



Juha Koivisto
Eeva Liukko

Palvelujen yhteensovittamisen haaste

Katsaus Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin
sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen

TYÖPAPERI 35/2017

Juha Koivisto
Eeva Liukko

Palvelujen yhteensovittamisen haaste

**Katsaus Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin
sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-928-6

ISSN 2323-363X

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-928-6>

Helsinki, 2017

Lukijalle

Euroopassa väestö ikääntyy ja elää pidempään, krooninen sairastavuus yleistyy ja moniongelmaisuus ja terveydellinen epätasa-arvo sekä paljon palveluja tarvitsevien määrä kasvavat. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon budjetteja leikataan. Kaventuvien resurssien avulla tulisi vastata näihin uusiin haasteisiin kestäväällä, tehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Tämä edellyttää palvelujärjestelmän ja palvelujen kokonaisvaltaista uudistamista, jonka ytimessä on palvelujen parempi yhteensopivuus ja integraatio.

Tässä katsauksessa tarkastellaan Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmäuudistuksia palvelujen järjestämisen, tuottamisen ja asiakastason toiminnan näkökulmista. Erityisesti tarkastellaan palveluintegraation kehittämistä ja toteuttamista. Kullakin alueella on viime vuosina käynnistetty mittava palveluintegraation kehittämisohjelma. Tätä katsausta kirjoitettaessa ohjelmissa kehitetyt mallit olivat eriasteisesti toteuttamisvaiheessa. Uudistusten avulla saavutetuista tuloksista ei vielä ollut arviointitietoa juurikaan saatavilla.

Katsaus tehdään Suomen sote-uudistuksessa maakuntien vastuulla olevan palveluintegraation suunnittelun, kehittämisen, toteuttamisen sekä seurannan ja arvioinnin tueksi. Maakuntien toimijoiden lisäksi katsauksen analyysit ja tulokset ovat hyödyllistä luettavaa kaikille Suomen sote-uudistuksen kanssa työskenteleville.

Tiivistelmä

Juha Koivisto & Eeva Liukko. Palvelujen yhteensovittamisen haaste. Katsaus Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 35/2017. 39 sivua. Helsinki 2017.
ISBN 978-952-302-928-6

Tässä katsauksessa tarkastellaan Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmäuudistuksia palvelujen järjestämisen, tuottamisen ja asiakastason toiminnan näkökulmista. Erityisesti tarkastellaan palveluintegraation kehittämistä ja toteuttamista.

Katsaus jäsentää uudistuksia systeemisenä uudistamisena, joka koskettaa palvelujärjestelmän eri toimintoja ja näiden keskinäissuhteita. Katsaus perustuu tapaustutkimukselliseen tutkimusotteeseen, jossa analyysin yksikkönä on yksittäinen tapaus. Tässä katsauksessa tapaus on alue/maa ja sen sote-palveluintegraation kehittäminen ja toteuttaminen. Katsaus pohjautuu kirjallisen materiaalin ja dokumenttiaineiston analyysiin. Tarkasteltujen alueiden reformeja käsitteleviä tutkimuksia, arviointeja ja raportteja haettiin google-haulla. Tarkempaa eri tietokantoihin perustuvaa hakua ei tehty, mutta google-haulla löydetty materiaali lienee varsin kattava.

Kolmen alueen sote-palvelujärjestelmäuudistusten taustalla on hyvin samansuuntaisia haasteita ja lähtökohtia kuin Suomessakin. Väestö vanhenee ja elää pidempään ja krooninen sairastavuus yleistyy. Terveydellinen epätasa-arvo ja moniongelmaisuus lisääntyvät ja palvelujen tarve kasvaa. Palvelujärjestelmät ovat sirpaleisia ja hajautuneita, eivätkä ne pysty vastaamaan kasvaviin odotuksiin. Samanaikaisesti sotebudjetit leikataan.

Tarkasteltujen alueiden kehittämisen strategioissa on eri osapuolia ja intressiryhmiä kuuleva ja osallistava ulottuvuus mukana. Kehittämisen strategiat muokkautuvat alueilla jossain määrin omanlaisikseen, mikä osaltaan johtuu alueiden aiemmasta palveluintegraation kehittämishistoriasta ja saavutetusta integraation ”kehitysasteesta”.

Kullakin alueella uudistusten suunta on sama: kohti väestön tarpeisiin perustuvaa palvelujen integraatiota ja tulosperusteista ohjaus- ja toimintakulttuuria. Kehittämisen kohteet kuitenkin eroavat luonteeltaan toisistaan. Baskimaassa uudistuksen keskeinen saavutus ovat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroidut hoidon organisaatiot (*Organizaciones Sanitarias Integradas*, OSI). Skotlannin uudistuksen keskeisin saavutus on sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuuksien perustaminen. NHS:n terveydenhuoltoa tarjoavien 14 lautakunnan ja sosiaalipalveluja tarjoavien 32 paikallisen hallintoalueen rakenteeseen perustettiin 31 sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuutta. Pohjois-Irlannissa palvelujen käytäntölähtöistä yhteensovittamista ja saavutettavuutta on edistetty muun muassa monialaisten palvelukeskusten ja integroitujen palvelukumppanuuksien avulla. Kolmen alueen sote-uudistukset ovat varsin uusia ja keskeneräisiä, joten niiden toimeenpano on vielä kesken. Arviointitietoa toimeenpanon sujumisesta ja mahdollisista saavutetuista tuloksista on niukalti saatavilla. Katsauksen keskeiseksi havainnoksi nousee uudistusten toimeenpanon ja toteutuksen haasteellisuus ja hitaus. Systeeminen, palvelujärjestelmän toiminnan eri tasoja koskettava muutos kestää vuosikausia.

Katsaus kokoaa lopuksi kolmen alueen/maan analyysistä nousseita huomioita ja eväitä Suomen sote-uudistuksen toimeenpanon ja toteutuksen ohjenuoraksi makunnissa.

Avainsanat: Sote-uudistus, palvelujärjestelmä, palveluintegraatio, systeemisyys, kehittäminen, toimeenpano

Sisällys

Lukijalle	3
Tiivistelmä.....	4
1 Johdanto	6
2 Palvelujärjestelmän systeemisyys	7
3 Tutkimuskysymykset	9
4 Menetelmä ja aineisto.....	9
5 Baskimaa	11
5.1 Kroonisen sairastavuuden kasvu uudistuksen taustalla.....	11
5.2 Jaetun johtajuuden ja yhteistoiminnallisuuden kehittämistrategia.....	12
5.3 Integraatiota kolmella tasolla.....	13
5.4 Arviointitoiminnot	14
5.5 Edistystä toimeenpanossa	15
6 Skotlanti	17
6.1 Ikääntyminen, terveydellinen epätasa-arvo ja tiukkeneva talous haasteina.....	17
6.2 Parempia tuloksia kumppanuustyöskentelyn, palvelujen uudelleenmuotoilun ja hoitoketjujen kehittämisen avulla	18
Yhteisölliset terveyskumppanuudet.....	18
Kliiniset verkostot	19
Sähköinen terveysjärjestelmä	19
Sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuudet.....	19
Integroidut budjetit	20
Kansalliset terveyden ja hyvinvoinnin tulostavoitteet.....	20
Suoriutumiskyvyn mittaaminen	21
6.3 Tukea toimeenpanoon.....	21
6.4 Toimeenpano käynnistynyt hitaasti	22
7 Pohjois-Irlanti.....	24
7.1 Hallinnollisesta integraatiosta järjestämisen integraatioon.....	24
7.2 Järjestämisen integraatiosta toiminnalliseen integraatioon.....	25
Osallistavaa suunnittelua	27
Suunnittelusta toteutukseen	27
Verkostomaista yhteistyötä.....	28
7.3 Muutoksen vaikeus	29
7.4 Kehittäminen jatkuu.....	30
8 Keskustelu	32
8.1 Samantyyppiset haasteet uudistusten taustalla.....	32
8.2 Osallistavaa uudistamista ja kehittämistä	32
8.3 Kehittämisellä sama suunta, kohteissa eroavuuksia.....	33
8.4 Toimeenpano vaikeaa, muutos jähmeää	33
8.5 Systeeminen uudistaminen pitkäjänteistä	35
9 Eväät sote-uudistuksen toimeenpanoon maakunnissa.....	36
Lähteet.....	38

1 Johdanto

Samansuuntaiset muutokset, ilmiöt ja kehitystrendit toimintaympäristössä haastavat uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiä Euroopan maissa. Väestö ikääntyy ja elää pidempään, krooninen sairastavuus yleistyy, moniongelmaisuus ja terveydellinen epätasa-arvo nuoremman väestön keskuudessa kasvavat, ja samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon budjetteja leikataan. Kaventuvien resurssien avulla tulisi vastata näihin uusiin haasteisiin kestäväällä, tehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja palvelujen perusteellista uudistamista. (Ks. European Commission 2017; Nuño-Solinis & Stein 2015; NHS 2016; Reed et al. 2005.)

Suomen lisäksi useassa Euroopan maassa on viimeisen kymmenen vuoden aikana käynnistynyt kokonaisvaltainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistus, jonka ytimessä on palvelujen integraation kehittäminen ja niiden parempi yhteensovittaminen. Palveluintegraation kehittämisen taustalla on oletus, että palvelujen parempi yhteensovittaminen säästää resursseja ja sen avulla pystytään tehokkaammin vastaamaan kroonisesti sairastavien ja moniongelmaisten asiakkaiden moninaisiin palvelutarpeisiin (Goodwin et al. 2017; Nolte 2017). Palvelujen parempi yhteensovittaminen asiakastasolla ei kuitenkaan yksistään riitä kestäväen muutoksen aikaansaamiseksi, vaan sen tueksi tarvitaan usein muilla tasoilla tehtävää integraatiota, esimerkiksi johtamisen, rahoituksen ja tietojärjestelmien integrointia. Erityisesti asiakasta koskevan tiedon jakaminen asiakkaan kanssa työskentelevien eri ammattilaisten kesken on avainasemassa palveluintegraation toimivuuden kannalta.

Tarkastelemalla, analysoimalla ja vertailemalla eri maiden sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusohjelmia sekä uudistusten käytännön toimeenpanoa ja toteuttamista voidaan oppia jotakin hyödyllistä Suomen sote-uudistuksen kannalta. Tässä katsauksessa tarkastellaan Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä uudistuksia palvelujen järjestämisen, tuottamisen ja asiakastason toiminnan näkökulmista. Erityisesti tarkastellaan palveluintegraation kehittämistä ja toteuttamista. Kullakin alueella on viime vuosina käynnistetty mittava palveluintegraation kehittämisohjelma. Katsaus jäsentää palveluintegraation kehittämisen lähtökohtia ja kehittämisstrategiaa, kehittämisen tuotoksena syntyneitä toimintamalleja, niiden käyttöönottoa ja toteutusta sekä niiden avulla saavutettuja tuloksia. Katsaus tehdään Suomen sote-uudistuksessa maakuntien vastuulla olevan palveluintegraation suunnittelun, kehittämisen, toteuttamisen sekä seurannan ja arvioinnin tueksi.

2 Palvelujärjestelmän systeemisyys

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää voidaan tarkastella systeemisesti ja käytäntöperustaisesti (ks. Virtanen et al. 2017; Kivisaari et al. 2014). Palvelujärjestelmää jäsennetään tällöin toisiinsa kytkeytyvinä ja limittyvinä sosio-teknessä systeemeinä/käytäntöinä, jotka muovaavat toinen toisiaan ja jotka voivat olla toinen toistensa edellytyksiä ja toimivuuden ehtoja, huonossa tapauksessa toimivuuden esteitä (Koivisto & Pohjola 2015; Koivisto et al. 2015; Nieminen et al. 2011). Keskiössä on erilaisten toimijoiden toiminta ja näiden keskeinen vuorovaikutus, jota välittävät erilaiset elementit. Mikro-, meso- tai makrotasoisiksi ilmiöiksi tavallisesti mielletyt asiat jäsenyvät tällöin systeemeiksi, toiminnaksi ja käytännöiksi. Kun zoomaamme mihin tahansa kohtaa palvelujärjestelmää, löydämme ihmisten toimintaa sekä vuorovaikutusta ihmisten ja muiden elementtien kesken. Toiminta on tavallisesti vakiintunut käytännöiksi, joita toteutetaan toistuvasti suurin piirtein samaan tapaan. Palvelujärjestelmä jäsenyy tällöin esimerkiksi asiakastason palvelukäytännöiksi, tiedon hallinnan käytännöiksi, ohjauksen, johtamisen, koordinaation sekä hallinnon ja rahoituksen käytännöiksi. Toiminta ylläpitää ja uusintaa palvelujärjestelmää. Järjestelmä on toiminnan jatkuva tulos/seuraus, ei sen syy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, palveluketjut sekä palvelukokonaisuudet jäsenyvät tästä lähestymistavasta käsin systeemeiksi, joissa asiakas, ammattilaiset ja muut toimijat ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja jossa toimintaa välittävät erilaiset elementit, kuten tilat, säännöt, lait, tieto, teknologiat, tietojärjestelmät ja menetelmät. Mitä enemmän asiakas on näiden vuorovaikutussuhteiden keskiössä ja osallistuu aktiivisesti omien tarpeidensa pohjalta palvelutoiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin sekä mitä saumattomampaa kaikkien toimijoiden vuorovaikutus, yhteistyö ja yhteistoiminta on, sitä paremmin palvelujen voidaan olettaa toimivan.

Palveluja tuottavien organisaatioiden hallinto ja johtaminen ovat omanlaisiaan toimintoja, jotka luovat edellytyksiä sekä koordinoivat ja ohjaavat palvelujen toteuttamista. Niin ikään esimerkiksi alue- ja valtionhallinto sekä poliittinen päätöksenteko jäsenyvät toiminnoiksi, jotka ohjaavat palvelujen järjestämistä ja tuottamista sekä luovat ehtoja ja edellytyksiä palvelutoiminnalle.

Tavallisesti tai arkisesti erilaisiksi toimintaa ympäröiviksi rakenteiksi tai laatikoiksi ymmärretyt asiat ovat nekin siis ihmisten toimintaa ja vuorovaikutusta, jossa mobilisoidaan erilaisia resursseja, kuten lakeja, rahaa, välineitä ja tiloja. Kun kaikki toiminnalliset systeemit ja näiden suhteet toisiinsa on kuvattu, periaatteessa koko palvelujärjestelmä on kuvattu. Systeemit ovat kuitenkin olemassa vain silloin kun toimitaan. Palvelujen järjestämistä ja tuottamista koskevat lait, sopimukset, strategiat, periaatteet ja säännöt sekä erilaiset mallit ovat kuvauksia siitä, millaisia toimijoita palvelujärjestelmässä on, mikä näiden rooli ja vastuu on, miten näiden tulee toimia jne. Lait, periaatteet ja mallit realisoituvat kuitenkin vasta, kun niitä noudatetaan tai kun niiden mukaisesti toimitaan. Laki tai strategia, jota kukaan ei noudata tai jota kierretään, jää pelkäksi kuriositeetiksi.

Palvelujärjestelmän kehittämisen strategioiden yhteydessä puhutaan usein ylhäältä-alas -malleista vs. alhaalta-ylös -malleista tai rakenteiden vs. sisältöjen kehittämisestä. Nämä erottelut ovat usein liian yksioikoisia lähtökohtia ja strategioita kehittämisen perustana. Parempi strategia voisi olla palvelujärjestelmän, palvelukokonaisuuksien ja palvelujen asiakaskeksinen ja systeeminen kehittäminen. Tällöin fokuksessa on palvelujärjestelmän erilaisten, toisiinsa kytkeytyvien toimintojen ja käytäntöjen sekä näiden keskinäissuhteiden asiakaskeksinen ja systeeminen muuntaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suuren mittaluokan uudistuksissa kehittäminen koskettaa samanaikaisesti esimerkiksi maan tai alueen sotehallintoa ja -rahoitusta, ohjausta, tiedon hallintaa, palvelujen järjestämistä ja tuottamista, johtamista, ammattihenkilöstöä ja työkuultuuria sekä palvelukäytäntöjä. Tällöin eri näkökulmista hyvään lopputulokseen voitaisiin mahdollisesti päästä, kun kehittäminen orientoituu asiakaskeksisesti. Nykypäivänä kehittämisen lähtökohtana tulisi olla avoin yhteiskeksittäminen (co-development, co-design, co-creation), jonka mukaan kehittämistoimintaan tulisi kehitettävästä asiasta riippuen osallistua kehitettävän asian kannalta merkitykselliset toimijaryhmät, kuten kansalaiset, ammattilaiset, johto ja päätöksenteko sekä muut mahdolliset toimijat.

Palveluintegraatiota ja palvelujen yhteensovittamista tarkastellaan tavallisesti vertikaalisena ja horisontaalisena integraationa (ks. European Commission 2017). Vertikaalisessa integraatiossa eri tason palvelut yhdistetään toisiinsa. Esimerkiksi hoitoketjut, joissa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja kuntoutukseen, ovat vertikaalista integraatiota. Horisontaalisessa integraatiossa sovitetaan yhteen saman tason palveluja. Esimerkiksi palvelukokonaisuus, jossa perusterveydenhoito ja sosiaalipalvelut on sovitettu yhteen, on horisontaalista integraatiota. Vertikaalisen ja horisontaalisen integraation sisään voi limittyä erilaisia palveluintegraation käytäntöjä, kuten palveluohjaus, moniammatillinen tiimityö, palvelu- ja hoitoketjut, palvelukokonaisuudet ja -verkostot, jotka toimivat ilman yhteisiä tiloja, sekä yhteisissä tiloissa toimivat palvelukokonaisuudet (Koivisto et al. 2016). Integraatiossa on yhä enemmän sekä horisontaalista että vertikaalista ulottuvuutta. Sekä vertikaalinen että horisontaalinen palvelutoiminnan asiakaskeksinen kehittäminen edellyttää usein samalla esimerkiksi johtamisen, hallinnon, tiedon integraation sekä työku-
tuurin ja -käytäntöjen kehittämistä (Gilburt 2016).

Palvelujärjestelmän systeeminen tarkastelu antaa tälle katsaukselle viitekehyksen, jonka avulla Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksia jäsennetään. Kirjalliseen materiaaliin perustuvassa empiirisessä analyysissä ei kuitenkaan päästä zoomaamaan kovinkaan yksityiskohtaiselle tasolle.

3 Tutkimuskysymykset

Tässä kolmen ulkomaisen alueen/maan palveluintegraation kehittämistä ja toteuttamista koskevassa katsauksessa etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Millaisten tarpeiden pohjalta palveluintegraatiota on kehitetty?
- Mitä tavoitteita palveluintegraation kehittämiseksi on asetettu?
- Miten kehittäminen on organisoitu?
- Millaisia toimintamalleja on kehitetty järjestämisen, tuottamisen ja/tai toteuttamisen näkökulmista?
- Miten toimintamallien toimeenpano/käyttöönotto on toteutettu ja miten siinä on onnistuttu?
- Miten kehitetyt toimintamallit toimivat, millaisia tuloksia ja seuraamuksia ne ovat tuottaneet?
- Millaisia palveluintegraation kehittämiseen, toimeenpanoon ja toteuttamiseen liittyviä oppeja aineistosta nousee Suomen maakuntien näkökulmasta?

4 Menetelmä ja aineisto

Katsaus perustuu tapaustutkimukselliseen lähestymistapaan, jossa analyysin yksikkönä on yksittäinen tapaus. Tässä katsauksessa tapaus on alue/maa ja sen sote-palveluintegraation kehittäminen ja toteuttaminen. Tarkasteltavat alueet/maat ovat Baskimaa, Skotlanti ja Pohjois-Irlanti. Katsaus pohjautuu kirjallisen materiaalin ja dokumenttiaineiston analyysiin. Tarkasteltujen alueiden reformeja käsitteleviä tutkimuksia, arviointoja ja raportteja haettiin google-haulla. Tarkempaa eri tietokantoihin perustuvaa hakua ei tehty, mutta google-haulla löydetty materiaali lienee varsin kattava.

Tarkasteltavat tapaukset analysoitiin seuraavan analyysikehikon mukaisesti joustavasti ja siinä määrin kuin tietoa oli saatavissa kustakin teemakokonaisuudesta. Jokaiseen alateemaan liittyen ei löytynyt tietoa.

Taustatiedot:

- Millaisiin hallinnollisiin alueisiin maa/itsehallintoalue on jaettu, kuinka suuri väestö eri alueilla asuu ja kuinka suuri väestö kokonaisuudessaan on?
- Millä tavalla sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan (veropohja/vakuutus/sekoitus)?
- Millainen rooli julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla on palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa?

Kehittämisen lähtökohta ja tavoitteet:

- Millaisia tarpeita kehittämisen lähtökohtana oli eri näkökulmista?
- Mitä kehittämisen tavoitteita asetettiin eri näkökulmista?

Kehittämisprosessin toteuttaminen:

- Millaista kehittämisen strategiaa toteutettiin?
- Keitä kehittämiseen osallistui?

Kehitetyt toimintamallit:

- Millaisia uusia toimintamalleja kehitettiin järjestämisen, tuottamisen ja/tai asiakastason toiminnan näkökulmista?
- Millainen on asiakkaan asema kehitetyissä toimintamalleissa?
- Millaisia valintamahdollisuuksia asiakkaalla on palvelujen suhteen?

Kehitettyjen toimintamallien käyttöönotto/toimeenpano:

- Miten uusien mallien käyttöönotto/toimeenpano organisoitiin ja toteutettiin?
- Miten käyttöönotossa onnistuttiin?

Toimintamallien toimivuus ja saavutetut tulokset eri näkökulmista:

- Miten palveluintegraatio toimii käytännössä eri näkökulmista?
- Millaisia tuloksia palveluintegraation avulla on saavutettu eri näkökulmista (ks. palveluintegraatiolle asetetut tavoitteet)?
- Mitkä tekijät ovat olleet keskeisiä onnistumisten tai epäonnistumisten kannalta?
- Millaisia palveluintegraation toimivuuden ehtoja ja edellytyksiä on noussut esiin?

Kolmen tapauksen analyysit rakentuivat paljolti sen mukaan, mitkä olivat kehittämisen tavoitteet ja kohteet. Kustakin analyysistä tuli omanlaisensa sisältäen kuitenkin keskenään yhtenäisiä ja vertailtavia sisältökokonaisuuksia.

5 Baskimaa¹

Espanjan hallinnollinen järjestelmä koostuu keskushallinnosta ja 17 perustuslakiin pohjautuvasta itsehallintoalueesta, joiden itsemääräämisvalta vaihtelee. Itsehallintoalueet jakaantuvat yhteen tai useampaan maakuntaan. Espanjassa on runsaat 46 miljoonaa asukasta. Keskushallinto asettaa terveydenhuollolle ja sosiaalihuollolle normit, jotka määrittelevät palvelujen minimistandardit ja -vaatimukset. Maan terveys- ja sosiaaliministeriöllä on kuitenkin vain vähän valtaa sosiaali- ja terveystalouteen nähden. Kullakin itsehallintoalueella on oma terveydenhuoltojärjestelmä ja terveysministeriö, jolla on lainsäädäntövalta ja terveystaloutta koskevien järjestämistä vastaava vastuu. Itsehallintoalueilla on lisäksi vapaus päättää, miten sosiaalipalvelut omalla alueella järjestetään.

Baskimaa on noin 2,2 miljoonan asukkaan itsehallintoalue. Se jakaantuu kolmeen maakuntaan: Álava, Biscaya ja Gipuzkoa. Baskimaan terveydenhuoltojärjestelmä on yksikanavaisesti verorahoilla rahoitettava järjestelmä. Baskimaan terveysministeriö vastaa terveystaloutta, kansanterveydestä sekä terveydenhuollon järjestämisestä, suunnittelusta ja rahoituksesta. *Osakidetza* on alueen ainoa julkinen terveystaloutta tuottaja. Se tuottaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, avohuollon ja ensiavun palvelut sekä mielenterveyspalvelut. *Osakidetza* koostuu 13 alueellisesta ja integroidusta hoito-organisaatiosta (*Organizaciones Sanitarias Integradas*, OSI) Yksi integroitu hoito-organisaatio koostuu tietyn väestöalueen sairaalasta ja terveyskeskuksesta. *Osakidetza* kattaa yhteensä 324 terveyskeskusta, 11 akuutin hoidon sairaalaa, 4 sub-akuutin hoidon sairaalaa, 4 psykiatrista sairaalaa sekä 2 pidempiaikaisen hoidon mielenterveysosastoa. Vain pieni osa palveluista, lähinnä elekttiivinen kirurgia, on ulkoistettu yksityisille palveluntuottajille. Terveystaloutta ja *Osakidetzan* välinen sopimusohjelma määrittelee tuotettavien palvelujen tavoitteet (määrä ja laatu), budjetin ja arviointisysteemin. Jokaisella asukkaalla/perheellä on osoitettu omalääkäri, joka on asiakkaan ensimmäinen kontaktipiste tämän tullessa terveydenhuollon asiakkaaksi. Terveystaloutta ei ole. Sosiaalihuollosta vastaa Baskimaassa työ- ja sosiaaliministeriö. Maakunnat ja kunnat tuottavat sosiaalipalvelut.

5.1 Kroonisen sairastavuuden kasvu uudistuksen taustalla

Baskimaassa vuonna 2010 käynnistetyn terveydenhuoltouudistuksen taustalla on kroonisen sairastavuuden ja monia sairauksia ja vammoja omaavien määrän kasvu väestön vanhetessa, mikä on terveydenhuoltojärjestelmän vakauden ja kestävyuden suurin haaste Baskimaassa, Espanjassa ja Euroopassa. Baskimaan väestöstä noin 38 %:lla on ainakin yksi krooninen sairaus, ja luvun arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä yli 65-vuotiaiden keskuudessa. Krooniset sairaudet aiheuttavat tällä hetkellä 80 % Baskimaassa terveydenhuoltojärjestelmän kanssa käytävästä vuorovaikutuksesta, mikä tuottaa 77 % terveydenhuollon kustannuksista. Krooniset sairaudet aiheuttavat 58 % perusterveydenhuollon käynneistä ja 75 % lääkemääräyksistä. Uudistusprosessin taustalla on havainto, jonka mukaan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut eivät ole Baskimaassa riittävän integroituneita vastatakseen kroonisuuden haasteeseen.

Espanja ajautui vakavaan talouslamaan vuosina 2008–2009 bruttokansantuotteen pienessä vuonna 2009 3,8 % ja työttömyyden nousussa 8,5 %:stä 18,6 %:een. Tässä talouskriisin tilanteessa Baskimaan hallitus päätti samanaikaisesti kustannusten kaventamisesta ja julkisen terveydenhuollon systeemitasoisesta uudistamisesta. Tämä merkitsi, että terveydenhuollon jännitteet, kuten pitkittyvät odotusajat ja budjettileikkaukset, tuli kriisitilanteessa hoitaa ja vaikka tässä onnistuttaisiinkin tehokkaasti, se ei kuitenkaan riittäisi

¹ Baskimaan terveydenhuoltouudistuksen analyysissä ja kuvauksessa on käytetty seuraavia lähteitä: Álvares & Nuño-Solinis 2016; Nalin et al. 2016; Polanco et al. 2015; Bengoa 2013; Nuño-Solinis et al. 2012; Nuño-Solinis et al. 2013; Orueta et al. 2013; Basque Government 2013; García-Armesto et al. 2010.

vastaamaan tulevaisuuden väestörakenteen muutoksen, kroonisuuden sekä palvelujärjestelmän fragmentaarisuuden ja kestävyuden haasteisiin.

Baskimaan terveysministeriö käynnisti heinäkuussa 2010 toimintastrategian vastatakseen kroonisuuden haasteeseen Baskimaassa. Tavoitteeksi asetettiin systeemitasoinen muutos korjaavasta ennakoivaan ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon, jossa hoidon integraatio ja jatkuvuus toteutuvat aikaisempaa paremmin. Tavoitteeksi asetettiin eri palveluntuottajien tarjoaman hoidon potilaskeskeinen, potilaan tarpeisiin perustuva integrointi sekä väestön parempi terveys resurssien tehokkaalla käytöllä. Systeemitasoisien muutosstrategian tavoitteet asetettiin *Triple Aim* -mallin mukaisesti kolmena tavoitteena: parantaa yksilöllisesti koettua hoitoa, parantaa väestön terveyttä ja vähentää hoidon kustannuksia henkeä kohden.

5.2 Jaetun johtajuuden ja yhteistoiminnallisuuden kehittämistrategia

Baskimaan terveydenhuollon uudistusstrategia jakautuu viiteen osa-alueeseen: 1) väestön terveys, 2) kroonisten sairauksien estäminen, 3) potilaan vastuu ja autonomia, 4) hoidon jatkuvuus ja 5) potilaan tarpeeseen perustuva hoito. Keskeistä oli kroonisuuden nostaminen poliittiselle agendalle ja systeemitasoinen vastaus kroonisuuden haasteeseen, joka ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä julkisen ja yksityisen sektorien rajat. Baskimaan kehittämissstrategia pohjautuu vankasti terveyshyötymalliin (*Chronic Care Mode, CCM*), jossa keskeistä ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät. Systeemisellä lähestymistavalla tavoitellaan koko järjestelmän muutosta vastauksena kroonisuuden haasteeseen.

Baskimaan terveysministeriö ei lähtenyt toteuttamaan uudistusprosessia ensisijaisesti lainsäädännöllisten keinojen avulla, vaan *top down* - ja *bottom up* -lähestymistapojen yhdistelmällä. Tämä toteutettiin käynnistämällä 14 projektia uudistusstrategian viiden osa-alueen alla (Taulukko 1).

Taulukko 1. Baskimaan terveydenhuoltouudistuksen 14 strategista projektia.

Väestön terveys	Kroonisten sairauksien estäminen	Potilaan autonomia	Hoidon jatkuvuus	Potilaan tarpeeseen perustuva hoito
1. Väestön stratifiointi	2. Riskitekijöiden hallinta	3. Omahoidon koulutus; aktiivinen potilas 4. Aktiivisen potilaan virtuaalisen toimijaverkoston perustaminen	5. Integroitu potilastietojärjestelmä 6. Integroitu hoito 7. Sub-akuutin hoidon sairaaloiden kehittäminen 8. Kehittyneet hoitotaidot 9. Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon kesken 10. Rahoitus ja sopimukset	11. OSAREAN; virtuaalinen palvelukeskus (neuvonta, eHealth jne.) 12. Sähköinen resepti 13. KRONIKGUNE; kroonisuuteen liittyvien terveyspalvelujen tutkimuskeskus
14. Bottom up -innovaatioprojektit				

Kehittämisen strategiaksi valittiin käskemisen ja kontrollin sijaan jaettuun johtajuuteen ja yhteisymmärrykseen perustuva, yhteistoiminnallinen ja tarkoituksellisesti hivenen epämääräinen strategia. Nähtiin tarpeelliseksi luoda kehittämiselle suotuisia ympäristöjä, stimuloida uudenlaista ajattelua, toteuttaa yhteisiä aloitteita ja rohkaista jaettuun johtajuuteen. *Top down* -strategialla, kuten sähköinen resepti ja koko terveydenhuollon kattava potilastietojärjestelmä, luotiin minimistandardit koko terveydenhuoltosysteemille. *Bottom up* -innovaatioprojektien vastuulle, jotka olivat terveydenhuollon ammattilaisten työryhmiä kroonisuuden eri osa-alueilla (krooniset sairaudet, akuutti hoito jne.), annettiin hoidon integraation kehittäminen ja toteuttaminen. Uudistusta koetettiin toteuttaa tutkimusnäyttöön perustuen. *Chronic Care Office* perustettiin valvomaan 14 strategista projektia. Jokaiselle projektille perustettiin tiimi, jota johti projektipäällikkö.

5.3 Integraatiota kolmella tasolla

Baskimaan julkisen terveystalvotutuottajan *Osakidetzan* tekemät hoidon parempaan koordinaatioon ja integraatioon liittyvät kehittämistyön tuotokset jakaantuvat kolmeen tyyppiin:

1) *Organisatorinen integraatio*: Baskimaan terveydenhuollon systeemitasoinen uudistaminen ei ensisijaisesti tähännyt rakenteellisiin muutoksiin, mutta integroituja hoidon organisaatioita (*Organizaciones Sanitarias Integradas*, OSI) lopulta kuitenkin kehitettiin vastaamaan hoidon integraation ja jatkuvuuden haasteeseen. Integroidut hoito-organisaatiot ovat tietyn alueen sairaalan ja perusterveydenhuollon yksiköiden muodostamia integroituja palveluntuottajaorganisaatioita, jotka ottavat vastuulleen alueen väestön terveyspalvelujen tuottamisen. OSI:t tekevät sopimuksen Baskimaan terveysministeriön kanssa, ja jokaisella niistä on oma integroitu strateginen suunnitelma, joka määrittelee yhteiset päämäärät perus- ja erikoistason terveydenhuollolle. Jokaisella OSI:lla on lautakunta ja klinisiä komiteoita, joiden tehtävänä on tukea ja helpottaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten keskeistä yhteistyötä. Sairaalat ja perusterveydenhuollon yksiköt toimivat kuitenkin omina hallinnollisina yksiköinä.

Ensimmäinen OSI *Bidasoa* perustettiin vuonna 2011. Se koostuu 96 paikkaisesta sairaalasta ja kolmesta terveyskeskuksesta lähellä Ranskan rajaa. *Bidasoan* väestöpohja on 90 000 asukasta. Sittemmin Baskimaan uuden hallituksen ja uuden terveysministerin myötä vuosina 2013–2016 painotus on ollut vahvemmin integroitujen organisaatioiden kehittämisessä. Vuonna 2013 lanseerattu Baskimaan integroidun hoidon suunnitelma tähtäsi siihen, että kaikki *Osakidetzan* kuuluvat palveluntuottajaorganisaatiot yhdistyvät integroidun hoidon organisaatioiksi. Vuonna 2016 toimintansa oli käynnistänyt 13 alueellista OSI-organisaatiota, joiden väestöpohjat ovat 30 000–400 000 asukasta.

Baskimaan terveysministeriön ja palveluntuottajaorganisaatioiden keskeisen sopimuskäytännön mukaisesti palveluntuottajaorganisaatioille määritellään tavoitteet, budjetti ja arviointisysteemi. 5 % saman alueen väestöstä vastaavan OSI-organisaation palveluntuottajien budjetista määräytyy sen mukaan, missä määrin asetetut integraatiotavoitteet on saavutettu.

2) *Prosessi-integraatio*: Tiettyjen kroonisten sairauksien osalta (esim. krooninen keuhkotukkeuma, sydämen vajaatoiminta ja diabetes) on kehitetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä hoitopolkuja säilyttäen kuitenkin organisaatioiden itsenäisyyden.

3) *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiset hoitomallit*: Erikoissairaanhoidon erikoislääkäri toimii vastuulääkärinä ja koordinaattorina ja jakaa vastuun perusterveydenhuollon lääkärin kanssa vaikeimmista kroonikoista. Vastuulääkäri vieraillee säännöllisesti perusterveydenhuollon yksiköissä ja analysoi lääkärin kanssa potilaiden tilannetta. Joihinkin OSI-organisaatioihin on myös perustettu hoitoyksiköitä (*Continuity of Care Units*), joissa yleislääkärit, erikoislääkärit, palveluohjaajat ja sosiaalityöntekijät työskentelevät tiimeinä tarjoten moniammatillista hoitoa ja palvelua vaikeille kroonikoille. Jokaiselle tiimin asiakkaalle tehdään hoidon eri tasot ylittävä hoitosuunnitelma.

5.4 Arviointitoiminnot

Baskimaassa on kokeiltu väestön riskiluokittelua tulevan hoitotarpeen suhteen vuodesta 2010 alkaen. Vuonna 2015 luokittelu päätettiin ottaa säännölliseen käyttöön. Se tehdään alun perin yhdysvalloissa kehitetyn ja Baskimaahan sovitetun riskiarviointimenetelmän avulla (*Adjusted Clinical Groups, ACG-PM*).² Riskiluokittelu tehdään jokaisen asukkaan tulevaisuuden hoitotarpeiden osalta kerran kahdessa vuodessa. Asukkaat luokitellaan 34:ään toisensa poissulkevaan kategoriaan. Fokus on erityisesti kroonikoiden ryhmän kalleimmassa 5 %:ssa ja tämän arvioiduissa tulevaisuuden hoitokustannuksissa.

Menettelyssä kootaan tietokannoista ikää ja sukupuolta, sosio-ekonomista taustaa, lääkemääräyksiä, tehtyjä diagnooseja ja toimenpiteitä sekä hoitokäyntejä koskevaa dataa. Riskiarviointin avulla väestö luokitellaan siten, että resurssien käyttö voidaan suunnitella ja jakaa eri väestöryhmien tarpeiden perusteella OSI-organisaation palveluntuottajille. Toistaiseksi rahoituksen allokointia ei ole riskiluokittelun perusteella tehty, koska menetelyn kehittäminen on vielä kesken. Kilpailua ja valikoimista asiakkaiden suhteen Baskimaassa ei juuri ole, koska käytössä on omalääkärijärjestelmä. Riskiarviointi mahdollistaa myös yksilötasolla tiettyjen terveysprofiilien identifioinnin, minkä perusteella yksilöille voidaan suunnata räätälöityjä palveluja. Tämän perusteella on esimerkiksi jo valittu potilaita ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin, kakkostyyppin diabeetikoiden ohjelmiin ja palveluohjaukseen.

Vuonna 2014 Baskimaan terveysministeriö sisällytti kaksi Baskimaassa kehitettyä integroidun hoidon arviointimenetelmää, *IEMAC-ARCHO*³ ja *D'Amour*, kunkin OSI-organisaation kanssa tehtävään sopimukseen. Niiden avulla arvioidaan integraation toimivuutta ja identifioidaan parannuskohteita kolmea tarkoitusta palvelevan: 1) johto ja ammattilaiset voivat analysoida oman työympäristönsä tilannetta ja sopia parannustoimista, 2) terveysministeriö saa vuotuisen arviointiraportin siitä, miten sen politiikkatoimet edistyvät ja 3) ammattilaiset saavat mahdollisuuden osallistua arviointiprosessiin. Kunkin OSI-organisaation palveluntuottajien budjetista 5 % määräytyy hoidon integraation arvioinnin perusteella.

IEMAC-ARCHO -menetelmän avulla organisaatiot voivat itse arvioida valmiuttaan tuottaa ja tarjota integroitua hoitoa kroonikoille. Sen avulla arvioidaan muutosta kroonisesti sairaiden hoitoprosesseissa ja ohjataan parantamaan integroidun hoidon johtamista sekä arvioidaan systeemitason muutoksia. Menetelmä koostuu kuudesta ulottuvuudesta terveyshyötymalliin perustuen ja 80 alakohdasta. Kuusi ulottuvuutta ovat seuraavat: 1) terveysjärjestelmän organisaatio arvioi järjestelmän strategista suuntaa kohti integroitua hoitoa, 2) yhteisöllinen terveys arvioi yhteistoiminnallisuutta ja yhteistä resurssien käyttöä, 3) terveydenhuollon malli arvioi, kuinka suunnitelmallinen, proaktiivinen ja koordinoitu tuotantomalli on, 4) itsehoito arvioi missä määrin potilaat ovat kykeneviä itsehoitoon, 5) kliinisen päätöksenteon tuki arvioi järjestelmän kyvykkyyttä parantaa terveystuloksia käyttämällä päätöksentekoa tukevia menetelmiä, kouluttamalla ammattilaisia ja vaihtamalla tietoa palveluntuottajien kesken, ja 6) tietojärjestelmät arvioi, missä määrin tietoteknologia on integroitu toimintaan parantamaan potilaiden hoitoa. Organisaation integroitumisen tason arviointi toteutetaan moniammatillisessa ryhmässä ja sen arvioidaan kestävän 5-6 tuntia.

D'Amour -menetelmän avulla arvioidaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välistä yhteistoimintaa. Menetelmä perustuu kollektiivisen toiminnan ajatukseen; ”ammattilaiset haluavat työskennellä yhdessä antaakseen parempaa hoitoa.” Menetelmä analysoi yhteistoimintaa neljän ulottuvuuden avulla, jotka on operationalisoitu kymmeneksi indikaattoriksi. Kaksi ulottuvuudesta koskee ammattilaisten välisiä suhteita ja kaksi organisaation toimintaympäristöä. Suhteita koskevat ulottuvuudet ovat jaettu päämäärä ja visio, jolla arvioidaan yhteisten päämäärien olemassaoloa ja niiden omaksumisen astetta, ja sisäistäminen, jolla arvioidaan ammattilaisten tietoisuutta heidän välisistä keskinäisriippuvuuksista. Organisaatoriset ulottuvuudet arvioivat, missä määrin haluttuja tuloksia ja toimintaa koskeva kommunikaatio

² Ks. menetelmistä Orueta et al. 2013. Adjusted Clinical Groups (ACG-PM), Diagnostic Cost Groups/Hierarchical Condition Categories (DCG-HCC), Clinical Risk Groups (CRG).

³ Ks. *IEMAC-ARCHO* -menetelmän englanninkielinen versio:

http://www.iemac.es/data/docs/Formulario_IEMAC_english_version.pdf

on dokumentoitu toimenpiteiksi ja missä määrin niitä käytetään, ja yhteistoimintaa tukevan johtamisjärjestelmän olemassaoloa. *D'Amour* -arviointi toteutetaan kyselynä, joka lähetetään OSI-organisaation kaikille ammattilaisille.

5.5 Edistystä toimeenpanossa

IEMAC-ARCHO - ja *D'Amour* -menetelmiä kokeiltiin ensimmäisenä *Bidasoassa*, joka oli ensimmäinen integroitu terveydenhuollon organisaatio Baskimassa. Integraatiovalmiuden *IEMAC-ARCHO* -arviointitulokset koskevat vuosina 2011, 2012 ja 2014 tehtyä arviointia. Parannusta oli tapahtunut kaikissa muissa ulottuvuuksissa paitsi yhteistoimintaa koskevassa ulottuvuudessa. Tämän arvioidaan johtuvan siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen koordinaatioon ei toistaiseksi ollut vielä panostettu. Organisaatio arvioi pärjäävänsä hyvin hoitopolkujen, palveluohjauksen ja vastuuhoitajatoiminnan kehittämisen sekä vaikeasti kroonisesti sairastaville kehitetyn tiimityöskentelyn osalta. OSI-rakenteen muodostamisen arvioidaan tukeneen kehitystä, mutta ei suoranaisesti aiheuttaneen sitä.

Bidasoassa D'Amour – menetelmään perustuvat arviointitulokset koskevat vuosina 2010, 2012 ja 2013 toteutettua arviointia. Kaikissa kymmenessä ammattilaisten yhteistoimintaa arvioivassa indikaattorissa on saavutettu parannuksia, eniten potilaskeskeisessä lähestymistavassa. Parannuksien arvioidaan olevan tulos- ja uudenlaisesta yhteistoiminnallisesta työskentelystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Molemmilla tasoilla on tuettu ammattilaisten yhteistä kliinistä toimintaa, kroonikoiden hoidon jatkuvuutta tukeva moniammatillinen yksikkö on perustettu ja kummankin tason ammattilaisille on järjestetty yhteisiä koulutuksia. Kummallakin tasolla näkemykset integraatioprosessista ovat samansuuntaisia.

Lisäksi *Bidasoan* tuloksellisuutta arvioitiin *Triple Aim* -malliin pohjautuen. Arvioinnin osa-alueet olivat hoitokokemukset ja terveydenhuollon kustannukset henkeä kohti. Väestön terveyttä ei arvioitu, koska sen katsottiin edellyttävän pidempiaikaista arviointijännettä. Käytetyt indikaattorit määriteltiin terveysministeriön terveysuunnitelman perusteella ja valitsemalla olemassa olevia *Osakidetzan* suorituskykyindikaattoreita.

Hoitokokemuksia arvioitiin kahdesta näkökulmasta: potilaan/asiakkaan vuorovaikutus terveydenhuoltojärjestelmän kanssa ja palvelujen laatu (sairaalan käyttö ja vaikuttavuus, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen koordinaatio, monia sairauksia omaavien saama hoito). Vuonna 2013 87 % potilaista arvioi sairaalan ja perusterveydenhuollon välisen koordinaation hyväksi tai erittäin hyväksi, 66 % piti terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välistä koordinaatiota hyvänä/erittäin hyvänä. Sairaalakäynnit olivat vähentyneet vuosina 2009–2011 7 %, uusintakäynnit 24 %. Poliklinikkakäynnit olivat vähentyneet 2010–2013 10 %, minkä tulkitaan merkitsevän parantunutta koordinaatiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Monia sairauksia omaavien osalta sairaalakäyntejä oli seurattu ennen ja jälkeen *Bidasoan* integroidun organisaation perustamisen, ja ne olivat vähentyneet jopa 38 %. Kustannukset henkeä kohden olivat laskusuunnassa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa integroidun organisaation perustamisesta lähtien vuodesta 2011, mutta tämän katsotaan johtuvan lähinnä budjettileikkauksista. Sen sijaan budjetin allokoinnissa painopiste oli hivenen siirtymässä perusterveydenhuoltoon.

Bidasoan parantuneita tuloksia arvioidaan edesauttaneen integraatioprosessin hyvä johtaminen, selkeä holistinen ja moninäkökulmainen visio, vahva painotus yhteistoiminnallisen kulttuurin luomiseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken ja yhteinen kieli potilaiden tarpeiden ympärillä, sekä jatkuva kommunikaatio hoidon eri tasoilla ja teknologian hyötykäyttö. Erityisen keskeisenä nähdään työtapojen ja -kulttuurin muutos, tunne kuulumisesta samaan organisaatioon, tiedon jakaminen ja luottamus ammattilaisten kesken. Pelkän rakenteellisen integraation ei katsota riittävän parantuneiden tulosten aikaansaamisessa. Myöhemmin *IEMAC-ARCHO* -menetelmää on sovellettu kaikissa 13 OSI-organisaatiossa, mutta arvioinnin tuloksia ei ole julkaistu.

Kroonisuuden riskitekijöiden hallinnan osalta uusia keinoja ei koko Baskimaan tasolla uudistuksessa ole saavutettu, mutta jo olemassa olevia seuloita on kuitenkin vahvistettu. Yli 1000 potilasta oli vuonna 2013 koulutettu kroonisten sairauksien omahoidon ohjelman mukaisesti. Aktiivisten potilaiden virtuaalinen alusta ja verkosto perustettiin tiedon vaihtoa ja vertaistukea varten (*Kronikoen Sarea*), joka sittemmin

ei ole kehittynyt. Integroitu potilastietojärjestelmä otettiin käyttöön 2014 koko Baskimaan julkisessa terveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimastoon sijoittuva, sub-akuutin hoidon sairaaloita koskeva projekti ei edennyt merkittävästi. Palveluohjaajien ja yhteistyöhoitajien roolit on määritelty. Yhteistyö sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien kesken ei ole edistynyt merkittävästi, pieniä paikallisia kokeiluja kuitenkin on tehty. Virtuaalisen palvelukeskuksen kehittämisessä edistettiin lähinnä etäkonsultaation kehittämisessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Sähköinen resepti otettiin käyttöön kaikilla hoidon tasoilla. Kroonisuuteen liittyvien terveyspalvelujen tutkimuskeskus KRONIKGUNE käynnistettiin. Sen tehtävänä on identifioida, soveltaa, kokeilla ja ottaa käyttöön toimivia käytäntöjä kroonisiin sairauksiin liittyen. Yli 150 paikallisen tason kokeilua käynnistettiin, joista 2/3 liittyi kliinisen hoidon integraatioon.

6 Skotlanti⁴

Skotlanti on yksi Yhdistyneen kuningaskunnan maista. Skotlannissa on noin 5,2 miljoonaa asukasta. Yhdistynyt kuningaskunta on hallinnollisesti yksi valtio, jolla on yksi virallinen parlamentti ja hallitus. Vaikka kuningaskunnan eri osille onkin myönnetty itsehallintoa, niiden parlamentit ja muut omat hallinnolliset elementit ovat Yhdistyneen kuningaskunnan parlamentin alaisuudessa. Skotlanti sai oman parlamentin vuonna 1998. Parlamentilla on laaja lainsäädäntöoikeus, mukaan lukien sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö.

National Health Service on Yhdistyneen kuningaskunnan julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, joka jakautuu neljään alueelliseen osaan, joista Skotlannissa on NHS Skotlanti. Vastuu terveys- ja sosiaalipolitiikasta, NHS Skotlannin johtamisesta ja aikuisten sosiaalipalvelujen seurannasta on Skotlannin hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon direktoraatilla.

NHS Skotlanti koostuu 14 alueellisesta lautakunnasta (*NHS Boards*), joiden vastuulla on palvelujen järjestäminen ja tuottaminen vastaamaan oman alueensa väestön palvelutarpeita. Vuonna 2011 NHS:n palveluksessa oli Skotlannissa 161 369 työntekijää, joista 154 340 oli NHS:n kokopäiväisiä työntekijöitä ja loput sopimuspohjaisia itsenäisiä toimijoita (yleislääkärit/hammaslääkärit). Yhdeksän kansallista elintä (*National Health Bodies*) ovat vastuussa Skotlannin mitassa tarjottavista palveluista, kuten ambulanssi, koulutus ja harjoittelu sekä laadun parantaminen.

Skotlanti on jaettu 32 hallintoalueeseen, joiden väestömäärät vaihtelevat alle 50 000:sta yli 600 000:een. Hallintoalueiden kuntien velvollisuutena on tarjota sosiaalipalveluja niille, jotka niitä tarvitsevat, joko itse, ostaa sopimuksin tai antaa henkilökohtainen budjetti niiden hankkimiseksi. Kunnat ostavat lisääntyvästi palveluja muilta. Ne tuottavat itse vain 12 % hoitokotipalveluista ja 49 % kotihoidon palvelutunneista.

Yksityinen terveydenhuolto on suhteellisen pieni Skotlannissa: noin 900 petipaikkaa seitsemässä sairaalassa, 10 psykiatrista sairaalaa ja klinikkaa sekä 15 hoivakotia. Yksityisen terveydenhuollon rahoitus toteutuu pääasiassa vakuutuksin tai suoraan asiakkaiden maksamana. NHS tekee sopimuksia terveyspalveluista yksityisten kanssa rajoitetusti. Hoivakodit saavat ison osan rahoituksestaan NHS:ltä.

Yksityinen ja kolmas sektori ovat tärkeitä palveluntarjoajia ikäihmisille: 88 % hoitokotipaikoista ja 51 % kotihoitotunneista. Kolmas sektori on merkittävässä osassa kumppanina julkisessa palvelutuotannossa. Kolmas sektori edustaa palvelujen käyttäjiä.

Rahoitus julkiseen terveydenhuoltoon tulee kertasummana Yhdistyneen kuningaskunnan valtiovarainministeriöltä. Rahoitus lasketaan väestöpohjaisesti ja muutokset siihen tehdään ns. Barnett formulan mukaan ja samansuuntaisesti, miten kustannukset kasvavat tai laskevat Englannissa. Skotlannin hallitus päättää rahoituksen allokoinnista palveluihin, mutta tämä edellyttää Skotlannin parlamentin hyväksyntää. Lisäksi paikalliset hallintoalueet keräävät kunnallisveroa.

Skotlannin hallitus kulutti 2011/12 terveyteen £11,68 miljardia. Paikalliset hallintoalueet kuluttivat 2010/11 £18,5 miljardia, josta 80 % oli Skotlannin hallituksen rahoitusta ja 20 % kunnallisverosta ja muista lähteistä. Paikalliset hallintoalueet kuluttivat sosiaalipalveluihin 2010/11 £3 miljardia.

6.1 Ikääntyminen, terveydellinen epätasa-arvo ja tiukkeneva talous haasteina

Väestön ikääntyminen on haaste länsimaissa ja etenkin Skotlannissa, jossa yli 75-vuotiaiden määrä tulee lisääntymään seuraavan kymmenen vuoden aikana 25 %. Ikäryhmä käyttää eniten sosiaali- ja terveyspalve-

⁴ Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen analyysissä ja kuvauksessa on käytetty seuraavia lähteitä: Audit Scotland 2015;2016; Bruce & Parry 2015; Ham et al. 2013; Scottish Government 2014; 2015; 2016a; 2016b; Scottish Parliament 2016a; 2016b.

luja. Lisäksi nuoremmassa ikäluokassa monisairastavuus köyhimmillä alueilla ja terveydellinen epätasa-arvo ovat haasteita Skotlannissa.

Skotlannissa on tunnistettu tarve uudistaa koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ja luoda kattava lähestymistapa tarjota palveluja. Erityisesti esteet perus- ja erikoistason palvelujen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä tulisi poistaa sekä miettiä ja mallintaa palvelutarjontaa uudelleen. Lisäksi vaatimus tiukkaan taloudenpitoon ja julkisten kulujen hillintään vuodesta 2009/10 alkaen lisäävät tarvetta tehokkaille ja kestäville sosiaali- ja terveystalouksille.

Vastauksena väestön ikääntymisen, epätasa-arvon ja tiukkenevan talouden haasteisiin Skotlannin hallitus esitti vuonna 2011 suunnitelmansa sosiaali- ja terveydenhuollon integroidusta systeemistä. Hallituksen visio on, että vuonna 2020 jokainen pystyy elämään pidempään ja terveempänä kotonaan tai kodinomaisessa ympäristössä ja että Skotlannilla on integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Suunnitelman mukaan aikuisten sosiaalihuolto ja terveydenhuolto integroidaan siten, että vuonna 2004 perustetut yhteisöjen terveystaloukset (community health partnerships) korvataan sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuuksilla (social and health care partnerships), jotka tulevat olemaan NHS:n lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden yhteisellä vastuulla. Painopistettä siirretään erikoistason palveluista perus- ja yhteisöpalveluihin. Ehdotus nojaa muun muassa seuraaviin periaatteisiin:

- integroidaan aikuisten terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut asiakkaiden tarpeiden pohjalta
- suunnataan fokus ennaltaehkäisyyn, ennakointiin, tuettuun itsensä hallintaan ja henkilökeskeiseen hoitoon
- laajennetaan perusterveydenhuoltoa
- tarjotaan pääsääntöisesti päivähoidon silloin kun potilas tarvitsee sairaalahoitoa
- varmistetaan että ihmiset pääsevät sairaalasta nopeasti takaisin kotiin tai yhteisönsä, mahdollisimman pienellä uusintakäynnin riskillä
- parannetaan ihmisten ”virtaa” sairaalan läpi ja parannetaan viikonloppupalveluja
- parannetaan moniongelmaisten ja pitkäaikaissairaiden hoitoa
- vähennetään terveydellistä epätasa-arvoa suuntaamalla resursseja köyhimmille alueille
- suunnitellaan työvoima varmistaen että oikeat ja oikea määrä ammattilaisia on oikeanlaisissa tehtävissä
- perustetaan palvelujen järjestäminen ja tuottaminen vahvaan ja johdonmukaiseen kliiniseen ja sosiaalihuollon ammatilliseen johtamiseen
- palveluntarjoajien tulee yhdessä vastata tehokkaasta parempien tulosten tuotannosta
- tuetaan palveluja joustavilla ja kestäville rahoitusmekanismeilla, jotka asettavat etusijalle palveluja käyttävien ihmisten tarpeet, ei palveluja tuottavien organisaatioiden tarpeet.

6.2 Parempia tuloksia kumppanuustyöskentelyn, palvelujen uudelleenmuotoilun ja hoitoketjujen kehittämisen avulla

Skotlannissa on toteutettu useita sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota kehittäviä toimenpiteitä 1990-luvun lopulta lähtien. Osa uudistuksista on kohdistunut suoraan integraation kehittämiseen, osassa integraatio on syntynyt sivutuotteena. Osa toimenpiteistä on kohdistunut pelkästään terveydenhuoltoon, osa sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintaan. Uudistusten tavoitteena on ollut saavuttaa parempia tuloksia kumppanuustyöskentelyn, palvelujen uudelleenmuotoilun ja hoitoketjujen kehittämisen avulla.

Yhteisölliset terveystaloukset

Yhteisölliset terveystaloukset (*community health partnerships, CHPs*) perustettiin vuoden 2004 reformilla. Niiden tehtävä oli perustaa NHS:n ja paikallisten hallintoalueiden palvelujen keskeisiä kumppanuuksia ja toimia paikallisen terveyden edistämisen ja perus- ja erikoistason terveystalouksien integraationa. Laki edellytti NHS lautakunnan perustavan yhden tai useampia kumppanuuksia alueelleen sallien eroja yksittäisten kumppanuuksien koossa, roolissa, tehtävässä ja hallinnollisissa ratkaisuissa. Kahden

tyyppisiä kumppanuuksia syntyi. Vuonna 2010 pelkästään terveydenhuoltoon keskittyviä kumppanuuksia oli 29, terveyden- ja sosiaalihuollon rakenteita yhdistäviä kumppanuuksia oli seitsemän.

Audit Scotland julkaisi 2011 katsauksen kumppanuuksien vaikuttavuudesta. Katsaus nostaa esiin esimerkkejä yhteisöpalvelujen hyvistä käytännöistä, mutta näyttö laajemmista ja kestävästä parannuksista puuttui. Tähän löydettiin syyksi kumppanuuksien auktoriteetin puute integraatioagendan läpiviemisessä ja käyttöönotossa, kumppanuuksien epäselvä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteessa, eroavaisuudet organisaatiokulttuurissa, suunnittelussa ja suorittamisessa ja taloudellisessa johtamisessa NHS lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden kesken sekä vähäiset esimerkit hyvästä yhteisestä suunnittelusta, joka perustuu kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen jaetuista resursseista.

Kliiniset verkostot

Vertikaaliset, johdetut kliiniset verkostot ovat ensimmäisen, toisen ja kolmannen asteen terveydenhoidon ammattilaisia ja organisaatioita yhdistäviä verkostoja, joita on kehitetty 1990-luvun lopulta alkaen. Verkostojen peruserätykset ovat säilyneet samanlaisina vuosien varrella, muun muassa selkeä johtamisrakenne, joka määrittelee pisteen jossa palvelu annetaan ja suhteet palvelujen välillä, vuotuinen suunnitelma joka määrittelee standardit ja tavoitellut parannukset laatuun, ja jos mahdollista, tulostavoitteet ja hyödyt määriteltynä käyttäjille, dokumentoidun näyttöperustan hyödyntäminen, moniammatillinen rakenne, jossa jokaisen verkoston toimijat rooli on määritelty, palvelujen käyttäjien ja vapaaehtoisten osallistaminen, sekä potentiaalisen koulutuksen täysi hyödyntäminen

Kliinisiä verkostoja oli vuonna 2013 yhteensä 130, joista 29 koko Skotlannin laajuisia, 22 alueellista ja loput paikallisia. Osa verkostoista on rakennettu tietyn sairauden ympärille, kuten diabetes tai epilepsia, osa erikoisalojen kuten neurologiset sairaudet ja palliatiivinen hoito. Hallitus vahvisti verkostojen aseman vuonna 2012 ja toi esiin, että verkostojen tulisi sopeutua osaksi muita kumppanuuksirakenteita, jotka tukevat työskentelyä paikallisten hallintoalueiden ja kolmannen sektorin kanssa.

Sähköinen terveysjärjestelmä

Skotlannissa on vuodesta 2005 lähtien kehitetty palvelujen integraatiota tukevaa sähköistä terveysjärjestelmää. Saavutuksia ovat mm. maan kattava potilastunnuksen käyttö (the community health index number), ensihoitoon liittyvien toimintojen sähköistäminen sekä läheteiden, laboratoriotulosten ja reseptien sähköistäminen. Lisäksi eTerveys-strategia edellyttää NHS:ää kehittämään yhdessä paikallisten hallintoalueiden kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon IT-strategiaa, joka edistää tiedon jakamista terveydenhuollon, sosiaalisen ja kolmannen sektorin kesken ja tukee yhteisöpalvelujen tuottamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuudet

Vuonna 2011 Skotlannin hallitus esitti suunnitelman toteuttaa yhtenäisen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä koko Skotlannissa. Uudessa systeemissä aikaisemmat yhteisölliset terveys- kumppanuudet (community health partnerships) korvataan sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuuksilla, joista NHS:n lautakunnat ja paikalliset hallintoalueet ovat yhdessä vastuussa muodostaen yhteisen integraatioviiranomaisen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota lähdettiin toteuttamaan lainsäädännöllisin keinoin. Integraation raamiksi säädettiin laki (*the Public Bodies, Joint Working, Scotland Act*), joka hyväksyttiin huhtikuussa 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio edellyttää NHS:n lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden työskentelevän kumppanina kolmannen sektorin, palvelujen käyttäjien ja heidän omaistensa, yksityisen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa. NHS:n terveydenhuoltoa tarjoavien 14 lautakunnan ja sosiaalipalveluja tarjoavien 32 paikallisen hallintoalueen rakenteeseen perustettiin 31 sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuutta

Lain keskeisiä piirteitä ovat henkilökohtaisten tulosten tärkeys ja tulos pohjaiset lähestymistavat. Skotlannissa korostetaan omien voimavarojen käyttöä terveyden edistämiseksi. Taustalla on ajatus, että omien henkilökohtaisten tai ympäristöstä mobilisoitavien resurssien avulla voi ylläpitää terveyttä. Näkökulmaa on siirretty korjaavasta yksilön ja yhteisön hyvinvointia edistävään toimintaan.

Uusi laki antaa kaksi vaihtoehtoista mallia integroida sosiaali- ja terveydenhuolto:

1) NHS:n terveyslautakunta ja paikallinen hallintoalue delegeoivat vastuun suunnitella, resursoida ja toteuttaa aikuisten sosiaali- ja terveyspalvelut yhteiselle integraatioelimelle.

2) NHS:n terveyslautakunta TAI paikallinen hallintoalue ottaa vetovastuun integroitujen aikuisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suunnittelusta, resursoinnista ja toteuttamisesta.

Mallin valinnasta sovitaan NHS:n terveyslautakunnan ja paikallisen hallintoalueen kesken paikalliset tarpeet huomioiden. Yhtä kumppanuutta lukuun ottamatta on valittu vaihtoehto 1). Laki edellyttää integroimaan hallinnon, suunnittelun ja resursoinnin aikuisten sosiaalipalvelujen, aikuisten perusterveydenhuollon ja yhteisöpalvelujen (community services) sekä joidenkin sairaalapalvelujen osalta. Muitakin palveluja on mahdollista ottaa mukaan integraatioon.

Laki edellyttää lisäksi NHS:n lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden yhdessä jättävän yksityiskohdallisen integraatiosuunnitelman, millaisia tehtäviä ja palveluja delegoidaan eri toimialoilta yhteiselle integraatioelimelle. Suunnitelma sisältää integraatiojärjestelyjen osalta tietoa teemoista, kuten valittu integraatiomalli, delegeoitavat palvelut ja sisällöt, hallintojärjestelyt koskien kliinistä hoitoa ja huoltoa, taloudellinen johtaminen, ja operationaaliset järjestelyt. Suunnitelmien tuli olla kokonaan implementoituna 1.4.2016, jolloin laki astui voimaan.

Jokaisen integraatioelimen on kehitettävä strateginen toimeenpanosuunnitelma (*Strategic commissioning plan*), joka luonnostelee miten palvelut järjestetään ja tuotetaan integroidun budjetin kehyksessä ja vuotuisen tilinpäätöksen. Jokaisen integraatioelimen on lisäksi tuotettava vuotuinen raportti suoriutumises-taan. Jokaisen integraatioelimen tulee perustaa strateginen suunnitteluryhmä, joka tukee suunnitteluprosesia. Ryhmän tulee osallistaa palvelujen käyttäjiä, käyttäjien huoltajia, kaupallisia ja ei-kaupallisia terveyspalvelujen tuottajia, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, sosiaalisen asumisen ei-kaupallisia tuottajia ja kolmannen sektorin toimijoita. Strateginen suunnitelma sisältää informaatiota allokoitusta budjetista ja siitä miten tämä käytetään. Suunnitelma sisältää informaatiota sosiaali- ja terveyspalveluista, jotka ovat integraatioelimen johdon alaisuudessa.

Jokaisen integraatioelimen tulee perustaa vähintään kaksi alueellista elintä (*localities*), joiden tarkoituksena on varmistaa paikallisuuden huomioiminen palvelujen suunnittelussa ja käyttöönottosuunnitelmassa. Elimillä on tarkoitus olla oikea vaikutus siihen miten resursseja käytetään alueellaan. Ne koostuvat paikallisista yleislääkäreistä ja muista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, yksityisen ja kolmannen sektorin edustajista, huoltajista ja potilaiden edustajista sekä johtajista. Integraatioviranomaisten on julkaistava vuotuinen suorituskykyraportti, jonka tulee sisältää kuvaus siitä miten paikallisia elimiä on kuultu ja osallistettu, arvio siitä miten nämä järjestelyt ovat vaikuttaneet palvelujen tuotantoon ja osuus budjetista joka käytettiin suhteessa kuhunkin paikalliseen alueeseen.

Integroidut budjetit

Skotlannin hallitus on arvioinut, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio tuottaisi hyötyinä budjetissa £138–157 miljoonaa. Tämä seuraisi myöhästyneiden kotiutusten, suunnittelemattomien sairaalakäyntien ja alueiden välisten erojen vähenemisestä. Uuden lain säännökset määrittelevät minimialueen palveluja, jotka tulee delegoida integraatioviranomaiselle. Laki määrittelee budjetin minimialueen, ja se sisältää vähintään aikuisten sosiaalihuollon, aikuisten yhteisöterveydenhuollon ja osan aikuisten sairaalahoidosta. Integraatioviranomaisen on julkaistava vuotuinen tilinpäätös, joka määrittelee budjetin tulevalle vuodelle. Yhteisellä integraatioelimellä on valta ohjata budjetin käyttöä. Skotlannin hallitus ennusti, että vuosina 2014–2015 £8,2 miljardia kulutetaan delegoiduille toiminnoille. Koko Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista arviolta 62 % delegeoituu integraatioviranomaisille; 60 % NHS:n lautakuntien budjetista ja 72 % paikallisten hallintoalueiden budjetista.

Kansalliset terveyden ja hyvinvoinnin tulostavoitteet

Uusi laki määrittelee yhdeksän kansallista terveyden ja hyvinvoinnin tulostavoitetta, jotka koskevat kaikkia integroituja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tulostavoitteet antavat kehyksen järjestää ja tuottaa palveluja. Kehittäessään strategisia toimeenpanosuunnitelmiaan jokaisen integraatioviranomaisen on huomioitava kansalliset tulostavoitteet, jotka ovat seuraavat:

- 1) Ihmiset osaavat seurata ja parantaa omaa terveyttään ja hyvinvointiaan ja pystyvät elämään terveenä pitkään.
- 2) Ihmiset pystyvät elämään järkevästi ja itsenäisesti kotona tai kotia vastaavassa ympäristössä.
- 3) Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjillä on positiivisia kokemuksia palveluista ja heidän ihmisarvoaan kunnioitetaan.
- 4) Sosiaali- ja terveyspalvelut on keskitetty ylläpitämään tai parantamaan palveluja käyttävien ihmisten elämänlaatua
- 5) Sosiaali- ja terveyspalvelut edistävät terveydellisen epätasa-arvon vähenemistä.
- 6) Ihmisiä jotka tarjoavat ilmaista hoivaa tuetaan huolehtimaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan.
- 7) Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö on turvallista.
- 8) Sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijät tuntevat olevansa sitoutettuja työhön jota tekevät ja heitä tuetaan jatkuvaan tarjoamansa informaation, tuen ja hoidon parantamiseen.
- 9) Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen resursseja käytetään tehokkaasti.

NHS Skotlanti, paikalliset hallintoalueet sekä kolmas ja yksityinen sektori ovat yhdessä kehittäneet 23 integraatioindikaattoria tukemaan kansallisia tulostavoitteita (Scottish Parliament 2016a). Indikaattoreilla mitataan edistystä kohti tulostavoitteita, ja ne mahdollistavat integraatioviranomaisten vertailun ja benchmarkkaamisen sekä pidemmän tähtäimen seurannan.

Suoriutumiskyvyn mittaaminen

Uusi laki velvoittaa integraatioviranomaisia julkaisemaan vuotuisesti suoriutumiskykyraportin suhteessa kansallisiin tulostavoitteisiin. Raporttiin tulee sisällyttää informaatio, miten resurssit on allokoitu suhteessa eri tulostavoitteisiin. Raportit arvioidaan strategisen toimeenpanosuunnitelman ja tilinpäätöksen kontekstissa ja se fokuoittuu siihen, miten kulut ovat auttaneet tulostavoitteiden saavuttamisessa. Raportin tulee sisältää informaatiota taloudellisesta suoriutumisesta kuluneena vuonna ja suhteessa viiteen aiempaan vuoteen tai kaikkiin aiempiin vuosiin, jos niitä on vähemmän kuin viisi. Lisäksi raportin tulee sisältää tiedot mahdollisista delegeoituja tehtäviä koskevista tarkastuksista.

NHS Skotlanti kehittää tietokantaa koskien sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, kustannuksia ja väestöä. Sen tarkoituksena on tukea integroitujen palvelujen analyysiä ja monitorointia sekä auttaa NHS:n lautakuntia, paikallisia hallintoalueita ja integraatioviranomaisia ymmärtämään alueensa väestön tarpeita, nykyisiä palvelurakenteita ja resurssien käyttöä. Käynnissä on myös pitkän tähtäimen projekti (*Source*), jossa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon datan rutiinikeräämisen systeemiä. Se koskee sosiaalihuollon toimintaa ja on linkitetty rutiinisti kerättävään terveysdataan (esim. akuutti mielenterveyshoito, pitkäaikaiset geriatriset sairaalakäynnit ja onnettomuus- ja ensiapukäynnit) ja Skotlannin kansalliseen kuolleisuusdataan.

6.3 Tukea toimeenpanoon

Uuden lain toimeenpanon ja sen mukaisen integraation toteuttamisen tueksi sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuuksille on järjestetty ammattilaisten kehittämisen ja koulutuksen rahoitusta. Kansalliset organisaatiot (*NHS Education for Scotland* ja *the Scottish Social Services Council*) ovat luoneet ohjelman tätä varten. Jokaiselle kansallisesti määritellylle tulostavoitteelle on luotu ammattilaisia tukeva toimintaohjelma, johon kuuluu käyttöönottoa tukeva sähköinen oppimisresurssi. Lisäksi NHS lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden muodostamille yhteisille integraatioviranomaisille on luotu oma kehittämisohjelma ja työkalupakki. Lisäksi Skotlannin hallitus julkaisi 2016 kansallisen kliinisen strategian suunnitelmana sosiaali- ja terveyspalveluista 10–15 vuoden tähtäimellä. Strategian on tarkoitus tukea kumppanuuksia toteuttamaan hallituksen 2020 visiota

Kansalliset organisaatiot toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuuksien kanssa tiedonkeruuprosessia, jonka tavoitteena on tukea strategista muutosta. Prosessissa identifioidaan, mikä toimii hyvin

ammattilaisten kehittämisessä, millaisia haasteita ja aukkoja on sekä millaisia paikallisia toimenpiteitä on toteutettavissa vahvistamaan hyvin toimivaa ja vastaamaan haasteisiin.

Kansalliset organisaatiot peräänkuuluttavat integraatiojohtamisen ohjelmassaan yhteistoiminnallista oppimista peruspalvelujen ammattilaisten, keskijohdon ja ylimmän johdon sekä kolmannen sektorin toimijoiden kesken. Ohjelma tähtää yhteistoiminnallisiin johtajuuden taitoihin ja kykyyn toimia tehokkaasti paikallisesti. Yhteistoiminnallisen johtajuuden ja kumppanuuden odotetaan luovan paikallisesti ammattilaisten yhteisiä arvoja, tuloksia, tarkoitusta ja visiota siitä miten integraation toimeenpanon haasteisiin vastataan.

6.4 Toimeenpano käynnistynyt hitaasti

Skotlannin 2014 hyväksytyyn lain mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tuli voimaan 1.4.2016. Toistaiseksi uudistuksen käytännön toimeenpanoon liittyen löytyy vain vähän dokumentoitua seuranta- ja arviointitietoa. Löytyvä tieto koskee lähinnä toimeenpanon valmisteluvaihetta ennen lain voimaantuloa.

Useista integraatioviranomaisten strategisista suunnitelmista on puuttunut riittävän yksityiskohtaista tietoa. Tämä on osittain johtunut vaikeuksista sopia budjetista. Suunnitelmista on puuttunut tarkempi tieto, millaista rahaa ja henkilöstöä on käytettävissä vastaamaan määriteltyjä prioriteetteja. Myös tieto siitä, miten resursseja siirretään kohti ennaltaehkäisevää ja yhteisöperustaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa on ollut puutteellista. Suunnitelmat eivät myöskään ole sisältäneet suoriutumiskyvyn mittauksia suhteessa kansallisiin tulostavoitteisiin. Samalla on kyseenalaistunut integraatioviranomaisten valmius uudelleen muotoilla paikalliset palvelut. On nähty riskinä, että akuutin hoidon sektoria ei ole riittävästi haastettu uudelleen muotoilemaan tapansa organisoida ja tuottaa palveluja.

Vaikeus sopia budjetista joidenkin NHS:n lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden kohdalla on osittain johtunut näiden eriaikaisista budjetoinnin sykleistä. Ennakoitu integraation tuottama kustannustehokkuus on myös luonut epävarmuutta siitä, tuoko tämä lisärahaa yhteisöperustaisiin ja ennaltaehkäiseviin investointeihin. On epäselvää, miten Skotlannin hallitus suuntaa integraatiosta syntyvät säästöt. Paikalliselinten (*localities*) on katsottu olevan avaintekijä integraation menestykseen. Näiden organisointi on kuitenkin toistaiseksi ollut melko kehittymätöntä.

Integraatioviranomaiset eivät voi suoraan palkata henkilökuntaa. On tunnustettu tarve työvoimasuunnittelulle, joka osoittaa miten integroitu työvoima kehitetään. Vain harvat integraatioviranomaiset ovat kehittäneet pitkän tähtäimen työvoimastrategian. Työvoiman suunnittelun katsotaan tarvitsevan laajan näkökulman, joka ottaa mukaan huoltajat ja vapaaehtoistyöntekijät. Integraatioviranomaisia koskevassa laissa on kohta, jonka mukaan nämä voisivat suoraan palkata työvoimaa ministerien hyväksynnällä, mikä osaltaan voisi vastata haasteeseen työskennellä kahden erillisen työvoiman turvin.

On myös herännyt huoli yleislääkäreiden ajasta panostaa aktiivisesti integroitujen palvelujen toimivuuteen. On riski, että yleislääkärit lähettävät potilaita edelleen sairaalaan, jos yhteisöpalvelujen laatuun tai niihin pääsyyn liittyy huolia. On esitetty huoli siitä, että yleislääkärit eivät tunne osallisuuttaan integraatioelimissä ja heillä on vähäiset vaikutusmahdollisuudet systeemiin eivätkä he ole tietoisia tulevista muutoksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio tähtää ennaltaehkäiseviin ja yhteisöperustaisiin palveluihin. On esitetty huoli, missä määrin ydin integraatioindikaattorit mittaavat edistystä sairaalapohjaisesta hoidosta yhteisöpohjaiseen hoitoon. Indikaattoreita ollaankin tarkastamassa ja fokuoimassa enemmän perusterveydenhuoltoon, toisen asteen palveluihin sekä lasten terveys- ja sosiaalihuoltoon.

Audit Scotland arvioi uudistuksen valmistelun tilannetta alkuvuodesta 2016. Sen mukaan muutos uudensuunnitelluihin hoidon malleihin tapahtuu liian hitaasti vastatakseen tunnustettuun tarpeeseen. Uudet kehitetyt ja käyttöönotetut hoidon mallit eri puolilla Skotlantia ovat toistaiseksi olleet pienimuotoisia ja ne eivät ole levinneet alkuperäisestä kehittämisympäristöstään laajemmin. Skotlannin hallituksen tulisi arvioinnin mukaan johtaa muutosta vahvemmin ja kehittää selkeä viitekehys ohjaamaan paikallista kehittämistä sekä vahvistaa näyttöä siitä mikä toimii. Sen tulisi asettaa onnistumisen mittareita, joilla edistystä voidaan seurata. Sen tulisi myös arvioida, kuinka paljon resursseja tarvitaan uusiin palveluihin ja uudensuunnitelluihin tapaan työskennellä, ja voidaanko nämä saavuttaa olemassa olevilla, suunnitelluilla resursseilla. NHS:n lautakunnat ja paikalliset hallintoalueet, jotka työskentelevät integraatioviranomaisten kanssa, voivat arvioinnin

mukaan tehdä enemmän fasilitoidakseen muutosta. Tähän sisältyy rahoituksen suuntaaminen yhteisöperustaisiin malleihin ja työvoimasuunnittelu uusien mallien tueksi. Niiden tulisi paremmin ymmärtää paikallisen väestön tarpeita, arvioida uusia malleja ja jakaa opittua.

7 Pohjois-Irlanti⁵

Pohjois-Irlanti on itsehallinnollinen osa Yhdistynyttä kuningaskuntaa. Asukkaita Pohjois-Irlannissa on noin 1,8 miljoonaa, heistä kaksi kolmasosaa asuu Pohjois-Irlannin pääkaupungissa Belfastissa ja sen metropolialueella. Pohjois-Irlannin lähihistoriaa sävyttävät brittihallintoa tukevien unionistien ja Pohjois-Irlannin itsenäisyyttä ajavien nationalistien väliset poliittiset ristiriidat ja väkivaltaiset konfliktit. Rauhaprosessin saavutuksena solmittiin vuonna 1998 Belfastin sopimus, jolloin Pohjois-Irlannin vuonna 1972 menettämä itsehallinto palautettiin ja maa sai oman yhteishallinnon (*The Northern Ireland Executive*) sekä lakiasäättävän edustajakokouksen (*The Northern Ireland Assembly*). Yhteishallinto on edustajakokouksen pääasiallisten puolueiden liittouma. Pohjois-Irlannilla on oikeus päättää itsenäisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevista asioista.

Pohjois-Irlanti perusti vuonna 1948 *Health and Social Care* (HSC) -järjestelmän, joka vastaa terveydenhuollon osalta Iso-Britannian National Health Service (NHS) -järjestelmää. HSC-järjestelmään sisältyy kuitenkin terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalihuolto. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan verovaroin, ja Pohjois-Irlanti saa Yhdistyneen kuningaskunnan keskushallinnolta niin sanotun Barnettin kaavan mukaisesti määräytyvän määrärahan, jonka käytöstä Pohjois-Irlanti päättää itse. Terveydenhuolto on pääosin maksutonta asiakkaalle, sosiaalihuollon palveluista voidaan periä tulosidonnainen maksu. Pohjois-Irlannissa sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnoinnista, rahoituksesta ja strategisten tavoitteiden asettamisesta vastaa maan oma terveysministeriö.

7.1 Hallinnollisesta integraatiosta järjestämisen integraatioon

Pohjois-Irlannissa toteutettiin vuonna 1973 sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollinen integraatio, jossa vastuu muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluista siirrettiin paikallishallinnolta lakisääteisille lautakunnille. Vuoteen 2009 asti sosiaali- ja terveydenhuollosta vastasivat neljä alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon lautakuntaa ja 18 säätiötä, joista 11 vastasi peruspalveluista, seitsemän sairaalapalveluista. Yksi säätiö vastasi ambulanssipalveluista. Lisäksi palvelujen tuottamisessa ja hallinnoinnissa oli mukana 37 komiteaa. Uudistuksella pyrittiin luomaan kattava rakenne palveluista ja toimintalinjoista päättämistä varten. On myös arvioitu, että integraatiolla tavoiteltiin tuolloin pikemminkin vakautta ja vahvempaa kontrollia epävaakaassa yhteiskunnallisessa tilanteessa kuin tehokkaampia palveluja.

Vuonna 2009 säädetyllä sosiaali- ja terveydenhuoltolailla (*Health and Social Care (Reform) Act (Northern Ireland) 2009*) on vähennetty palvelujen tilaamisesta ja tuottamisesta vastaavien toimielinten määrää, ja erillisistä sairaaläsäätiöistä on luovuttu. Lain mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tilaamisesta vastaa koko maan kattava sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta (*Health and Social Care Board, HSCB*), jonka toimintaa tukee viisi paikallista tilaajaryhmää (*Local Commissioning Groups, LCG*). Lautakunta ja tilaajaryhmät toimivat yhteistyössä kansanterveyden viraston (*The Public Health Agency, PHA*) kanssa. PHA on monitieteinen ja moniammatillinen elin, joka muun muassa vastaa väestön terveyden turvaamisesta, terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisestä sekä palvelujen järjestämisestä ja kehittämisestä. Lautakunta, PHA ja tilaajaryhmät laativat yhdessä suunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä (*commissioning plan*), joka ohjaa palvelujen tilaamista ja tuotantoa. Järjestämissuunnitelman laadinnassa otetaan huomioon kunkin tilaajaryhmän paikalliset olosuhteet, palvelutarpeet ja toiveet. Järjestämissuunnitelma perustuu kansalliseen ohjeistukseen, jonka Pohjois-Irlannin terveysministeriön antaa vuosittain. Siinä määritellään palvelujen tilaamisen keskeiset prioriteetit ja tavoitteet sekä toiminnan tulosindikaattorit.

⁵ Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen analyysissä ja kuvauksessa on käytetty seuraavia lähteitä: Bengoa et al. 2016; DHSSPS 2015; DOH 2016; Donaldson et al. 2014; Gray & Birrel 2016; Ham et al. 2013; O'Neill et al. 2012; Thompson 2016; TYC 2011; TYC 2013a; TYC 2013b.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta (HSCB) hallinnoi sopimuksia yleislääkäripraktiikoiden, hammaslääkärien, farmaseuttien ja optikoiden kanssa. Viisi sosiaali- ja terveydenhuollon paikallista säätiötä (*Health and Social Care Trusts*, HSCT) vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta ja toteuttamisesta järjestämissuunnitelman mukaisesti. Niillä on oma budjettinsa ja oma henkilöstönsä, ja ne toimivat vastaavilla alueilla kuin paikalliset tilaajaryhmät. Säätiöt voivat myös ostaa palveluja (muun muassa kotihoidon, asumisen ja hoivan palveluja) yksityisiltä palveluntuottajilta, kolmannelta sektorilta ja vapaaehtoistyön toimijoilta. Vaikka palvelujen tilaaminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan, eri toimielinten keskinäistä yhteistyötä painotetaan. Kuudes säätiö on koko maan kattava Pohjois-Irlannin ambulanssipalvelut (*Northern Ireland Ambulance Service Health and Social Care Trust*, NIAS).

Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatio perustuu pääosin yhdeksään palveluohjelmaan (*Programmes of Care*, PoC). Palveluohjelmat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueita, ja ne toimivat budjetoinnin ja palvelujen tuottamisen viitekehyksinä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisbudjetti vuonna 2016/17 oli 4,518 miljardia puntaa. Määrärahat jaetaan palveluohjelmittain, mikä luo edellytykset integroidulle budjetoinnille. Suurin osuus määrärahoista kohdennetaan akuuttipalveluihin (33 prosenttia). Ikääntyneiden palveluihin kohdennetaan 15 prosenttia. Palveluohjelmien sisällä määritellään sekä maan kattavia että paikallisia palvelujen järjestämisen prioriteetteja. Niiden avulla asetetaan tavoitteita ja mitataan suorituksia siten, että kertyvä tieto on vertailukelpoista eri säätiöiden kesken. Palveluohjelmat ovat:

- 1) akuuttipalvelut
- 2) äitiyspalvelut ja lasten terveys (0-15-vuotiaat)
- 3) perheiden ja lasten palvelut
- 4) ikääntyneiden palvelut
- 5) mielenterveys
- 6) oppimisvaikeudet
- 7) vammaisten terveys
- 8) terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy
- 9) aikuisten terveys (16–64-vuotiaat).

Palveluohjelmien on katsottu mahdollistavan resurssien tehokkaan käytön, kun keinotekoisia raja-aitoja sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä ei ole. Käytännössä ne toteutuvat moniammatillisina tiiminä, joissa asiakkaalla on nimetty vastuutyöntekijä ja joissa palvelujen päällekkäisyyttä on mahdollista estää toimintaa koordinoimalla. Palveluohjelmien integraatioaste vaihtelee: mielenterveyden ja oppimisvaikeuksien palveluohjelmat ovat integroiduimpia kokonaisuuksia, kun taas esimerkiksi lasten palvelut ovat lakisääteisten tehtävien vuoksi olleet vahvasti sosiaalityöpainotteisia.

7.2 Järjestämisen integraatiosta toiminnalliseen integraatioon

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista on pidetty välttämättömänä. 2000-luvulla järjestelmän uudistamiseksi on laadittu useita suunnitelmia, mutta muutoksen toimeenpano on ollut haastavaa. Vuonna 2005 terveysministeriö julkaisi raportin *Caring for People Beyond Tomorrow* (DHHSPS 2005), jossa hahmotettiin perusterveydenhuollon kehittämiseksi 20 vuoden strateginen viitekehys. Keskeisenä ajatuksena oli sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen toiminnallinen integraatio niin sanottujen perusterveydenhuollon kumppanuuksien (*Primary Care Partnerships*, PCP) avulla. Uudistamiskehitystä vauhditettiin vuonna 2011 julkaistulla arviointiraportilla *Transforming Your Care* (TYC 2011), jossa tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutostarpeita. Keskeisinä syinä uudistukselle nähtiin kasvava ja ikääntyvä väestö, väestön heikentyvä terveys ja pitkäaikaissairaiden määrän kasvu, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän epävakaus sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistetut kasvavat odotukset. Uhkina nähtiin muun muassa palvelujärjestelmän hallitsematon muutos sekä palvelujen ja tulosten heikkeneminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssointiin haluttiin saada muutos siten, että sairaalapalvelujen rahoitus laskisi vuoden 2011/2012 tasosta viisi prosenttia vuoteen 2014/2015 mennessä (83 miljoonaa puntaa) ja että varat siirrettäisiin perus- ja lähipalveluihin.

TYC-arviointiraportissa esitettiin uusi sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation tapa ja väestöpohjaisesti toteutettava palvelujen suunnittelu. Palvelujen painopistettä haluttiin siirtää mahdollisimman lähelle asiakkaan omaa kotia ja resursseja sairaalapalveluista alueellisten palvelujen kehittämiseen. Lisäksi haluttiin edistää ihmisten oma vastuunottoa hyvinvoinnista, palvelujen paikallisuutta ja toisaalta yhdistää paikalliset palvelut erikoistuneisiin sairaalapalveluihin. Yleislääkäreiden (GP) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä haluttiin kehittää osana integroitua hoivakumppanuuksia (*Integrated Care Partnerships*, ICP), joiden toiminta-ajatus perustui vuonna 2010 aloittaneisiin perusterveydenhuollon kumppanuuksiin (PCP).

TYC-arviointiraportin perusteella käynnistettiin kattava sosiaali- ja terveydenhuollon muutosohjelma. Raportissa nimettiin 12 sosiaali- ja terveydenhuollon muutosprosessia määrittävää periaatetta:

- 1) Yksilö on kaiken toiminnan keskiössä, ja toimintamallin tulee tuottaa parhaat mahdolliset tulokset palvelujen käyttäjälle ja hänen perheelleen.
- 2) Palvelujen tulee täyttää vaaditut laatuksiteerit, mikä tarkoittaa myös näyttöön perustuvan tutkimustiedon hyödyntämistä palvelujen kehittämisessä.
- 3) Asiakkaille tarjotaan soveltuvia palveluja oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Palvelut tulee antaa asiakkaan omaan kotiin tai tarjota paikallisesti, jollei turvallisuuden tai tehokkuuden vuoksi niiden järjestäminen keskitetysti tai alueellisesti ole perusteltua.
- 4) Palvelut suunnitellaan väestöperusteisesti ja paikallisten palvelutarpeiden mukaisesti.
- 5) Painopiste on ennaltaehkäisyssä ja eriarvoisuuden torjunnassa. Palvelujen tulee tukea ihmisiä tekemään omaa terveyttään ja hyvinvointiaan edistäviä ratkaisuja.
- 6) Palveluja sovitetaan yhteen ja työskennellään yhdessä. Palvelujen tulee rakentua asiakkaan ympärille.
- 7) Asiakkaiden riippumattomuutta ja palvelujen yksilöllisyyttä edistetään. Palvelutarjonnan tulee olla monipuolista. Asiakkaita ja heidän läheisiään tuetaan päätöksenteossa, ja omaishoitajat saavat tarvitsemansa tuen.
- 8) Turvataan kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien tilanne.
- 9) Varmistetaan palvelutuotannon kestävyys. Työvoiman vahvuuteen kiinnitetään huomiota.
- 10) Ymmärretään rahan arvo. Käytettävissä olevat taloudelliset resurssit on otettava kehittämisessä huomioon.
- 11) Maksimoidaan teknologian hyödyntäminen. Esimerkiksi tiedonvaihdon ammattilaisten kesken tulee olla sujuvaa.
- 12) Paikallisia toimijoita kannustetaan innovatiivisuuteen. Muutosten toteuttaminen edellyttää hajautettua päätöksentekoa ja kannustavaa toimintakulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollossa ja alueilla.

Muutosta tarkasteltiin 10 eri osa-alueella, jotka pitkälti vastaavat palveluohjelmia ja joiden perusteella arviointiraportissa nostettiin esille 99 muutoskohtaa. Osa-alueet olivat:

- 1) Väestön terveys ja hyvinvointi (8 muutoskohtaa)
- 2) Ikääntyneet (12 muutoskohtaa)
- 3) Pitkäaikaissairaat (7 muutoskohtaa)
- 4) Vammaiset (6 muutoskohtaa)
- 5) Äitiyspalvelut ja lasten terveys (12 muutoskohtaa)
- 6) Perheiden ja lasten palvelut (7 muutoskohtaa)
- 7) Mielenterveyspalvelujen asiakkaat (10 muutoskohtaa)
- 8) Oppimisvaikeuksista kärsivät henkilöt (9 muutoskohtaa)
- 9) Akuuttihoito (8 muutoskohtaa)
- 10) Palliatiivinen hoito ja saattohoito (6 muutoskohtaa).

Lisäksi tunnistettiin 14 yleistä muutoskohtaa, jotka koskivat palvelujen toteuttamisen infrastruktuuria, teknologiaa, työvoimaa ja resurssointia. Infrastruktuurilla tarkoitettiin kodin painottamista palvelujen keskiönä ja paikallisen palvelutarjonnan vahvistamista. Erityisen vaativassa erikoissairaanhoidossa yhteistyötä todet-

tiin jatkettavan ja edistettävän Irlannin tasavallan ja Yhdistyneen kuningaskunnan kanssa. Teknologisilla ratkaisuille haluttiin tukea paitsi palvelujen viemistä mahdollisimman lähelle asiakkaan omaa kotia myös henkilökunnan liikkuvuutta, tietojen jakamista ja moniammatillista, integroitua työtettä. Henkilökunnalta muutoksen katsottiin edellyttävän uudenlaista työorientaatiota ja siirtymistä akuuttihoivasta ja jaksottaisista toiminnoista kohti koordinoituja, integroituja ja lähellä asiakkaan omaa kotia toteutuvia peruspalveluja. Tominnan resurssoinnissa pyrkimyksenä oli siirtää resursseja sairaalapalveluista perus- ja lähipalveluihin.

Osallistavaa suunnittelua

Sosiaali- ja terveydenhuollon arviointi ja TYC-muutosohjelman suunnittelu toteutettiin eri osapuolia ja väestöä osallistavalla tavalla. Tavoitteena oli paitsi mahdollistaa tietoon perustuva julkinen keskustelu myös välittää tietoa uudistustarpeista ja uudistuksesta kansalaisille. Jo palvelujärjestelmää arvioitaessa toteutettiin sekä verkkokysely että kotitalouksille suunnattu kysely ja järjestettiin avoimia kokoontumisia, työpajoja ja pienryhmätapaamisia eri toimijoille. Myöhemmin TYC-muutosohjelman toimeenpanosuunnitelmaa laadittaessa toteutettiin laaja kuulemisprosessi lokakuun 2012 ja tammikuun 2013 välisenä aikana. Kuulemisprosessista vastasi sosiaali- ja terveyslautakunta (HSCB), ja kuulemisen tulokset julkaistiin maaliskuussa 2013 erillisenä raporttina (TYC 2013a). Kuulemisessa tavoiteltiin eri sidos- ja eturyhmiä sekä ammattilaisia ja kansalaisia järjestämällä muun muassa yleisiä kokoontumisia ja tapaamisia, toteuttamalla verkkokysely ja hyödyntämällä sosiaalista mediaa. Kirjallisia vastauksia, kuten kirjeitä, sähköposteja ja täytettyjä kyselylomakkeita, saatiin yhteensä 2242. Näkemyksiä kerättiin muutoksen eri osa-alueilta, ja niissä muutosehdotuksiin suhtauduttiin varsin myönteisesti. Keskeisiä yleisiä näkemyksiä olivat seuraavat:

- 1) Uudistuksen riittävä rahoitus tulee varmistaa ja huolehtia siitä, että uudet käytännöt toimivat hyvin ennen kuin muutos toteutetaan.
- 2) Omaishoitajille annettavaan tukeen tulee kiinnittää enemmän huomiota.
- 3) Henkilöstöllä on keskeinen merkitys muutoksen toimeenpanossa.
- 4) Vapaaehtoistyö ja paikalliset järjestöt on tärkeää sitouttaa muutokseen.
- 5) Terveyseroihin puuttuessa tarvitaan hallinnolliset rajat ylittävää, monialaista, laajamittaista ja kattavaa yhteistyötä.

Suunnittelusta toteutukseen

Toteuttamissuunnitelman lopullinen versio julkaistiin lokakuussa 2013 (TYC 2013b), ja siinä oli otettu huomioon kuulemisessa saatu palaute. Toteuttamissuunnitelmassa esitellään, miten muutosohjelman 10 osa-aluetta koskevat 99 ehdotusta viedään käytäntöön 3–5 vuoden aikana vuodesta 2011/2012 alkaen. Suunnitelmassa käydään läpi myös kunkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluohjelmien toteutus kunkin viiden tilaajaryhmän (LCG) alueella. Toteuttamissuunnitelman ytimen muodostavat tilaajaryhmien alueellisiin palvelutarpeisiin perustuvat muutosohjelmaa konkretisoivat väestösuunnitelmat (*population plan*). Paikalliset tilaajaryhmät laativat väestösuunnitelmat yhteistyössä HSC-säätiöiden ja paikallisten toimijoiden kanssa. Muutosohjelman toimeenpanosta vastasivat sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta (HSCB) ja kansanterveyden virasto (PHA) yhteistyössä HSC-säätiöiden ja muiden palveluntuottajien kanssa.

Muutosohjelman myötä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen painopistettä oli tarkoitus muuttaa siten, että akuuttisairaaloiden määrä vähenisi ja sairaalapalvelujen budjetti pienenisi viisi prosenttia ja varat siirrettäisiin perusterveydenhuoltoon, sosiaalipalveluihin ja alueellisiin palveluihin. Lisäksi uudistusta tuettaisiin kolmen vuoden ajan siirtymärahoituksella. Tavoiteltuja tuloksia olivat väestön parantunut terveys, paikallisten palvelujen vahvistuminen, kotiin annettavien palvelujen lisääntyminen, väestön lisääntynyt valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus, investoinnit uuteen teknologiaan paikallisten ja kotiin vietävien palvelujen vahvistamiseksi, eri ammattilaisten yhteinen työskentely sairaalakäyntien vähentämiseksi, tietoon perustuva päätöksenteko ja tuki henkilökunnalle muutosten toteuttamiseksi.

Muutosohjelman toteutukselle asetettiin kolme strategista periaatetta: palvelujen käyttäjä on keskiössä, johtaminen on yhteistyöhakuista ja sitoutunutta järjestelmän kaikilla tasoilla ja muutosohjelma toteutetaan täsmällisellä tavalla. Muutosohjelman strategisen toimeenpanon viitekehys rakentui integroidun suunnittelun, yhdenmukaisen toteutuksen sekä yhteisen seurannan ja oppimisen mukaisesti. Integroidulla suunnittelulla tarkoitettiin sitä, että kaikki käynnissä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat otetaan

huomioon, tarkennetaan muutosohjelman yleiset toimintalinjat, sovitaan yhteisistä sitoumuksista ja huolehditaan tarvittavasta yhteistyöstä koko palvelujärjestelmää koskevissa sekä alueellisissa ja paikallisissa suunnitelmissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunnan (HSCB) tehtävänä oli vastata siitä, että palvelujen tilaamisprosessissa muutosohjelma ja alueelliset väestösuunnitelmat otetaan huomioon. Yhdenmukaisen toteutuksen strategiassa eri toimintalinjat ja ohjelmat yhdistettiin alueellisina toimenpidekokonaisuuksina ja tarvittaessa lisättiin muutoksen edellyttämiä uusia toimintoja. Yhteisen seurannan ja oppimisen strategiassa seurattiin palvelujen integroitua toteutusta, arvioitiin vaikutuksia, levitettiin innovaatioita sekä muun muassa kehitettiin osaamista.

Verkostomaista yhteistyötä

Pohjois-Irlannissa on onnistuneesti edistetty verkostomaista palveluntuottajien yhteistyötä. Seuraavassa esitetään esimerkkejä palvelujen yhteensovittamisen käytännöistä.

Palvelukeskukset

Palvelujen vieminen lähelle asiakkaan omaa elinympäristöä perustuu palvelujen verkostomaiseen keskittämiseen. Muun muassa yleislääkärin palvelujen yhteydessä on tarjolla myös muita palveluja alueellisten tarpeiden mukaisesti. Keskeisenä keinona vahvistaa palvelujen tarjontaa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukeskukset, jotka toimivat paikallisina palvelujen ja neuvonnan yhden pisteen pysähdyspaikkoina. Esimerkiksi Belfastin alueella on seitsemän hyvinvoinnin ja hoidon keskusta (*Wellbeing and Treatment Centers*), joihin on koottu yhteen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja neuvontaa.

Integroidut palvelukumppanuudet

Toinen keskeinen tapa vahvistaa lähipalveluja ja asiakkaan kotia hoivan keskiönä ovat integroidut palvelukumppanuudet (ICP). Ne ovat kliinisesti johdettuja palveluntuottajien yhteistyöverkostoja, joissa suunnitteluun ja koordinoimaan paikallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Integroitua palvelukumppanuuksia on yhteensä 17, ja ne sijoittuvat viiden paikallisen tilaajaryhmän alueille. Kunkin ICP:n alueella asuu noin 100 000 henkeä ja sijaitsee 25–30 yleislääkäripraktiikkaa. Jokaisella ICP:llä on oma, neljä kertaa vuodessa kokoontuva kumppanuuskomiteansa (*Partnership Committee*), jossa ammattilaisten ohella ovat mukana vapaaehtoistyön, järjestöjen, kunnanvaltuuston, palvelujen käyttäjien ja omaishoitajien edustajat. Integroitujen palvelukumppanuuksien keskeiseksi tavoitteeksi toiminnan alkuvaiheessa asetettiin ehkäistä sairaalahoitajaksoja ja kalliimpien palvelujen tarvetta parantamalla erityisesti ikääntyneille ja pitkäaikais-sairaille (diabetes, aivoverenkiertohäiriöt ja hengityselinsairaudet) suunnattujen palvelujen toteutusta ja integroitua hoitopolkuja. Integroitujen palvelukumppanuuksien on katsottu kuitenkin voivan vastata myös monista muista palveluista ja toiminnoista, muun muassa ympärivuorokautisesta päivystyksestä, sosiaalisesta tuesta ja yhteistyöstä vapaaehtois- ja järjestötoimijoiden kanssa.

Täysin selvää ei ole ollut integroitujen palvelukumppanuuksien suhde palveluohjelmiin (PoC), integroituihin tiimeihin ja budjetteihin, päätäntävaltaan sekä tilaamiseen ja tuottamiseen liittyviin järjestelyihin. ICP:t ovat herättäneet myös huolta lisääntyvästä byrokratiasta ja välillisistä kustannuksista, lähipalvelujen riittävästä resurssoinnista palvelutarpeiden kasvaessa, ammatillisesta jähmeydestä ja uusista siiloista yhteistoiminnallisuuden sijaan. On myös katsottu, että palvelukumppanuuksien fokuksen tulisi olla potilaiden hoitopoluissa.

Akuutin kotihoidon palvelumalli

Esimerkki palvelujen yhteensovittamisesta on akuutin kotihoidon palvelumalli (*Acute Care at Home*), jossa ikääntyneille henkilöille tarjotaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten hoitoa heidän omassa kodissaan silloin, kun äkillinen sairastuminen muutoin edellyttäisi ensiapupoliklinikalle tai sairaalahoitoon haakeutumista. Akuutin kotihoidon tiimi tarjoaa asiakkaille kotioloissa samat mahdollisuudet sairaanhoidon palveluihin kuin sairaalapotilaille. Belfastin säätiön alueella akuutin kotihoidon tiimiin kuuluu noin 40 henkeä. Tiimiä johtaa geriatrian erikoislääkäri, ja siihen kuuluu erikoislääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi farmaseutteja, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja ja psykiatrisia sairaanhoitajia. Palvelun sisältö suunnitellaan yhteistyössä asiakkaan sekä hänen omaistensa ja hoitajiensa kanssa. Saira-

lan konsultointi on tarpeen mukaan aina mahdollista. Palvelun tavoitteena on TYC-muutosohjelman mukaisesti vahvistaa kotia hoidon keskiönä sekä tukea asiakkaan kotona asumista ja riippumattomuutta.

Kotikuntoutus

Toinen esimerkki palveluintegraatiosta on kotikuntoutus (*reablement*), joka myös on ensisijaisesti ikääntyneille suunnattu palvelu. Kotikuntoutuksen avulla tuetaan omassa kodissaan sairaudesta tai vammasta toipuvia asiakkaita saamaan takaisin toimintakykyään, riippumattomuuttaan ja itsenäistä elämäntapaansa. Asiakkaalle voidaan esittää palvelua esimerkiksi sairaalajakson tai kaatumisen jälkeen. Palvelua on saatavilla viikon jokaisena päivänä. Palvelutarpeen arvion laatii toimintaterapeutti, ja asiakkaan kotiin tulevat tukityöntekijät työskentelevät hänen kanssaan yhteistyössä. Asiakasta ohjataan ja tuetaan suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan itse (esimerkiksi pukeutuminen, ruuanlaitto, pyykinpesu ja kaupassakäynti). Kotiin voidaan tuoda apuvälineitä tai siellä voidaan toteuttaa pienimuotoisia muutoksia, mikäli ne hyödyttävät asiakasta. Olennaista palvelussa on se, että asiakasta tuetaan toimimaan itse sen sijaan, että asiat tehtäisiin hänen puolestaan. Palvelu on määräaikaista, ja sen on tarkoitus kestää korkeintaan kuusi viikkoa.

7.3 Muutoksen vaikeus

Pohjois-Irlannin palvelujärjestelmässä on sovitettu yhteen palvelujen järjestäminen, rahoitus ja tuottaminen, mikä sinänsä luo hyvät edellytykset palvelujen saumattomalle toteutukselle. Monipuolista arviointia muutosprosessin onnistumisesta ja TYC-muutosohjelman tavoitteiden saavuttamisesta ei ole tehty, ja integroidun palvelujärjestelmän hyödyistä on toistaiseksi olemassa varsin rajallista näyttöä. Integroidut johtamisrakenteet ja moniammatilliset tiimit kuitenkin toimivat säätiöissä, ja tiedonkulun eri ammattiryhmien kesken on todettu olevan integroiduissa rakenteissa sujuvampaa. Myönteisenä on myös pidetty muun muassa kotikuntoutuksen (*reablement*) tiimien ja integroitujen hoitopolkujen kehittämistä. Hyötyjä on kuitenkin pidetty odotettua vähäisempinä, ja integraation toimeenpanossa on havaittu puutteita. Muun muassa rahoituksen integraatiota on pidetty osin näennäisenä: rahoitus myönnetään palveluohjelmittain, mutta rahoitus allokoidaan palveluohjelmien sisällä alakohtiin, jotka pitkälti vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon perinteistä jaottelua. Järjestämissuunnitelmissa ei selvästi ole nostettu esille integroitujen rakenteiden tai keskeisten integroitujen palvelujen näkökulmaa.

Uudistusta on lisäksi toteutettu terveydenhuoltopainotteisesti. Vaikka ammatillisia rajoja on kyetty alentamaan siten, että eri ammattiryhmien edustajat voivat johtaa integroitujen tiimien toimintaa, terveydenhuollolla on edelleen hallitseva asema palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunnassa (HSCB) ainoastaan kaksi jäsentä neljästätoista edustaa sosiaalihuoltoa. Vastaava tilanne on paikallisissa tilaajaryhmissä. Alueellisissa toteutussuunnitelmissa terveydenhuollon näkökulma on korostunut, ja integraatiota on edistetty ensisijaisesti sairaaloiden ja yleislääkäripraktiikoiden välillä. Rahoituksen siirtäminen sairaalahoidosta peruspalveluihin on osoittautunut vaikeaksi julkisen keskustelun ja asenneilmaston vuoksi. Lisäksi integroitujen palvelukumppanuuksien ydintoiminta on terveydenhuoltopainotteista, ja myös ICP:n kumppanuuskomiteoissa terveydenhuollon edustus painottuu. Onkin todettu, että palvelujen käyttäjien tarpeet määritellään ensisijaisesti terveydenhuollon näkökulmasta, ja aikuissosiaalityön kehittämiseen ja palvelujen käyttäjien osallisuuteen kiinnitetään alueellisissa suunnitelmissa liian vähän huomiota. Kuvaa on, että vuonna 2016 perustetussa kuuden hengen asiantuntijapaneelissa ei ole mukana yhtään edustajaa, jolla olisi ammatillista tai tutkimuksellista asiantuntijuutta sosiaalihuollosta, vaikka paneelin tehtävänä on hakea parhaita mahdollisia ratkaisuja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään. Palveluintegraatiota ei myöskään ole otettu huomioon ammatillisessa koulutuksessa.

Pohjois-Irlannin edustajakokouksen terveysvaliokunnalle laaditussa katsauksessa (Thompson 2016) nostettiin esille TYC-muutosohjelman haasteita. Ministeriön näkemyksen muutosohjelman luonteesta on katsottu muutosprosessin aikana hämärtyneen, ja suunnitelmallisen lähestymistavan sijaan siitä on voitu alkaa puhua ”eetoksena”. Tästä on aiheutunut epäselvyyttä muutoksen ohjaamisessa, rahoituksessa ja hallinnoinnissa sekä uusien toimintamallien kehittämisessä. Epätietoisuutta on ollut muun muassa siitä, otaanko jonkin säätiön alueella toimiva palvelumalli käyttöön myös muiden säätiöiden alueilla vai ei. Lisäksi Pohjois-Irlannin kiristynyt taloudellinen tilanne on vaikeuttanut muutosohjelman rahoitusta, eikä tavoit-

teltua 83 miljoonan punnan siirtoa sairaalapalveluista perus- ja lähipalveluihin ole toivotulla tavalla tehty. Sosiaali- ja terveydenhuollon budjetointia 2015/2016 arvioitaessa painopisteen havaittiin olevan olemassa olevien palvelujen säilyttämisessä sen sijaan, että rahoituksella olisi pyritty vahvistamaan peruspalveluja ja TYC-muutosohjelman toteutusta. Epäselvyyttä on ollut myös siitä, mikä taho vastaa uusien palvelumallien kehittämisestä. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunnan (HSCB) ja kansanterveyden viraston (PHA) tehtävänä on päättää ja sopia palvelujen tuottamisen tavoista ja TYC:n toimeenpanosta, myös säätöt ovat toimineet aloitteellisesti kehittämällä palvelumalleja ja hakemalla sen jälkeen niille rahoitusta lautakunnalta. Muutoksen toteutusta ovat vaikeuttaneet myös viiveet henkilöstösuunnittelussa. TYC-muutosohjelma edellyttää henkilöstöltä uutta osaamista ennaltaehkäisevien käytäntöjen, asiakkaiden omahoidon ja integroitujen lähipalvelujen edistämiseksi. Viitekehys henkilöstösuunnittelun toteuttamiseksi annettiin kuitenkin vasta huhtikuussa 2015.

Vuonna 2014 Pohjois-Irlannin terveysministeri käynnisti selvityksen Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän hallinnoinnin parantamiseksi. Raportti (ns. Donaldsonin raportti) valmistui vielä samana vuonna (Donaldson ym. 2014). Siinä kannatetaan TYC-ohjelman tavoitteita mutta todetaan, että ohjelmaa ei ole riittävässä määrin saatu vietyä käytäntöön. Raportissa esitettyjen suositusten mukaan muutosohjelmalle tulisi laatia uusi, aikataulutettu toteutussuunnitelma ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleenorganisoinniseksi tulisi perustaa puolueeton, kansainvälinen asiantuntijapaneeli. Myös palvelujen käyttäjien asemaa esitettiin vahvistettavaksi. Palvelujen käyttäjiä edustaville järjestöille haluttiin muun muassa antaa aiempaa muodollisempi rooli palvelujen tilaamisessa.

Muutospaineista kertoo Donaldsonin raportin ja HSC:n hallinnollisia rakenteita arvioineen raportin (DHHSPS 2015) pohjalta terveysministerin vuonna 2015 tekemä esitys lopettaa sosiaali- ja terveyslautakunnan (HSCB) toiminta ja perustaa sen sijaan ministeriön alainen osasto vastaamaan palvelujen tilaamisesta. Esityksen tavoitteena oli pyrkimys vahvistaa palveluja tuottavien HSC-säätiöiden talouden ja suoriutumisen johtamista. Kansanterveyslaitoksen (PHA) asema tilaamisessa oli tarkoitus säilyttää ja varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn merkitystä painottaa entisestään. Tehtyä esitystä ei ole toteutettu.

7.4 Kehittäminen jatkuu

Donaldsonin raportin suositukseen pohjautuen tammikuussa 2016 perustettiin kansainvälinen asiantuntijapaneeli selvittämään, miten Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää tulisi kehittää. Paneelissa on mukana paikallisia klinikkoja sekä kansallisia ja kansainvälisiä terveydenhuollon ammattilaisia ja asiantuntijoita. Paneelin puheenjohtajana toimii professori Rafael Bengoa, joka on ollut toteuttamassa Espanjan Baskimaan terveydenhuollon uudistusta. Paneelin poliittinen mandaatti varmistettiin järjestämällä helmikuussa 2016 Pohjois-Irlannin lakiasäättävän edustajakokouksen jäsenille sekä poliittisten puolueiden neuvonantajille huippukokous, jossa keskusteltiin muutoksen tarpeesta ja asiantuntijapaneelin toiminnan periaatteista. Paneelin vuonna 2016 julkaisemassa raportissa (Bengoa ym. 2016) nimetään useita palvelujärjestelmän kehittämistarpeita ja 14 suositusta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän parantamiseksi.

Raportin ensimmäisessä suosituksessa ehdotetaan, että järjestelmän uudistaminen tulisi toteuttaa IHI:n (*Institute for Healthcare Improvement*) kehittämän *Triple Aim* -viitekehyksen mukaisesti, jolloin samanaikaisesti kiinnitettäisiin huomiota asiakkaiden palvelukokemuksiin, väestön terveyteen ja palvelujen yksikkökustannuksiin. Viitekehystä on jo aiemmin hyödynnetty Pohjois-Irlannissa, mutta sen käyttö ei ole ollut systemaattista.

Toisessa suosituksessa esitetään, että jo olemassa olevissa palvelujärjestelmän verkostoissa (kuten ICP:t) tulisi kehittää niin sanottuja vastuullisen hoivan järjestelmiä (*Accountable Care Systems, ACS*), joiden tehtävänä on vahvistaa palvelujen yhteensovittamista käytännössä. Vastuullisen hoivan järjestelmissä alueelliset palveluntuottajat tuottaisivat yhteisvastuullisesti ja niille myönnetyn budjetin rajoissa väestön tarpeita vastaavat palvelut. Tilaaajataho asettaisi tuottajaliittoutumille laatu- ja tulostavoitteet, ja riskinjoosta ja kannustimista sovittaisiin. Palvelujen tuottajilla olisi oikeus tehdä nopeita ja jatkuvia muutoksia toimintaan parantaakseen toimialueensa väestön palveluja ja saavutettuja tuloksia.

Neljännessä suosituksessa paneeli esittää, että terveysministerin tulisi luoda selkeä ja vahva pitkän tähtäimen visio sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiselle. Tätä paneeli pitää tärkeänä, koska se katsoo

TYC-muutosohjelman toteutuksen vaikeuksien johtuneen ainakin osin siitä, että TYC ei ole toiminut kaiken kattavana, koko organisaation päätöksentekoa ohjaavana strategiana. Muissa esittämässään suosituk-
sissa paneeli nostaa esille muun muassa tietojärjestelmien kehittämisen, lisärahoituksen tarpeen, muutoksen toimeenpanoa valvovan lautakunnan perustamisen, innovatiivisen kehittämistyön tunnistamisen ja levittä-
misen, palvelujen laadun ja elektiivisen hoidon suoriutumisen parantamisen, johtamisen merkityksen ja johtamisen tuen, henkilökunnan ja asiakkaiden osallistamisen sekä palvelujen kestävyuden säännöllisen arvioinnin.

Pohjois-Irlannin terveysministeri julkaisi lokakuussa 2016 asiantuntijapaneelin raporttiin perustuvan suunnitelman (DOH 2016) sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiseksi. Keskeisinä muutostarpeina suunnitelmassa nähdään ennaltaehkäisevän työn ja asuinalueiden toimintakyvyn vahvistaminen, perusterveydenhuollon ja moniammatillisen työskentelyn tukeminen, lähipalvelujen ja sairaalapalvelujen uudistaminen sekä palvelujen toteutus kumppanuutta, yhteistyötä ja integraatiota edistämällä. Lähestymistapoina raportissa nostetaan esille yhteinen työskentely henkilökunnan ja asiakkaiden kanssa, palvelujen laadun ja turvallisuuden parantaminen, työvoimaan panostaminen sekä johtamisen ja toimintakulttuurin kehittäminen kaikilla tasoilla. Lisäksi tietojärjestelmien kehittäminen nähdään välttämättömänä terveyden ja hyvinvoinnin parantamisessa sekä organisatorisista ja ammatillisista siiloista irrottautumisessa. Raportissa aikataulutetaan toimenpiteitä lokakuuhun 2017 asti, ja uudistus on tarkoitus toteuttaa vuosien 2016–2026 aikana. Uudistuksen toteuttamiseksi Pohjois-Irlantiin on perustettu neuvoa-antava lautakunta ja toimeenpanoryhmä.

8 Keskustelu

Baskimaa, Skotlanti ja Pohjois-Irlanti ovat väestöltään Suomen kaltaisi pieniä Euroopan maita/alueita. Suomesta poiketen niillä ei ole täydellistä itsenäisyyttä, mutta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen osalta niillä on täysi itsenäisyys ja vastuu. Pohjois-Irlannissa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat hallinnollisesti samoissa järjestämisen ja tuottamisen organisaatioissa. Baskimaan itsehallintoalueella terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan, sosiaalipalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta vastaavat alueen maakunnat ja kunnat. Skotlannissa terveyspalvelujen järjestämistä ja tuottamista ei ole erotettu toisistaan, niistä vastaa NHS Skotlanti. Sosiaalipalvelujen järjestäminen ja tuottaminen ovat paikallisviranomaisten vastuulla. Näistä eroavuuksista huolimatta tai niistä johtuen kolmen alueen palveluintegraatioon tähtäävien uudistusten analyysi tarjoaa Suomen sote-uudistuksen kannalta kiintoisia jäsennyksiä, näkökulmia ja kokemuksia.

8.1 Samantyyppiset haasteet uudistusten taustalla

Kolmen alueen sote-palvelujärjestelmäuudistusten taustalla on hyvin samansuuntaisia haasteita ja lähtökoh- tia kuin Suomessakin. Väestö vanhenee ja elää pidempään ja krooninen sairastavuus yleistyy. Terveydelli- nen epätasa-arvo ja moniongelmaisuus lisääntyvät ja palvelujen tarve kasvaa. Palvelujärjestelmät ovat sir- paleisia ja hajautuneita, eivätkä ne pysty vastaamaan kasvaviin odotuksiin. Samanaikaisesti sote-budjetiteja leikataan.

Näihin mittaviin haasteisiin ei voida vastata pienimuotoisilla palvelujärjestelmän korjausliikkeillä, vaan tarvitaan kokonaisvaltaista ja systeemistä palvelujärjestelmän uudistamista, jossa eri toimintojen suhteet toisiinsa ja erityisesti sote-palvelujen integraatio on keskeisellä sijalla. Suomen kaltaista sote-uudistusta, jossa myös järjestämisen ja tuottamisen suhde muuntuu perusteellisesti, ei tarkastelluilla alueilla tehdä.

Uudistusten kehittämistavoitteissa näkyy painopisteen siirtäminen erityispalveluista perus- ja lähipalve- luihin sekä korjaavista ennaltaehkäiseviin palveluihin. Asiakaskeskeisyys ja asiakkaan tarpeet, yhteistoi- minnallisuus sekä rajoja ylittävä palvelujen yhteensovittaminen ja monialainen ja -ammattillinen yhteistyö ovat tavoitteissa keskeisellä sijalla. Tätä koetetaan varmistaa ja tukea esimerkiksi hallinnon, budjettien ja tiedon integraatiolla. Palvelujen ei ajatella integroituvan pelkästään hallinto- tai rahoituskäytäntöjä uudis- tamalla, vaan tarvitaan pitkäjänteistä asiakastason toiminnan kehittämistä.

8.2 Osallistavaa uudistamista ja kehittämistä

Kaikkien kolmen alueen kehittämisen strategioissa on eri osapuolia ja intressiryhmiä kuuleva ja osallistava ulottuvuus mukana. Kehittämisen strategiat muokkautuvat alueilla jossain määrin omanlaisikseen, mikä osaltaan johtuu alueiden aiemmasta palveluintegraation kehittämishistoriasta ja saavutetusta integraati- on ”kehitysasteesta”.

Baskimaan uudistusta lähdettiin toteuttamaan samanaikaisesti *top down* - ja *bottom up* - lähestymistapojen yhdistelmällä. *Top down* -strategialla luotiin minimistandardit koko terveydenhuoltosys- teemille. *Bottom up* -innovaatioprojektien vastuulle, jotka olivat terveydenhuollon ammattilaisten työryh- miä kroonisuuden eri osa-alueilla, annettiin hoidon integraation kehittäminen ja toteuttaminen. Uudistus- strategia perustettiin vahvasti terveyshyötymalliin (*Chronic Care Mode, CCM*),

Skotlannissa integraatiota on kehitetty jo 1990-luvun lopulta alkaen. Viimeisintä uudistusta lähdettiin toteuttamaan lainsäädäntöä uudistamalla. Uuteen lakiin on sisäänrakenettu osallistava ja yhteistoiminnalli- nen elementti. Laki edellyttää NHS:n lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden työskentelevän kump- panina kolmannen sektorin, palvelujen käyttäjien ja heidän omaistensa, yksityisen sektorin ja muiden toi- mijoiden kanssa.

Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista on suunniteltu eri osapuolia ja väestöä osallistavalla tavalla. Muutosohjelman toimeenpanosuunnitelmaa laadittaessa järjestettiin laaja kuulemisprosessi, jossa tavoiteltiin eri sidos- ja eturyhmiä, ammattilaisia ja kansalaisia järjestämällä muun muassa yleisiä kokoontumisia ja tapaamisia, toteuttamalla verkkokysely ja hyödyntämällä sosiaalista mediaa. Myös poliittiseen yhteisymmärryksen saavuttamiseen on kiinnitetty huomiota. Lisäksi asiantuntijankempeksiä on pidetty tärkeinä, ja kansainvälisen asiantuntijapaneelin tuella on haluttu etsiä parhaita mahdollisia ratkaisuja.

8.3 Kehittämällä sama suunta, kohteissa eroavuuksia

Kolmen alueen uudistusten suunta on sama kohden palvelujen väesön tarpeisiin perustuvaa integraatiota ja tulosohjaista ohjausta- ja toimintakulttuuria, mutta kehittämisen kohteet eroavat luonteeltaan toisistaan. Uudistusprosessi sisältää usein myös yllätyksellisiä elementtejä ja suunnitelmien muutoksia.

Baskimaassa kehittäminen kohdentui lopulta pääasiassa terveydenhuoltoon. Ja toisin kuin oli tarkoitus, uudistuksen keskeinen saavutus on integroidut hoidon organisaatiot (*Organizaciones Sanitarias Integradas*, OSI). Lisäksi Baskimaassa kehitettiin tiettyjen kroonisten sairauksien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä hoitopolkuja ja -malleja. Integroitu potilastietojärjestelmä otettiin käyttöön 2014 koko Baskimaan julkisessa terveydenhuollossa. Myös väestön riskiluokitukseen ja integraatiovalmiuden ja -asteen arviointiin kehitettiin menetelmiä.

Skotlannin uudistuksen keskeisin saavutus on sosiaali- ja teveydenhuollon kumppanuuksien perustaminen. NHS:n terveydenhuoltoa tarjoavien 14 lautakunnan ja sosiaalipalveluja tarjoavien 32 paikallisen hallintoalueen rakenteeseen perustettiin 31 sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuutta. Uusi laki edellyttää NHS:n lautakuntien ja paikallisten hallintoalueiden yhdessä jättävän yksityiskohtaisen integraatiosuunnitelman, millaisia tehtäviä ja palveluja delegoidaan eri toimialoilta yhteiselle integraatioelimelle. Uusi laki määrittelee lisäksi yhdeksän kansallista terveyden ja hyvinvoinnin tulostavoitetta, jotka koskevat kaikkia integroitua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tulostavoitteet antavat kehyksen järjestää ja tuottaa palveluja. NHS Skotlanti, paikalliset hallintoalueet sekä kolmas ja yksityinen sektori ovat yhdessä kehittäneet 23 integraatioindikaattoria tukemaan kansallisia tulostavoitteita.

Pohjois-Irlannissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut hallinnollisesti ja järjestämisen tasolla integroitua jo vuodesta 1973. Viimeisimmällä uudistuksella palveluintegraatiota on pyritty syventämään käytännössä ja asiakkaiden arjessa: kotia sekä paikallisia perus- ja lähipalveluja on haluttu vahvistaa hoivan ja palvelujen keskiönä. Samalla rahoituksen painopistettä on pyritty siirtämään sairaalapalveluista paikallisesti tuotettuihin palveluihin. Erityisesti monialaiset palvelukeskukset ja moniammatilliset integroidut palvelukumppanuudet on nähty keinoina edistää palvelujen käytäntölähtöistä yhteensovittamista ja saavutettavuutta. Lisäksi on esitetty vastuullisen hoivan järjestelmien (ACS) käyttöönottoa.

8.4 Toimeenpano vaikeaa, muutos jähmeää

Lakien valmistelu sekä uusien mallien ja ratkaisujen ideointi ja suunnittelu on vaativaa ja usein pitkäjänteistä työtä, joka edellyttää eri toimijaryhmien osallistumista ja yhteistoiminnallisuutta. Uusia ideoita ja ratkaisuehdotuksia on suhteellisen helppo keksiä, mutta haasteena on usein eri toimijoiden ehdotusten ja näkökulmien yhteensovittaminen. Vähintään yhtä haastavaa ellei haastavampaa kuin suunnittelu on suunniteltujen uudistusten toimeenpano ja toteutus. Toimeenpano ja toteutus onnistuvat usein sitä paremmin mitä varhaisemmassa vaiheessa uudistusprosessia eri osapuolet ja toimijaryhmät, joita uudistus koskee, otetaan kehittämisprosessiin mukaan. Suuria ihmismääriä ja toimintoja koskevat uudistukset ovat kuitenkin sikäli haasteellisia, että tavallisesti vain pieni osa eri toimijaryhmien toimijoista voi osallistua kehittämisprosessiin.

Suomessa julkisen sektorin kehittämisessä on enenevässä määrin otettu käyttöön kokeileva kehittäminen, jossa ideoita ja ratkaisuja kokeillaan jo varhaisessa vaiheessa, ei vasta pitkälle viedyn suunnittelun jälkeen. Kokeileva kehittäminen ei kuitenkaan näy kovinkaan vahvana kolmen tarkastellun alueen uudistusprosesseissa, joskin yksityiskohtaisempaa tietoa uudistusten kehittämisprosesseista oli niukalti saatavilla.

Baskimaan integroidut hoito-organisaatiot pystytettiin varsin rivakasti. Niissä on otettu käyttöön perus- ja erityistason yhteisiä hoitopolkuja ja – malleja, mitä on edesauttanut se, että uudistuksessa terveydenhuollon ammattilaisten työryhmille kroonisuuden eri osa-alueilla annettiin hoidon integraation kehittäminen ja toteuttaminen. Terveydenhuollon integraatio sosiaalipalvelujen kanssa jäi uudistuksessa vaatimattomaksi.

Baskimaan uudistuksen toimeenpanon ja saavutettujen tulosten osalta arviointituloksia on saatavilla pelkästään ensimmäisen integroidun hoito-organisaation *Bidasoan* osalta, jonka tulokset ovat lupaavia. OSI-rakenteen muodostamisen arvioidaan tukeneen hyvää kehitystä, mutta ei suoranaisesti aiheuttaneen sitä. Parannuksien ammattilaisten yhteistoiminnassa arvioidaan olevan tulosta uudelta yhteistoiminnallisesta työkuultuurista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Molemmilla tasoilla on tuettu ammattilaisten yhteistä kliinistä toimintaa, kroonikoiden hoidon jatkuvuutta tukeva moniammatillinen yksikkö on perustettu ja kummankin tason ammattilaisille on järjestetty yhteisiä koulutuksia. Sairaalaikäynneissä, uusintakäynneissä ja poliklinikkakäynneissä näkyvän laskun tulkitaan merkitsevän parantunutta koordinaatiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Monia sairauksia omaavien osalta sairaalakynnit olivat vähentyneet jopa 38 %. Budjetin allokoinnissa painopiste oli hivenen siirtymässä perusterveydenhuoltoon.

Bidasoan parantuneita tuloksia arvioidaan edesauttaneen integraatioprosessin hyvä johtaminen, selkeä holistinen ja moninäkökulmainen visio, vahva painotus yhteistoiminnallisen kulttuurin luomiseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken ja yhteinen kieli potilaiden tarpeiden ympärillä, sekä jatkuva kommunikaatio hoidon eri tasoilla ja teknologian hyötykäyttö. Erityisen keskeisenä nähdään työtapojen ja – kulttuurin muutos, tunne kuulumisesta samaan organisaatioon, tiedon jakaminen ja luottamus ammattilaisten kesken.

Skotlannissa uuden lain toimeenpanon ja sen mukaisen integraation toteuttamisen tueksi sosiaali- ja terveydenhuollon kumppanuuksille on järjestetty ammattilaisten kehittämisen ja koulutuksen rahoitusta. Jokaiselle kansallisesti määritellylle tulostavoitteelle on luotu ammattilaisia tukeva toimintaohjelma, johon kuuluu käyttöönottoa tukeva sähköinen oppimisresurssi. Lisäksi yhteisille integraativiranomaisille on luotu oma kehittämisohjelma ja työkalupakki.

Uusi laki tuli Skotlannissa voimaan 1.4.2016, joten toimeenpanoa koskevia arviointituloksia ei tähän katsaukseen ollut vielä saatavilla. Tehdyn arvioinnit koskevat toimeenpanon valmisteluvaihetta ennen lain voimantuloa.

Audit Scotlannin tekemän, toimeenpanon valmistelua koskevan arvioinnin mukaan Skotlannissa muutos uudelta hoidon malleihin tapahtuu liian hitaasti vastatakseen tunnistettuun tarpeeseen. Uudet kehitetyt ja käyttöönotetut hoidon mallit eri puolilla Skotlantia ovat toistaiseksi olleet pienimuotoisia ja ne eivät ole levinneet alkuperäisestä kehittämisympäristöstään laajemmin. Skotlannin hallitukselta odotetaan vahvempaa muutoksen johtamista ja selkeää viitekehystä ohjaamaan paikallista kehittämistä. Siltä odotetaan onnistumisen mittareita, joilla edistystä voidaan seurata. Siltä odotetaan myös arvioita, kuinka paljon resursseja tarvitaan uusiin palveluihin ja uudelta tapaan työskennellä, ja voidaanko nämä saavuttaa olemassa olevilla, suunnitelluilla resursseilla. NHS:n lautakunnat ja paikalliset hallintoalueet, jotka työskentelevät integraativiranomaisten kanssa, voivat tehden arvioinnin mukaan tehdä enemmän fasilitoidakseen muutosta. Tähän sisältyy rahoituksen suuntaaminen yhteisöperustaisiin malleihin ja työvoimasuunnittelu uusien mallien tueksi. Niiden tulisi paremmin ymmärtää paikallisen väestön tarpeita, arvioida uusia malleja ja jakaa opittua.

Pohjois-Irlannissa kehittämistyö on jatkunut vuosia. Järjestelmää on ensinnäkin yksinkertaistettu: Vuonna 2009 sosiaali- ja terveydenhuollossa siirryttiin neljästä järjestämisestä vastaavasta sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunnasta yhteen ja 18 tuottamisesta vastaavasta säätiöstä viiteen. Samalla erillisistä sairaaläsäätiöistä luovuttiin. Tavoitteena oli luoda paremmat edellytykset päättää palveluista ja toimintalinjoista. Toisena kehityslinjana on ollut palvelujen toiminnallisen integraation ja asiakaslähtöisen palvelujärjestelmän edistäminen. Erityisesti perustason palveluja on haluttu vahvistaa. Järjestelmän uudistamiseen on suhtauduttu hyvin tavoitteellisesti ja systemaattisesti, ja paljon on myös saatu aikaan: integroidut palvelukumppanuudet toimivat sovittujen hoitopolkujen mukaisesti ja kokoavat eri alojen ammattilaisia yhteen

asiaan ynpärille. On myös kehitetty uusia toimintamalleja, jotka luovat edellytyksiä kotona asumiselle ja ehkäisevät sairaahoitajaksoja.

Pohkois-Irlannin uudistusprosessin puutteena voidaan pitää strategisen johtamisen heikkoutta, minkä vuoksi TYC-muutosohjelman tavoitteellinen luonne hämärtyi. Lisäksi uudistusta on toteutettu terveydenhuoltopainotteisesti, ja sosiaalihuollollinen ja yhteiskunnallinen näkökulma palvelujärjestelmään ja asiakkaiden palvelutarpeisiin on paikoin jäänyt ohueksi. Myöskään resurssien siirtoa sairaalapalveluista perustapalveluihin ei ole kyetty toteuttamaan toivotulla tavalla.

Pohjois-Irlannin uudistamistyötä kuvaa myös jaksottaisuus. 2000-luvun ensimmäinen uudistusraportti julkaistiin vuonna 2005, ja siinä rakennettiin perusterveydenhuollon kehittämiseksi 20 vuoden strateginen viitekehys. Kunnianhimoisen *Transforming Your Care* -muutosohjelman 99 uudistuskohtaa oli tarkoitus toteuttaa viiden vuoden aikana vuodesta 2011/2012 lähtien. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää arvioineiden raporttien ja asianatuntijapaneelin suositusten perusteella julkaistiin lokakuussa 2016 uusi suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiseksi. Uudistus on tarkoitus toteuttaa vuosien 2016–2026 aikana. Uudistusrupeamien tarpeet ja tavoitteet ovat samankaltaisia, ja niiden toistuvuus ja päällekkäisyys kertovat uudistamistyön haasteellisuudesta ja sen edellyttämästä sitkeydestä.

8.5 Systeeminen uudistaminen pitkäjänteistä

Kokonaisvaltainen, systeeminen erilaisia toimintoja koskettava muutos kolmen tarkastellun alueen kaltaisissa uudistuksissa kestää vuosia. Suomen sote-uudistuksen tavoitteleman muutoksen voidaan olettaa kestävän näitäkin kauemmin, koska uudistus on radikaalimpi. Muutos asiakastason käytännöissä ei tapahdu itsestään järjestämisen ja tuotannon suhteita uudistamalla, vaan pitkäjänteisen, eri toimijaryhmiä osallistavan yhteiskehittelyn tuoloksena. Tämä edellyttää järjestäjän, palvelun tuottajien, ammattilaisten sekä asukkaiden osallistumista kehitystyöhön. Asiakastason toiminnan asetuttua alkavat muutoksen generoimat muut seuraamukset näkyä vasta viiveellä. Pitkäkestoisten uudistusten ongelma on kuitenkin usein, että niitä ei viedä maaliin ennen kuin jälleen uusi reformi aloitetaan.

9 Eväät sote-uudistuksen toimeenpanoon maakunnissa

Kun Suomen uudet ehdotetut sote-lait on hyväksytty eduskunnassa, maakuntien tuleva valtaisa haaste on lakien toimeenpano ja niiden mukaisen toiminnan käytäntöön vieminen ja toteuttaminen. Valmistelutyö on jo käynnissä maakunnissa, mutta matka on pitkä siihen, että muutos tapahtuu myös asiakastason toiminnassa.

Suomen sote-uudistuksessa maakunnalla on kokonaisvastuu järjestämiensä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisesta ja siitä, että palvelun tuottajat toimivat yhteistyössä. Maakunta määrittelee ja kuvaa palvelukokonaisuudet ja -ketjut, asettaa toiminnalle mitattavat tavoitteet sekä sopii maakunnan liikelaitoksen ja sote-keskusten välisen työnjanon yksityiskohdista ja siitä miten lähete- ja konsultaatiokäytäntöjä toteutetaan käytännössä. Palvelun tuottajien velvollisuus on tuottaa ja sovittaa yhteen palveluja maakunnan määrittelemissä palvelukokonaisuuksissa ja -ketjuissa. Maakunnan tulee sovittaa sosiaali- ja terveyspalvelut yhteen myös maakunnan muiden palvelujen sekä kuntien ja valtion palvelujen kanssa.

Asiakastasolla palvelujen yhteensovittaminen toteutetaan asiakassuunnitelman avulla. Sekä maakunnan liikelaitos että sote-keskukset ovat velvollisia laatimaan asiakassuunnitelman tuottamiensa palvelujen osalta. Asiakassuunnitelmassa määritellään asiakkaan tarvitsemat palvelut sekä täsmennetään palvelun tuottajien vastuut ja velvoitteet asiakkaan palvelujen kokonaisuudessa. Asiakassuunnitelman merkitys korostuu tilanteissa, joissa asiakas käyttää useita eri palveluja ja joissa palvelujen koordinoiminen on ilmeinen. Palvelujen yhteensovittamisessa keskeinen rooli on asiakkaalle nimetyllä omalla työntekijällä, joka asiakkaan tukena huolehtii ja vastaa siitä, että palvelut toteutuvat sovitulla ja vaikuttavalla tavalla.

Kolmen maan/alueen sote-uudistuksen analyysi antaa eväitä, joita tulisi vaalia Suomen sote-uudistusta ja erityisesti palveluintegraatiota toteutettaessa maakunnissa.

1) Strateginen ja osallistava johtaminen

- Maakunnassa sote-uudistus ja erityisesti palvelujen yhteensovittaminen edellyttää vankkaa strategista johtamista sekä järjestäjän, palvelun tuottajien ja ammattilaisten yhteistä visiota ja käsitystä uudistuksen sisällöstä ja suunnasta.
- Maakunnan sote-järjestelmän kehittämisen tulee olla jaettuun johtajuuteen perustuvaa, asiakas- ja asiakasryhmäkeskeistä sekä eri toimijaryhmät osallistavaa.

2) Systemisen muutoksen edistäminen

- Maakunnassa toimeenpantava sote-uudistus on systeemistä muutosta, joka koskettaa kaikkia sote-järjestelmän toiminnan tasoja.
- Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely ja kuvaaminen edellyttää järjestäjän, palvelun tuottajien ja ammattilaisten yhteiskehittelyä ja kaikkien näkökulmien huomioimista.
- Palvelun tuottajien tulee muotoilla palvelunsa siten, että ne sopivat kuvattuihin palvelukokonaisuuksiin ja ovat keskenään rajapinnoiltaan yhteensopivia.

3) Yhteistoiminnallisuus asiakastyössä

- Asiakastason toiminnassa on luotava uudenlainen, yhteistoiminnallinen työskentely eri ammattiryhmien ja -alojen sekä palvelutuottajien kesken.
- Asiakastasolla edellytetään yhteistä kieltä asiakkaan tarpeiden ympärillä, jatkuvaa kommunikointia eri palvelutasoilla ja teknologian hyötykäyttöä. Erityisen keskeistä on työtapojen ja -kulttuurin muutos, yhteenkuuluvuuden tunne ja luottamus ammattilaisten kesken. Tarvitaan henkilöstö- ja työvoimasuunnittelua.

- Palvelujen saumaton yhteensovittaminen asiakastasolla edellyttää yhteensopivien tietojärjestelmien lisäksi yhteisistä pelisäännöistä ja käytännöistä sopimista sekä tämän pohjalta tapahtuvaa tiedon jakamista.
- 4) Kehittämistyön luovuus ja innovatiivisuus
- Rajoja ylittävälle kehittämiselle tulee luoda suotuisia ympäristöjä ja mahdollisuuksia, stimuloida uudenlaista ajattelua, toteuttaa yhteisiä aloitteita ja rohkaista jaettuun johtajuuteen.
 - Kehitettyjä ratkaisuja ja malleja tulee jakaa yli maakuntien sekä luoda maakuntien välisiä kehittämisfoorumeja.
- 5) Koulutus ja perehdytys
- Uudistuksen onnistunut toteuttaminen maakunnissa edellyttää uudenlaisen yhteistoiminnallisen toimintakulttuurin koulutusta, perehdytystä ja harjoittelemista kaikilla toiminnan tasoilla.

Lähteet

- Álvares, R. & Nuño-Solinis, R. (2016) A system-wide transformation towards integrated chronic care. The Strategy to tackle the challenge of chronicity in the Basque Country. June 2016, Deusto Business School Health, New Health Foundation. Retrieved April 3, 2017 from: <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/06/System-wide-transform-Integrated-Care-Basque-Country.pdf>.
- Audit Scotland (2015) Health and social care integration. Health and social care series. Audit Scotland, December 2015.
- Audit Scotland (2016) Changing models of health and social care. Health and social care series. Audit Scotland, March 2016.
- Basque Government (2013) Health: the People's right, Everyone's responsibility. Health Policy for the Basque Country 2+13-2020. December 2013. Department of Health, Basque Government.
- Bengoa, R. (2013) Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *International Journal of Integrated Care*, 11(25).
- Bengoa, R., Stout, A., Scott, B., McAlinden, M. & Taylor, M. A. (2016) Systems, Not Structures: Changing Health & Social Care. Expert Panel Report. Department of Health, Northern Ireland.
- Bruce, D. & Parry, B. (2015) Integrated care: a Scottish perspective. *London Journal of Primary Care*, 2015, 7, 44-48.
- DHSSPS (2005) Caring for People Beyond Tomorrow. Primary Health Care and Social Care: A Strategic Framework for Individuals, Families and Communities. Department of Health, Northern Ireland.
- DHSSPS (2015) Review of HSC Commissioning Arrangements – Final Report. Department of Health, Northern Ireland.
- DOH (2016) Health and Wellbeing 2026: Delivering Together. Department of Health, Northern Ireland.
- Donaldson, L., Rutter, P. & Henderson, M. (2014) The right time, the right place. An expert examination of the application of health and social care governance arrangements for ensuring the quality of care provision in Northern Ireland. Department of Health, Northern Ireland.
- European Commission (2017) Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Report by Expert Group on health Systems Performance Assessment. European Commission, Luxembourg. 13.4.2017. Retrieved May 14, 2017 from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M.B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C. & Bernal-Delgado, E. (2010) Spain, Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2010, Vol. 12 No. 4, 1–295.
- Gilbert, H. (2016) Supporting integration through new roles and working across boundaries. TheKingsFund, June 2016.
- Goodwin, N., Nolte, E. & Stein, V. (2017) What is Integrated Care? In: Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E. & Suter, E. (Eds.), *Handbook Integrated care*. Springer International publishing AG, 3-24.
- Gray, A. M. & Birrel, D. (2016) Integrated commissioning and structural integration: the experience of Northern Ireland. *Journal of Integrated Care*, Vol. 24 No. 2, 2016, pp. 67–75.
- Ham, C., Heenan, D., Longley, M. & Steel, D.R. (2013) Integrated care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. The King's Fund.
- Health and Social Care (Reform) Act (Northern Ireland) 2009. Retrieved June 28, 2017 from <http://www.legislation.gov.uk/nia/2009/1/contents>.
- HSC (2016) Commissioning Plan 2016/17. Health and Social Care Board, Public Health Agency.
- Kivisaari, S., Kohl, J. & Leväsluoto, J. (2014) Systeeminen näkökulma hyvinvointipalveluiden muutokseen. Onko hybriditoimijoille tarvetta? VTT Technology 153, Espoo 2014.
- Koivisto, J. & Pohjola, P. (2015) Doing together: Co-designing the socio-materiality of services in public sector. *International Journal of Actor-Network Theory and Technological Innovation (IJANTTI)*. Vol 7(3), 1-14.
- Koivisto, J., Pohjola, P. & Pitkänen, N. (2015) Systemic innovation model translated into public sector innovation practice. *The Public Sector Innovation Journal*, 20(1), 2015, article 6.
- Koivisto, J., Pohjola, P., Lyytikäinen, M., Liukko, E. & Luoto, E. (2016) Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. Innokylän innovaatiokatsaus. Työpäpaperi 32/2016, THL.
- Nalin, M., Bedbrook, A., Baroni, I., Romano, M. & Bousquet, J. (2016) White paper on Deployment of Stratification Methods, June 2016, ASSEHS, European Commission.
- NHS (2016) Stepping up to the place. The key to successful health and care integration. NHS Confederation
- Nieminen, M., Valovirta, V. & Pelkonen, A. (2011) Systeemiset innovaatiot ja sosiotekninen muutos. Kirjallisuuskatsaus. Espoo 2011, VTT Tiedotteita – Research Notes 2593.
- Nolte, E. (2017) Evidence supporting integrated care. In: Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E. & Suter, E. (Eds.), *Handbook Integrated care*. Springer International publishing AG, 25-38..
- Nuño-Solinis, R., Orueta, J.F. & Mateos, M. (2012) An Answer to Chronicity in the Basque Country. Primary Care-Based Population Health Management. *Journal of Ambulatory Care Management*, 35(3), 167-173.
- Nuño-Solinis, R. & Stein, V. (2015) Measuring Integrated Care – The Quest for Disentangling a Gordian Knot. *International Journal of Integrated Care*, 15(3), 1-3.
- Nuño-Solinis, R., Perez, P. V., Polanco, N.T. & Hernández-Quevedo, C. (2013) Integrated Care: The Basque Perspective. *International Journal of Healthcare management*, 6(4), 211-217.
- O'Neill, C., McGregor, P. & Merkur, S. (2012) United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012; 14(10).

- Orueta, J.F., Nuño-Solinis, R., Mateos, M., Vergara, I, Grandes, G. & Esnaola, S. (2013) Predictive risk modelling in the Spanish population. *Health Services Research*, 13:269.
- Polanco, N.T., Zabalegui, I.B., Solinis, R.N., Cámara, M, R. (2015) Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*, 2015 Apr-Jun.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. & McCormack, B. (2005) A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*. 5(1).
- Scottish Government (2014) The public bodies (Joint working) (Content of performance reports) (Scotland) regulations 2014. SSI 2014/326.
- Scottish Government (2015) Core Suite of Integration Indicators. Health and Social Care Integration. Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014. The Scottish Government, March 2015.
- Scottish Government (2016a) Health and Social Care Delivery Plan. The Scottish Government, December 2016.
- Scottish Government (2016b) A National Clinical Strategy for Scotland. February 2016. The Scottish Parliament
- Scottish Parliament (2016a) Integration of Health and Social Care. SPICe Briefing, 24 August 2016, 16/70. The Scottish Parliament.
- Scottish Parliament (2016b) Health and Social Care Integration Budgets. Health and Sport Committee. November 2016. The Scottish Parliament.
- Thompson, J. (2016) Transforming Health and Social Care in Northern Ireland – Services and Governance. Research and Information Service. Briefing paper 40/16. Northern Ireland Assembly.
- TYC (2011) Transforming Your Care. A Review of Health and Social Care in Northern Ireland. December 2011. HSCB.
- TYC (2013a) Transforming Your Care. Vision to Action. A Post Consultation Report. March 2013. HSCB.
- TYC (2013b) Transforming Your Care. Strategic Implementation Plan. October 2013. HSCB.
- Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. (2017) Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystaloudessa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017