



Monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen ja toteuttaminen hyvinvointialueilla – tilannekuva keväällä 2023

PÄÄLÖYDÖKSET

- Tutkimuksessa tunnistettiin kuusi asiakasryhmää, joita varten palveluketjua tai -kokonaisuutta oli kehitetty: 1) lapset, nuoret ja perheet, 2) mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävät, 3) työttömät, 4) ikääntyneet, 5) monialaista tukea tai paljon palveluja tarvitsevat sekä 6) muut asiakasryhmät.
- Palvelukokonaisuuksista ja -ketjuista 18 määrittely oli käynnissä, mutta kokeilua tai pilotointia ei vielä ollut aloitettu. Kokeilu tai pilotointi oli aloitettu 14 ja käyttöönotto oli käynnissä 21 palvelukokonaisuudessa tai -ketjussa. Palvelukokonaisuuksista tai -ketjuista 14 oli määrittely ja niitä toteutettiin osana arkista palvelutoimintaa.
- Yleisimmin palvelukokonaisuuksiin ja -ketjuihin on sisällytetty mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja, perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja ja työikäisten sosiaalipalveluja.
- Palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämisen ja toteuttamisen haasteet liittyivät hyvinvointialueille siirtymiseen, johtamiseen, monitoimijaisuuteen, työvoimapulaan, organisaatiokeskeiseen toimintakulttuuriin ja vahvoihin professioihin, tiedon puutteisiin ja tiedon siirtymisen haasteisiin sekä hankemaisuuteen.
- Onnistumiset ja oivallukset liittyivät johtamiseen, monitoimijaisuuteen ja -alaisuuteen sekä asiakaslähtöisyyteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityistason palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuu siirtyi vuoden 2023 alusta alkaen kunnilta ja kuntayhtymiltä uusille hyvinvointialueille. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) mukaan hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Lisäksi hyvinvointialueen on osaltaan yhteen sovitettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujaan kunnallisten ja valtion palvelujen kanssa. Hyvinvointialueen on myös edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujensa yhteensovittamista muiden toimijoiden palvelujen kanssa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021.)

Tässä kyselytutkimuksessa luotiin tilannekuvaa monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittamisestä ja toteuttamisesta hyvinvointialueilla keväällä 2023. Tutkimus oli osa THL:n laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota koskevaa tutkimuskokonaisuutta, jota sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti vuosina 2022–2023. Tutkimus kohdentui erityisesti monialaisiin palvelukokonaisuuksiin ja -ketjuihin, jotka voivat koostua eri palveluryhmien, toimialojen ja sektorien palveluista. Tällaisia palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja voidaan määrittellä erilaisille asiakasryhmille, jotka voisivat hyötyä monialaisista ja yhteensovitetuista palveluista. Yksittäisen asiakkaan henkilökohtainen palvelupolku suunnitellaan ja toteutetaan palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyä hyödyntäen.

Palvelukokonaisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa jollekin asiakasryhmälle määriteltyä monialaisten palvelujen yhteensovitettua kokonaisuutta, jossa palveluja voivat tuottaa eri palveluryhmien, toimialojen ja sektorien palveluntuottajat. Palveluketju tarkoittaa tässä tutkimuksessa jollekin asiakasryhmälle määriteltyä perättäin ja osin yhtäaikaisesti toteutuvien monialaisten palvelujen saumatonta prosessia, johon palveluja voivat tuottaa eri palveluryhmien, toimialojen ja sektorien palveluntuottajat.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen tarkoitus

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen valmistelu- ja kehittämistyötä on toteutettu kansallisessa rakenneuudistushankkeessa vuosina 2020–2021, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa vuodesta 2020 alkaen, Kestävän kasvun ohjelmassa vuodesta 2022 alkaen ja muissa kansallisissa ohjelmissa. Aiemmin monialaisia palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja on kehitetty kuntayhtymissä ja kunnissa. Sairaanhoidopiireissä on jo pidempään kehitetty ja toteutettu ennen kaikkea terveydenhuollon hoitoketjuja

Monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn ja kehittämisen tavoitteena on vastata henkilöiden haastaviin elämäntilanteisiin. Palvelujen järjestäjän määrittelemät monialaiset palvelukokonaisuudet ja -ketjut luovat edellytykset yksittäisen asiakkaan palvelupolun suunnittelulle ja toteuttamiselle, kun palvelujen yhdyspinnat on määritelty ja kun on sovittu ammattilaisten yhteistyön käytännöistä. (Koivisto & Tiirinki 2020.)

Tiedämme aiempien selvitysten perusteella, että arviolta noin 10 prosenttia väestöstä käyttää paljon sote-palveluja ja tuottaa noin 80 prosenttia sote-kustannuksista. Kustannuksia näyttäisi tuottavan erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen,

Näin tutkimus tehtiin:

Tutkimus toteutettiin webropol-kyse-lynä vuoden 2023 maaliskuun aikana. Kysely lähetettiin 21 hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin johdolle, joka jakoi kyselyn vastattavaksi palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen vastuuhenkilöille. Hyvinvointialueita pyydettiin vastaamaan strukturoituihin ja avokysymyksiin 3–5 palvelukokonaisuuden tai -ketjun osalta, jotka hyvinvointialue valitsi itse. Vastauksia saatiin 17 hyvinvointialueelta ja yhteensä 67 palvelukokonaisuuden ja -ketjun osalta.

Juha Koivisto

THL

Eeva Liukko

THL

Heidi Muurinen

THL

ikäntyneiden palvelujen, vammaispalvelujen ja lastensuojelun palvelujen käyttö. (Leskelä ym. 2013; Kapiainen ym. 2010; Leskelä ym. 2015.)

Paljon palveluja käyttävät asiakkaat eivät välttämättä kuitenkaan käytä monialaisia palveluja, vaan esimerkiksi paljon jonkin tietyn erikoissairaanhoidon palveluryhmän palveluja. Haulan ja Peltolan (2020) mukaan pieni ja heterogeeninen asiakasryhmä käyttää monialaisia sote-palveluja. Haulan ja Peltolan sote-palvelujen käyttöä koskevan rekisterianalyysin (n = 1 048 180) mukaan vuonna 2017 seitsemästä palveluryhmästä yhteen palveluryhmään sisältyviä palveluja oli käyttänyt noin 38 prosenttia, kahteen 29 prosenttia, kolmeen 7 prosenttia, ja neljän eri ryhmän palveluja oli käyttänyt 2,5 prosenttia tarkasteltavasta väestöstä. Noin 3 800 henkilöä oli käyttänyt palveluja useammasta kuin neljästä palveluryhmästä.

Rekisterianalyysit antavat vain hyvin yleisen ja karkean kuvan monialaisesta palvelujen käytöstä. Lisäksi ne rajoittuvat usein sosiaali- ja terveyspalveluihin, joskin esimerkiksi pelkästään perusterveydenhuollon sisällä asiakas voi asioida usean eri alan ammattilaisen luona. Hujala ym. (2018) tähdentävät, että monialaisesti sote-palveluja tarvitsevat eivät ole ensisijaisesti vaikeita asiakkaita tai potilaita vaan tavallisia ihmisiä: vanhuksia, perheitä, työssäkäyviä tai työttömiä aikuisia, lasten vanhempia, nuoria – eli ihmisiä, joilla erilaisista syistä on elämässään tai ainakin tiettyssä elämänvaiheessa keskimääräistä enemmän avun ja tuen tarvetta. Tällainen henkilö voi tarvita apua ja tukea samanaikaisesti monilta eri tahoilta, kuten perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, sosiaalitoimesta, sivistystoimesta, KELAsta tai työelämäpalveluista.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen asiakasryhmät

Kyselyvastauksissa oli tunnistettavissa kuusi asiakasryhmää, joita varten palveluketjua tai -kokonaisuutta oli kehitetty. Nämä asiakasryhmät olivat 1) lapset, nuoret ja perheet, 2) mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävät, 3) työttömät, 4) ikääntyneet, 5) monialaista tukea tai paljon palveluja tarvitsevat sekä 6) muut asiakasryhmät.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluja koskevissa vastauksissa korostui perhekeskustointiaan liittyvä kehittäminen. Lisäksi mainittiin lastensuojeluasiakkaat, monialaista tukea tarvitsevat kouluikäiset ja varhaista tukea tarvitsevat lapset, nuoret ja perheet.

Mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävien joukossa oli huomioitu eri ikäisiä asiakkaita, joskin muutamat palvelukokonaisuudet tai -ketjut oli kohdennettu erityisesti nuorille tai aikuisille. Neuropsykiatriisiin haasteisiin liittyviä palveluketjuja tai -kokonaisuuksia oli kehitteillä viisi: yksi ikääntyneille ja loput lapsille tai nuorille. Työttömiin kuuluivat vastausten mukaan osa-aikaiset työttömät, juuri työttömäksi jääneet, pitkäaikaistyöttömät, vaikeasti työllistyvät ja monialaista tukea tarvitsevat sekä osatyökykyiset ja psykoosiryhmän potilaat.

Ikääntyneistä asiakasryhmiin kuuluivat kotona asuvat ja kotihoidon asiakkaat. Lisäksi vastaukset sisälsivät joitain yleisempiä mainintoja, kuten ikääntyneet, joilla on heikentynyt toimintakyky, ja toisaalta tarkempia yksittäisiä vastauksia, kuten ikääntynyt lonkkamurtumapotilas tai akuutisti sairas iäkäs henkilö. Muistisairaat mainittiin muutamassa vastauksessa, samoin palliatiivista- ja saattohoitoa tarvitsevat.

Noin viidesosassa vastauksista asiakasryhmäksi nimettiin monialaista tukea tarvitsevat tai paljon palveluita käyttävät asiakkaat. Osassa vastauksia täsmennettiin kyseessä olevan esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja työikäisten sosiaalipalveluiden yhteis-asiakkuutta tarvitsevat henkilöt, ja osassa vastauksia palveluiden käyttöä luonnehdittiin yleisemmin laajaksi tai päällekkäiseksi.

Edellä kuvailtujen asiakasryhmien lisäksi vastauksissa nimettiin yksittäisiä potilas- tai asiakasryhmiä, joille palveluketjut tai -kokonaisuudet oli suunnattu. Hoidollisiin tarpeisiin liittyivät esimerkiksi diabetesriskissä olevat ja diabetesta sairastavat aikuiset, toiminnalliset häiriöt tai päivystystarpeen arviota taikka sairaalahoitoa tarvitsevat sekä palliatiivisen tai saattohoidon piirissä olevat. Muista kuin hoidollisista tarpeista mainittiin esimerkiksi kehitysvammaiset ja muut toimintakyvyn rajoitteita omaavat henkilöt, joiden erityisen haastava, aggressiivinen sekä itseä ja/tai muita vahingoittava käyttäytyminen edellyttää moniammatillista, erityisen vaativaa palvelua. Lisäksi mainittiin esimerkiksi asiakkaat, joilla on

taloudellisia vaikeuksia, aikuissosiaalityön erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat tai kaltoin-kohtelua kokeneet asiakkaat.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen lähtökohdat, tarpeet ja tavoitteet

Lasten, nuorten ja perheiden palveluketjujen ja -kokonaisuuksien kehittämisen taustalla oleviksi lähtökohdiksi tai tarpeiksi mainittiin esimerkiksi perheiden erilaiset haasteet, lapsen ja perheiden tilanteen huomioiminen kokonaisuutena tai palvelutarpeiden ja kustannusten kasvu. Lisäksi mainittiin tarve sovittaa palveluita yhteen esimerkiksi siksi, että ammattilaisilta on ”puuttunut tietoa muiden toimialojen palveluista, jotta he osaavat auttaa lasta ja hänen läheistään oikea-aikaisesti”. Perhekeskuskehittämisen kansallisia ja alueellisia linjauksia kuvattiin kehittämistyön taustalla olevaksi lähtökohdaksi, kuten myös sote-uudistukselle tuttuja tavoitteita.

Vastauksissa tarpeet ja lähtökohdat olivat tiiviisti kytköksissä ja osin samoja palveluketjun tai -kokonaisuuden tavoitteiden kanssa. Tavoitteiksi nimettiin esimerkiksi oikea-aikaisuus, jatkuvuus, varhainen tuki, painopisteen siirtäminen ennaltaehkäiseviin palveluihin, laadun ja vaikuttavuuden paraneminen, osallisuus, monialainen yhteistyö ja palveluiden yhteen kokoaminen ja kustannusten nousun hillitseminen – kaikki myös sote-uudistukseen liitetyjä tavoitteita. Muutamissa vastauksissa tavoitteet oli muotoiltu koskemaan juuri kyseistä palveluketjua tai -kokonaisuutta, kuten moniammatillisen neuvolatiimin rakentaminen, sijoitetun lapsen sujuvan koulunkäynnin aloituksen mahdollistaminen tai perheterapeuttisen osaamisen tuominen sosiaalityön käyttöön. Yhdessä vastauksessa mainittiin myös tarkempia indikaattoritietoihin pohjautuvia tulostavoitteita, kuten lastensuojelusiakkaiden tai kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän väheneminen.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin kytkeytyvien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien kehittämistyön taustaksi tai lähtökohdaksi nimettiin toisaalta palveluiden puute ja ruuhkautuminen ja toisaalta lisääntyneet palvelutarpeet. Lisäksi lähtökohdaksi olivat alueelliset erot palvelutarpeissa ja -rakenteissa sekä ohjauksen ja arviointikäytännöissä. Yhden vastaajan mukaan ”asiakkaan hoidontarpeen arviointi on ollut vakioimatonta, epätasa-arvoista ja satunnaisista, joka on johtanut hoidon aloittamisen viivästymiseen ja asiakkaan turhaan siirtelyyn sekä perättäiseen arviointiin”. Tarpeeksi tunnistettiin yhdenvertaisen tuen tai palvelun saaminen, työnjaon selkiyttäminen tai ammattilaisten kohtaamisen ja puheeksi oton valmiuksien vahvistaminen.

Kehittämistyön lähtökohdaksi mainittiin myös sote-uudistus ja siihen liittyviä tavoitteita. Vastaavasti palveluketju- tai kokonaisuuskohtaisissa tavoitteissa nousivat esiin saatavuus, oikea-aikaisuus, riskien varhainen tunnistaminen, ennaltaehkäisy ja puuttuminen, vaikuttavuus ja ammattilaisten työkalut, monialainen yhteistyö ja käytäntöjen yhdenmukaistaminen. Esimerkiksi asumispalveluihin ohjautumisen palveluketjussa nämä tavoitteet ilmeni-vät siten, että tavoitteena oli tarjota ensisijaisesti kotiin viettävää palvelua, arvioida palvelutarve monialaisesti omassa arviointiyrityksissä ja tarjota vahvaa tukea ennen raskaampiin palveluihin ohjautumista sekä asiakkaan kuntoutuessa ohjata häntä kevyempiin palveluihin.

Omana asiakasryhmäkokonaisuutena esiin nousseiden neurokirjon henkilöiden palveluketjujen tai -kokonaisuuksien taustalla mainittiin olevan palvelujärjestelmän jonot sekä palveluiden pirstaleisuus ja kokonaisuuden vaikea hahmotettavuus. Kehittämistyön taustalla mainittiin myös olleen järjestämisvastuisiin liittyvät kysymykset, erilaiset sisäiset käytännöt ja riittämätön työnjako yksiköiden välillä. Tavoitteiksi nimettiin muun muassa potilasohjauksen geneerinen malli, työnjaon selkiyttäminen ja tiedonkulun parantaminen, osamisen vahvistaminen sekä sujuvat ja oikea-aikaiset palvelut.

Työttömyyteen kytkeytyvien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien kehittämisen taustalla mainittiin olevan se, ettei palveluketjuja ole aiemmin sovittu, on ollut tarpeen kartoittaa palvelutarjontaa ja ohjautumiskäytäntöjä tai että ohjautuminen palveluihin on huomattu voivan olla vaikeaa. Kehittämistyötä tarvittiin myös siksi, että kun arviointia tehdään monessa palvelussa, asiakkaan kokonaistilanne voi jäädä huomioimatta. Lisäksi taustalla mainittiin olevan Työkykyohjelman mukainen osatyökykyisten palvelukokonaisuuksien yhtenäistäminen ja laatu- ja laatuvarustaisen työhönvalmennuksen tunnistetut hyödyt.

Tavoitteiksi on asetettu muun muassa mallinnuksen toteuttaminen ja toimeenpano, yhteistyörakenteiden ja roolien selkeyttäminen, yhdenmukaiset työskentelyohjeet, asiakkaan tai potilaan selkeä ohjautumisprosessi palveluun ja palveluiden saatavuuden matala kynnys. Vastauksissa nousi esiin myös työllistymisedellytysten, osallisuuden tai elämänlaadun paraneminen sekä palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen. Lisäksi mainittiin muun muassa oikea-aikaisuus, haasteiden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa, moniammatillinen yhteistyö ja kustannusvaikuttavuus.

Ikääntyneille suunnattujen palveluketjujen ja -kokonaisuuksien kehittämistyön taustalla olivat väestön ikääntyminen, huoltosuhteen heikkeneminen sekä lisääntyvät muistisairaudet, ikääntyneiden toimintakyvyn heikkeneminen ja joutuminen laitoshoitoon. Erikseen mainittiin myös omassa kodissa asumiseen liittyvän turvattomuuden tunteen, päivystyskäyntien määrän tai hukka- ja häiriökysynnän vähentäminen. Lisäksi vastauksissa nousivat esille hidas päätöksenteko, epäselvyydet yhteisasiakkuuksien kokonaisvastuussa ja asiakkaan useat suunnitelmat. Yhdessä vastauksessa kuvattiin tarkemmin taustahypoteesia, jonka mukaan työntekijöiden kuntoutusosaamisen vähäisyys voi johtaa käyntimäärien tai parikäyntien lisäämiseen kotihoidossa. Myös toisessa vastauksessa tunnistettiin, että palveluiden saatavuuden ongelmien vuoksi asiakas saatetaan ohjata herkästi liian raskaisiin palveluihin. Tarpeeksi tunnistettiin myös alueen toimintamallien yhtenäistäminen.

Tavoitteet kytkeytyivät asiakkaiden auttamiseen, kuten omahoidon tukemiseen ja kotona pärjäämisen tunteen sekä osallisuuden vahvistamiseen. Henkilöstön osalta haluttiin vahvistaa asiakkaan toimintakykyä tukevaa työtapaan, ICF-viitekehityksen mukaista osaamista sekä mahdollisuuksia hyödyntää digitalisaatiota ja tekoälyä. Tavoitteena oli vahvistaa kotiin annettavia palveluita esimerkiksi etälääkärikeskuksen tai hyvinvointiteknologian avulla. Lisäksi mainittiin moniammatillinen yhteistyö, työnjaon selkiyttäminen, tiedonkulun parantaminen sekä yhtenäiset palvelut.

Monialaista tukea tarvitsevien tai paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kohdalla kehittämistyön taustalla olevaksi tarpeeksi tai lähtökohdaksi nimettiin muun muassa tarpeisen tunnistamisen haasteet sekä palvelun tai hoidon toteutuksen haasteet. Useissa vastauksissa mainittiin palveluiden pirstaleisuus, pompottelu, päällekkäinen työ ja että asiakkaat joutuvat kertomaan asiansa usealle eri ammattilaiselle. Yhden vastaajan mukaan ”pieni asiakasryhmä käyttää ison osan palveluista ilman, että ongelma ratkeaa”. Lisäksi vastauksissa mainittiin asiakkaan väliinpuotoaminen, pyöröovi-ilmiö ja häiriökysyntä sekä useassa vastauksessa palveluiden koordinoinnin tarve.

Lähtökohdiksi tai tarpeiksi nimettiin myös sote-keskuksen laajentaminen sekä sote-uudistuksen tavoitteet, kuten aiempienkin asiakasryhmien vastausten kohdalla. Lisäksi tavoitteiksi oli usean vastauksen mukaan asetettu muun muassa monialaisen tuen tarpeen parempi tunnistaminen, yhteisen asiakassuunnitelman laatiminen, saumaton tiedonkulku ja konsultaatio sekä monialaiset tiimit. Tavoitteena oli esimerkiksi, että ”eri ammattilaiset tuntevat toistensa työn ja osaavat koota asiakkaan tarpeen mukaisen työryhmän” tai sosiaalihuollon tarpeiden tunnistaminen terveydenhuollossa ja päinvastoin.

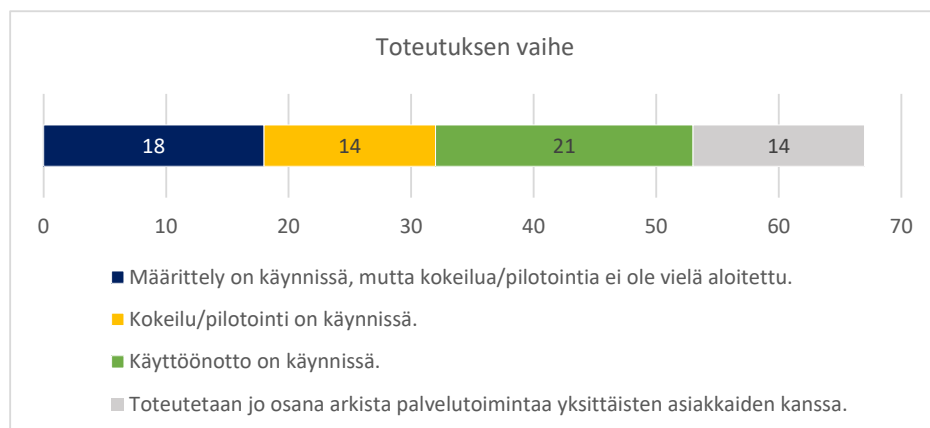
Vastauksissa oli kuvauksia joukosta muidenkin kuin edellä mainittujen asiakasryhmien palveluketjujen tai -kokonaisuuksien kehittämisestä. Näissäkin tavoitteena oli esimerkiksi laadun parantaminen, tutkimusnäyttöön tai suosituksiin pohjautuva toiminta, sujuva hoitoon tai palveluun pääsy ja yhteistyön selkiyttäminen.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen ja toteuttamisen tilanne

Vastaajat ilmoittivat yhteensä 67 palvelukokonaisuutta tai -ketjua. Muutama palvelukokonaisuus tai -ketju sisälsi 2–4 asiakasryhmää, joten kyse on käytännössä voinut olla useammasta palvelukokonaisuudesta tai -ketjusta. Näitä palvelukokonaisuuksien tai -ketjujen ryppäitä on tässä tarkasteltu kulloinkin yhtenä kokonaisuutena, koska niitä koskevaa kehittämistä ja palveluryhmien valintaa ei vastauksissa ole eritelty.

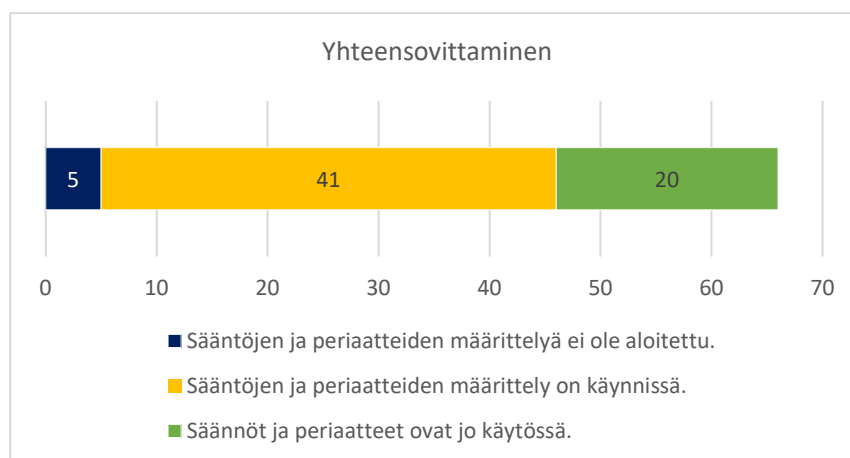
Vastauksissa kuvatuista palvelukokonaisuuksista ja -ketjuista 18 määrittely oli käynnissä, mutta kokeilua tai pilotointia ei vielä ollut aloitettu. Kokeilu tai pilotointi oli aloitettu 14 ja käyttöönotto oli käynnissä 21 palvelukokonaisuudessa tai -ketjussa.

Palvelukokonaisuuksista tai -ketjuista 14 oli määrittely valmiiksi, ja niitä toteutettiin jo osana arkista palvelutoimintaa yksittäisten asiakkaiden kanssa. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn ja toteutuksen vaiheet.

Vastaajilta kysyttiin myös, onko palvelukokonaisuuteen tai -ketjuun kuuluvien palvelujen yhteensovittamisen säännöt ja periaatteet määrittely. Viiden palvelukokonaisuuden tai -ketjun kohdalla määrittelyä ei ollut vielä aloitettu. Yhteensovittamisen sääntöjen ja periaatteiden määrittelytyö oli käynnissä 41 palvelukokonaisuudessa tai -ketjussa, ja ne olivat jo käytössä 20 palvelukokonaisuudessa tai -ketjussa. Yhden palvelukokonaisuuden/ketjun osalta vastaus puuttui. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen sääntöjen ja periaatteiden määrittelyn vaiheet.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen monialaisuus

Kyselyssä kartoitettiin, minkä palveluryhmien palveluista kukin palvelukokonaisuus tai -ketju koostuu. Kyselylomakkeeseen annetut päihde- ja riippuvuustyötä sekä mielenterveyspalveluja koskevat vastaukset on tässä tarkastelussa yhdistetty palveluryhmäksi siten, että ne on laskettu kunkin palvelukokonaisuuden tai -ketjun kohdalla yhtenä mainintana.

Yleisimmin palvelukokonaisuuksiin ja -ketjuihin oli sisällytetty mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja, perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja ja työikäisten sosiaalipalveluja. Muita usein mainittuja palveluryhmiä olivat erityisesti psykiatrinen erikoissairaanhoito, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, somaattinen erikoissairaanhoito, Kelan palvelut, lääkinnällinen kuntoutus, lapsiperheiden sosiaalipalvelut, vammaispalvelut ja lastensuojelu.

Avovastauksissa vastaajat toivat lisäksi esille ennen kaikkea järjestöjen ja uskonnollisten yhdistysten toiminnot, kuten potilasjärjestöt ja diakoniatyön. Muutaman maininnan saivat

kuntoutuspalvelut, päivystyspalvelut sekä työttömille suunnatut palvelut. Yksittäisiä mainintoja saivat lisäksi esimerkiksi vapaaehtoistoiminta sekä talous- ja velkaneuvonta.

Asiakasryhmittäinen tarkastelu

Vastauksissa kuvatut *lapsiperheiden palvelukokonaisuudet ja -ketjut* rakentuivat pääosin varhaisen tuen, neuropsykiatristen vaikeuksien sekä päihteisiin ja mielenterveyteen liittyvien haasteiden ympärille. Mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat mukana lähes kaikissa kuvatuissa palvelukokonaisuuksissa ja -ketjuissa. Lisäksi mukana olivat usein muun muassa kouluterveydenhuolto ja opiskeluhoito, psykiatrisen erikoissairaanhoidon, lapsiperheiden sosiaalipalvelut ja lastensuojelu sekä neuvolapalvelut ja perusterveydenhuollon avosairaanhoidon. Erityisesti perhekeskusmallissa palveluryhmät oli sisällytetty mukaan erittäin kattavasti.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelukokonaisuuksilla ja -ketjuilla pyrittiin vastaamaan asiakkaiden monialaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeisiin. Osin kyse oli paitsi palvelujen yhteensovittamisesta myös moniammatillisen tiimityön vahvistamisesta. Keskeisiä palveluryhmiä olivat mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen ohella psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja työikäisten sosiaalipalvelut. Lähes yhtä usein hyödynnettiin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluja.

Neurokirjon henkilöiden palvelukokonaisuuksissa ja -ketjuissa olivat mukana päihde- ja mielenterveyspalvelut sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Samoin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon oli mukana yhtä palvelukokonaisuutta/ketjua lukuun ottamatta. Lapsille suunniteltuihin palvelukokonaisuuksiin ja -ketjuihin oli pääosin sisällytetty myös neuvolapalvelut, lastensuojelu, kouluterveydenhuolto, opiskeluhoito ja sivistyspalvelut.

Työttömien henkilöiden palvelukokonaisuuksissa ja -ketjuissa pyrittiin vastaamaan asiakkaiden monialaisiin palvelutarpeisiin ja myös edistämään työttömien työkykyä, joskus tiimimallin pohjalta. Eri palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen sisältämät palveluryhmittymät olivat varsin samankaltaiset. Ne kattoivat työikäisten sosiaalipalvelut, työllisyyspalvelut, Kelan palvelut ja perusterveydenhuollon palvelut, erityisesti työttömien terveydenhuollon. Lisäksi päihde- ja mielenterveyspalvelut olivat mukana lähes kaikissa kuvauksissa.

Ikääntyneiden palvelukokonaisuuksissa ja -ketjuissa painottuivat toimintakyvyn ja kotona asumisen tuen näkökulmat. Yleisimmin hyödynnettyjä palveluryhmittymiä olivat iäkkäiden sosiaalipalvelut, perusterveydenhuollon avosairaanhoidon, kotisairaanhoidon, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä päihde- ja mielenterveyspalvelut. Myös somaattinen erikoissairaanhoidon ja asumisen palvelut olivat mukana useassa kuvauksessa.

Monialaista tukea tarvitsevien tai paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palvelukokonaisuuksissa ja -ketjuissa vahvistettiin arviointia ja palveluprosesseja sekä palvelujen yhteensovittamista ja koordinoimista. Kuvauksiin sisällytetyt palveluryhmittymät vaihtelivat jonkin verran sen mukaan, mistä asiakasryhmästä oli kyse (esim. lapset, monisairaant asiakkaat tai erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat). Yleisimmin palvelukokonaisuudet ja -ketjut kattoivat työikäisten sosiaalipalvelut, perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sekä päihde- ja mielenterveyspalvelut. Lisäksi mukana olivat usein psykiatrisen erikoissairaanhoidon, lääkinällinen kuntoutus ja työllisyyspalvelut.

Palvelukokonaisuuksien tai -ketjujen kehittämisen ja toteuttamisen haasteet

Kyselyssä kartoitettiin, millaisia haasteita tai ongelmia palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämiseen ja toteuttamiseen on liittynyt. Vastauksissa määritellyt haasteet ja ongelmat voidaan luokitella alle kymmeneen teemaan, jotka ovat tiukasti kytköksissä toisiinsa ja osin päällekkäisiä. Ne ovat ikään kuin eri tulokulmia samaan kokonaisuuteen.

Hyvinvointialueille siirtyminen on hidastanut palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämistyötä erityisesti loppuvuodesta 2022 ja alkuvuodesta 2023. Siirtymään on liittynyt paljon tehtävää, ja yhteisen ajan löytäminen palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämiseksi on ollut haastavaa. Valmiita rakenteita, joihin palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja voisi viedä, ei ole olemassa. Toiminnan uudelleen organisoitumista ovat yleisesti hankaloittaneet esimerkiksi palkkausksymykset ja jyrkkä työläinsäädäntö sekä resursoinnin,

palvelujen ja toimintamallien erilaisuus alueiden sisällä. Lisäksi osa palveluista on jäänyt kunnille, mikä haastaa yhteistä palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämistä.

Siirtymään liittyy myös *johtamisen haasteita*. Monialaisen asiantuntijaverkoston johtaminen nähdään haasteelliseksi ja työntekijöiden sitouttaminen yhteisen tavoitteen taakse on vaikeaa. Monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen ja johtamisen vastuukysymykset ovat paikoin olleet epäselviä. Palveluketjut ja -kokonaisuudet nähdään niin laajoiksi, että ne vaativat eri tasoilla johtajien yhteistä keskustelua ja sopimista mm. yhteisistä tavoitteista, rahoista, resursseista ja toimintatavoista sekä jonkun, jolla olisi kokonaiskäsitys tilanteesta. Palveluketjukuvauksia on suunniteltu ja laadittu huolellisesti, mutta se, muuttavatko mallit yksittäisten yksiköiden ja toimijoiden työskentely- ja toimintatapoja, on ollut epävarmaa. Tämän nähtiin vaativan paikallisjohton tiukkaa sitoutumista ja sitouttamista. Palveluketjut on nähty suosistustyypisinä eikä ole ollut keinoja/tahtotilaa ”määrätä” toimintaa sovittujen mallien noudattamisen suuntaan.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämiseen ja toteuttamiseen liittyy monia, esimerkiksi hyvinvointialueen, HUS:n, kuntien sekä kolmannen ja yksityisen sektorin toimijoita ja palveluja. Kolmannen ja yksityisen sektorin työntekijöitä on paikoin ollut vaikea saada mukaan kehittämiseen. Tällainen *monitoimijaisuus* on haastanut kokonaisuusien ja -ketjujen määrittelyä. Toimijoilla on monia omia tavoitteitaan ja niiden sovittaminen yhteisiksi tavoitteiksi on aikaa vievää ja haastavaa.

Hyvinvointialueilla on akuutti *työvoimapula*, joka on näkynyt palvelutuotannon edustajien mahdollisuutena osallistua yhteiseen kehittämiseen. Pulaa on ollut esimerkiksi avosairaanhoidon hoitajista, lastensuojelun sosiaalityöntekijöistä, perheterapeuteista ja psykiatrian työntekijöistä.

Organisaatiokeskeinen toimintakulttuuri ja *vahvat professiot* haastavat monialaisen yhteistyön ja integraation kehittämistä. Toisten toimialojen työtä ei tunneta. Haasteena on siirtyä siilomaisesta työskentelystä monialaiseen työskentelyyn. Yli toimialarajojen/ organisaatio-rajojen menevät toimenpiteet (esim. resurssin siirtyminen, läheteohjeet) koetaan usein muualta annetuksi. Kun lähestytään käytännön työtä ja puututaan esimerkiksi resurssien kohdentamiseen, tarvitaan selkeitä sopimuksia ja ohjeita. Nähtiin myös, että pelkät ohjeistukset eivät riitä käytännön työn muuttumiseen eivätkä ne tuo automaattisesti asiakkaalle parempaa palvelua. Oman organisaation ja yksikön sisäiset prosessitkin ovat lähtökohtaisesti monin paikoin epäselviä. Haasteena on, että aikaisemmin sote-ammattilaiset eivät ole tehneet näin tiiviisti työtä keskenään yhden yksittäisen ihmisen ennakoimattoman tilanteen johdosta. ”Näin on aina tehty” -asenne on ajoittain korostunut, mikä on haitannut työn etenemistä.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämiseen ja toteuttamiseen liittyy *tiedon puutteita* ja *tiedon siirtymisen haasteita*. Luotettavan tilastotiedon löytäminen kehittämisen tueksi on ollut haastavaa puutteellisten kirjaamis- ja tilastointimerkintöjen vuoksi. Siirtymävaiheessa haasteena on ollut tiedon tuottaminen ja sen vertaileminen sekä talous- ja toimintatiedon yhdistäminen (niin oman tuotannon kuin ostopalvelun suhteen). Palveluketjun kustannuksia ja laatuun liittyvää vaikuttavuustietoja on ollut vaikea saada. Tulosten mittaaminen nähtiin yleisesti haastavana. Palveluketjujen kehittämisessä ja toteuttamisessa haasteena ovat palvelujen pirstaleisuus, useat eri tietojärjestelmät ja tietosuojasiat sekä haasteet näkyvyyksien osalta (mm. suostumuslomakkeet). Tieto ei siirry eri toimialojen välillä. Lainsäädäntö estää yhteisen näkymän asiakkaan ympärillä (esim. koulu, terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä) ja monimutkaistaa toiminnan. Lainsäädännölliset tulokulmat ovat aiheuttaneet haasteita myös esimerkiksi siinä, miten asiakkuus alkaa.

Kehittämisen haasteeksi nähtiin myös *hankemaisuus*. Kehittämistä haastaa se, että uusia projekteja aloitetaan, vaikka edellisissä kehitettyjä ratkaisuja ei ole vielä otettu käyttöön. Haasteena mainittiin myös, että kansallista yhtenäistä ohjausta palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämistyölle ei ole.

Palvelukokonaisuuksien tai -ketjujen kehittämisen ja toteuttamisen onnistumiset

Kyselyssä kartoitettiin lisäksi, millaisia onnistumisia ja oivalluksia palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämiseen ja toteuttamiseen on liittynyt. Onnistumisia ja oivalluksia kirjattiin kyselyvastauksissa moninaisesti. Ne olivat osittain onnistumisia ja oivalluksia asioissa, joissa toisaalla oli koettu haasteita ja ongelmia. Ne jäsenyivät kolmen keskeisen teeman ympärille: *johtaminen, monitoimijaisuus- ja alaisuus sekä asiakaslähtöisyys*.

Johdon mukanaolo, tuki, palaute ja kannustus nähtiin palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen tukijalkana ja onnistumisen perusedellytyksenä. Hyvinvointialueilla oivallettiin tarvittavan johtamisparadigman muutosta, jossa palveluketjut voivat toimia järjestäjän työkaluna. Oli tunnistettu tiedolla johtamisen ja ohjaamisen mahdollisuudet ja jatkokehittämistarpeet. Pidettiin tärkeänä, että on kehittämistä koordinoivia henkilöitä, joilla on mahdollisuus kutsua koolle ja saada aikaan yhteistä keskustelua eri toimijoiden välillä. Palvelukokonaisuuden kehittämisen nähtiin vaativan prosessinomistajuuden ja horisonttaalista vastuuta etenkin, kun kehitetään integroitua palvelukokonaisuuksia. Jotta saadaan palveluketjut toimiviksi, tarvitaan lisäksi tietojärjestelmän tuki ja runsaasti muita tukivälineitä.

Vaikka palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen ja toteuttamisen *monitoimijaisuus ja -alaisuus* nähtiin erittäin haastavana, siitä oltiin myös vilpittömän innostuneita. Oli havaittu, että yhden teeman ympärillä on todella paljon toimijoita ja että yhteistyön merkitys on todella tärkeää. Yhteisen työskentelyn eri ammattilaisten kanssa nähtiin avaavan kokonaiskäsitystä palvelukentästä aivan eri tavalla kuin omissa porukoissa asioiden läpikäynti. Oli huomattu, että useimmiten eri toimijoiden näkemys ja tahtotila on lopulta samankaltainen, sitä vain katsotaan eri kulmista. Eri palveluiden näkyväksi tekeminen oli helpottanut kehittämistyötä. Palveluketjutyön avulla oli saatu nostettua esiin kohtia, joita tulee jatkossa kehittää. Myös oman organisaation sisäiset prosessit oli samalla saatu kehitettyä kuntoon.

Palveluketjua toteutettaessa oli oivallettu, että palveluketju vahvistaa monialaista yhteistyötä, ja eri alojen ammattilaisilta on mahdollisuus oppia toisiltaan paljon. Käytäntöjen yhdyspinnassa tehty työ nähtiin erittäin tärkeänä. Oli huomattu, kuinka omaan työhön saa tukea moniammatillisessa työskentelyssä, jolla on vaikutuksensa työssä jaksamiseen. Myös käytännön ammattilaisten kyky ja joustavuus tehdä uudella tavalla oli jossain määrin yllättänyt. Palvelukokonaisuuksien kehittämisen arvioitiin lisäävän myös työn veto- ja pitovoimaa, koska malli tukee monialaisen osaamisen kehittymistä ja tarjoaa vahvan ammatillisen tuen työntekijöille.

Kehittämistyössä oli luotu pohjaa entistä *asiakaslähtöisemmän* palvelukokonaisuuden kehittämiseksi. Asiakaslähtöisen toimintamallin nähtiin antavan mahdollisuuden räätälöidä ja järjestää asiakkaan palvelutarpeeseen erilaisia, yksilöllisiä ratkaisuja. Asiakas on tällöin aiempaa paremmin osallisena omassa palveluprosessissaan. Asiakaslähtöinen lähestymistapa oli parantanut eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, ja vuoropuhelua oli käyty vilkkaasti. Kokemusasiantuntijoita oli osallistunut runsaasti kehittämiseen. Hyviä asiakkaan polkua sujuvoittavia käytäntöjä olivat olleet eri ammattilaisten yhdessä toteuttamat asiakastapaamiset. Asiakkaan polku oli selkeytynyt ja asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä asioiden etenemiseen. Oli havaittu, kuinka tärkeää on, että asiakkaalla on oma vastuuhenkilö, jolla on oikea-aikainen tilannekuva asiakkaasta.

Pohdinta

Tämä tutkimus käsittää vain pienen näytteen hyvinvointialueilla tehtävästä monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämistyöstä, joten sen tuloksista ei voi tehdä suoraan päätelmiä palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämistilanteesta koko Suomea ajatellen.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämiseksi ja määrittelemiseksi on olemassa ilmeinen tarve. Eri asiakasryhmiä koskeville palveluketjuille ja -kokonaisuuksille oli kyselyvastauksissa yhteistä se, että niissä korostuivat sote-uudistukseenkin liittyvät tavoitteet: palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen,

painotuksen siirtäminen kevyempiin palveluihin ja varhaiseen tukeen, laadun, vaikuttavuuden, osaamisen sekä asiakas- ja työntekijätyytyväisyyden parantaminen, yhteistyön edistäminen sekä roolien ja vastuiden kirkastaminen ja kustannusten nousun hillintä. Lisäksi vastauksissa korostuivat asiakkaiden tarpeiden tunnistamista ja palveluihin ohjautumista koskevat tavoitteet, ja tavoitteissa oli huomioitu myös asiakkaan näkökulma.

Monialaisia palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja on kehitetty ja toteutettu kunnissa ja kuntayhtymissä jo ennen hyvinvointialueille siirtymistä. Kyselyssä oli mahdollisuus kirjata vastauksia näitä koskien, mutta kyselyvastaukset koskivat lähes pääosin palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja, joita kehitettiin koko hyvinvointialueelle esimerkiksi osana suuria kehittämisohjelmia. Kunnissa ja kuntayhtymissä kehitettyjen toimivien palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen sovittaminen hyvinvointialueelle ja hyödyntäminen kehittämistyössä on ensiarvoisen tärkeää

Hyvinvointialueille siirtyminen on hallinnollinen uudistus, mikä ei itsessään johda automaattisesti palvelutoiminnan uudistukseen. Sisältöä uusille alueille on kehitetty viime vuosina sote-keskus -ohjelmassa ja muissa ohjelmissa. Vuoden 2023 aikana uudenlainen hallinto on ottanut ensi askeliaan ja kestää vielä tovin ennen kuin hallinto on valmis. On kuitenkin toteutettava palvelutoiminnan sisältöuudistusta, johon muun muassa ohjelmakehittäminen on tuottanut palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja sisältäviä aineksia. Tämä edellyttää alueilla kehittäjien ja johdon tiivistä vuoropuhelua ja yhteistoimintaa.

Hyvinvointialueiden perustaminen luo aikaisempaa parempia edellytyksiä monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelylle ja johtamiselle, kun perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut ovat saman järjestäjän ja johdon alla. On kuitenkin vaarana, että hyvinvointialueiden sisään rakennetaan uudenlaisia siloja.

Monialaisen palvelukokonaisuuden ja -ketjun palveluja voi tuottaa ja toteuttaa useita palvelutuotannon yksiköitä ja ammattilaisia. Osa yksiköistä voi olla hyvinvointialueen ulkopuolella, esimerkiksi kuntien ja valtion palvelut, mikä haastaa kokonaisuusien ja ketjujen saumattoman toteuttamisen.

Palveluja tuottavissa yksiköissä olisi ensiarvoisen tärkeää luopua vanhojen organisaatioiden menettelytavoista ja käytännöistä, etsiä koko alueen yhteisiä käytäntöjä ja siirtää katsetta omasta palveluryhmästä myös palvelujen ja palveluryhmien väliseen vuorovaikutukseen ja näiden yhdyspintoihin. Hyvinvointialueiden tuleekin panostaa laaja-alaiseen toimintakulttuurin muutokseen sekä alan ammattilaisia ja asiakkaita osallistavaan johtamiseen. Jos muutos halutaan saada aikaiseksi, palvelujärjestelmän tulee kokonaisuudessaan uudistua.

Monialaisten palvelujen järjestäminen ja tuottaminen edellyttää uudenlaista, jaettavaa johtajuutta alueilla, kun palvelukokonaisuudet ja -ketjut ylittävät toimialojen, sektorien ja palveluryhmien rajoja. Lisäksi palvelutoiminnan sisältöuudistus ja integraatio edellyttäneen onnistuakseen valtion vahvaa ohjausta ja otetta. Pelkkä kehittämisrahan jakaminen alueille ja informaatio-ohjaus ei riitä halutun muutoksen aikaansaamiseen.

Lähteet

Haula, T. & Peltola, M. (2020) Monialainen tai kallis palvelujen käyttö Suomessa. Teoksessa: Koivisto J, Tiirinki H, toim. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38, 16-40.

Hujala, A. & Lammintakanen, J. (2018) Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisan alan kehittämissäätiön julkaisu 12.

Kapiainen, S., Seppälä, T.T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R.P. & Korppi-Tommola, M. (2010) Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL, Avauksia 3/2010.

Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. (2020) Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 11/2020.

Koivisto, J. & Tiirinki, H. (toim.) (2020) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021): <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Leskelä, RL. ym. (2015) Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. Suomen Lääkärilehti 2015:43(70):2865-2872a.

Tämän julkaisun viite:

Koivisto, J, Liukko, E & Muurinen, H (2023) Monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittäminen ja toteuttaminen hyvinvointialueilla – tilannekuva keväällä 2023. Tutkimuksesta tiiviisti 32/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-115-3 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-115-3>