

Palveluintegraatiota käytännössä

Mikä edistää ja mikä estää integraatiota?

TIMO SINERVO & ILMO KESKIMÄKI

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistettaessa yksi keskeinen tavoiteltu parannuskohde on ollut palveluiden integraatio eli yhteensovittaminen. Palveluiden integraatiolla on kuitenkin useita määritelmää, minkä takia palvelujärjestelmän uudistusta käydyssä keskustelussa ei ole aina selvää, millaista yhteensovittamista tarkkaan ottaen tarkoitetaan.

Asiakkaan näkökulmasta integraatiolle tarkoitetaan yleensä sitä, että palveluiden eri osia pyritään yhdistämään tai palveluprosessia sujuvoittamaan näiden osien välillä (Kodner & Spreuwenberg 2002). Käytännössä integraatio kuitenkin merkitsee hyvin erilaisia asioita palveluiden koordinaatiosta yhteiseen, moniammatilliseen tiimityöhön. Integraatiota voidaan myös jaotella eri tavoin alkaen rahoituksesta ja hallinnosta ja päättyen kliiniseen, käytännön toimintaan (mt).

Kansainvälisesti tarkasteltuna suomalainen palvelujärjestelmä on rakenteeltaan melko integroitu ja esimerkiksi suomalainen terveyskeskus edustaa varsin laajaa palveluvalikoimaa (Vuorenkoski ym. 2008). Erikoissairaanhoidon lukuun ottamatta lähes kaikki palvelut ovat periaatteessa yhden johdon alaisuudessa. Toisaalta Suomen järjestelmä on äärimmäisen hajautettu. Peruspalveluiden vahvistaminen ja integraatio ovat kuitenkin olleet pitkään keskeisiä tavoitteita, mukaan lukien Sipilän hallituksen kaatunut sote-uudistus.

Huolimatta siitä, että perustasolla sosiaali- ja terveyspalveluilla on yhteinen johto ja rahoitus, kokee henkilöstö palvelut siiloutuneina ja yhteistyön sektoreiden välillä hankalana (Jolanki & al. 2017). Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen sektorijaon lisäksi esimerkiksi päihde- ja mielenterveys- tai vanhuspalvelut kärsivät sektoroitumisesta suhteessa perusterveydenhuoltoon tai sosiaali-

lipalveluihin. Henkilöstön kannalta ongelmallista on, että tieto asiakkaasta ei välity oikeille tahoille, ammattiryhmien välinen työnjako on epäselvä, eikä ammattiryhmien ja sektoreiden välillä ole kontakteja riittävästi. Etenkin suuremmissa organisaatioissa henkilöstö ei tiedä, kehen otetaan missäkin tapauksessa yhteyttä (mt.)

Palveluintegraatiota pidetään yleisesti yhtenä keskeisenä keinona parantaa hoidon laatua, tehokkuutta, asiakastytyvyyttä ja hoitoon pääsyä (Auschra 2018). Kun palveluprosessi on asiakaslähtöinen ja sujuva, voidaan asiakkaan käynnejä vähentää ja asiakkaan ongelma voidaan ratkaista nopeammin. Henkilöstön kannalta tämä voi tarkoittaa sitä, että asiakkaiden toistuvat käynnit tai näennäisesti turhat käynnit vähenevät, kun asiakas voidaan ohjata suoraan esimerkiksi fysioterapeutille tai muulle ammattilaiselle ilman lähetettä (Sinervo & al. 2016).

Suomessa kuten useissa muissakin maissa palveluintegraatiota on pyritty edistämään organisaatorakenteita muuttamalla. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan organisaatorakenteiden muutoksia tarvitaan, mutta tämä ei riitä todellisten muutosten aikaansaamiseksi (Andersson Bäck & Calltorp 2015). Todellisia muutoksia hoidon laadussa tai tehokkuudessa saadaan aikaan vasta, kun ammattilaisten yhteistyö toimii käytännön palveluprosesseissa (Ahgren & Axelsson 2011). Integraatiota estäviä ja edistäviä tekijöitä on tutkittu paljon. Carolin Auschra (2018) on erotellut katsauksessaan (organisaatioiden välistä integraatiota koskien) integraatiota edistävät ja estävät tekijät kuuteen tasoon käyttäen lähtökohtanaan Dennis L. Kodnerin ja Cor Spreuwenbergin (2002) luokittelua. Ylimmällä tasolla ovat organisaatorakenteet, hallinnolliset tekijät ja sääntely, kuten erilaiset lainsäädännöt, ja talouteen liittyvät tekijät. Kolman-

nella tasolla ovat organisaatioiden väliset tekijät, kuten puuttuva johtaminen tai koordinaatio. Näiden lisäksi tällä tasolla voivat vaikuttaa myös organisaatioiden erilaiset tavoitteet ja erilaiset integraatiomallit. Organisaatiotekijöitä voivat olla kulttuuriset tekijät tai erilaiset intressit organisaation sisällä. Itse palvelutuotannon tasolla keskeisiä tekijöitä ovat muun muassa puuttuva yhteinen ymmärrys, erilaiset ammatilliset näkemykset, vuorovaikutuksen tai luottamuksen puute sekä tekniset ongelmat. Viimeisellä tasolla, eli kliinisessä tai käytännön työssä ongelmia voivat olla tietojen luottamuksellisuus tai puutteellinen tiedonvaihto.

Palveluintegraatio muuttaa joko laajasti henkilöstön toimenkuvia ja työnjakoa tai – mikäli kyseessä on palveluohjaus (*case management, care coordination*) – muutos koskettaa pienempää ryhmää. Kun tehtävät muuttuvat, on oletettavaa, että myös työntekijöiden osaamistarpeet muuttuvat.

Juha Sipilän hallituksen sote-uudistuksessa tavoitteena oli toteuttaa hallinnon ja talouden integraatio tilaajan tasolla. Sen sijaan organisaatioiden välillä ja tästä eteenpäin integraatioon ei ollut asiakassuunnitelmaa ja tiedon integraatiota tarkempia suunnitelmia. Palveluntuotannossa liikelaitoksen sisällä olisi ollut mahdollista muodostaa myös uudenlaisia organisaatorakenteita, mutta monituottajamalli olisi merkinnyt sitä, että palveluketjut olisivat voineet olla eri asiakkailla hyvin erilaisia. Yhtenä riskinä olisi voinut olla, että palveluntuotanto-organisaatioiden välille olisi voinut syntyä ristiriitaisia tavoitteita. Myös Monica Andersson Bäck ja Johan Calltorp (2015) ovat todenneet, että Ruotsin valinnanvapausuudistus muutti integraatiota entistä hankalammaksi.

Suomessa on kevääseen 2019 mennessä syntynyt kahdeksan maakunnan laajuisia kuntayhtymää, joiden vastuulle kunnat ovat luovuttaneet sekä järjestämistä että tuotantovastuun. Useissa näistä kuntayhtymistä keskeisenä tavoitteena näyttää olevan palveluintegraation kehittäminen niin organisaatorakenteiden ja talouden kuin käytännön palvelutuotannon tasollakin. Kuntayhtymissä, jotka ovat olleet olemassa kauemmin, on päästy jo suunnitelmia pidemmälle ja huomattavankin pitkälle käytännön tason integraatioissa (Keskimäki & al. 2018; 2019).

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata esimerkkejä palveluintegraatiosta organisaatio- ja käytännön tasolla sekä analysoida niiden toteuttamista kahdessa näistä integroituihin palveluihin pyrkivässä kuntayhtymässä.

Menetelmät

Tutkimus on osa Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamaa COPE-hanketta (Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa). Tässä artikkelissa käytetyt aineistot on kerätty kahdelta alueelta, jotka ovat muodostaneet maakunnan kokoisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän. Toinen kuntayhtymä oli aineistonkeruun aikaan juuri aloittanut toimintansa ja toinen oli ollut toiminnassa useita vuosia. Alueet olivat suhteellisen pieniä, suomalaisen, suuremman kaupungin kokoisia, vaikka ne koostuivat noin kymmenestä kunnasta.

Hankkeessa kerättiin laaja haastatteluaienisto. Aineiston keruu aloitettiin ylimmän johdon haastattelulla ja organisaatorakenteisiin ja strategioihin perehtymisellä. Ylimmän johdon haastatteluista pyrittiin saamaan johdon näkemys siitä, missä organisaation osissa oli toteutettu laajempia, muun muassa integraatioon tai muuten henkilöstön työnjakoon liittyviä muutoksia. Jatkohaastattelut kohdennettiin näille sektoreille. Tässä artikkelissa on käytetty keskijohdon (N = 51), lähijohdon (N = 32) ja työntekijöiden (N = 22) haastatteluja.

Haastatteluja on tähän artikkeliin analysoitu siten, että niistä on etsitty kuvauksia integraatiomalleista sekä kokemuksista (edistävät ja haittaavat tekijät), jotka liittyvät integraation onnistumiseen. Artikkelissa esitellään kaksi erilaista mallia palveluintegraatiosta: toinen lasten ja nuorten palveluiden integraatiosta ja toinen hyvinvointiasemasta. Ensimmäinen perustuu siihen, että asiakasryhmän palveluprosessin osat on koottu organisaatorakenteita muuttamalla yhteen. Toisessa terveysasemille tuodaan ammatillaisia eri organisaation osista työskentelemään. Hyvinvointiaseman konsepti vaihteli terveysasemittain, osin siitä syystä, että sitä sovellettiin kahdessa tutkimusmassamme kuntayhtymässä eri tavoin, ja osin siksi, että mallin soveltaminen oli osalla terveysasemia kesken. Lisäksi mallin soveltamisessa on onnistuttu eri tavoin eri yksiköissä. Hyvinvointiaseman konseptia sovellettiin toisella alueella myös lasten ja perheiden palveluihin.

Onnistumisen edistäjiä ja estäjiä on luokiteltu Kodnerin ja Spreeuwenbergin (2002) luokittelun pohjalta aiemmin mainittuun kuuteen kategoriinaan Auschran (2018) tavoin. Auschran jaottelua käytettiin siitä huolimatta, että jaottelu perustuu organisaatioiden väliseen integraatioon. Oletim-

me, että suurissa organisaatioissa ongelmat voivat olla samankaltaisia. Tietosuojan vuoksi emme esitä tässä otteita haastatteluista; työyksiköitä oli mukana kohtalaisen vähän, joten vastaajien tunnistaminen haastatteluiden perusteella voisi olla mahdollista.

Tarkasteltavat integroidut palvelut

Hyvinvointiasemat

Viime vuosina on kehittynyt erilaisia versioita hyvinvointiasemista tai sote-keskuksista (kaatuneen sote-uudistuksen termi). Yhteistä näille on se, että terveyskeskukseen kerätään perinteisten terveysaseman työntekijöiden lisäksi myös päihde- ja mielenterveyspalveluiden työntekijöitä sekä sosiaalityöntekijöitä tai sosionomeja. Sosionomit ovat usein palveluohjauksellisissa tehtävissä. Samoin näille malleille on tyypillistä, että ainakin joillekin hyvinvointiasemille kootaan laaja palveluvalikoima perusterveydenhuollon sisältä (sisältäen esimerkiksi ravitsemusterapeutit, fysioterapeutit tai erikoislääkäripalveluita).

Hankkeessa tutkimamme hyvinvointiasemakonseptit toimivat edellä kuvatulla tavalla, mutta mallien toteutus vaihteli. Eri alueille ja alueiden sisällä eri terveys- tai hyvinvointiasemilla konseptit olivat kehittymässä. Asemilla oli vaihtelevasti henkilöstöä riippuen aseman koosta. Lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi useilla asemilla on fysioterapiapalveluita ja diabeteshoitaja sekä mahdollisesti ravitsemusterapeutteja, psykologeja ja muita erityisammattiryhmiä. Näiden lisäksi asemilla työskenteli eri johdon alaisuudessa psykiatrisia sairaanhoitajia, päihdehoitajia ja sosionomi tiettyinä päivinä.

Sosionomien rooli vaihteli eri alueilla: Toisella alueella sosionomi toimi lähinnä palveluohjaajana. Toisella alueella sosionomin tehtävänä taas oli etsiä asiakkaita, jotka voisivat hyötyä hyvinvointiaseman muista palveluista. Lisäksi sosionomi toimi moniammatillisessa tiimissä sosiaalihuollon edustajana.

Hyvinvointiaseman yhteydessä oli yhdellä asemalla myös perhekeskus, jossa on lapsiperheiden palveluita (neuvola, lastensuojelu) ja myös lapsiperheiden kotihoidon työntekijöitä. Lisäksi hyvinvointiasemalla oli kolmannen sektorin palveluita.

Hyvinvointiaseman mallin tarkoituksena on toimia moniammatillisesti. Asemasta riippuen moniammatillisuuden toteutuminen ja muoto kuitenkin vaihtelivat. Osalla hyvinvointiasemista

järjestettiin verkostopalavereita, joissa asiakkaan asioita käsiteltiin (asiakkaan luvalla, mutta asiakas ei ollut läsnä). Jatkossa asiakkaat oli tarkoitus ottaa palaveriinkin mukaan. Toisilla asemilla verkostopalavereita ei vielä ollut. Verkostopalavereita arvioitiin varsin vaihtelevasti. Osa koki tapaamiset hyödyllisiksi, erityisesti siksi, että toiset ammattiryhmät ja heidän ajattelunsa opittiin tuntemaan. Toisaalta koettiin, että osa verkostopalavereista järjestettiin ”liian ylätasolla”: niissä ei käsitelty asiakkaiden asioita vaan ennemminkin yleisesti toimintatapoja; lisäksi palavereissa oli läsnä osin esimiehiä, osin työntekijöitä.

Yleisesti ottaen työntekijät ja esimiehet olivat tyytyväisiä siihen, että työskenneltiin toisten ammattiryhmien kanssa. Terveysaseman työntekijät pitivät hyvänä sitä, että myös mielenterveys- ja päihdehoitajat ja sosionomit (osalla asemia) olivat paikalla. Yhteistyö ja toisen ammattiryhmän konsultointi oli helpompaa ja asiakas oli helppo ohjata toisen ammattiryhmän luokse.

Muutosprosessin alkuvaiheessa oli todettu, että kun työntekijät ovat eri johdon alaisuudessa, ei palveluprosessia ja yhteistyötä ollut suunniteltu. Joillakin asemilla mielenterveys- ja päihdetyöntekijät kokivat, että he työskentelevät kyllä samoissa tiloissa, mutta yhteistyö on vähäistä. Tämän vuoksi toisella tutkitulla alueella hyvinvointiasemilla (ja terveysasemilla, joita ei ollut vielä muutettu hyvinvointiasemiksi) oli päätetty, että osastonhoitaja vastaa kaikkien työntekijöiden päivittäisjohtamisesta. Tällä pyrittiin siihen, että kaikki ammattiryhmät, riippumatta heidän taustaorganisaatiostaan, työskentelisivät yhdessä.

Lasten ja nuorten palvelut

Lasten ja nuorten palveluiden integraatio perustuu ensimmäisellä tutkitulla alueella organisaattiorakenteiden varsin radikaaliin muutokseen. Saman johtajan alaisuuteen on koottu palveluita, jotka ovat aiemmin olleet erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden, sosiaalityön sekä opetustoimen alaisuudessa. Erikoissairaanhoidosta on siirretty lastenpsykiatrian avohoito, perusterveydenhuollosta lääkäri ja neuvola. Sosiaalihuollon puolelta puolestaan on siirretty lastensuojelu ja perheneuvontaa, koulutoimesta koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. Eri palvelut on kuitenkin jaettu yksiköihin, mutta asiakastyössä ammatillaiset toimivat moniammatillisena tiiminä etenkin matalan kynnyksen palveluissa.

Lasten ja nuorten palvelut toimivat matalan kynnyksen palvelupisteenä erityisyksikössä kaupunkialueella. Palveluihin tuloon ei tarvita ajanvarausta, eikä asiakkaan (lapsi, nuori, vanhempi) tarvitse tietää, minkä ammattilaisen palveluita hän tarvitsee. Tarkoituksena on, että palveluita on tarjolla aikaisessa vaiheessa, helposti ja joustavasti ja että palvelut räätälöidään asiakkaan tarpeen mukaan. Asiakkaan haastattelun jälkeen hänelle koostaan moniammatillinen tiimi, jonka koostumus perustuu hänen tarpeisiinsa, mikäli hän tarvitsee usean ammattilaisen palveluita.

Varhaisessa vaiheessa annetuilla palveluilla pyritään asiakkaan ongelma saamaan hallintaan, jolloin raskaampia palveluita – kuten lastensuojelun sijoitus perheen ulkopuolelle tai psykiatrisen sairaalahoidon – voidaan välttää. Mallin hyötynä on myös se, että perus- ja erikoistason palvelut on saatavilla samasta toimipisteestä, jolloin ei tarvita lähetteitä ja odotusaikoja. Toiseksi henkilöstö pystyy helposti konsultoimaan toista ammattilaista.

Organisaation lastensuojelun sijoitukset ovatkin laskeneet ja nuorten sairaalahoidojaksot psykiatrisessa sairaalassa ovat selkeästi maan keskiarvon alapuolella (Sotkanet.fi).

Esimiehet kokevat matalan kynnyksen palveluiden toimivan hyvin. Kuntayhtymä kuitenkin toimii laajalla alueella, johon kuuluu myös etäällä kaupungeista olevia maaseutumaisia alueita, joilla samalla periaatteella toimivien palvelujen järjestäminen ei ole mahdollista. Myöskään moniammatillinen työ ei toimi kaikkialla.

Myös toisella alueella lasten ja nuorten palveluiden ja sosiaalihuollon välistä integraatiota oli kehitetty. Malli kuitenkin poikkesi ensimmäisen alueen toteutuksesta siten, että sosiaalihuollon työntekijöitä sekä mielenterveys- ja päihdehuollon työntekijöitä oli sijoitettu neuvoloiden yhteyteen. Malli oli osa hyvinvointiaseman konseptia.

Tulokset: palveluintegraation toimivuu- den esteet ja sitä edistävät tekijät

Seuraavassa tarkastellaan edellä mainitun Kodnerin ja Spreeuwenbergin (2002) luokittelun perusteella palveluintegraatiota edistäviä ja estäviä tekijöitä palvelujärjestelmän eri tasoilla. Integraation esteet ja mahdollistajat on koottu kuvioon 1. Tuloksia arvioidessa tulee muistaa, että toisaalta suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja palveluorganisaatio lähtökohtaisesti mahdol-

listaa ja osin myös tukee palvelujen integraatiota ja toisaalta tutkimuksessa palveluintegraatioon vaikuttavia tekijöitä tutkittiin keski- ja lähijohdon ja työntekijöiden haastattelujen avulla. Molempien lähtökohtien voi olettaa vaikuttavan tuloksien painottumiseen.

Hallinnon, sääntelyn ja talouden tasot

Molemmissa esimerkeissä kyseessä oli vain yksi palveluiden tuotanto-organisaatio, joten periaatteessa hallinnon ja talouden näkökulmista palvelut olivat integroituvia. Integraatiomallit perustuivat pitkälti siihen, että organisaatiot oli yhdistetty ja uusien toimintatapojen kehittäminen oli siten helpompaa. Toisella alueella malli oli tosin kehitetty jo aiempien organisaatorakenteiden aikana. Käytännössä kuitenkin organisaatiotasot ja sektorit muodostivat hallinnollisen rajan, jonka ylittäminen koettiin ongelmalliseksi niin talouden kuin johtamisenkin suhteen. Taloutta kommentoitiin haastatteluissa kahdella tavalla. Ensinnäkin koettiin, että toiminnan kehittämässä taloudella on liian suuri rooli, mikä rajoittaa hyvien ratkaisujen toteuttamista. Toiseksi talous asetti rajoitteita siihen, miten itsenäisesti erityisesti hyvinvointiasemat pystyivät toimimaan ja päättämään siitä, mitä työntekijäryhmiä heillä on.

Ensimmäisessä esimerkissä hyvinvointiaseman terveydenhuollon työntekijöillä oli yhteinen johto (mielenterveys- ja päihdepalvelut yhden esimiestason päässä, kuntoutus kahden), mutta muiden työntekijöiden osalta yhteinen johto löytyi vasta kolmen organisaatioportaan päässä siten, että vain todella ylin johto oli yhteistä. Tämän järjestelyn hankaluutena oli, että työyhteisön sisällä ei voitu tehdä resurssipäätöksiä yli organisaatorajojen. Esimerkiksi sosiaalityöntekijä olisi koettu tarpeelliseksi terveysasemalle, mutta päätös olisi edellyttänyt toisen toimialueen päätöstä. Samoin sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen vaihto ja tietojärjestelmien yhteiskäyttö olivat sääntelyn vuoksi rajoitettuja. Joissakin tapauksissa tämä koettiin ongelmaksi.

Kun mielenterveys- ja päihdepalveluita on tuotu terveyskeskukseen, syntyy eriytymistä suhteessa sosiaalityöhön, lastensuojeluun, neuvoloihin tai perhetyöhön (niissä tapauksissa, kun terveysasemalla ei ollut perhekeskusta). Osa työntekijöistä piti yhteyttä näihin keskeisempänä.

Lasten ja nuorten palveluja käsittelevässä esimerkissä kaikki työntekijät olivat hallinnollisesti yhteisen johdon alaisuudessa, vaikka työyksiköt olivatkin eri yksiköitä. Tämä yksinkertaisti päätöksentekoa ja resurssien ohjausta.



Kuvio 1. Integraation esteet ja mahdollistajat.

Organisaatioiden väliset tekijät

Eri esimiesten välinen kommunikaatio ja hyvät henkilökohtaiset suhteet korostuivat haastanteiluissa. Esimiehet totesivat, että verkostojen rakentamiseen menee aikaa, mutta kun vuorovaihtus on toimivaa, pystytään asioista sopimaan. Verkoston muiden osapuolten työ on opittava tuntemaan ja toisten esimiesten kanssa on saatava aikaan luottamus. Verkostojen toimivuutta häiritsee se, että esimiesten vastuualue oli toisessa organisaatiossa (lasten ja nuorten palvelut) sekä maantieteellisesti että alaisten määrän suhteen varsin suuri. Kun toisiin esimiehiin ja omiin alaisiin tutustuminen on hankalaa, myös verkostojen rakentaminen on vaikeaa. Samoin kun esimiehet vaihtuvat, syntyy helposti ongelmia ja katkoksia yhteistyössä.

Esimiehet korostivat myös sitä, että esimiestyön tulee olla neuvottelevaa niin esimiesten ja työntekijöiden kuin eri esimiestasojenkin välillä. Joissakin tapauksissa oli päätetty, että sama toimintatapa otetaan käyttöön kaikkialla. Pienemmällä paikakunnilla tai pienillä terveysasemilla sama toimintatapa ei kuitenkaan ole aina mahdollista ja lähiesimiehet kokivat, että johtamisessa ei ollut kuunneltu heidän näkemyksiään. Lisäksi eri alojen kulttuurit poikkesivat toisistaan. Kaikilla sektoreilla moniammatillisten tiimien kokoontumisia ei pidetty tarpeellisina.

Kun samoissa tiloissa ja verkostoissa työskentelee usean eri johdon alaisia työntekijöitä, syntyy helposti tilanne, jossa sijainti on sama, mutta työskennellään silti erikseen. Toisella alueella tähän havahduttiin ja muutettiin osastonhoitajan rooli myös hyvinvointikeskuksen päivittäisjohtajan rooliksi. Suunnitelmallinen yhteistyö eri organisaatiosta tulevien työntekijöiden kanssa näyttäisi vaativan yhteistä johtamista, vaikka henkilöstö tuleekin eri organisaation osista. Päivittäisjohtamisen mallin koettiin yhdistäneen työntekijöitä toimimaan yhdessä.

Organisaation sisäiset tekijät

Auschran malli ei täysin sovellu organisaation välisen ja sisäisten tekijöiden erottelussa, kun kyse on saman organisaation sisällä tehtävästä yhteistyöstä. Tässä organisaation sisäinen määriteltiin työyksikön sisäiseksi asiaksi riippumatta siitä, minkä johdon alla ammattilaiset työskentelivät. Siten niin lasten ja nuorten palveluiden kuin hyvinvointiaseman työntekijät käsitettiin saman organisaation sisällä toimiviksi.

Terveyskeskuksissa arvostettiin yleensä mielenterveys- ja päihdehoitajien osaamista, ja heidän kanssaan työskentelemistä pidettiin hyödyllisenä. Niin esimiehet kuin työntekijätkin raportoivat jossakin määrin kulttuurieroista, mutta tätä ei pidetty erityisen suurena ongelmana. Esi-

merkiksi palveluohjaus tarkoitti sosiaalipalveluiden näkökulmasta eri asiaa kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa palveluohjauksella tarkoitettiin asiakkaan ohjaamista oikealle ammattilaiselle ja eteenpäin palvelujärjestelmässä. Terveydenhuollossa kyse oli hoidon tarpeen arvioinnista ja siinä yhteydessä asiakkaan ohjaamisesta palvelujärjestelmässä. Hyvinvointiasemilla ei kuitenkaan ollut erillistä, palveluohjaajan tehtäviin määriteltyä henkilöä, mikä koettiin puutteeksi. Sen sijaan palveluohjaajia oli muualla organisaatiossa. Samoin terveydenhuollossa oli vaikea ymmärtää, että sosiaalihuollossa moni asia on hyvin säädeltyä ja edellyttää päätöksentekoa. Pääosin näitä kysymyksiä pidettiin vähäisinä ongelmina, jotka vähenivät, kun uudet ammattiryhmät ja yksittäiset työntekijät oppivat tuntemaan toisensa työn ohessa.

Palvelutuotannon taso

Lasten ja nuorten palveluissa (matalan kynnyksen palveluissa) asiakkaan ei tarvinnut tietää, kenen ammattilaisen luokse on tulossa. Mikäli asiakas tarvitsi useamman ammattilaisen osaamista, hänelle koottiin moniammatillinen tiimi. Tarvittaessa tapaamisiin osallistui useampi työntekijä. Toimintamallia oli jo hiottu suhteellisen pitkään, eikä ongelmia koettu juurikaan olevan. Kun kuntayhtymät toimivat sekä kaupunki- että maaseutualueella ja maantieteellinen alue oli laaja, oli selvää, että yhteistyö ei toimi samalla tavalla harvaanasutulla alueella. Harvaanasutuilla alueilla ei ollut matalan kynnyksen palveluita ja työntekijät työskentelivät varsin itsenäisesti tai yksin. Muilla kuin kaupunkialueilla todettiin, että moniammatillinen yhteistyö ei vielä toteutunut. Myös kaupunkialueilla osa työntekijöistä työskenteli eri paikoissa, jolloin moniammatillista työtä ei ollut helppo toteuttaa. Esimiehillä oli alustavia suunnitelmia, miten yhteistyö voisi toteutua. Kaikissa toimipisteissä toteutui kuitenkin hyvin jatkohoitoon tai palveluihin ohjaus. Kaikilla oli käytössään yhteinen yhteistyölomake, jonka pohjalta yhteinen arviointiryhmä käsitteli asiaa. Työntekijöiden ei siis tarvinnut tietää, kenelle ohjata asiakas, ja ohjaus oli mahdollista mistä yksiköstä tahansa.

Esimiesten työn ongelma oli, että johdettava alue oli laaja, joten kaikkiin alaisiin tutustuminen ja toimintamallien vakiinnuttaminen vie aikaa.

Hyvinvointiasemilla palvelu perustui siihen, että hoidon tarpeen arvioinnissa (puhelimessa tai paikan päällä) päätettiin, minkä ammattilaisen

vastaanotolle asiakas meni. Asiakkaan asioita käsiteltiin verkostopalavereissa, mutta asiakas ei ollut itse paikalla. Pyrkimyksenä oli, että jatkossa asiakas olisi mukana. Joissakin verkostopalavereissa osa työntekijöistä koki, ettei heidän ollut mielekästä olla paikalla, mikäli kokouksessa ei käsitelty heitä koskevia asioita. Hoitoprosessi oli pitkälti muutenkin muutoksessa niin, että terveydenhoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien rooli siinä oli vahvistunut. Kyse ei siis ollut pelkästään palveluintegraation kehittämisestä, vaan laajemmin koko palveluprosessin kehittämisestä. Useissa tapauksissa hoitajat toimivat itsenäisesti ja vain tarvittaessa konsultoivat lääkäreitä. Lääkäreillä oli varattu osa päivistä konsultointia varten niin, ettei heillä ollut vastaanottoja.

Hyvinvointiasemien työskentelytapaa pidettiin pitkälti hyvänä. Asiakkaan palvelu oli sujuvampaa, kun asiakas pääsi suoraan oikealle ammattilaiselle ilman lähetteitä ja siirtymistä toiseen palvelupisteeseen. Työntekijät pitivät hyvänä sitä, että toista ammattiryhmää oli helppo konsultoida, kun työntekijät olivat samoissa tiloissa. Asiakasta ei tarvinnut lähettää pidemmälle ja asiakas sai samalla käynnillä vastauksen asiaansa.

Kiire ja työntekijöiden vaihtuminen kuitenkin hankaloittivat asioita. Vastaanotto olikin jaettu käytännössä kahteen osaan: kiireiseen vastaanototyöhön ja pitkäaikaisempaan työhön, jossa moniammatillinen työ oli mahdollista. Lääkäreiden ja hoitajien vaihtuvuus merkitsi sitä, että työntekijöiden tutustumiseen ja toimintatapojen oppimiseen meni aikaa, eivätkä toimintamallit siksi aina toimineet.

Mallin toimivuus vaihteli asemittain ja osin alueittain. Joillakin hyvinvointiasemilla päihde- ja mielenterveystyöntekijät kokivat, että he ovat erillään muista työntekijöistä. Toimintamallia ei ollut omaksuttu täysin eikä prosessista ollut sovittu. Hyvinvointiasemilla lasten ja nuorten palveluissa yhteistyön koettiin toteutuvan paremmin kuin terveysaseman vastaanottotoiminnan puolella. Haastateltavat totesivat, että lasten ja nuorten palveluissa oli pidempään totuttu työskentelemään yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Malli oli aloitettu jo kuntaorganisaatiossa, joten kuntayhtymä ei sinällään tuonut tähän muutosta.

Terveydenhuollon työntekijät toivoivat, että myös sosiaalityöntekijät olisivat työskennelleet hyvinvointiasemilla. He eivät kuitenkaan olleet kovin hyvin selvillä siitä, mitä sosiaalityöntekijät olisivat tehneet ja missä asioissa lääkäri tai hoitaja

olisi voinut ohjata heille asiakkaita. Haastateltavat totesivat, että heidän tulisi perehtyä paremmin sosiaalityön sisältöön.

Kliininen, käytännön taso

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät suhtautuivat integraatioon pääosin myönteisesti myös hoitoprosessien sujumisen näkökulmasta. Tietojen vaihto koettiin helpoksi, kun työntekijät olivat samassa paikassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät olivat kuitenkin erillisiä, ja osaa asiakkaiden tiedoista ei tietosuojan vuoksi voinut nähdä.

Työntekijöiden käsityksen mukaan potilaat eivät aina pitäneet toimintamallin muutoksesta, jossa asiakas entistä useammin päätyi hoitajan eikä lääkärin vastaanotolle.

Johtopäätökset

Edellä kuvatuissa esimerkeissä integraatiota oli toteutettu siten, että palveluprosessin osat oli koottu samoihin tiloihin, joko hallinnollisesti saman organisaation osan ja johdon alaisuuteen tai niin, että ne jatkoivat eri organisaation osissa, oman johdon alaisuudessa. Toisessa esimerkissä kuitenkin suuri osa henkilöstöstä työskenteli fyysisesti eri paikoissa, mutta samassa organisaatiossa. Molemmissa esimerkeissä kyse oli laajasti ottaen yhdestä organisaatiosta, jossa kaikki työskentelivät. Haastatteluiden perusteella sillä, kuinka monen organisaatiotason päässä yhteinen johto sijaitisi, oli merkitystä.

Palveluintegraatiota edistävät ja estävät tekijät olivat pitkälti samoja riippumatta siitä, ovatko työntekijät hallinnollisesti saman vai eri johdon alaisuudessa. Käytännössä erona oli se, missä määrin integraatiota tekevissä organisaatioissa pystyttiin päättämään palvelutuotannon prosesseista ja rahoituksesta. Taloudelliset tekijät vaikuttivat silloin, kun työntekijät tulivat eri organisaatioista, eikä ollut yhtä päätöksentekijää esimerkiksi sen suhteen, mitä ammattiryhmiä yhteisessä organisaatiossa työskentelee. Päätöksenteko edellyttää neuvottelua eri organisaation osien kanssa. Aina lopputulos ei ollut toivottu.

Se, että työskenneltiin samoissa tiloissa tai saman johdon (yhden organisaatiotason päässä vs. useamman tason päässä) alaisuudessa, ei vielä merkinnyt yhteistä työskentelyä. Vaikka työskennellään samoissa tiloissa, käy helposti niin, että ammattilaiset jatkavat työskentelyä erillään toisis-

taan. Erityisesti silloin, kun työntekijöillä on eri hallinnolliset yksiköt ja esimiehet, tarvitaan yhteisesti sovittuja toimintatapoja. Yhteisten prosessien osalta yhtenä ratkaisuna oli yhteinen päivittäisjohtaja, joka huolehti neuvottelusta eri ammattiryhmien välillä ja koordinoi palveluita niin, että asiakkaan palveluun tuli mahdollisimman vähän katkoksia ja työntekijät toimivat yhdessä.

Molemmat alueet koostuivat useista kunnista ja olivat maantieteellisesti laajoja. Vaikka työntekijöiden yhteinen johto oli vain yhden organisaatiotason päässä, yhteinen työskentely ei ollut helppoa. Toisten työntekijöiden ja heidän työnsä tunteminen oli keskeinen yhteistyötä ja sen edellyttämää luottamusta edistävä tekijä. Niin esimiesten kuin työntekijöiden tutustuminen toisiinsa ja toisten työhön oli hankalaa, kun välimatkat olivat suuret.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on voimakkaasti eri suuntiin verkottunut. Silloin, kun organisaatioita yhdistetään tai sijoitetaan henkilöstöä työskentelemään esimerkiksi terveysasemille, syntyy jonkin muualle katkoksia yhteistyössä tai palveluprosessissa. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa koettiin, että yhteys sosiaalityön suuntaan heikkeni.

Vaikka molemmissa tutkituissa organisaatioissa oli jo pitkään kehitetty integraatiota (toisessa aiemmin kuntapohjaisesti), integraation koettiin olevan vasta alkutaipaleellaan. Osa malleista toimi käytännön tasolla hyvin, ainakin osassa toimipisteistä. Osin mallit olivatkin vasta kehitteillä ja olivat toiminnassa lähinnä pilottiyksiköissä. Andersson Bäck ja Calltorp (2015) kuvaavat selkeästi Norrtäljen mallin kehitystä, jossa hallinnollisen integraation jälkeen kesti useita vuosia, ennen kuin integraatio toteutui käytännön tasolla. Norrtäljessä integraation kehittäminen oli hallinnollisesti hankalampaa, kun terveyspalveluista vastasi maakunta, sosiaalipalveluista kunta, mutta palveluita tuottivat laajasti myös yksityiset organisaatiot.

Vaikka kaikissa tapauksissa ei ollut päästy yhteiseen työhön, samoissa tiloissa tai organisaation osassa työskentely koettiin hyvänä ratkaisuna. Työntekijöiden oli helpompaa konsultoida toisiaan ja asiakas sai vastauksen ilman lähetettä muualle. Palveluprosessi oli siis sujuvoitunut asiakkaan kannalta. Samoin työntekijät olivat oppineet ymmärtämään toisen ammattiryhmän ajattelutapoja ja työtä. Voidaankin itse asiassa kysyä, onko yhteinen työskentely aina tarpeellista.

Auschrän (2018) katsauksessa ammattiryhmien väliset erot nousivat keskeisiksi integraatiota haittaaviksi tekijöiksi. Tässä tutkimuksessa nousi esiin se, että toinen ammattiryhmä ja sen tekemä työ on tunnettava. Koska tässä tutkittiin esimerkkejä, joista oli pääsääntöisesti hyviä kokemuksia, ammattiryhmien erot eivät nousseet yleensä kielteisessä mielessä esiin.

Kuten Andersson Bäck ja Calltorp (2015) totesivat, hallinnon ja talouden integraatio on vasta alku käytännön integraatiolle asiakkaan kannalta. Haastattelumme osoittivat saman. Käytännön tasolla muutokset tapahtuvat hitaasti ja kehittyminen on pitkä prosessi. Myös maantieteellinen etäisyys ja monet käytännöt tekijät hankaloittavat yhdessä työskentelyä. On myös huomattava, että tavoitella voi eri toiminnoissa olla hyvin erilainen, eikä sama malli toimi kaikilla sektoreilla tai alueilla. Huolimatta siitä, että monilta osin muutos oli kesken, olivat työntekijöiden kokemukset pääasiassa myönteisiä.

Tässä tutkimuksessa kohteena oli kaksi hieman erityyppistä palvelua, suhteellisen harvaanasutul-

la alueella. Verrattuna eurooppalaiseen ja amerikkalaiseen tutkimukseen suomalainen kunnallinen palvelujärjestelmä tukee melko hyvin palveluintegraatiota. Siten tutkimustuloksia ei voida täysin yleistää muihin maihin. Suomen sisälläkin alueet ovat varsin erilaisia. Tiheimmin asutuilla alueilla yhteistyö on toisaalta helpompaa, kun etäisyydet ovat pienempiä ja edelläkuvatus kaltaisia hyvinvointikeskuksia on helpompi muodostaa. Mutta näillä alueilla väestömäärä merkitsee yleensä sitä, organisaatiot ovat huomattavasti tässä tutkittuja suurempia. Pienemmissä organisaatioissa yhteistyö ja toisten työntekijöiden tunteminen voi olla helpompaa, ja suuremmissa organisaatioissa organisaatiotasoa on puolestaan enemmän. Tämä saattaa näiden tulosten valossa merkitä sitä, että yhteistyö voi hankaloitua. Monituottajamalli ei tässä tutkimuksessa noussut esiin, koska tutkituissa organisaatioissa ei käytetty ulkoistettuja palveluita. Kuitenkin, mitä etäämmällä päätöksente-ko on, sitä hankalampan yhteistyötä pidettiin.

KIRJALLISUUS

Ahgren, Bengt & Axelsson, Runo (2011) "A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010". *International Journal of Integrated Care* 11 (5). <http://doi.org/10.5334/ijic.566>

Andersson Bäck, Monica & Calltorp Johan (2015) The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *International Journal of Integrated Care* 15, Apr-Jun. URN:NBN:NL:UI:10-1-114821

Auschra, Carolin (2018) Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated care* 18 (1). doi: 10.5334/ijic.3068

Jolanki, Outi & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Sinervo, Timo (2017) Professionals' views of integrated care. *International Journal of Integrated Care* 25 (4), 247–255. <https://doi.org/10.1108/IJICA-06-2017-0018>

Keskimäki, Ilmo & Heponiemi, Tarja & Sinervo, Timo (2019) Striving for integrated care and efficiency in Finland: country-wide and local skill-mix innovations. In Glinos Irene & al.: Skill-mix innovations in primary and chronic care: Mobilising patients, peers, professionals. *Observatory Studies Series*. World Health Organization, in press.

Keskimäki, Ilmo & Sinervo, Timo & Koivisto, Juha (2018) Integrating health and social services in Finland: local initiatives to coordinate primary and specialised care, and social welfare services. *Public Health Panorama* 4 (4), 679–698.

Kaihlanen, Anu & Laulainen, Sanna & Niiranen, Vuokko & Hietapakka, Laura & Keskimäki, Ilmo & Sinervo, Timo (2019) "Yrittäny vaan kestää pinnalla tai sil pelastuslautalla". *Sote-henkilöstön näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon muutosten keskeltä*. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (2), 152–164.

Kodner, Dennis, L. & Spreeuwenberg Cor (2002) Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2 (4), 1–6. doi: 10.5334/ijic.67

Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Vehko, Tuulikki (2016) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. *Raportti 16/2016*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sotkanet.fi (2018) THL, virallinen tilasto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

Vuorenkoski, Lauri & Mladovsky, Philippa & Mossialos, Elias (2008) Finland: Health system review. *Health Systems in Transition* 10 (4), 1–168.

TIIVISTELMÄ

Timo Sinervo & Ilmo Keskimäki: Palveluintegraatiota käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota?

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistettaessa palveluintegraatio eli yhteensovittaminen on ollut keskeinen kehittämisen kohde. Palveluintegraatiolla pyritään parantamaan hoidon laatua, tehokkuutta ja saataavuutta sujuvoittamalla palveluprosessia asiakkaan palvelun eri osien välillä. Integraatiosta puhuttaessa näkökulma voi olla hallinnon, talouden ja organisaatioiden tasolla tapahtuvasta integraatiosta käytännön asiakastapahtumiin asti. Suomessa on viime vuosina keskusteltu hallinnon integraatiosta siirtämällä palveluiden järjestäminen kunnilta maakuntien tai vastaavien suurempien organisaatioiden vastuulle. Tätä onkin jo tapahtunut vapaaehtoisesti niin, että palveluiden järjestäminen ja tuottaminen on siirretty laajojen kuntayhtymien vastuulle.

Hallinnon integraatio ei kuitenkaan vielä merkitse sitä, että asiakkaan palvelu muuttuu mitenkään. Integraatiota estäviä tekijöitä onkin tutkittu paljon ja niitä voi olla hallinnossa, sääntelyssä ja taloudessa, organisaatioiden välisissä tekijöissä, organisaation sisäisissä tekijöissä ja johtamisessa, itse palvelutuotannossa sekä kliinisessä asiakastyössä.

Tässä tutkimuksessa kuvattiin kaksi esimerkkiä palveluintegraatiosta, lasten ja nuorten palveluissa sekä hyvinvointiasemilla, joita oli toteutettu kahdessa laajassa kuntayhtymässä. Lisäksi tarkasteltiin integraatiota estä-

viä ja edistäviä tekijöitä Carolin Aushran (2018) jaoteltuun perustuen. Tutkimus perustuu hallinnollisiin dokumentteihin sekä keskijohdon (N = 51), lähijohdon (N = 32) ja työntekijöiden (N = 22) haastatteluihin.

Tutkimuksessa todettiin, että palveluintegraatiota toteutettiin sekä organisatorisin ratkaisuin (lasten ja nuorten palvelut) että tuomalla eri organisaation osissa toimivia ammattilaisia työskentelemään samoihin tiloihin (hyvinvointiasemat). Molemmilla tavoilla pystyttiin kehittämään palveluintegraatiota ja sekä henkilöstö että työntekijät olivat pääosin tyytyväisiä. Integraatio toteutui kuitenkin eri tavoin eri työyksiköissä. Osin tämä liittyi siihen, minkä suuruinen kyseinen yksikkö oli ja mitä palveluita yksikössä voitiin tuottaa, ja osin integraation kehitysvaiheeseen ja toteutuksen onnistumiseen. Huolimatta integraation keskeneräisyydestä koettiin siitä oleen hyötyä, kun toista ammattiryhmää oli helppo konsultoida eikä asiakasta ei tarvinnut lähettää toiseen palvelupisteeseen jatkohoitoon.

Integraation toteutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä löydettiin kaikilta tasoilta. Integraatiota estäviä tekijöitä olivat esimerkiksi työntekijöiden yhteisen johdon hallinnollinen ja maantieteellinen etäisyys, puutteellinen suunnitelmallisuus sekä yhteinen lähijohtaminen palvelutuotannon tasolla. Edistäviä tekijöitä olivat toisten työntekijöiden sekä esimiesten, heidän työnsä ja ajattelunsa tunteminen sekä luottamuksen kehittyminen.