosprosessi on toisilla alueilla selkeämmin hahmoteltavissa kuin toisilla, eivätkä kaikki haastateltavat ole ehkä tunnistanee kaikkia muutoksia aiemmilta vuosilta. Tätä alueellista analyysiä onkin pidettävä hyvin viitteellisenä. (Kuvio 18)

Vaasa, jossa hallinnolliset muutokset olivat hyvin vähäisiä (suuri isäntäkunta/pieni yhteistoiminta-aluekunta/kuntaliitoskunta) näyttäytyy myös tältä osin muutoksiltaan hyvin maltillisena. Kaikilta osin haastateltavat eivät osanneet ottaa edes kantaa muutokseen, koska se ei heidän palveluissaan ollut lainkaan näyttäytynyt. Haastatteluissa tarve muutoksiin tässä erityis- ja perustason tematiikassa tuotiin kyllä esiin hyvin samoin perusteluin ja näkemyksin kuin muillakin, mutta toteutus ei vielä ollut edennyt. Porissa muutoksia oli tapahtunut erityisesti yksittäisissä palveluissa, joita on yhteistoiminnan myötä aiempaa enemmän viety yhteistoiminta-alueen pienten kuntien peruspalveluihin. Porissa oli myös haastatteluajankohtana käynnistymässä monialaisia lähipalveluyksiköitä, joilla tulee olemaan suuri merkitys palvelujen organisointitapoihin jatkossa, myös tältä osin.

Oulussa (jossa kuntaliitos oli haastatteluvaiheessa vasta tulossa, mutta oli jo toteutunut palvelujen osalta) muutokset jakautuivat tasaisesti eri vaihtoehtoihin, ja erityistason tuleva sijoittuminen oli paljonkin haastatteluissa esillä. Mikkelissä muutoksia ei tässä suhteessa ollut vielä paljon tapahtunut; haastatteluissa kuvastui ensimmäisen yhteisen vuoden painotus kuntien keskinäisen yhteistyön muodostamiseen peruspalveluissa sen sijaan että olisi kohdennettu toimia erityispalveluihin. Mikkelissä ei toisaalta mainittu lainkaan tilannetta, jossa johto olisi yhdistetty vaikka toiminta ei. Kainuussa on maakunta-kuntayhtymän kokeilun myötä jo vuosia sekä erityis- että perustaso ollut yhdistyneenä samaan hallintoon ja johtoon, eikä näin ollen yksikään vastaaja ilmoittanut ettei tässä suhteessa olisi mitään muutoksia tapahtunut. Kainuussa kuitenkin, huolimatta pitkästä yhteisestä ajasta ja yhteisestä hallinnosta, edelleen yli puolet vastauksista kertoi joko yksittäisistä palveluista tai yhteisestä hallinnosta ja johdosta ilman yhteistä toimintaa.

Hämeenlinnan muutoksissa korostui myös yksittäisten toimintojen yhdistäminen, sekä se ettei kaikissa palveluissa ollut tässä aiheessa tapahtunut muutosta. Joissain haastatteluissa viitattiin siihen, että perustervey-



Kuvio 18. Perus- ja erityistason palvelujen yhtenäistäminen yksittäisten palvelujen, yksiköiden, hallinnon ja kokonaisuuk-sien tasolla eri alueilla.

denhuolto muodostaa ainoana erilaisen hallintomallin kaupungin organisaatiossa, mutta sitä ei voitane suoraan tähän tematiikkaan yhdistää. Eksote on yhdistänyt hallinnollisesti erikoissairaanhoidon perustason sosiaali- ja terveystaloihin. Siellä painotus on yhteisissä kokonaisuuksissa, joskin myös vain hallinnollisesti yhdistyneitäkin osa-alueita nähdään. Eksoten haastatteluissa korostui suurten muutosten tarve ja pyrkimys siihen, ei yksittäisten palvelujen siirtäminen. Aava puolestaan, kooltaan pienimpänä (50 000 asukkaan väestöpohja) ja maantieteellisesti ehkä hajanaisimpana alueena jossa ei ole luontaista keskuskuntaa¹⁶, painottaa yksittäisten erityistason palvelujen viemistä alueen peruspalveluihin.

Erityis- ja perustason koordinoinnilla vahvuutta palveluihin

Kysyttäessä haastateltavien arviota siitä, vahvistaako vai heikentääkö erityis- ja perustason yhtenäistäminen palveluita, oli suunta varsin selkeä: 25 vastaajaa piti yhtenäistämistä palveluille vahvuutena, kolme näki heikkouksia. Näissä arvioissa olivat mukana sekä yleisjohto että palvelualueiden johtajat.

Heikentämisen nähtiin liittyvän resursointiin ja asiakkaiden kohtaamiseen. Resurssien riittävyyttä epäiltiin, sekä taloudellisten että osaamisen resurssien, etenkin kun erikoissairaanhoidon tehtäviä siirtyy perusterveydenhuoltoon: ”...*ellei sitä osata tehdä ja hoitaa niin se heikentää*”. Asiakkaan kannalta pohditaan, syntyykö uusia palvelulohkoja raja-aitoineen, ja silloin ”*mahdollisuus siihen että asiakas putoaa väleihin on suuri*”.

Perus- ja erityistason yhtenäistämisen kannatus perustui selkeästi muutamalle ydinteemalle: Asiakkaan saaman hyödyn arvioitiin perustuvan palvelujen byrokratian vähenemiseen ja palvelujen tuomiseen lähemmäs; osaamista nähtiin erityispalvelujen myötä tulevan yhä enemmän myös perustasolle, ja palveluketjujen saumattomuus, toimivuus ja rakenteellinen keventyminen nähtiin suurimpana hyötynä. Moni vastaaja mainitsi, että erityis- ja perustason palvelujen yhtenäistäminen olisi hyväksi, mutta sitä ei vielä ole riittävästi.

¹⁶ Aava peruspalvelukuntayhtymän kotipaikka on Lahti (keskussairaala), joka ei kuulu Aava-kuntiin.

3.4 Palvelurakenteen muotoilu laitos- ja avopalvelujen rajapinnalla

Laitos- ja avopalvelujen muutos on ollut jo pitkään yksi merkittävimmistä palvelujen rakennemuutoksista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Muutos perustuu useisiin yhtäaikaisiin suuntauksiin: Vanhusten palveluita on yhä enemmän haluttu siirtää avopalveluihin, monestakin syystä. Ikärakenteen muutos on havahduttanut kuntia arvioimaan, halutaanko vanhusten laitosasumista jatkossa rakentaa lisää. Toisaalta vanhusten mahdollisuuksia asua omassa kodissaan on haluttu turvata inhimillisyyssyistä. Vanhuspalvelujen laitospainotteisuuden purku edellyttää kotona asumista tukevien palvelujen lisäämistä. Samaan aikaan on meneillään vahva pyrkimys vammaisten laitosasumisen lopettamiseen. Nämä suuret linjaukset realisoituvat kuntien palveluissa.

Tässä tutkimuksessa laitos- ja avopalvelujen keskinäisen suhteen muutosta arvioitiin kysymällä haastateltavilta, kuten muissakin osioissa, onko puheenaolevan muutoksen osana tapahtunut muutosta tällä osa-alueella. Mikäli vastaus oli kielteinen, ohitettiin tämä osio. Osa haastateltavista myös toimi sellaisilla palvelujen osa-alueilla, joilla ei laitospalveluita lainkaan ollut, joten heidän kohdallaan tämä osio ohitettiin. Pyrkimyksenä oli tavoittaa kaikki palvelut joka alueelta, mutta ei tuottaa toistoa siten että eri haastateltavat kuvaisivat samaa muutosprosessia, mikä vääristäisi aineistoa. Samasta syystä yleisjohtoa on tarkasteltu erikseen, ei samassa yhteydessä kuin palvelujohtajia.

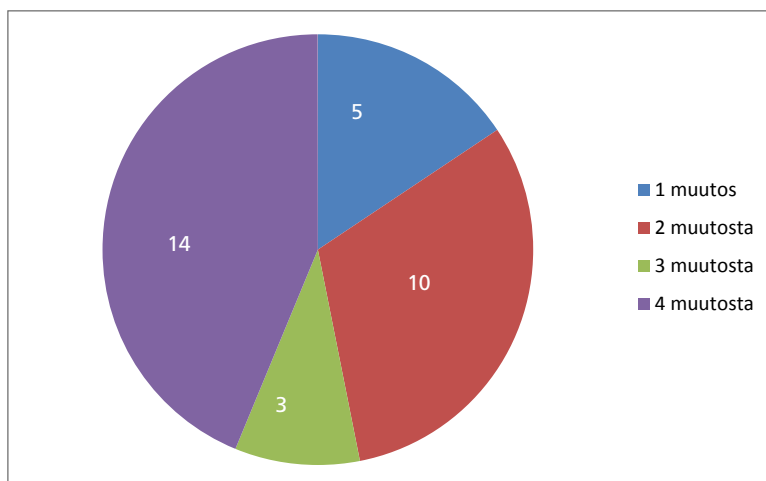
Mikäli haastateltava kertoi muutoksia tapahtuneen, täsmennettiin muutosta seuraavilla vaihtoehdoilla, joista vastaaja pystyi valitsemaan useita:

- Laitospalvelujen määrää on hallinnon päätöksillä vähennetty
- Laitospalvelujen kysyntää on vähennetty tarjoamalla muita palveluita
- Laitospalvelujen kysyntä on vähentynyt
- Avohuollon palveluita on lisätty määrällisesti tai resursointia on lisätty
- Avohuollon palveluita on monipuolistettu/uusia palvelumuotoja

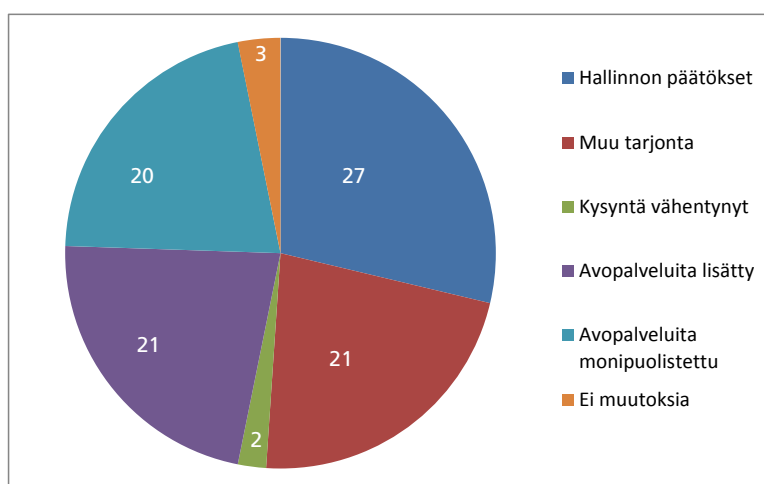
Tarkennusten logiikkana oli siis selvittää, oliko laitospalvelujen kysyntään pyritty vaikuttamaan vähentämällä tarjontaa tai tarjoamalla vaihtoehtoja. Samalla selvitettiin, oliko vastaavasti avopalveluihin suunnattu enemmän resursseja, tai oliko avopalvelujen palvelutarjontaa monipuolistettu. Kaikista näistä pyydettiin myös täsmennys, missä palveluissa mainittu muutos oli tapahtunut, ja haastateltavilla oli mahdollisuus avovastauksena täydentää tietoa. Näiden laitos- ja avopalveluihin kohdennettujen toimien tulisi toimia keskenään tasapainossa halutun vaikutuksen saavuttamiseksi, ja eri palveluissa niitä on voitu käyttää joko yksittäisinä tai kaikkia eri tapoja yhtä aikaa. Vaihtoehdoissa oli huomioitu myös muu palvelutarpeen spontaani muutos, laitospalvelujen kysynnän vähentyminen. Lopuksi pyydettiin haastateltavan arviota siitä, onko laitos- ja avopalvelujen muutos vahvistanut vai heikentänyt palveluita.

Kaikkiaan 31 haastateltavaa kertoi 91 muutoksesta laitos- ja avopalvelujen suhteessa. Viisi vastaajaa kertoi yhdestä muutoksesta (laitospaikkojen vähentäminen hallinnon päätöksellä), kymmenen vastaajaa kertoi kahdesta muutoksesta (hajontaa sekä laitospaikkojen vähentämisen että avopalvelujen lisäämisen osalle), kolme vastaajaa kertoi kolmesta muutoksesta ja kaikkiaan neljätoista kertoi, että kaikki neljä aktiivista palvelurakenteeseen vaikuttamisen keinoja ovat käytössä (Kuvio 19)

Näyttää siis siltä, että laitospalvelujen muutosta avopalveluihin on toteutettu varsin määrätietoisesti siellä, missä se on tavoitteeksi asetettu. Kaikkiaan 91 mainintaa muutoksista kahdeksalta alueelta kertoo, että laitos- ja avopalvelujen suhdetta ollaan muuttamassa useissa palveluissa ja monien keinojen avulla. Käytetyt keinot jakautuvat melko tasan laitospalvelujen vähentämisen ja avopalvelujen lisäämisen/monipuolistamisen kesken, mikä onkin tarkoituksenmukaista. 27 vastaajaa kertoi laitospalveluita vähennetyn hallinnon päätöksillä, 21 puolestaan laitospalvelujen kysyntää vähennetyn muuta tarjontaa lisäämällä. Avopalvelujen resurssien lisäämisestä kertoi 21 vastaajaa, ja 20 vastaajaa kertoi avopalveluissa tarjottavan myös uusia, aiempaa monipuolisempia vaihtoehtoja. Vain kaksi vastaajaa totesi laitospalvelujen kysynnän vähentyneen; molemmat vastaajat olivat Oulusta ja toinen vastaus liittyi vanhusten palveluihin, toinen lastenpsykiatrian paikkoihin joiden kysynnän arvioitiin vähentyneen koulussa tehdyn ennaltaehkäisevän työn ansiosta. (Kuvio 20)



Kuvio 19. Muutosten vastaajakohtainen lukumäärä laitos- ja avopalvelujen suhteessa.



Kuvio 20. Laitos- ja avopalvelujen suhteessa toteutetut muutokset.

Eri muutoksia tarkemmin analysoitaessa nähdään, että lähes samat analogiat toimivat sekä suorissa palveluihin vaikuttamisen muutoksissa (hallinnon päätöksillä lisätään / vähennetään palveluita ja niiden resursointia), että välillisissä, palvelutarpeeseen vaikuttavissa muutoksissa (monipuolistetaan avopalveluiden tarjontaa ja järjestetään tavoitteellisesti vaihtoehtoja laitospalveluille). Koska tutkimukseen osallistuneilla alueilla laitos- ja avopalvelujen suhteen muutos oli ajallisesti eri vaiheissa, olivat myös keinot osittain limittäisiä. Niillä alueilla, joissa oli jo toteutettu suoria keinoja, oli jo käytössä uusia, avopalveluita monimuotoistavia ja laitospalvelujen vaihtoehdoksi tarjottavia palveluita. (Taulukko 9).

Selkeästi suurin rakenteellinen muutos on tapahtumassa terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa pitkäaikaispaikkoja lopetetaan ja/tai siirretään vanhuspalveluiksi. Vanhusten siirryttyä asumispalveluihin paikat joko tyhjennetään tai niiden tilalle tulee kuntouttavaa, pre- tai postoperatiivista toimintaa, tai intervallityyppistä kuntouttavaa, kotihoitoa tukevaa toimintaa. Myös aiempi sairaalaosastojen henkilöstö on jalkautunut aina kotihoitoon asti, jossa yhä useammin tarjotaan akuuttihoitoa, tai ainakin toteutetaan hoitosuunnitelmia niin että esimerkiksi suonensisäistä antibioottihoitoa varten ei tarvitse siirtää vanhusta sairaalaan ”viikoksi laitostumaan”. Tämä tulos on linjassa THL:n keväällä 2013 kaikkiin manner-Suomen terveyskeskuksiin kohdistamaan kyselyyn¹⁷, jossa vastaus saatiin 142 terveyskeskuksesta (vastausprosentti 94 %). Kyselyssä kysyttiin mil-

¹⁷ THL 2013, julkaisematon käsikirjoitus

Taulukko 9. Palvelujen muutokset, joilla pyritään vähentämään laitospalveluita, lisäämään avohuollon palvelujen käyttöä ja ohjaamaan palvelutarvetta laitoshoidosta avohuoltoon.

	Palvelujen määrään vaikuttaminen (Suorat keinot)	Palvelutarpeeseen vaikuttaminen (Välilliset keinot)
Laitospalvelut	<p>Terveyskeskusten vuodeosastojen sulkeminen</p> <p>Vanhainkotipaikkojen vähentäminen</p> <p>Vammais- ja kehitysvammahuollon laitospaikkojen [käytön] vähentäminen</p> <p>Lastensuojelun laitospaikkojen [käytön] vähentäminen</p> <p>Erikoissairaanhoidon sairaalapaikkojen (ml. psykiatria) käytön vähentäminen.</p>	<p>Sairaalapaikoilta asumiseen siirtyminen</p> <p>Asumisyksiköiden monipuolinen tarjonta</p> <p>Kotona asumisen monipuolinen tuki</p> <p>Uusi päivystysmalli vähemmällä osastohoidon tarpeella</p> <p>Avopalvelut painopisteenä, myös mielenterveyspalveluissa</p> <p>Lasten ja nuortenpsykiatrian palvelujen tarjoaminen peruspalveluissa (myös muualla kuin perusterveydenhuollossa)</p>
Avopalvelut	<p>Lastensuojelun avotyön työntekijöiden lisääminen</p> <p>Päiväkirurgian lisääminen</p> <p>Asumispalvelujen lisäys</p> <p>Mt:n avohoidon tiimityö</p> <p>Kotikuntoutuksen lisäys</p> <p>Psykiatrian tarjonta terveysasemilla vahvemmaksi</p> <p>Omaishoidon tukeminen</p> <p>Ennakoiva työ</p> <p>Kuntouttavat yksiköt ja osastot</p> <p>Koulujen psykiatrinen työ</p> <p>Psykiatrian avokäynnit</p> <p>Intervallipaikkoja lisäys</p>	<p>Asumisen ohjaus, palveluohjaus, tarvearviot</p> <p>Itsenäistymisen tuki</p> <p>Päivätoiminta</p> <p>Liikkuvat tiimit</p> <p>Varhainen tuki</p> <p>Uudet avopalvelumuodot lastensuojelussa, mielenterveyspalveluissa</p> <p>Vammaishoidon tilapäishoito</p> <p>Päivätoiminnan resurssikeskus</p> <p>Autettu asuminen</p> <p>Akuuttilääkäri kotihoidossa</p> <p>Omaishoidon kehittäminen</p> <p>Vanhusten päiväkotitoiminta</p> <p>Avokuntoutus</p>

laisia muutoksia terveyskeskuksessa on tapahtunut viimeisen vuoden aikana, ja onko muutoksia odotettavissa seuraavan vuoden aikana. Yhteensä 116 vastaajaa kertoi yli 170 muutoksesta, joista yleisimpiä olivat vanhus-ten asumispalveluiden muutokset: osastohoidon purkaminen ja tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen, kuntoutuksen lisääminen ja muut laitoshoidon vähentämiseen viittaavat muutokset. Palvelukokonaisuuksien vahvistamiseen ja uusien palveluiden käyttöönottoon liittyvät muutokset tarkoittavat esimerkiksi kotipalveluiden, kotihoidon tai kuntoutuksen vahvistamista, joita maininnoista oli 20.

Tällaiset suuret rakenteiden muutokset ovat selkeitä ja ne voidaan suunnitella, tunnistaa ja nimetä rakenteista. Sen sijaan avopalvelujen puolella, etenkin epäsuorissa eli palvelutarpeeseen vaikuttavissa toimissa on paljon pienempiä, intensiivisiä toimia, jotka edellyttävät yhteisen linjan tunnistamista ja ylläpitämistä useissa eri päätöksenteon kohdissa. Niiden muutosten joukossa on kuitenkin tilaa uusille, innovatiivisille ratkaisuille, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto muodostavat uudenlaisia kokonaisuuksia. Esimerkiksi edellä mainitut akuuttihoidon tiimit kotihoidossa, postoperatiivinen kuntoutus, erilaiset palveluohjauksen, päivätoiminnan ja avokuntoutuksen yksiköt ja tiimit on useimmiten koottu siten että asiakkaan tilanne ja tarpeet saadaan kartoitettua mahdollisimman monialaisesti ja joustavasti.

Avopalveluilla asiakaslähtöisyyttä ja monipuolisuutta

Haastateltavilta kysyttiin heidän arviotaan siitä, onko avo- ja laitospalvelujen muutos vahvistanut tai heikentänyt palveluita. Tähän vastasi 32 haastateltavaa (yleisjohto mukaan lukien), ja heistä 30 piti muutosta vahvistavana, 2 heikentävänä.

Palvelujen vahvistumisen taustalla nähtiin monet asiakaslähtöisyyttä tukevat piirteet, kuten ihmisen elämänarvojen kunnioitus ja asiakkuuden siirtymien vähentäminen. Kokonaisuus on paremmin yksissä käsissä, ja se näkyy asiakkaan hoitopolun suunnittelussa. Palvelujen järjestämisen kannalta vahvuus nähtiin kokonaisnäemyksen vahvistumisena, monipuolisuuden ja laadun paranemisena sekä tehostuneena ennakoitina.

Palvelujen roolit ovat selkeyntyneet; esimerkiksi laitoshoidon käyttö odotuspaikkana on vähentynyt ja osittain loppunut, ”sairaala on käyntipaikka” -ajattelu on vahvistunut. Lääketieteellinen hoito ja muu palvelutarve nähdään erillisinä, mikä vaikuttaa palvelujen organisoitumiseen monella tapaa.

Strateginen integraatio budjetin, johtamisen ja hallinnon osalta nähtiin tärkeänä, mutta operatiivisen integraation sopivaa kohtaa palvelukohtaisesti vielä haetaan. Palveluissa on jo kokemuksia avopalvelujen lisäämisen vaikutuksista, esimerkiksi lastensuojelun kiireelliset sijoitukset ovat vähentyneet tehostetun avohuollon myötä eikä kouluista enää kirjoiteta lapsia sairaalomalle käytöshäiriöiden vuoksi (Oulu). Toisaalta esimerkiksi vanhustenpalveluissa on psykiatriset hoitajat kotihoidossa yhdistetty mielenterveystyön liikkuvaan yksikköön (Eksote).

Laitos- ja avopalvelujen suhteen muutoksen prosessi näyttäytyi pohdinnan ja arvioinnin paikkana. Todettiin, että muutosten tulee perustua selvityksiin ja arvioihin. Järjestelmästä toiseen siirtyminen niin ettei tehdä päällekkäin eikä jätetä aukkoja, vaatii suunnittelua ja pitkäjänteisyyttä. Laitospaikkojen vähentäminen ei ole mahdollista ennen kuin toimivat avopalvelut ovat rakentuneet. Kuntalaisten tietoisuus muutoksista ja niiden taustoista on tärkeää kun laitospaikkoja vähennetään. Esimerkiksi vanhusten ja vammaisten laitospalvelujen vähentäminen voi edelleen aiheuttaa huolta ja pelkoa heitteille jättämisestä, vaikka avohuollon painottamisesta on keskusteltu jo pitkään.

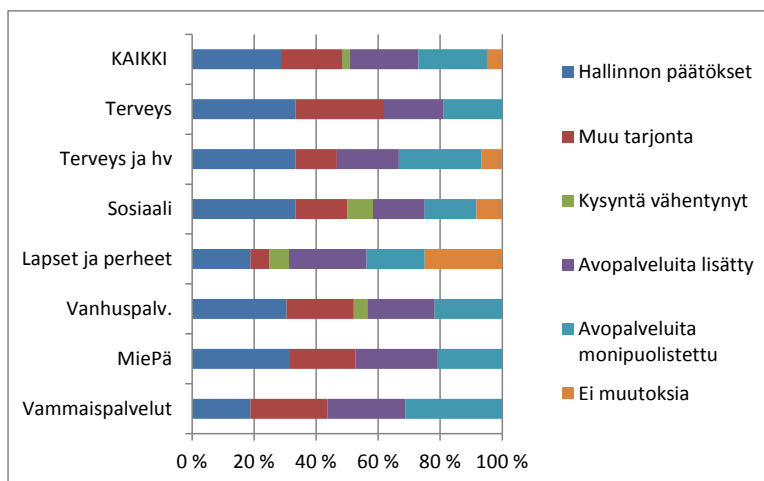
Muutoksen yhteydessä tulee myös mietittäväksi oman toiminnan suhde muiden tuottamiin palveluihin. Edellä taulukossa 2 näkyy, miten haastateltavat ilmaisivat eri tavoin palvelujen muutoksen sääntelyn keinoja; omia palveluita *suljetaan ja vähennetään*, muualta hankittujen palvelujen *käyttöä* vähennetään. Useissa haastatteluissa todettiin, että pienet kunnat ovat pääsääntöisesti ostaneet ulkopuolelta esimerkiksi kehitysvammaisten palveluita, lastensuojelun vaativampia tukitoimia sekä muita harvemmin tarvittavia palveluita. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa palveluntuottajia on ollut useita eri tasoilla ja tahoilla.

Nyt laitos- ja avopalvelujen suhdetta muokattaessa erotus näkyy sikäli, että omana toimintana tuotettujen palvelujen osalta voidaan tehdä suunnitelmia omissa johtoryhmässä ja toteuttaa muutoksia omin päätöksin. Omissa palveluissa osaamista ja palveluketjuja on jo rakennettu. Muualta (moneltakin eri taholta) hankituissa palveluissa on halua nyt hyödyntää laajempi väestöpohja siten, että palvelut siirtyisivät omaan tuotantoon. Muutos edellyttää joiltain osin kokonaan uutta palveluajattelua ja osaamista. Myös käytännön syistä eli voimassa olevien sopimusten vuoksi tämä muutos on selvästi hitaampi kuin oman toiminnan uudelleen organisointi. Tämä muutos tulee kuitenkin merkittävästi vaikuttamaan palvelurakenteisiin erityisesti pienten asiakasryhmien palveluissa, joissa aiemmin pienet kunnat eivät ole voineet toteuttaa palveluita itse, mutta laajemmalla väestöpohjalla se nähdään mielekkääksi.

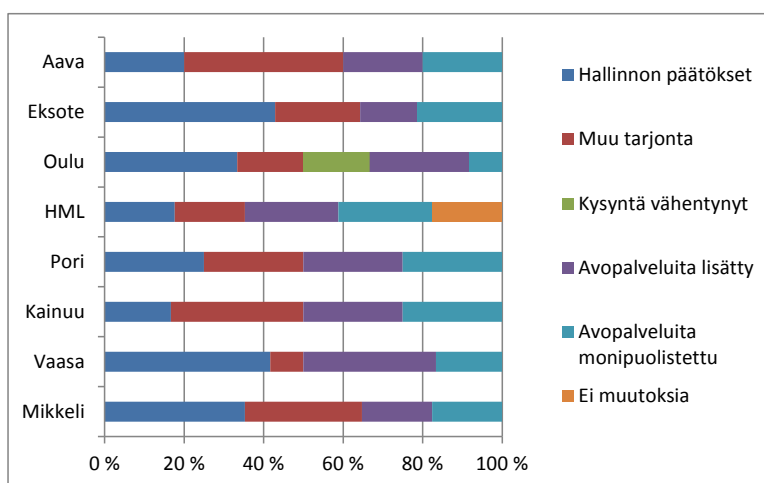
Eri palvelukokonaisuuksissa tapahtunut laitos- ja avopalvelujen muutos

Eri palvelukokonaisuuksien välillä on nähtävissä jonkin verran eroja siinä, miten laitos- ja avopalvelujen välistä suhdetta on muokattu. Kun vastaajat jaetaan edustamiensa palvelualueiden lohkoihin, saadaan esille eri palvelukokonaisuuksissa tapahtunut muutos. Muutoksen profiili on melko tasainen; kaikkia keinoja on käytetty tasaisesti erityisesti vanhusten ja vammaisten palveluissa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja terveydenhuollossa. Sosiaalipalveluissa, lasten ja perheiden palveluissa sekä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisuuksissa vaihtelua on hieman enemmän, liittyen palvelujen aiempaan rakenteeseen (Kuvio 21).

Kaiken kaikkiaan voidaan nähdä, että avopalvelujen lisäystä on toimintoina laskien melko tasapainoisesti tehty saman verran kuin laitospalvelujen vähentämistä. Yksiselitteistä laitospaikkojen lopettamista ilman panostusta avohuoltoon ei tämän aineiston perusteella ole nähtävissä. Vammaispalveluissa avopalvelujen vahvistaminen on voimakkainta; lasten ja perheiden palveluissa laitospaikkojen rooli on suhteellisen vähäistä painottuen lähinnä lastensuojeluun, eikä laitospaikkojen vähentämistä olekaan tehty yhtä paljon kuin muissa palveluissa. Avopalveluita on lasten ja perheiden palveluissa kuitenkin lisätty ja monipuolistettu. Terveyspalveluissa on muutoksista selvästi yli puolet kohdistunut laitoshoidon vähentämiseen, vaikka avopalveluitakin on lisätty ja monipuolistettu. Toisaalta terveydenhuollon laitospaikkojen vähentämisessä näkyy terveyskeskusten vuodeosastojen lopettaminen, mikä puolestaan korvautuu vanhuspalvelujen, ei terveydenhuollon avopalveluissa.



Kuvio 21. Laitospalvelujen ja avopalvelujen suhteessa toteutettujen muutosten suhteelliset osuudet eri palveluissa.



Kuvio 22. Laitos- ja avopalvelujen muutoksen toteutuksen keinot alueittain jakautuneena.

Alueittain tarkasteltuna laitos- ja avopalvelujen muutosta on toteutettu suhteellisen samankaltaisesti eri alueilla. Aineiston koko ja siihen sisältyvät varaumat (esim. haastateltujen eri määrä alueilla) eivät mahdollista yksityiskohtaista tilastollista analyysiä näistä näkökulmista. Yleiskuvana voidaan kuitenkin todeta, että tuore yhteistoiminta-alue Mikkeli on tarttunut voimakkaasti laitoshoidon vähentämiseen hallinnon päätöksillä, kun taas maantieteellisesti hajanainen Aava on jatkanut suhteellisen entisellään olevalla rakenteella. (Kuvio 22)

3.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota on tavoiteltu kunta- ja palvelurakenneuudistuksen eri vaiheissa monin tavoin. Aihetta lähestyttiin tässä tutkimuksessa kysymällä, onko integraatiota toteutunut. Kuusi haastateltavaa ilmoitti, että näin ei ole tapahtunut. Näistä vastaajista kolme edusti eri alueita, mutta Aavaa edusti kolme vastaajaa eli puolet kaikista integraation toteutumattomuudesta kertoneista.

Toteutuneista muutoksista esitettiin vastaajille viisi eri vaihtoehtoa:

- Yksittäisiä sosiaalipalveluita toteutetaan terveydenhuoltopalveluissa
- Yksittäisiä terveydenhuollon palveluita toteutetaan sosiaalipalveluissa

- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita saa samasta yksiköstä
- Sosiaali- ja terveyspalvelut on yhdistetty samaan kokonaisuuteen (hallinto, johto, toiminta)
- Muita tapoja integroida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita

Avovastauksissa pyydettiin täsmentämään, mistä palveluista ja yksiköistä on kysymys.

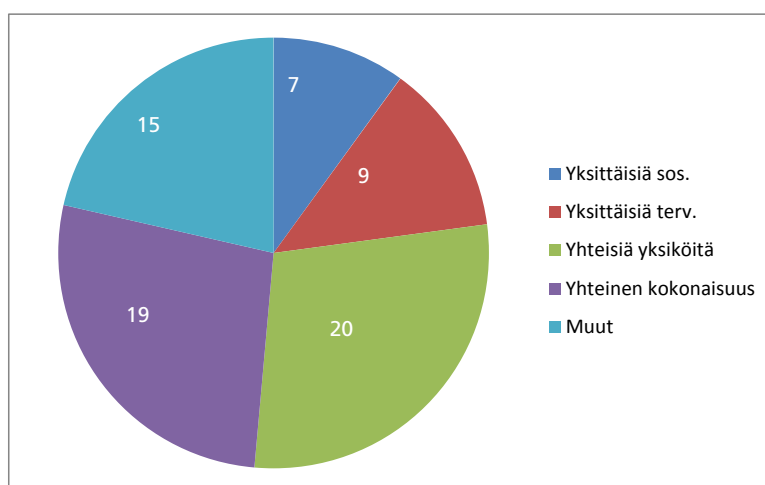
Kaikkiaan tähän kysymykseen saatiin 70 vastausta. Niistä kaksi suurinta ryhmää olivat yhteisten yksiköiden (20 vastausta) ja kokonaan yhteisten kokonaisuuksien (19 vastausta) toteuttaminen. Muita keinoja kuvasi 15 vastausta. Yksittäisiä sosiaalipalveluita sai terveydenhuollon toiminnassa 7 vastaajan mukaan, ja 9 vastaajaa kertoi yksittäisistä terveydenhuollon palveluista sosiaalihuollossa. (Kuvio 23.)

Terveydenhuollossa toteutettuja yksittäisiä sosiaalipalveluita olivat sosiaalityöntekijät ja kotiuttamishoitajat terveydenhuollossa; kotiuttamishoitaja oli yleisin yksittäinen toiminto (kolme mainintaa). Lisäksi mainittiin vammaispalvelujen klinikkatoiminta terveydenhuollossa.

Sosiaalihuoltoon yksittäisiä terveydenhuollon palveluita vietiin useimmin vanhusten palveluissa. Vanhustenhuollon lääkäripalvelut, kotisairaanhoido, saattohoito, geriatrin palvelut, lyhytaikaista sairaalahoitoa korvaava kotisairaala ja tehostettu kotihoito olivat kaikki melko uusia ratkaisuja alueillaan. Terveydenhuoltoa on myös tuotu uudennlaisiin, monimuotoisiin palveluihin: mielenterveyspalvelut työllisyyspalveluihin ja maahanmuuttajapalveluihin, tai terveydenhuollon ja poliisin yhteistyö osana syrjäytymistä ehkäisevää sosiaalityötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä yksiköitä oli muodostettu vanhusten kotihoitoon (5 vastausta) ja yksi vanhusten asumispalveluyksikköön; vanhusten palvelut muodostivatkin suurimman yhteisten yksiköiden ryhmän. Työttömien palvelujen (sosiaalityö, terveydenhuolto ym), lasten ja lapsiperheiden palvelujen, mielenterveyspalvelujen sekä sosiaalityön palvelualueella yhteisiä yksiköitä oli kolme kullakin. Lisäksi mainittiin yksi asiakasohjauksen yksikkö, joka kattaa kaikki palvelut.

Kokonaan yhteisiä kokonaisuuksia (johto, hallinto ja toiminta yhteisiä) oli muodostettu eniten vanhusten palveluihin, joista kertoi 7 vastaajaa. Neljä kokonaisuutta näistä kohdistui kotihoitoon ja kuntoutustoimintaan, muut koko vanhustenhuoltoon. Lasten palveluihin kokonaan yhteisiä kokonaisuuksia oli myös muodostettu useita; 5 mainintaa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuksista kertoi kaksi vastaajaa, samoin monialaisista kokonaisuuksista. Yksittäisiä yhtenäisiä kokonaisuuksia oli muodostettu myös vammaisalan palvelujen ympärille sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Palveluntuotanto toimi yhtenäisenä kokonaisuutena kahdella alueella.



Kuvio 23. Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisen eri muotojen toteutuminen.

Muut mainitut tavat integroida sosiaali- ja terveydenhuoltoa sisälsivät monipuolisen valikoiman eri tapoja, joiden haastateltava ei katsonut sopivan annettuihin kategorioihin. Näitä muita tapoja kuvattiin seuraavasti:

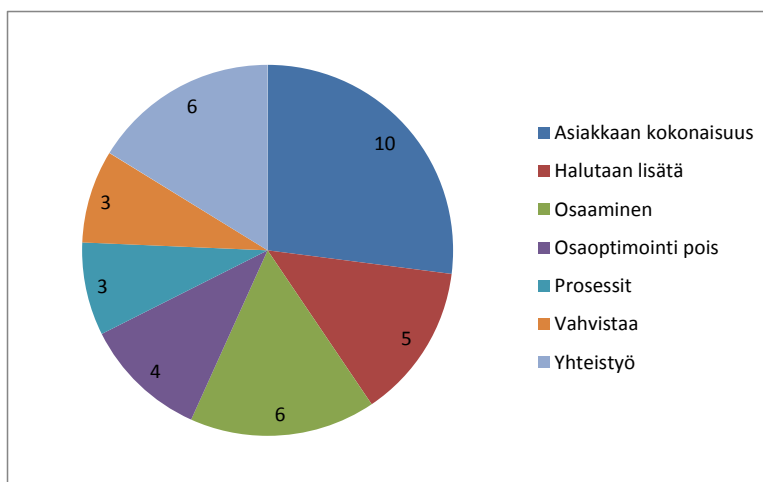
- Prosesseja kehitetään yhteisesti (3 mainintaa)*
- Sektorit yhdistetään tilaajaohjauksella (3 mainintaa)*
- Yhteistyö, yhtenäistetään vaikkei vielä organisaatiotasolla (2 mainintaa)*
- Yhteisiä yksiköitä muodostetaan tavoitteellisesti (2 mainintaa)*
- Rajoja sosiaali- ja terveystalvelujen välillä ei enää erota*
- Yhteinen johto, osuoptimointi karsitaan*
- Viedään perustason [sosiaali]talveluihin terveystalveluita*
- Strateginen yhtenäistäminen, tukitoimet yhteisiä*
- Yhteistä toimintaa*

33 vastaajaa (yleisjohtoon kuuluvat mukaan lukien) arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vahvistaneen tai voivan toteutuessaan vahvistaa talveluita, 3 heikentäneen. Heikentämisen perusteluina mainittiin henkilöstön muutosprosessin vaikeus, kun ammatillinen identiteetti ja viitekehys muuttuvat. Yksi perustelu liittyi paineisiin, jota erikoissairaanhoidosta siirtyvät tehtävät tuottivat; haastateltava kuvasi tilannetta siten, että mikäli toiminta olisi kokonaan sosiaalihuollossa, ei erikoissairaanhoido voisi 'täyttää hoitotakuunsa' lähettämällä asiakkaita heidän yksikköön. Tämä yksittäinen esimerkki kuvastaa sitä monimutkaista talvelujen välistä suhde- ja toimintaverkostoa, johon talvelujärjestelmän muutos monella tavoin vaikuttaa.

Haastateltavien arviot sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tuottamista vahvistavista tekijöistä hajautuivat moniin näkökulmiin. Yksittäin laskettuna vahvistavan vaikutuksen perusteluina mainittiin 36 kappaletta (yksittäinen vastaaja saattoi nimetä useita). Eniten eli 10 mainintaa kohdistui asiakkaan talvelujen kokonaisuuteen ja talveluketjuihin. Yhteistyön ja yhteisen näkemyksen lisääminen, ammatillisen osaamisen tehokas käyttö ja osuoptimoinnin poistaminen olivat myös 4 - 6 vastaajan mainitsemia hyötyjä; prosessin kehittämisen mainitsi kolme. Lisäksi saatiin yleisluontoisempia vastauksia; viisi vastaajaa ilmoitti että integroituneita talveluita halutaan lisää ja kolme vastasi tarkemmin erittelemättä että integraatio ehdottomasti vahvistaa talveluita. (Kuvio 24.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation haasteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio saa siis paljon kannatusta, ja siitä tuodaan esille myönteisiä puolia. Silti sitä ei nähdä helppona prosessina eikä ongelmattomana tavoitteena. Haastateltavat toivat esille myös pohdintojaan ja perustelujaan sille, miksi integraatio on haastavaa. Moni näiden kommenttien edustajista oli



Kuvio 24. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio talveluita vahvistavana tekijänä, arviot ja perustelut.

jo pitkään edistänyt integraatiota ja pyrkinyt siihen, ja tarkasteli nyt kokemiaan hankaluuksia. Joillakin suhtautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon oli aidosti kahtalainen - esimerkiksi kaikki kolme vastaajaa jotka vastasivat integraation heikentäneen palveluita, vastasivat myös sen vahvistaneen palveluita. Jotkut niistä vastaajista, jotka sanoivat integraation vahvistaneen palveluita, esittivät sille kuitenkin esim. seuraavassa esitettyjä varauksia ja reunaehtoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroimisen hankaluuden perussyynä nähdään lähtökohdiltaan ja asiakkuuksiltaan erilaiset toiminta-alueet: ”*Sosiaalipalveluissa nähdään, että integraatio on tarpeen koska lähes kaikki sosiaalihuollon asiakkaat ovat myös terveydenhuollon palvelujen käyttäjiä; näin ei ole toisin päin.*” Tämä lähtökohtainen ero näkyy myös kahden eri alan erilaisissa hierarkioissa ja päätöksenteon tavoissa:

”Terveydenhuollossa päätöksenteko tapahtuu selvemmin lääketieteellisin perustein eikä asioista politikoida, sosiaalihuollon asiat tuottavat paljon keskustelua, maallikkokäsityksiä jne. eikä päätöksiä tehdä tieteellisin perustein.”

Alojen lähtökohtainen erilaisuus liitetään siis erilaisiin tavoitteisiin ja menettelyihin, mikä johtaa siihen että ”*sosiaali- ja terveydenhuollon välille jää vielä tyhjä alue*”.

Toinen merkittävä pohdintateema etenkin uusien organisaatioiden muodostamisessa on sektorien, palvelujen, johtamisen, organisaation ja toiminnan järjestäminen siten, että johtamiselle muodostuu alueen väestö- ja asiakaspuhjaan sopivia kokonaisuuksia ja toiminta olisi sujuvaa. Samalla pyritään edistämään asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Yhtälö on hankala ratkaista. Palvelujen sekä toimintojen väliset rajat ovat muutosvaiheessa olleet paljonkin pohdinnassa: ”*onko tämä oikea ratkaisu; aina kun jotain yhdistetään tulee raja jonnekin muualle.*” Tämä näkemys toistui usein; nähdään, että kun uudistettu organisaatio on saatu toimintaan, ollaan hyvin äkkiä tilanteessa jossa uudet organisaatio-rajat alkavat muodostaa uusia rajauksia: ”*raja-aitoja on purettu mutta sitten alkaa syntyä uusia joita pitää koko ajan seurata*”. Paljon korostettu ja tavoiteltu asiakaslähtöisyys ja palvelujen kokonaisuuksien muodostaminen nähdään mahdollisena uutena lohkoutumisen mallinaan: ”*Pyritään pitämään rajat pois, niitä tulee helposti itse asetettua, vaikka asia ei vaatisi*”. Esimerkiksi vanhusten palvelut on viime vuosina usein koottu omaksi kokonaisuudekseen, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon uudenaikaisella yhteistyöllä on saavutettu paljon hyötyjä ja toiminnallista sujuvuutta. Nyt haastatteluissa nousi esiin kysymyksiä siitä, onko mielekästä hajauttaa esim. vanhusten sosiaalityö (toimeentulotukipäätökset) irti muusta sosiaalityöstä, onko väestön kokonaisuuden kannalta järkevää eriyttää vanhusten mielenterveyspalvelut, jne.

Laajojen kokonaisuuksien muodostaminen nähdään kuitenkin välttämättömäksi osaoptimoinnin vähentämiseksi:

”osaoptimointi nousee kun on vahvasti erilliset sektorit, tiukat tulosvaatimukset eikä sopimusohjaus tue hoitoketjuajattelua.”

Osaoptimointi ja palvelu-/hoitoketjuajattelu olivat useilla alueilla jollain tavoin esillä ja työn alla. Kustannustietoisuuden lisäämisen nähtiin olevan tärkeä keino käytännön prosessien yhtenäistämässä ja yhteisen ymmärryksen löytämisessä, ja yleensäkin sektorirajat ylittävä prosessien tarkastelu oli esillä:

”Rajapinnoilla on palveluita joissa osaoptimointi ja erilaiset tavoitteet tuottavat ristiriitaisuutta, ellei olisi yhteistä näkemystä ei voitaisi seurata ja kohdentaa palveluita mielekkäästi. Esim. palveluasuminen ja laitosasuminen; jos toisessa kasvua niin toisessa kevennystä; keventävä puoli ei käytä rahoja mihin haluaa vaan kustannus nähdään yhtenäisenä”

Tässä tavoitteessa on vielä työtä, ja yhtenäisen ajattelun vieminen organisaatioiden ja prosessien läpi koko ajatteluun vie kauan, todettiin useilla alueilla: ”*tuotannossa näkyy sosiaalipalvelut, terveyspalvelut, vanhusten palvelut, ja he keskenäänkin osaoptimoivat*”.

Käytännön toimintaa saadaan yhtenäistettyä monilla hallinnon ja oman toiminnan prosesseilla, mutta lainsäädäntö ja tiedonhallinta muistuttavat hallintokuntarajoista: ”*Sote-integraatio näkyy [enää vain] hallinnossa esim. tietojärjestelmissä ja tilastoinnissa*”. Joillain alueilla sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota hidastivat erilaiset tietojärjestelmät, joiden yhtenäistäminen on nähty ensimmäisenä edellytyksenä, vaikka

muuten haluttaisiinkin jo edistää yhteistä toimintaa: ”Tietojärjestelmät, tiedon vaihto yli hallintokuntarajojen on edelleen esteenä”. Lainsäädäntö nostettiin esiin etenkin tilaaja- tuottajamallia käyttävissä kaupungeissa, joissa palveluntuotanto on muodostettu täysin uusilla tavoilla. Uusissa tuotantorakenteissa eri lainsäädäntöjen velvoitteiden ja eri lakien mukaisten tilastointien ylläpito tuottaa ylimääräistä ja osin keinotekoisia toiminnan erottelua.

Organisaatioiden ja henkilöstön näkökulmasta ymmärretään, että mitä enemmän sosiaali- ja terveydenhuolto ovat olleet erillisiä, sitä enemmän aikaa tarvitaan ennen kuin integroituminen etenee. Tässä ovat taustalla niin yksilöiden kuin organisaatioiden asenteiden ja toimintatapojen muutoksen vaikeus: ”Linnoittautumista aiempaan rooliin on aika paljon”. Toisaalta on oletus, että koska ”organisaation kannalta hyödyt ovat kuitenkin selvät”, alkaa integraatiomyönteisyys hyvien kokemusten ja käytännön konkretisoitumisen avulla käydä vähitellen hyväksyttäväksi, vaikkei mitään isoa muutosta pyritäkään tekemään:

”Organisaation tasolla soteintegraatiota ei ole vielä suunniteltu eikä pyritä

väkisin käynnistämään vaan odotetaan että kokemus kypsyyttä.”

”Ei ole isompaa muutosta, johtamisen kautta mennään eteenpäin,

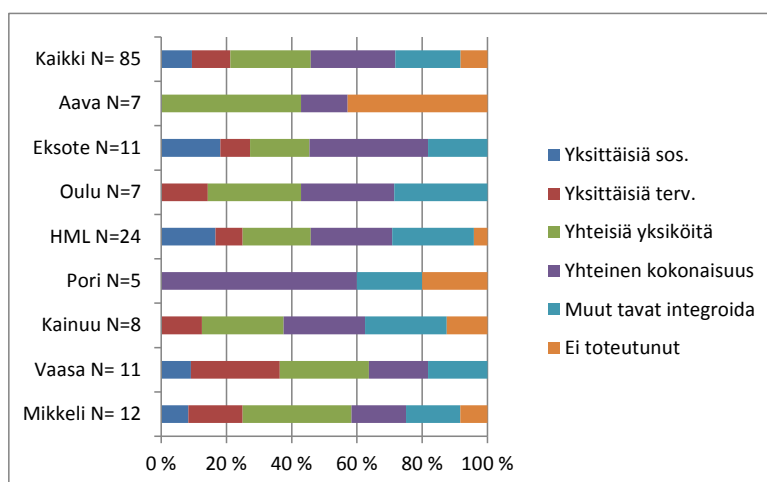
se ei ole nopea tie mutta näin edetään”.

Johtaminen nähdään tärkeäksi välineeksi integraation edistämiseksi, mutta samalla se on haasteellista kun perinteisiä toiminta- ja ammattirajat ylittäviä kokonaisuuksia muodostetaan: ”miten saadaan toimimaan johtaminen uudessa mallissa”. Monissa organisaatioissa oli yhdistetty erilaisia osaamisia ja professioita, ja uudemmissa kokonaisuuksissa ei vielä ollut kokemusta siitä miten johtaminen käytännössä tulee aikaa myöten sujumaan. Tasaveroisuuden turvaaminen, ammatillisen osaamisen ja sen kehittämisen ylläpito, vaatimuusarvioinnit ja muut johtamiseen ja esimiestyöhön liittyvät näkökulmat mietityttivät monia haastateltavia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio eri alueilla

On myös mielenkiintoista katsoa, miten eri alueilla on suhtauduttu sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon (Kuvio 25). Tässäkin on tosin huomioitava se, että aineisto on alueelliseen vertailuun suhteellisen pieni, eikä sitä kaikilta osin voida pitää vertailukelpoisena. Siksi tämä tarkastelu tehdäänkin lähinnä vertaamalla eri alueilla käytettyjen keinojen osuutta ilmoitetusta kokonaismäärästä.

Voidaan nähdä, että Porin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio liittyy lähinnä lähipalvelukeskuksiin eli isoihin yhtenäisiin kokonaisuuksiin; Aavalla sen sijaan painottuvat yhteiset yksiköt keinoina, mutta vastaavasti kaikissa palveluissa integraatio ei ole toteutunut.



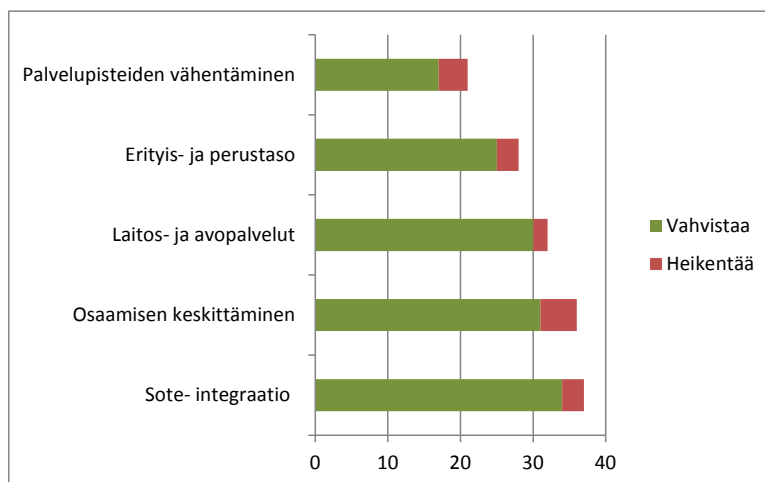
Kuvio 25. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutusmuodot eri alueilla.

Tilaja-tuottajamallin ja elämäntaariorganisaation Hämeenlinna nousee esiin integraation eri muotojen runsaana käyttäjänä myös lukumääräisesti, ja tämä vastaa haastatteluissa saatua käsitystä systemaattisesta sektorien yhdistämisestä. Vastaavalla mallilla rakentuneessa Oulussa haastateltavia oli hieman vähemmän, mikä selittää osan mainintojen vähemmyydestä; osaksi myös haastateltavien esiin tuoma käytännön tuntuma vastaa tätä tulosta. Kainuu ei nouse mitenkään vahvana integroijana esiin, vaikka yhteinen maakuntatasoinen hallinto olisi sen jo pitkään mahdollistanut. On tosin huomattava, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio nousi vahvasti kansallisena tavoitteena esiin vasta Paras -puitelainsäädännön myötä.

3.6 Muutoksen kuva muutostekijöiden valossa

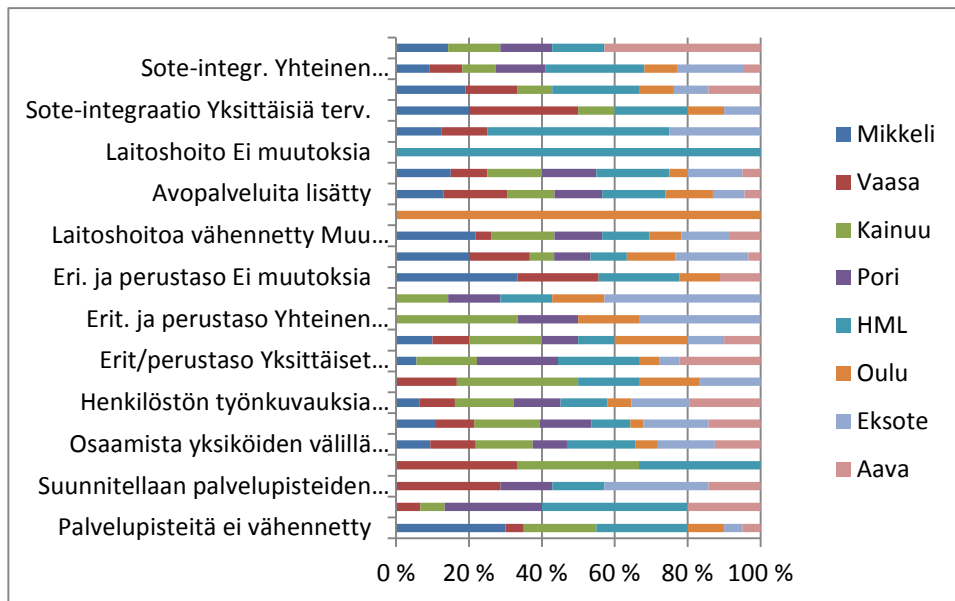
Tässä vaiheessa on hyvä kysyä, nouseeko kaikkien muutostekijöiden valossa esiin joitain piirteitä jotka nähdään palvelujen kannalta erityisen hyvinä tai uhkaavina.

Kaikki tässä tutkimuksessa käytetyt muutostekijät yhdistettynä nähdään, että haastateltavat pitävät näitä tässä käsiteltyjä muutoksia varsin yksiselitteisesti myönteisinä. (Kuvio 24.) Tosin on hyvä huomioida, että vahvistamista/ heikentämistä kysyttiin ao. osion kohdalla jatkokysymyksenä, eli vastanneiden henkilöiden toiminta-alueella näitä muutoksia on toteutettu tai suunniteltu. Eniten vahvistamista nähtiin saavutettavan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla, toiseksi eniten osaamisen keskittämällä, johon liittyi jonkin verran huolta palvelujen heikentymisestä liiallisen eriytymisen mahdollisuuden vuoksi. Laitos- ja avopalvelujen suhteen muutos nähtiin lähes yksinomaan myönteisenä. Erityis- ja perustason integroituminen nähtiin myös vahvasti myönteisenä, joskaan siihen ei latautunut niin paljon painoarvoa. Palvelujen keskittäminen palvelupisteitä vähentämällä oli heikoiten arvostettu ja suhteessa (17 myönteistä / 4 kielteistä arviota) eniten ristiriitainen muutostekijä.



Kuvio 26. Haastateltavien arviot muutostekijöiden palveluita vahvistavista ja heikentävistä vaikutuksista (lkm).

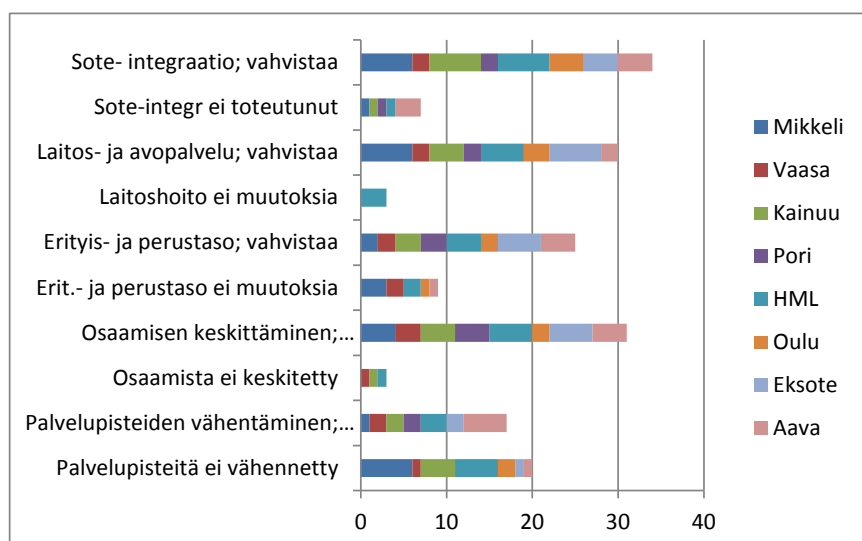
Alueet ovat toteuttaneet muutostekijöitä eri tavoin painottuneena (Kuvio 27).



Kuvio 27. Muutostekijät alueiden toteuttamina, mainintojen lukumäärä.

Näitä muutostekijöiden ilmenemisiä eri alueilla on jo käsitelty kunkin muutostekijän kohdalla asianomaisessa luvussa. Näin yhteen koottuna on vielä mahdollisuus havainnoida, eroavatko eri alueiden tai joidenkin toimien osalta profiilit muista. On helppo havaita, että palveluita vahvistavaksi koettu osaamisen eriyttäminen on myös toimenpiteinä vahvasti toteutunut. Eriyis- ja perustason yhtenäisyyden lisääminen on vielä suhteellisen maltillisesti toteutunut, etenkin suhteessa siihen miten paljon asia tuli haastatteluissa esiin. Laitushoidon ja avohoidon välistä suhdetta on edistetty vahvalla päätöksenteolla.

Alueittain voidaan myös katsoa, mitä ei ole toteutettu; tämä aspekti puuttuu edellisestä tarkastelusta (Kuvio 27). Kun lisäksi verrataan vahvistaviksi arvioituja tekijöitä, voidaan nähdä onko palveluita vahvistaviksi arvioituja muutoksia jätetty paljon toteuttamatta (Kuvio 28)



Kuvio 28. Muutosten vahvistava vaikutus palveluihin ja ei toteutuneiden muutosten vertailu (lkm).

Tarkastelu osoittaa, että korkealle arvioituja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja laitospalvelujen vähentämistä on vain vähän jäänyt toteuttamatta. Sen sijaan erityis- ja perustason yhtenäistämisen arvostus on lähes yhtä korkealla tasolla, mutta siinä on edellä mainittuja useammin muutos toteutumatta. Palvelupisteiden vähentämiseen kohdistuva ristiriitainen ajattelu (ks. luku 3.1) näkyy tässäkin vertailussa.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa käytetyt muutostekijät kattoivat varsin hyvin alueilla tapahtuneen muutoksen, sillä haastateltavilta tiedusteltiin lopuksi, onko jotain merkittäviä muutoksia jäänyt käsittelemättä. Muutostekijät osoittautuivat myös hyvin tavoitelluiksi, joskin niiden suhteen tavoitteen asettelu ja käytännön toteutus eivät aina ole mahdollisia sovittaa yhteen.

4 Mitä muutos toi tullessaan: Yhteenvedo

Tässä yhteenvedossa tarkastellaan ensin haastateltavien itse esittämiä yhteenvedonomaista lopputoteamuksia muutosprosessien ja -tekijöiden läpikäynnin jälkeen haastatteluissa. Seuraavaksi luvuissa 4.1–4.3. kootaan yhteen luvuissa 2 ja 3 esitettyjä tuloksia ja tarkastellaan niitä muutaman, kaikkia muutoksia läpileikkaavan teeman kautta: aineiston tuottama kuva palvelujen keskittämisen todellisuudesta; hallinnon ratkaisujen merkityksestä palveluissa sekä havaintoja ja pohdintoja muutokseen suhtautumisesta. Tässä tarkastelussa ei enää edetä suoraviivaisesti haastattelurunkoa ja aineistoa seuraten, vaan yhdistellään eri kohdissa esiin tulleita näkemyksiä.

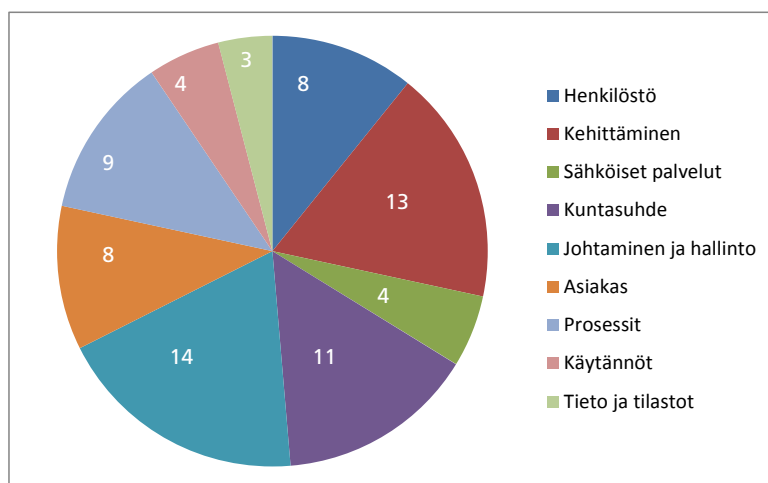
Haastateltavilta kysyttiin lopuksi, mitä muuta he halusivat kertoa palvelujen muutoksesta. Kaikkien jo käsiteltyjen muutosten, muutosprosessin vaiheiden ja muutostekijöiden käsittelyn jälkeen tämä kysymys muodosti eräänlaisen sulkeutuvan yhteenvedon haastattelulle. Monet haastateltavat pohtivat kysymystä vielä hyvinkin intensiivisesti, vaikka samalla he totesivat että haastattelussa oli jo käsitelty asioita melko laajasti. Tähän osioon tuli 74 vastausta, eli lähes jokainen täydensi haastattelun kokonaisuutta tällä osiolla. Osa vastaajista halusi vielä palata johonkin jo käsiteltyyn teemaan, osa halusi ottaa kantaa muutosten yleiseen, laajempaan taustaan. Osa halusi kommentoida sellaista muutostekijää, joka ei ollut olennainen omassa tehtävässä, mutta josta haastateltavalla oli muuten esim. johtoryhmätyön kautta tietoa ja näkemyksiä.

Nämä muutoksen täydentävät yhteenvedo -näkökulmat jakautuivat useaan lohkoon. Keskeisiä olivat johtamisen ja hallinnon (14 mainintaa), kehittämisen (13 mainintaa) ja kuntasuhteen (11 mainintaa) näkökulmat. Melko suurina ryhminä (8–9 mainintaa) näyttäytyivät myös prosesseja, asiakkaita ja henkilöstöä koskevat näkemykset. 3–4 mainintaa kokosivat tieto ja tilastot, sähköiset palvelut ja käytännöt. (Kuvio 29).

Johtamisen ja hallinnon kommentit lisäsivät muutoksen aiempaan käsittelyyn joitain näkökulmia. Haastateltavat pohtivat päätösten läpivientä ja muutoksen toteuttamista aina käytäntöön saakka; ja siihen liittyviä haasteita:

”Johtoryhmäkeskusteluissa ei hirveän paljon näy se keskustelu jossa haettaisiin palvelujen yhteen nivomista”.

Palvelujen muutoksesta kertoivat myös pohdinnat ostopalvelujen hallinnasta sekä omien ja yksityisten palvelujen valvonnasta ja kehittämisestä. Johtamisen haasteet olivat myös esillä: *”Johtamisessa ison kuvan näkeminen on keskeistä, historian ja tarinoiden takaa”*. Uudenlaista hallintoa pohdittiin; miten prosessinomistajuudet kuntien ja yhteistoiminnan kesken muotoutuvat, ja mikä tulee jatkossa olemaan järjestämisvastuun ja tuottamisen järjestelyvastuun ero:



Kuvio 29. Haastateltavien 'Mitä muuta muutoksesta' -vastausten jakautuminen eri teemoihin (kpl).

”Kuntien tilaajajohtajien rooli ei voi olla operatiivinen eikä kunnissa eikä toiminnassa ole vielä kukaan selvää järjestämisvastuun ja tuottamisen järjestelyvastuun erottaminen”.

Rahoituskanavien selkiyttämistä toivottiin myös.

Kehittäminen näyttäytyi laadun, kehittämisosaamisen ja kehittämisen johtamisen pohdintoina. Kehittämisen perustehtävässä nähtiin tarpeelliseksi antaa aikaa ja tilaa, mutta miten se varmistetaan:

”Rakenteiden miettimisen ja rakennejumpan sijasta pitäisi tarkastella enemmän sitä miten palvelujen vaikuttavuuteen voidaan vaikuttaa”

Kehittämisen rakenteita pohdittiin myös; miten hyödynnetään käytännön ja toimintatapojen kehittäminen, ja miten nivotaan yhteen eri tahoilla tehtävä kehittämissyö:

”Käytännön muutoksia on tehty työpaikkakohtaisena kehittämisenä, kaikessa ei tarvitse olla megalomaaninen hanke vaan henkilöstöä kannustetaan ideoimaan ja innovoimaan oman työn kehittämistä”.

Kuntasuhteeseen liittyi useita kommentteja siitä, miten yhteistoiminta-alueella on uutena tehtävänä seurata ja huolehtia peruskunnan ja yhteistoiminta-alueen yhteisestä työstä ja tavoitteista. Toisaalta haluttiin nähdä, että alueelliset olosuhteet ja erityispiirteet voitaisiin jatkossakin huomioida: *”Alueellinen osaaminen ja tuntemus pitää säilyttää ja se pitää säilyttää ja muistaa”.* Yleensäkin alueen koko ja maantieteellinen ja muu rakentuminen nähtiin merkittäväksi vaikuttajaksi palveluita järjestettäessä. Palvelurakenneajattelua toivottiin myös kuntatasolle, ei vain erikoissairaanhoidon, ja muutokselle kaivattiin aikaa: *”Mahdollinen sairaanhoitopiirin muutos pelottaa, koska nyt tarvittaisiin työrauhaa”.*

Prosesseihin ja asiakkaisiin liittyvät kommentit ja huomiot olivat hyvin lähellä toisiaan, saman asian eri puolia. Asiakassegmentointi, asiakkaiden prosessit, palvelulinjat, työn organisointi ja prosessit olivat hyvin yhtenäisiä teemoja. Suhteessa henkilöstöön haluttiin vielä nostaa esiin tapoja ja mahdollisuuksia osallistaa henkilöstö muutokseen: *”Muutoksia on ollut paljon, asiakastyötä tekevä ei aina edes tiedä kaikesta.”* Professionien muutos, ideahautomot, muutosagenttien löytäminen, tiedotuksen tärkeys ja henkilöiden urakehitystarpeet kuvasivat henkilöstön moninaista roolia:

”Kehittämisen ja kokeileminen mahdollisuuden antaminen perustyön tasolle on muutoksessa tärkeää ja se on luonut maaperää muutokselle”.

Työnantaja pohtii lisäksi työn vetovoimaa ja vertaistuen organisointia: *”Uudenlaiset toimintatavat ovat muodostaneet houkutteen tulla töihin”.*

Tieto ja tilastot liitetään pitkälti tietojohdamiseen; sähköisiä palveluita halutaan kehittää: *”Sähköisten palvelujen kehittäminen, miten se saadaan toimimaan ja mitä se voi korvata”*, ja hyviä käytäntöjä eri palveluissa jakaa.

4.1 Palvelut hajautuvat enemmän kuin keskittyvät

Palvelujen keskittyminen on ollut paljon esillä tiedotusvälineissä, kun kuntaliitoksista ja yhteistoiminta-alueista on keskusteltu. Liittyvätkö sitten keskittymisen linjaukset liitoksiin tai yhteistoimintaan, onkin vaikeampi asia tarkastella. On totta, että toiminnallisia säästöjä pyritään usein saamaan nimenomaan palveluverkkoa tiivistämällä. Yhteistoiminta-alueilla ensimmäisten vuosien kokemus¹⁸ oli, että yhteistoiminta ei tuottanut kunnille hyötyä, elleivät ne olleet valmiita hyväksymään palvelupisteiden siirtymistä aiemmista sijainneista, ja muita palvelurakenteen muutoksia. Tuolloin, vuonna 2010, yhteistoiminta-alueet olivat hyvin pienten kuntien muodostamia, ja alueistakin suuri osa jäi jopa alle tavoitellun 20 000 asukkaan.

¹⁸ Heinämäki 2011

Tämän tutkimuksen aineisto on koottu alueilta, joiden väestöpohja on 50 000 - 185 000 asukasta. Vaikka aineistossa edelleen nousee esiin kuntien päätöksenteko ja sen suhde palvelujen muutokseen, ei kuntarajateema ole niin hallitseva kuin pienten kuntien yhteistoiminnassa. Palveluverkon ja -rakenteiden ratkaisujen perusteina ovat enemmänkin muut tekijät kuin kuntarajat. Kuntaliitokset ja yhteistoiminta-alueiden suhteellisen tuore vaihe vaikuttanevat aineistossa kuitenkin siten, että alueilla on paljon pohdittu tasaveroisuutta ja haja-asutusalueiden palvelujen turvaamista. Tämä alueellisen tasaveroisuuden rakentaminen uudella väestöpohjalla on ollut haastavaa, mutta samalla se on selvästi tuottanut innovaatioita ja palvelujen uudelleen tarkastelua. Voisi ajatella, että kuntaliitoksiin ja yhteistoimintaan liittyvä poliittinen paine, kuntalaisten odotukset ja sopimusvaiheen lupaukset ovat kannustaneet löytämään uusia ratkaisuja, joita ei ehkä ilman muutosprosessia olisi niin määrätietoisesti etsitty.

Muutosprosesseissa toistui ilmiö, joka tuli esiin jo yhteistoiminta-alueiden muodostuttua. Sekä kuntaliitoskunnissa että yhteistoiminta-alueilla palvelut olivat enemmänkin hajautuneet kuin keskittyneet, vastoin yleisiä oletuksia. Palveluita on keskittämällä hajautettu, eli aiempaa laajemmalla väestöpohjalla ammattilaisia on koottu tiimiksi, josta sitten viedään tarvittavaa asiantuntemusta kunnallisiin palvelupisteisiin asiakastapaamisiin. Tällä tavoin on saatu sekä ammatillistumisen ja osaamisen tehokkaan käytön hyödyt, että turvattu haja-alueilla ennallaan jatkuva palvelujen saanti - ja, jos asiaa tarkastellaan muutosprosessin näkökulmasta; turvattu muutoksen eteneminen pitämällä eri osapuolet tyytyväisinä tilanteeseen.

Tässä tutkimuksessa alueellinen tasa-arvo oli aihe, jota pidempään muutostaan työstäneillä alueilla oli mietitty paljon. Eri alueilla sama tematiikka nousi oma-aloitteisesti esiin. Haastateltavat kertoivat, että kuntaliitoksen yhteydessä tai yhteistoimintaa aloitettaessa tasa-arvo oli ajateltu yhtenäistämisenä, harmonisointina. Se korostui myös vuoden 2010 yhteistoiminta-aineistossa, jossa yhtenäistämisen tapoja ja tasoja oli paljon. Samalla tavoin tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat alkuvaiheen tasaveroisuutta tavoittelevaa yhtenäistämistä, jossa keskuskunnan palvelumallit, rakenteet ja tapa toimia vietiin myös haja-alueille. Yhdenmukaisuus ja yhtenäistäminen on nähty tärkeänä tasa-arvon mittana.

Prosessin mittaan tässä on tapahtunut käänne. Usealla alueella kuvattiin hämmästyttävän samankaltaisesti, miten yhdenmukaisuuden tavoittelusta on siirrytty tasaveroisten palvelujen turvaamiseen kuntalaisille:

”Demokratia-ajattelua ei pidä nähdä sellaisena että kaikkien pitää kulkea samalla viivalla ja samalla tavalla, vaan sitä että pyritään saamaan erilaisille asiakkaille heidän tarvitsemansa.”

Palvelumallit, johtamisen tapa, palvelun rakenteet - näissä oli alkuun pyritty tiiviiseen yhtenäistämiseen mutta sittemmin siirrytty takaisin haja-alueen ja keskustaajungin toisistaan poikkeaviin malleihin. Kaupunkimainen tapa toimia ja maaseutumainen tapa toimia nähtiin rinnakkaisena, ja molemmat tavat voivat tuottaa asiakkaalle tasaveroiset palvelut:

”On ollut mahdollisuus pyrkiä yhteisiin palveluihin ja asiakkaille samanveroisiiin palveluihin, mutta ei ole määrätty sitä millä tavalla se tehdään”.

Miten sitten kaupunkimainen ja maaseutumainen tapa organisoida palveluita eroavat toisistaan? Haastateltavien kuvauksissa kysymys oli usein kyse palvelujen johtamisesta ja/tai palvelujen lohkomisesta organisaatioiden sisällä eri kokonaisuuksiksi. Kaupunkimainen tapa toimia viittasi eriyettyyn, linjaorganisaation tapaan rakennettuun organisointiin. Kullekin tehtävälle tai palvelujen osa-alueelle oli määritelty esim. vastuutyöntekijä, esimies tai muut koordinoiva ja vastaava taho. Malli perustuu tiimiytymiseen ja erikoistumiseen. Maaseutumainen tapa organisoida palvelut viittasi yleensä malliin, jossa yhdellä (alueellisella) henkilöllä on useita vastuu- tai koordinaatiotehtäviä eli laajempi kokonaisvastuu palveluista. Kyse on siis enemmänkin generalistisesta otteesta työhön kuin erikoistuneesta, aluejaosta tehtäväjaon sijaan. On kuitenkin hyvä heti tässä yhteydessä todeta, että maaseutumainen tapa organisoida palvelut ei estänyt erikoistuneen osaamisen viemistä palvelupisteisiin; tässä jaottelussa on kyse lähinnä johtamisen ja organisaatioiden muodostumisesta.

Maaseutumaisen ja kaupunkimaisen toimintatavan suhteen oli myös selvästi hahmottumassa ajatus palveluvalikoiman erilaisuudesta. Se, ettei haja-alueille olla viemässä kaikkia palveluja täysin tasaveroisesti keskustajaman kanssa, lienee ollut selvä kaikille lähtökohtaisesti. Esimerkiksi näytteenotto mainittiin usein rajapintana; sitä ei kannata kaikkialla ylläpitää. Jossain vaiheessa tätä oli tulkittu niin tiukasti, että palvelupistettä

ei ajateltu voitavan pitää yllä, ellei siellä voi tarjota samoja palveluita kuin muissa palvelupisteissä. Maaseutumaisen toimintatavan ajatteluun liittyi sen hyväksyminen, että palvelupiste voi toimia, vaikka siellä ei kaikkia palveluja voidakaan ylläpitää. Yhteispalvelupisteet, sosiaalityöntekijän tai sosiaalityön erityistyöntekijän palvelupisteet esim. kirjastossa tai muun julkisen palvelun yhteydessä kuvastavat tätä ajattelua.

Palvelupisteet vähenevät keskustasta useammin kuin reunoilta

Yksi maaseutumaisen ja kaupunkimaisen toimintatavan eroavuus näyttäisi toimivan muutoksessa toisin kuin yleisesti ajatellaan. Yleinen käsityshän on, että liitos- ja yhtenäistämistilanteissa pienten haja-asutusalueen kuntien palvelut vähenevät ja heikkenevät, ja vastavuoroisesti voidaan epäillä kaupunkikeskuksen palvelujen vahvistuvan pienten kuntien palvelujen kustannuksella. Tämä käsitys osoittautui tämän tutkimuksen aineiston perusteella monellakin tavoin kyseenalaiseksi.

Kun haastateltavilta kysyttiin, onko palveluita keskitetty vähentämällä palvelupisteitä, saatiin 15 vastausta palvelupisteiden vähentämisestä. Näistä 8 kohdistui harvaan asutulle alueelle, 7 taajamiin/kaupunkimaiselle alueelle. Vastaukset siis jakautuivat lähes tasan. Vastaavasti osaamista eriyttämällä toteutettu keskittäminen oli tapahtunut 30 vastauksen mukaan harvaan asutulla alueella, 29 vastauksessa taajamissa/kaupunkimaisilla alueilla. Painotuseroja eivät myöskään vastaajat kertoneet olevan.

Haja-alueiden palvelujen säilyttäminen on luonnollisesti tavoite, joka liittyy kuntaliitoksen tai yhteistoiminnan muodostamisen yhteydessä tehtyihin linjauksiin ja sopimuksiin. Sen lisäksi haastateltavat pohtivat paljonkin uutta alueellista strategiaa, kun aikaisemmin ehkä hyvinkin tiiviistä kaupungista on laajennuttu maantieteellisesti täysin uuteen tilanteeseen. *Palveluverkko* on tässä yhteydessä hyvä, kuvaava termi; joku käytti myös termiä *palvelupeitto*. Kysymys on konkreettisesti siitä, että sopiva palvelupisteiden ja toimintayksiköiden verkosto tulisi muodostaa alueelle tasaisesti ja tarpeen mukaisesti. Muutosta korostaa se, että maantieteellinen laajeneminen tuo mukanaan suhteellisen vähän väestöä, kun haja-alueet ovat harvaan asuttuja. Kun siis lasketaan uuden väestöpohjan mukainen palvelutarve eri palveluissa, saadaan jokin arvio siitä kuinka laajaa toimintaa tarvitaan. Miten sen sitten sijoittaa, onkin hankalampi kysymys. Käytännössä tämä asetelma on johtanut siihen, että aikaisemmat tiiviin asutuksen kaupungit, kuten esim. Oulu, ovat nyt laajemman alueen palveluita organisoidessaan joutuneet pohtimaan keskustaajaman palvelupisteiden harventamista. Vastaavasti esim. Vaasassa, jossa yhteistoiminta ja kuntaliitos ovat tuoneet mukaan hyvin pieniä kuntia suhteessa kaupunkiin, ei tämä tematiikka ole paljoakaan vaikuttanut palvelupisteisiin. Kainuussa välimatkat ovat niin pitkiä, että se määrittelee palvelujen sijaintia. Porin mallina on ollut muodostaa haja-alueille lähipalvelukeskuksia, joihin on koottu eri palvelupisteitä.

Monilla alueilla tiimiytyminen ja siitä jalkautuvat palvelut (ns. keskittämällä hajauttaminen) on ollut keskeinen osa palveluverkkoratkaisua, kun väestöpohja ei ole mahdollistanut palvelupisteitä kaikkiin taajamiin. Myös hajauttamisessa voi olla kysymys keskuskaupungin resurssien jakamisesta, vaikka palvelupisteiden määrä ei muuttuisikaan. Kun isoon kaupunkiin liittyy pieniä kuntia, lisääntyy väestö usein suhteessa melko vähän. Pienissä kunnissa tarve palvelujen kehittämiselle ja jalkautuvalle erityisosaamiselle voi olla suhteessa suurempi kuin väestön lisäys edellyttäisi¹⁹. Näin keskuskaupunki voi joutua paitsi karsimaan omia palveluyksiköitään, myös jalkauttamaan omia osajiaan yhteistoiminta-alueen tai uuden kunnan sisällä aikaisempaa laajemmalle väestöpohjalle ja (maantieteelliselle) alueelle.

Yhtenä yksityiskohtana suhteessa palvelupisteiden vähentämiseen ja keskittämiseen voidaan nostaa erityisryhmien asumisen järjestäminen. Kyseisessä haastattelussa lähtökohtana oli tilanne, jossa yksittäiset kunnat olivat järjestäneet erityisryhmien palveluasumista esim. vapautuville kyläkouluille ja vanhainkodeille, jotka *'sijaitsivat kaikki jossain syrjässä metsässä'*. Asumisen keskittäminen tarkoittaa tässä esimerkissä samalla asukkaiden siirtymistä asutuksen keskelle, yleisten palvelujen ääreen, eli ns. valtavirtaistamista. Tämä toimi voidaan nähdä joko kategorisesti keskittämisenä, palvelujen viemisenä pois kunnista keskus- / isäntäkuntaan; tai se voidaan nähdä vammaispoliittisena integraation tavoitteiden toteuttamisena. Palvelujen muutoksessa on hyvin harvoin yksiselitteisiä ratkaisuja, ja näkökulmasta riippuu onko muutos toivottu vai torjuttava.

¹⁹ Vrt. Heinämäki 2011

Uudet palvelumuodot vahvassa nousussa

Samalla kun keskustelua palveluverkon organisoinnista ja kattavuudesta käydään, on palveluissa tapahtunut paljonkin uusien palvelumuotojen innovatiivista muodostamista. Sitä tapahtuu toisaalta alueellisen paineen vuoksi, mutta yhtä lailla uusien palvelukokonaisuuksien muodostamisen ansiosta. Aikaisempaa saumatomampi yhteistyö, sektorirajojen ylittäminen ja muut muutokset ovat mahdollistaneet monissa palveluissa jo pitkään kehiteltyjen ideoiden eteenpäin viemisen. Pelkästään avoimuuden palvelujen monipuolistamisesta kertoi 20 haastateltavaa.

Uusista palvelumuodoista korostuivat haastattelujen kokonaisuudessa muutama. Palveluohjaus eri muodoissaan, asiakkaiden kuulemisen mallit, kotiin vietävä hoito ja kuntoutuksen uudet toimintamallit nousivat toistuvasti esiin joko jo toteutettuina, suunnitteilla tai toiveissa olevina.

Palveluohjauksen tarpeen kasvulle on selkeät perusteensa kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Laajemmalle väestöpohjalle siirtyvät palvelut johtavat asiakkaiden etäännyttämiseen palvelujen hallinnosta ja johdosta. Vahvasti toteutettu osaamisen eriyttäminen johtaa erillistyviin palveluihin, eikä asiakkaan tilanteesta välttämättä ole kokonaiskuvaa kenelläkään. Asiakkaiden tuntemus vähenee, ja viestit palvelutarpeesta voivat häädä tunnistamatta. Toisaalta varhaisen vaiheen ennaltaehkäisevä tuki ja palvelut on nähty keinoksi vähentää raskaiden ja kalliimpien palvelujen tarvetta. Palveluohjausta on opittu käyttämään palvelujen oikea-aikaisuuden turvaamiseen. Näin asiakas- tai palveluohjaus on saanut uusia tavoitteita ja rooleja palvelujärjestelmässä.

Olemassa olevien palvelujen löytäminen ja asiakkaalle sujuvasti on yksi ja ilmeisin palveluohjauksen näkökulma. Esimerkiksi Hämeenlinnassa on muodostettu keskelle kaupunkia matalan kynnyksen palvelu- ja ohjauspiste Kastelli. Sen periaatteena on ohjata asiakas oikeaan palveluun: ”yhteen yksikköön koottiin eri palvelujen henkilöt, eivät enää hajallaan niin että asiakkaan olisi kuljettava”. Palveluneuvojat kartoittavat asiakkaan tilanteen ja ohjaavat oikean henkilön luo. Mikkelissä ensipalveluun liittyy ohjaus, ja vanhuspalveluihin on muodostettu palveluohjausyksikkö, jossa tehdään tarvekartoitukset ja palvelusuunnitelmat asiakkaan kanssa sekä niihin liittyvät päätökset. Oulussa palveluohjaus on muodostettu tilaajatoiminnan osaksi. Vastavaa toimintaa, joskin hieman hajautetumpaa, tuli esille muillakin alueilla. Usein palveluneuvontaa ja -ohjausta järjestetään osana muuta palvelua, ja kyse voi olla myös uudeltaisesta suhtautumisesta asiakkaan ohjaukseen enemmän kuin muutoksesta palvelukokonaisuuksissa.

Asiakkaan ohjaus aktiivisuuteen on toinen asiakasohjauksen nouseva näkökulma. Asiakasta ei vain ohjata palvelujen piiriin, vaan pyritään vaikuttamaan palvelutarpeeseen. Asiakasta ohjataan ennaltaehkäisyyn ja omahoitoon, esimerkiksi Aavan alueella kehittämisohjelmaan liittyy elämäntapaohjaus ja elämäntaparyhmiä, ja tiimityönä organisoitu paljon palveluita käyttäville omahoidon tukeminen ja ohjaus siihen. Eksotessa koko palveluajattelua oltiin haastatteluajankohtana uudistamassa sisältämään ennaltaehkäisevän, asiakkaan aktiivisuuden varaan rakentuvan sähköisesti tuetun vaiheen.

Asiakkaiden kuuleminen on noussut myös näkyvästi, perustana samankaltaiset aiempaa laajempaan alueeseen liittyvät päätöksenteosta etäännyttämisen ja demokratian turvaamisen tarpeet kuin palveluohjauksessa. Asiakas- ja palveluohjaus muodostavat yhden kanavan asiakkaan kuulemiselle, ”valintojen tarjoaminen sekä asiakkaan kuuleminen” Uusia asiakkaiden kuulemisen tapoja on muodostettu joko yleisinä, alueellisina tai palvelukohtaisena; erilaiset asiakasraadit ja -ryhmät, palautemekanismit ja -kanavat ovat yleistyneet joko koko kaupunkia/ aluetta koskevina tai alueellisena:

”Tämä malli mahdollistaa myös kuntalaisten oman osallistumisen paremmin sekä alueiden oman identiteetin muodostamisen”.

Asiakaslähtöisyys mainittiin usein yhteisenä lähestymistapana; erityisesti se korostui Hämeenlinnassa jossa lähes koko haastateltujen joukko tarkasteli palvelujen muutosta ensi sijassa asiakaspintaan peilaten. Myös monilla muilla alueilla asiakasajattelua oli uudistettu ja tarkasteltu perinpohjaisesti, joskaan sitä ei pidetä helppona uudistuskohdeena: ”sekä tekniset välineet ja keinot että henkilöstön asenteissa kehittämistä”. Toisaalta asiakkaan omahoitoa tukevat erikoistuneet hoitajat (esim. diabetes-, reuma-, astma- ja muistihoidajat) ovat lisääntyneet, eli rakenteita ja toimintamalleja tämän toiminnan kehittämiseen on luotu.

Kotiin vietävässä hoidossa on tapahtunut tutkimusalueilla paljon muutoksia. Kotihoitoon on muodostettu uudenlaisia tiimejä, ja kotihoidon rinnalle tai sisälle on muodostettu laitos- ja kotihoidon välimaastoon uusia toimintamalleja. Erilaiset tehostetut tiimit tms. mahdollistavat kotiutumisen nopeasti. Ominaista tälle palvelulle on, että se on tavanomaista kotihoitoa merkittävästi intensiivisempää ja hoidollisempaa, ja se on rajattu tiettyyn aikaan ja perustuu tilapäiseen tarpeeseen. Tämä kehitys on luonteva jatkumo jo ennen Paras-uudistusta käynnistyneelle²⁰ kotihoidon yhdistymiselle ja kotiutustoiminnan kehittymiselle. Ehkä suurin muutos kotiin vietävissä palveluissa on määräaikaisen, kohdennetun akuuttihoiton roolin kasvu. Kotisairaalatoimintaa on aiemmin pidetty lähinnä saattohoitona, mutta nyt lääkäripalvelujen hyödyntäminen kotihoidossa on lisääntynyt myös muissa tilanteissa, ja myös silloin kun ei ole kyse kotiutustilanteesta. Esimerkiksi Porissa on sairaalaosaston lopettamisen johdosta vapautuneen henkilöstön resurssuja käytetty kotiin vietäviin akuuttihoitoon. Tämä palvelumuoto on tärkeä myös yhä kasvavan palveluasumisen käytäntöjen vuoksi. Selaisillakin alueilla, joilla tätä toimintaa ei vielä ollut, sitä pohdittiin tai valmisteltiin.

Akuutti kotihoito uutena palvelumuotona on paljon muutakin kuin tietty hoitojärjestely. Kyseessä on kokonaan uusi palveluajattelu, jossa hoito ja hoiva yhdistyvät hoivan ympäristössä. Lääkärin ja hoitajan roolit vastaanotto toiminnan ja sairaalaosaston ulkopuolella, asiakkaan kotiympäristössä ovat uudenlaiset. Ajattelun muutos on suuri, kun aikaisemmin sairaalahoitoa edellyttävänä nähtyjä hoitotoimenpiteitä aletaan arvioida uudelleen kotihoidon toimintana. Tällä alueella tulee tapahtumaan jatkossa edelleen lisääntyvää innovatiivista monimuotoistumista, kun kotona asuminen laitoshoidon vaihtoehtona lisääntyy.

Toinen suuri, kasvava palvelukokonaisuus löytyy kuntouttavan toiminnan eri muodoista. Tämä kytkeytyy kotihoidon ja yleensä avohoidon lisäämisen tavoitteisiin. Kuntoutusta on lisätty ja kehitetty monella tavoin. Palveluyksiköiden ja tiimien profilointi on toteuttanut tätä, kun uuden laajemman alueen terveyskeskuksiin ja -asemille on muodostettu esimerkiksi aivohalvaushoidon, postoperatiivisen hoidon tai muun kuntoutusosaamisen keskittymiä. Terveyskeskusten vuodeosastojen vähentämisen myötä on voitu järjestää erillisiä kuntoutusyksiköitä, ja mielenterveys- ja päihdepalveluissa on kehitetty avokuntoutusta. Vanhuspalveluihin tuotu geriatrinen osaaminen suuntautuu myös kuntouttavaan toimintaan, ei enää vain muistihäiriöiden hoitoon. Fysioterapia ja muu kuntouttava toiminta liitetään yhä useammin peruspalveluihin ja ulotetaan myös kotihoitoon. Erilaista päivä- ja vertaistoimintaa organisoidaan sosiaalisen kuntoutuksen turvaamiseksi.

Kuntoutus nousi esiin avo- ja laitospalvelujen suhdetta käsiteltäessä, mutta myös osana osaamisen kehittämistä, perus- ja erityistason palvelujen yhtenäistämisenä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation osana. Jotkut haastateltavat näkivätkin kuntouttavasta toiminnasta olevan kasvamassa uusi vahva painopiste tulevaisuuden palvelujärjestelmää rakennettaessa.

4.2 Hallinnon, organisaation ja tuottamisen ratkaisuilla on merkitystä

Kunta- ja palvelurakennemuutuksen eri vaiheissa on usein esitetty, että muutokset tuottavat hallinnollisia muutoksia mutta eivät ulotu käytäntöihin. Tässä tutkimuksessa muutosprosessin analyysi osoittaa (luku 2) että muutos on kohdistunut hallinnon ja organisaatioiden lisäksi myös toimintaan ja käytäntöihin, ja muutoksen lähtökohtana on ollut toiminnallisia muutostarpeita yhtä lailla tai enemmänkin kuin hallinnollisia.

Toisaalta hallinnollisia muutoksiakaan ei voi kutsua *pelkästään* hallinnoksi. Monilla hallinnon muutoksilla ja ratkaisuilla on vaikutuksensa palvelujen organisointiin, tavoitteenasetteluun, päätöksentekoon ja tuottamisen ratkaisuihin. Vaikutus ei aina ole suora eikä välitön, mutta erilaisia alueita tarkastellessa vaikutukset nousevat esiin. Saman kaupungin/alueen eri palvelujen vastuuhenkilöiden erilliset haastattelut tiiviisti muuttaman päivän aikajanaalla antavat hyvän käsityksen tässä raportissa tarkasteltujen muutosprosessien ja -teijöiden lisäksi myös kyseisen kaupungin/alueen hallinnon, johtamisen ja strategisen ohjauksen prosessien läpäisevyydestä. Seuraavassa tarkastellaan kahta tässä tutkimuksessa esiin nousutta näkökulmaa, jotka yhdistelevät haastattelujen eri elementtejä.

²⁰ Kokko ym. 2009

Strateginen johtaminen tilaajajohdon vahvuutena

Tässä tutkimuksessa ennako-odotuksena ei ollut etsiä joitain tiettyjä eroavuuksia erilaisten organisaatiomallien tai palvelujen tuottamistapojen välillä. Haastattelujen myötä näyttäytyi kuitenkin selkeästi, että tilaaja-tuottajamallia käyttävien kaupunkien (Oulu ja Hämeenlinna) ja muiden kaupunkien/alueiden välillä on näkyvä ero siinä, miten strategisia linjauksia käytetään ja ulotetaan palvelujen ratkaisuihin.

Merkittävin ero näiden eri toimintamallien kesken oli se, että tilaaja-tuottajamallin kaupungeissa kaupungin oma kokonaisstrategia näkyi läpi haastattelujen linjauksina ja toiminnallisina ratkaisuin. Kaupungin strategiaan viitattiin eri haastatteluissa kaikilla palvelualueilla, niin päätöksentekoon kuin toiminnan organisointiin ulottuen. Vastaavasti ”perinteisen” mallin kaupungeissa ja alueilla korostui sosiaali- ja terveydenhuollon oma strategia tai jopa palvelualueiden omat strategiset linjaukset irrallaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudesta. Tilaaja-tuottajamallin kaupungeissa haastateltavat erillään kuultuina puhuivat hyvin yhtenäisesti muutoksen linjauksista, tavoitteista ja niiden muokkaamisesta. He myös viittasivat usein suoraan kaupungin kokonaisuuteen liittyviin asiakirjoihin, päätöksiin ja toimielimiin, esim.

”Hallinnollisesti merkittävintä on se että terveystaloutta koskeva poliittinen päätöksenteko tehdään kaupungin organisaatiossa” (Hämeenlinna).

Käytännön esimerkkinä tästä yhtenäisyydestä ja strategian vaikutuksista voisi nostaa Hämeenlinnan asiakaslähtöisyyden ja kaupunginosapolitiikan, sekä Oulun strategisen johtamisen ja prosessiajattelun mallin. Asiakaslähtöisyys Hämeenlinnassa tuli esille haastattelun kaikilla osa-alueilla, lähes kaikkien haastateltavien kanssa. Tämä kaupungin strateginen linjaus tuli vahvasti esiin toiminnan kuvauksina, ei niinkään sloganityyppisenä julistuksena. Asiakaslähtöisyys ilmeni käytännön toimina ja tehtyjen muutosten, linjausten ja päätösten perusteluina. Tässä tutkimuksessa ei aineiston keruutavan perusteella (ks. luku 1.6) toteutettu diskurssi-analyysejä, mutta joitain ilmaisuja tätä päätelmää tukemaan voidaan esittää.

”Tavoitteena on ollut että kuntalainen/ asiakas saa palvelut mahdollisimman selkeänä ja yksinkertaisena, eikä huku palvelujen viidakkoon” (Organisaatorakenteen perustelu)

”Merkittävin muutos on ollut ajattelutavan muutos suhteessa asiakastyöhön, on selkiytynyt yhteiset tavoitteet ja yhteistyö on selkiytynyt asiakkaan ympärillä” (Koko muutosprosessin merkityksen arviointi)

”Pyritään tuomaan kuntalaisille laajemmin ja aikaisemmin palveluita, etenkin mielenterveytytyössä” (Muutoksen lähtökohdat)

”Asiakaslähtöisyys on keskeisesti esillä, mukana myös kaikessa kehittämisessä ja eri hankkeissa”

”Tavoite on asiakkaan hyvä; toiminnot ovat kunnan ja asiakkaan kannalta merkittävästi tehosteet”

Vastaavasti Oulun kaupungin yhteisestä strategiasta rakentunut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen johtajuus heijastui useammalla eri tavalla:

”Kokonaisuudessaan hyvinvointipalvelut ovat tulleet enemmän mukaan kaupungin kokonaisuuteen”

ja

”haetaan uutta tapaa koordinoida ja viedä hyvinvointipalvelut kaupungin kokonaisstrategiaan.”

Tämä strateginen työskentely ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin toimintaa yhteisten suunnitelmien ja ohjelmien kautta:

”Hyvinvointisuunnitelmaan perustuva palveluohjelma, jonka yhdistymishallitus on koonnut”

”Järjestämistä vastuussa mukaan tulee selvästi enemmän strateginen taso”

Tämä linjaus tulee esille monissa käytännön esimerkeissä ja ulottuu palvelujen toteutukseen saakka:

”Ennaltaehkäisevän työn vastuu yhdessä nuoriso- liikunta- koulupuolen kanssa, yhteistä johtoryhmätyötä sen lautakunnan kanssa”

”Yhdistymishallitus linjaa paljon asioita jotka aikaisemmin ovat olleet lautakunnassa. Esim. palvelujen kriteerit ja kohdentaminen nyt yhdistämishallituksessa”

Kyseessä ei ole pelkkä ylhäältä alas suunnattu kaupungin strateginen ohjaus, vaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon osallisuus ja merkitys koko kaupungin johtamisessa korostuu, ulottuen palvelutuotannon näemyksiin:

”Näin iso tuotanto on merkittävässä roolissa kaupungin sisäisissä palveluissa”

”Palveluntuotannon johtaja on mukana kaupungin laajennetussa johtoryhmässä...[...] Strategiseen ajatteluun tuotannon näkemys mukaan johtoryhmän kautta”

Kaupungin yhteisessä strategiassa mukana oleminen tuo myös mahdollisuuden vaikuttaa palvelujen järjestämiseen lähtökohdista käsin, ei pelkästään palvelutuotannon kustannuksia hiomalla:

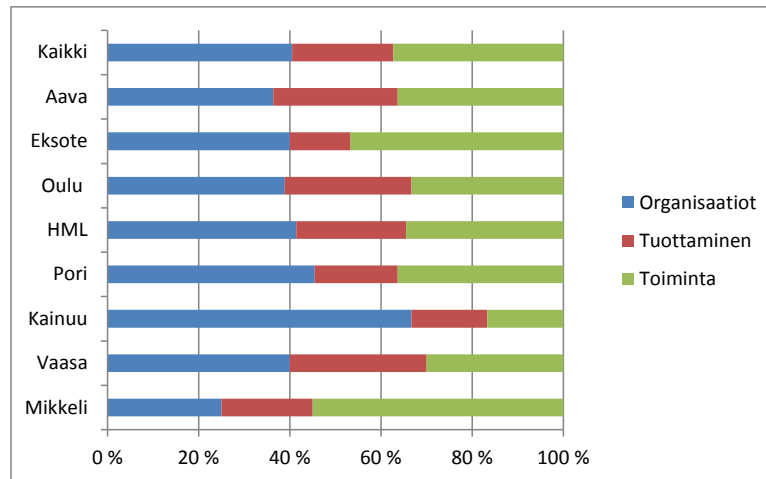
”Tilaaajatuottajamalli on nimenomaan mahdollistanut sen että ollaan mukana eri tahoilla, esim. yhdyskuntasuunnittelussa, joukkoliikenteen suunnittelussa [...] päästään oikeasti vaikuttamaan”

”Aikaisemmin voitiin vaikuttaa palveluntuotannon kustannuksiin suuremmin, mutta palvelujen kohdentaminen on se jolla tässä voidaan saada suuremmat hyödyt”

Molemmissa näissä tilaaja-tuottajamallin kaupungeissa oli käytössä myös palvelujen organisointi ns. elämäntapa- ja toimintamallin mukaisesti. Sen merkitys palvelujen muutokselle on laajojen kokonaisuuksien ja ylisektorisen toiminnan muodostaminen, mikä ei sinänsä edellytä tilaaja-tuottajatajan käyttöä. Näissä kaupungeissa on yhdistetty molemmat toimintatavat strategisesti siten, että tilaamisen ja tuottamisen organisoituminen tukee aikaisempien hallinnonala- ja palvelurajojen ylittämistä ja edellyttää tilaamis- ja tuottamisyhteistyötä usean palvelualan välillä: *”Siilomainen hallinto on näin saatu purettua kun tilataan ristiin ja tilauksessa edellytetään yhteisiä tavoitteita”* (Hämeenlinna). Näin estetään palvelujen välisten rajojen uudelleen muodostumista ja tilaaja-tuottajatyön urautumista.

Organisaation, toiminnan vai molempien muutos?

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella on myös hyvä pohtia, miten erilaiset muutokset toiminnassa liittyvät organisaatiouudistuksiin. Haastattelussa kysyttiin, mihin muutos kohdistuu (ks. luku 2.1): hallintoon, organisaatioon, toimintaan tai tuottamistapaan. Yhteensä haastateltavat, johtajat mukaan lukien, nimesivät 190 kohdennusta. Näiden tarkastelu alueittain voi antaa hieman suuntaa siihen, onko organisaation muutos liittynyt määrällisesti muihin muutoksiin. Alueilta haastateltiin eri määrä henkilöitä, mikä sulkee pois mahdollisuuden tehdä päätelmiä suoraan mainintojen määrän perusteella. Haastateltavien mainitsemiin organisaatioon kohdistuviin muutoksiin voidaan kuitenkin suhteuttaa muita muutoksia. Asian selkeyttämiseksi on tästä kuvion 30 tarkastelusta on jätetty pois hallinnon muutos, joka lähtökohtaisesti oli toteutunut kaikilla alueilla.



Kuvio 30. Organisaation, tuottamistapojen ja toiminnan muutosten keskinäinen suhde alueittain.

Kun verrataan alueittain organisaatiomuutoksien suhdetta muihin muutoksiin, on nähtävissä joitain eroavuuksia jotka ovat osittain jo aiemmassa tarkastelussa saaneet perustelunsa. On myös huomioitava, että haastateltavien jakautuminen toimijoihin ja yleisjohtoon vaikuttaa näihin painopisteisiin, joten tätä tarkastelua on pidettävä hyvin yleisluontoisena ja enemmänkin yleistä pohdintaa herättävänä kuin alueiden vertailuna.

Organisaatiomuutoksia oli yhteensä 40 % mainituista muutoksista; merkittävästi tästä poikkesivat Mikkelä ja Kainuu. Kainuussa organisaatiomuutos kattaa yli 60 % uudistuksista, kun taas toiminnan muutoksia oli alle 10 % mainituista. Mikkelissä organisaatiomuutos kattoi vain hieman yli 20 % muutoksista, ja toiminnan muutoksia oli yli puolet muutoksista. Eksotessa muutos painottuu keskiarvoon verrattuna enemmän toimintaan. Nämä havainnot vastaavat hyvin haastattelujen antamaa kokonaiskuvaa. Muiden alueiden ja kaupunkien osuudet olivat hyvin samankaltaisia, vain jonkin verran eroa oli nähtävissä tuottamistapojen muutoksen osuudessa. Ei siis voida yksiselitteisesti todeta, että organisaatiomuutos ja toiminnan muutos kulkisivat yhteismitallisina.

Haastatteluiden kokonaiskuva kuitenkin kertoo, että organisatorisesti rohkeat ratkaisut edistävät toiminnallista uudistusta, on *”lupa muuttaa ja tehdä innovaatioita”*. Usein toistuneet kommentit palvelujen kehittämisen ja uudistamisen tarpeista ja linjauksista kertovat organisaatorajojen poistumisen myötä syntyneitä uutta toiminnan vapautta, lisää mahdollisuuksia ja yhteistyön lisääntymistä: *”yhteinen into ja tahtotila on ollut tehdä tätä hommaa”*. Toinen toistensa työn tuntemus, yhteisten tavoitteiden tunnistaminen ja toiminnan yhdessä ideominen tulivat vahvuuksina esiin voimakkaasti:

”Muutoksia on viety sillä tavoin että asiat ovat edellä, terveen järjen käyttö, ei kiistellä siitä kuka päättää vaan asiakkaan prosessi on keskeisenä”

”Aito muutoshalu ja halu tehdä paremmin, nähdään mitä pitää tehdä että pystymme tuottamaan palvelut”

Muutosprosessi ruokkii itseään ja muutos kumuloituu:

”Laki laittoi liikkeelle, toiminnan edetessä myönteiset kokemukset ovat keskeisiä jatkossa”

Tilaja- tuottajamallien kaupungeissa tilajahallinnon yhteistyöllä nähtiin olevan suuri merkitys palvelukonaisuuksien, hoitoketujen ja uusien palvelutuotteiden kehittämisessä: *”Tilajayksikkö keskittyy rakenteen suunnitteluun ja pystyy vaikuttamaan monialaisesti.”* Tilajajohtajista useimmilla oli taustanaan kokemusta kunnallisista esimies- ja johtamistehtävistä ns. perinteisissä organisaatioissa. Siltä pohjalta he kykenivät vertailemaan eri mallien toteuttamista:

”Kehittämistyön mahdollisuus, tekemisen meininki, henki, draivi; tällaisessa organisaatiossa kirjastuu helpommin, kun tuottamisen käytännöt ja arki on irrotettu suunnittelusta ja tavoitteenasettelusta”

Monet haastateltavat pitivät organisaation muutosta tärkeänä prosessien käynnistäjänä, eivät itsetarkoituksena:

”Yhteiset tilat nyt, ja hankkeet ovat vahvistaneet yhteistä tekemistä”.

”Henkilöstön johtaminen ja toimintatapa ei ole laista kiinni. Kun organisaatioita on muodostettu uudestaan, jouduttiin perehtymään lakeihin tarkoin ja on sellainen kulttuurikin että ei katsota aina sitä rajausta. Lakisäätöihin menoihin vetoaminen voi olla jossain myös tapa välttää poistumasta omalta mukavuusalueelta. Voimavarojen vapauttamisen tarvetta olisi paljon, ihmiset osaisivat ja voisivat tehdä paljon enemmän.”

4.3 Kokoavia havaintoja aineistosta

Koko aineiston ja sen läpikäynnin pohjalta voidaan koota joitain havaintoja ja päätelmiä, jotka nousevat teemojen ohi ja samalla viitoittavat näkökulmia joita jatkossa olisi hyvä seurata ja arvioida.

Viestintää ja tiedottamista

Edelleen nousee esiin muutosviestinnän merkitys muutosprosessin implementaatiossa. Tässä tutkimuksessa se liitettiin muutokseen myönteisesti vaikuttaneisiin tekijöihin, mutta myös monissa muissa yhteyksissä sitä korostettiin tärkeänä. Viestintää, tiedottamista ja asioiden viemistä eri tahoille tarvitaan moneen suuntaan: kuntien päätöksentekoon, kansalaisille, omalle johtoryhmälle ja omille työntekijöille. Se on tehtävä johon johtajien eri tasoilla tulee olla valmis, ja sen nähdään olevan osa muutosprosessia: *”Vaatii tiedon tuomista, väärinkäsityksiä oikaistava, oltava valmis tulemaan ihmisten kuultavaksi”*. Tässä korostuu se muutostahto, draivi, halu toimia, joka tuli vahvasti esiin muutokseen myönteisesti vaikuttavana tekijänä:

”Muutos henkilöityy, pitää olla muutamia tulieluja ja innokkaita ihmisiä jotka jaksavat vääntää ja viedä asiaa eteenpäin”.

Strategialla on merkitystä

Haastatteluissa kävi selvästi ilmi, että strategisen työn vahvuus ja näkyvyys oli suorassa yhteydessä muutoksen kokoluokan ja merkityksen kanssa. Strategioita ja niiden käyttöä ei erikseen kysytty, joten määrällistä analyysyä ei siltä osin voida aineistosta tehdä. Oli kuitenkin selvästi nähtävissä, että suurimpien muutosten kaupungeissa ja alueilla (Oulu, Hämeenlinna, Eksote) strateginen työ oli pitkästi käytäntöjä linjaavaa, rakenteita luovaa ja uudistuksia ohjaavaa. Haastateltavat palvelualuejohtajat näillä alueilla kuvasivat varsin yhdenmukaisesti laajoja tavoitteita ja kytkivät oman palvelualueensa käytännön tavoitteita yhteisiin linjauksiin. Vastavasti esimerkiksi Vaasassa ja Porissa, joissa on ns. perinteinen kunnallishallinnon prosessi, kaupungin strategia ei ollut juurikaan vaikuttanut haastateltavien palvelupuheeseen, ja palvelujohtajien tapa puhua tavoitteista kohdentui olennaisesti oman palvelualueen sisältöihin. Aavassa, Mikkelissä ja Kainuussa kuvattiin kyllä yhdenmukaisesti oman organisaation tapaa toimia, mutta yhtymäkohtaa laajempaan strategiaan ei ollut yhtä selvästi näkyvissä.

Muutos on toimintaa

Tässä tutkimuksessa palvelujen muutos näyttöytyy toiminnan, toimintayksiköiden ja organisaatioiden muutoksena enemmän kuin hallinnon himmeleiden rakenteluna. Tämä tutkimus ei ulotu asiakaspintaan, kuulemaan kuntalaisten kokemuksia ja mielipiteitä, joten siltä osin ei voida arvioida ovatko toiminnan ja organisaatioiden muutokset tuottaneet asiakkaille sitä hyvää, mitä niillä on tavoiteltu.

Muutoksen kokonaisuudessa ehkä hieman yllättävä piirre oli se, että tuottamistapojen muutos oli kuitenkin suhteellisen pieni verrattuna muuhun muutokseen. Erilaiset julkisuudessa esillä olleet mallit, uhkakuvat ja tavoitteet palvelujen muutoksista ovat nostaneet nimenomaan tuottamisen esille esim. julkisten ja yksityisten palvelujen tuottamisen eroavuuksien ja muutosten osalta.

Keskittämisen pelossa torjuttu muutos?

Tutkimus ei tuo palvelujen keskittämistä esiin keskeisimpänä muutoksena eikä myöskään toiminnan tavoitteena. Keskittämistä olisi todennäköisesti tehty enemmän, ellei liitos- ja yhteistoimintaneuvotteluissa sitä olisi niin voimakkaasti torjuttu:

”Keskustelua pitää käydä siitä miten voidaan pitää kiinni vanhasta rakenteesta mutta samalla tuottaa toiminnallisia säästöjä - onko yhtälö mahdollon”.

Keskittämisen vaihtoehtoja ja sitä korvaavia palvelujen tehostamisen muotoja on ehkä tämän torjunnan vuoksi aktiivisemmin etsitty. Toisaalta joissain tilanteissa palvelujen keskittäminen nähdään väistämättömänä seurauksena esim. asukkaiden vähenemiselle haja-alueilta, eikä siihen liity suurempia pyrkimyksiä tai vastarintaa.

Alueelliset reunaehdot olivat haastatteluissa jatkuvasti esillä mm. siten, että toimintatapojen tunnustetaan eriytyvän eri osissa kuntaa / aluetta: *’Palveluita ja johtamista on jo mietitty eri tavalla keskustassa ja reuna-alueilla’*. Keskittämiskeskusteluun tärkeä näkökulma on myös toteamus, että

’Keskittäminen ja hajauttaminen eivät niinkään ole se kysymys, vaan työpanoksen kohdentaminen oikein, ei niinkään sen paikka’.

Voisi todeta, että paljon puhuttu palvelujen sokea keskittäminen ei saanut tässä tutkimuksessa todennusta, eikä muutoksien tarkastelu ensi sijassa keskittämisteeman kautta ole tämän aineiston perusteella perusteltua.

Osaaminen ja sen muutos

Muutoksessa merkittäväksi nousee osaamisen käytön tehostaminen. Osaamista tarkastellaan aiempaa laajemmin yli sektoreiden ja pyritään kokoamaan tarvittava osaaminen asiakkaan saataville. Tämä on merkittävä muutos aikaisempaan organisaatio- ja ammattilaiskeskeiseen toimintatapaan nähden, ja tulee edellyttämään myös osaamisen uutta uusintamista.

Tässä haastattelussa eivät uudistuvat osaamistarpeet nousseet omana teemanaan juurikaan esiin. Joissain aktiivisesti osaamisen käytön tehostamista toteuttaneissa palveluissa sitä pohdittiin osana henkilöstön työnkuvien eriyttämistä. Täydennyskoulutus ja sen tarve tulevat olemaan suuressa muutoksessa, ja lisäksi muutos tulee eriytymään alueittain ja aloittain. Eriytyminen perustuu osaksi organisaatorakenteeseen. Jos yksiköitä ja palvelupisteitä eriytetään, on henkilöstön erityisosaamiselle erilaiset tarpeet ja tavoitteet kuin silloin, jos yksiköt ovat laaja-alaisia ja henkilöstön osaamista eriytetään työnkuvilla.

Hajanaisille palveluille eniten hyötyjä

Muutos edellyttää joiltain osin kokonaan uutta palveluajattelua ja osaamista. Eriytyvät asiakasryhmät esim. vammais-, mielenterveys- ja päihdetyön palveluissa ovat niitä, joiden palvelut on järjestetty hajanaisesti. Hajanaisuudella viitataan tässä lähinnä pirstaleiseen palvelujärjestelmään, jossa palveluista päättää ja niitä tuottaa useita eri tahoja: erityistaso, peruspalvelut, alueelliset, kuntakohtaiset, sektoroituneet, yhdistyspohjaiset palvelut, itse tuotetut ja muualta hankitut palvelut muodostavat laajan kokonaisuuden. Monilla tämän tutkimuksen alueista näiden kokonaisuuksien yhtenäistämistä oli jo lähdetty suunnittelemaan ja toteuttamaan.

Näiden palvelujen muutos ei kuitenkaan ole lähtenyt niin vahvasti yhtenäisiin rakenteellisiin muutoksiin kuin esim. laajoja väestöryhmiä koskeva vanhusten palvelusektori. Myös käytännön syistä eli eri tahojen ja tasojen voimassa olevien sopimusten vuoksi tämä muutos on selvästi hitaampi kuin oman toiminnan uudelleen organisointi. Tämä muutos tulee kuitenkin merkittävästi vaikuttamaan palvelurakenteisiin erityisesti pienten asiakasryhmien palveluissa, joissa pienet kunnat eivät aiemmin ole voineet toteuttaa palveluita itse,

mutta laajemmalla väestöpohjalla se nähdään mielekkääksi. Tämä on yksi selvä muutos laajemmista väestöpohjista johtuen ja tätä voidaan pitää palveluita selkeyttävänä.

4.4 Pohdintoja palvelujen muutoksesta

Lopuksi nostetaan esille muutama vapaammin pohdittu ajatus palvelujen muutoksesta koko tutkimusjatkumon näkökulmasta, alkaen Paras-uudistuksen seuranta luotaavasta ParasSote -kyselystä²¹.

Ensinnäkin voidaan todeta, että palvelujen näkyvyys kunta- ja palvelurakenteen osana on viime vuosina merkittävästi lisääntynyt. Paras -uudistuksen alkuvaiheessa huomio kiinnittyi kuntarakenteen muutoksiin, eikä vielä vuoden 2009 kyselyssä palvelujen järjestämistä ja toteuttamista oltu läheskään kaikissa kunnissa ja alueilla mietitty. Yhteistoiminta hallinnollisena ratkaisuna oli uusi, eikä sen käytännön toteutus ollut täysin selkeä edes kaikissa niissä kunnissa, jotka olivat jo tehneet päätöksen yhteistoiminta-alueeseen liittymisestä.

Tässä tutkimuksessa haastateltavina olivat palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta vastaavat henkilöt yhteistoiminta-alueilla ja tutkimuskaupungeissa. On tietenkin luonnollista, että heillä on hyvä tietoisuus palvelujen järjestämisen ja tuottamisen tavoitteista ja toteuttamisesta alueellaan. Haastatteluissa korostui kuitenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen entistä merkittävämpi rooli koko kaupungin näkökulmasta. Taloudellinen merkitys on tiedostettu ikärakenteen muutoksesta johtuvan palvelutarpeen muutoksen vuoksi hyvin. Sen lisäksi nousevat tässä aineistossa strategiset näkökulmat ja yhtenäiset asiakkuuden muutokset koko alueen/ kaupungin toimintaa koskevin. Kyseessä on kaksisuuntainen muutos; toisaalta halutaan aiempaa tiiviimmin liittää sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutus koko alueen/ kaupungin strategiaan ja toimintaan, toisaalta nähdään että sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta syntyy reunaehtoja jotka määrittävät koko kaupungin taloutta ja toimintaa. Palvelujen järjestämiselle ja tuottamiselle on tullut systeemistä merkittävyyttä sen inhimillisen ja arvoperustaisen painoarvon lisäksi.

Muutoksen kokonaisuuden osalta tässä aineistossa kiistatta korostuu, että kyseessä on toiminnan, laadun ja sisällön muutos enemmän kuin organisaation. Verrattuna Paras -uudistuksen alkuvaiheeseen sekä vuoden 2009 runsaiden kuntaliitos- ja yhteistoiminta-aleratkaisujen jälkeisiin vaiheisiin (esim. yhteistoiminta-alueiden haastattelut 2010) on tässä aineistossa nähtävissä toiminnallisen muutoksen korostuminen. Paras -uudistuksen alkuvuosina puhuttiin paljon hallinnollisista himmeleistä ja niiden välttämisestä. Yhteistoiminta-alueiden muodostaminen ja erityisesti järjestämisvastuun siirtäminen toiselle kunnalle tai organisaatiolle oli kuntapalveluissa varsin uutta, ja uusien toiminta- ja hallintomallien luominen edellytti paljon huomiota. Osalla alueista myös tuottamistapojen erilaistuminen vaati paljon huomiota. Kuntarajat ylittävä yhteistyö tuotti pohdintaa; kustannusten jako, päätöksenteon rakenteet, henkilöstön asema ja muut organisoitumisen kysymykset edellyttivät paljon päätöksiä. Palveluista puhuttaessa huomio kiinnittyi harmonisoinnin tarpeeseen monilla tasoilla.

Sosiaalipalvelut muutoksessa -raportti²² kuvaa sosiaalipalveluiden muutosta kunta- ja palvelurakennemuutoksessa vuosina 2008–2011. Siinä organisaatioiden muutos on läsnä työntekijän ja asiakkaan näkökulmasta. Kokonaisuudesta voi todeta, että työntekijöille muutoksen kohtaaminen on ollut haastavaa, koska organisaatioiden muuttuessa ylikunnallisiksi asiakkaan kohtaaminen ja koko asiakastyön perusta muuttui. Työntekijän uusi identifioituminen palvelujen prosessissa vaati muutoksen käsittelyä ja hyväksymistä. Erityisesti Paras -uudistukseen saakka kuntakohtaisesti hoidettuun sosiaalityöhön tuli paljon alueellistumiseen liittyviä toimintatapojen ja osaamisen käytön muutoksia. Vuonna 2012 haastatteluaineistossa oli jo selkeästi jätetty organisaatioiden ja hallinnon muutos taustalle. Niistä puhuttiin, ja ne olivat läsnä niin haasteina kuin mahdollisuuksina. Päähuomio oli kuitenkin selvästi toimintojen sujuvuudessa, prosessien kehittämisessä, palvelujen laadussa, osaamisessa ja palvelujen tarvevastaavuudessa. Tämä on merkittävä askel palvelurakennemuutokselle.

21 Kokko ym. 2009

22 Virkki ym. 2011

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia, toimintoja ja organisaatioita on tämän tutkimuksen tutkimuskunnissa ja -alueilla systemaattisesti pyritty viemään yhteen, on silti näkyvissä joitain piirteitä joissa sosiaali- ja terveyspalvelujen eroavuudet edelleen näkyvät. Terveydenhuollon palvelut ovat selvästi tiiviimmin kiinni rakenteissa, rakennuksissa, kalliissa laitteissa ja lääkärin tehtävissä. Uudistaminen tapahtuu niitä muuttamalla. Sosiaalitoimen perinteiset palvelut sen sijaan ovat muokkautuneet monimuotoisesti. Esimerkiksi sosiaalityö on jakautunut useisiin muihin palvelukokonaisuuksiin kiinnittyviin toimintahaaroihin.

Kun tämän tutkimuksen haastatteluissa kysyttiin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta, saatiin yleisesti ottaen integraatiota kannattavia mutta toteutuksen asteeltaan vaihtelevia vastauksia. Mielenkiintoista oli, että kun kerrottiin esimerkkejä integraatiosta, sosiaalipalvelujen osalta kyseessä oli melko perinteisesti sosiaalityöntekijän tai kotiuttamistyöntekijän palvelut sairaalasta kotiutuvalle. Sen sijaan kun yksittäisiä terveyspalveluita oli mahdollisuus saada sosiaalihuollon palveluissa, oli usein kyse uusista ja monimuotoisista palveluista liittyen kotihoidon kohdennettuihin palveluihin, työllisyys- tai maahanmuuttopalvelujen monipuolistamisesta tai lasten palveluiden kokonaisuuksien uudistuksista. Tämä saa pohtimaan, mikä merkitys tämän uudistuksen etenemisessä on sillä että sosiaalitoimen palvelut olivat vielä pitkään kuntakohtaisia siinä vaiheessa kun perusterveydenhuolto jo organisoitiin ylikunnallisina kuntayhtyminä.

Yksi merkittävä muutos oli tapahtunut haastateltavien suhteessa perus- ja erityistason palvelujen rajapintaan. Paras -uudistuksen toteutumista kartoittavassa kyselyssä²³ selvitettiin, onko kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämistä vastuun piirissä erikoissairaanhoidon palveluja. 228 kunnan vastaus oli, ettei näitä palveluja sisälly tai kyseinen kysymys oli jätetty tyhjäksi. 144 kuntaa kertoi eritasoisesta yhteistyöstä, joista kaikkein osalta ei tuolloin vielä oltu saatu päätöksiä. Erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaan sisällymistä koskevat tiedot vaikuttivat epätarkoilta ja saman yhteistoiminta-alueen alaisuuteen sijoittuvien kuntien kesken epäyhtenäisiltä ja epäohdonmukaisilta.

Yhteistoiminta-alueiden tutkimuksen haastatteluissa vuonna 2010 yhteistoiminta-alueiden suhdetta erikoissairaanhoidon palveluihin kysyttiin myös. Tällöin tyydyttiin yleensä toteamaan, että yhtenäistäminen olisi tarpeen ja hyväksi, mutta pohdintoja ei viety pidemmälle. Vuoden 2012 haastattelut toteutettiin väestöpohjaltaan aiempaa laajemmilla alueilla. Se ei kuitenkaan yksinomaaisesti selitä ilmennyt muutosta erikoissairaanhoidon suhtautumisessa. Erikois- ja perustason integraatiota pidettiin tarpeellisena, ei vain toivottavana; moni haastateltava esitti sen olevan välttämätöntä. Eri palvelujen kokonaisuuksissa toteutusta oli jo käynnistetty ja asiaa oli pohdittu pitkälle. Vaikka organisaatiossa ei olisi vielä ratkaisuja tai edes suunnitelmia tehty, vaikutti monella palvelualan johtajalla olevan valmiita suunnitelmia asian suhteen. Haastattelijalle syntyi vaikutelma kuin jokin kynnys olisi ylitetty, ja rohkeus ottaa erikoissairaanhoidon mukaan *omiin* suunnitelmiin olisi merkittävästä kasvanut. Tämä koski nimenomaan alueita, joilla erikoissairaanhoidon ei vielä ollut osana kokonaisuutta. Palveluihin liittyviä kehittämistarpeita, ajatuksia siitä miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluita voitaisiin yhdistää, ja suoria toiveita sairaanhoitopiirin suuntaan esitettiin runsaasti ja avoimesti. Kainuussa ja Eksotessa erikoissairaanhoidon kuuluu jo organisaatioon. Näillä alueilla keskustelu sivusi erikoissairaanhoidon hyvin samaan tapaan kuin muutakin toimintaa; toki vielä tulevaisuuden kehittämistarpeita nähtiin.

Yksi aiemmista tutkimuksista tuttu teema oli harmonisointi, joka näyttäytyi tässäkin aineistossa. On kuitenkin merkillepantavaa, miten suhde siihen on viime vuosina muuttunut. Hieman mekanistisesta kaiken (palvelujen kriteerit, prosessit, johto, esimiestyö, toimintamallit jne.) harmonisoinnista on edetty alueen sisäiset olosuhteet huomioiviin eriytyviin toimintamalleihin. Esimerkiksi organisaatioiden rakennetta ja esimiesjärjestelyitä on alueilla kipuilltu, koska toiminnan järjestäminen joko alueisiin perustuvalla työnjaolla tai substansseihin perustuvalla jaolla ei ole ollut helppoa. Näiden mallien yhdistäminen on joillain alueilla ainakin osassa palveluita ollut toimiva ratkaisu.

Erialaisten toimintamallien hyväksyminen osaksi yhdenvertaisten palvelujen järjestämistä on enemmänkin kuin organisaatoratkaisu; sen voisi nähdä myös edustavan uutta kypsyytensä alueellisen toimintamallin kehittymisessä.

²³ Kokko ym. 2009

Lopuksi palataan lyhyesti lukuun 2.6, muutokseen kielteisesti ja myönteisesti vaikuttaneisiin tekijöihin. Yhä uudelleen haastatteluissa korostui jo aiemmista tutkimuksista tuttu ilmiö: muutosta voidaan arvioida ja analysoida monin ulottuvuuksin, mutta ellei huomioida yhteishengen, tahtotilan ja muutoshalukkuuden merkitystä, ei muutoksesta saada kokonaiskuvaa. Haastateltavien mainitsemista myönteisistä ja kielteisistä tekijöistä muodostettiin aiemmin myönteisen ja kielteisen kehän mallit (kuvio 8). Tämän tutkimuksen aineiston keruussa tavattiin runsaasti työhönsä paneutuneita, muutosmyönteisiä ja aktiivisia palveluiden johtajia, joiden rooli muutoksessa on merkittävä. Myönteisen kehän mallia tarkasteltaessa nousee kuitenkin etsimättä mieleen Mikkelin seutusoten haastatteluista heijastunut positiivisuus. Vaikka hallintomallissa on aineksia hankaluuksiin ja työläisiin pulmiin, oli haastateltavien kokemus heitä itseäänkin hämmästyttävän hyvä. Mitään erityistä selitystä tälle ei ollut löydettävissä, päinvastoin; aikaisemmat selvitys- ja suunnitelmajärjestelmät olisivat voineet aiheuttaa paljonkin edelleen näkyviä ristiriitoja. Ainoastaan yhteishenki, yhteinen tahto viedä asioita eteenpäin selittää tuon positiivisen kierteen kokemuksen alueella.

Kirjallisuus

- Heinämäki, Liisa (2010) Katsaus yhteistoiminta-alueiden palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet -tutkimus, väliraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 28/2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Heinämäki, Liisa (2011) Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksissä uusissa palvelurakenteissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 41/2011. Tampere.
- Hirvonen, Johanna 2009. Palvelurakenne muutoksessa. Tarkastelussa ikäihmisten palvelut yhdeksässä Keski-Suomen kunnassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 99/2009.
- Hämeenaho Pilvi 2012. Palvelujen saavutettavuus harvaan asutulla maaseudulla. Esimerkkinä lasten päivähoitopalvelu. Janus vol. 20 (1) 2012 32–46
- Joakim Zitting, Katja Ilmarinen 2010. Missä on lähipalvelu? Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 43/2010. 72 sivua. Helsinki 2010.
- Kaskisaari, Marja, Tammelin, Mia, Hirvonen, Johanna, Hämeenaho, Pilvi, Ilmarinen, Katja & Vartiainen, Anssi (2010) Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. Paras-
- Sos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 6/2010. Yliopistopaino. Helsinki
- Kokko, Simo, Heinämäki, Liisa, Tynkkynen, Liina-Kaisa, Have-rinen, Riitta, Kaskisaari, Marja, Muuri, Anu, Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia 2009. Kunta- ja palvelurakennuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. THL Raportteja 36 / 2009.
- Tammelin, Mia 2010. Kokemuksia sosiaalipalveluista - Kuntoututtavan työtoiminnan asiakasfoorumit Keski-Suomessa. Raportti 31/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Virkki, Tuija, Vartiainen Anssi & Hänninen, Riitta 2012. Talouden ja hoivan ristipaineissa. Vanhustyöntekijöiden näkemyksiä työnsä muutoksista. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):3 , 253
- Virkki, Tuija, Vartiainen, Anssi, Kettunen, Pekka & Heinämäki Liisa (2011) Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras-uudistuksesta. Raportti 56/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL; Avosairaanhoidon kysely 2013. Julkaisematon käsikirjoitus.