



KOSKE
KESKI-SUOMEN
SOSIAALIALAN
OSAAMISKESKUS

RAPORTEJA 31

SELVITYSHENKILÖIDEN RAPORTTI
KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON
PALVELURAKENNESELVITYSHANKKEELLE
30.4.2011

**INTEGRAATIO
RATKAISUNA SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON
UUDISTAMISTARPEISIIN**



KESKI-SUOMEN LIITTO
Regional Council of Central Finland

**OUTI MARKKANEN
MARKKU PURO**

Julkaisija

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Raportteja 31

Osoite:

Matarankatu 4

40100 Jyväskylä

www.koskeverkko.fi

ISBN 978-952-5477-34-4

ISSN 1459-4757 (painettu)

ISSN 1459-579X (verkkojulkaisu)

Painopaikka

Sovatek, Jyväskylä 2011

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Markkanen, Outi & Puro, Markku
Raportin nimi	Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin
Kustantaja	Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Painopaikka	Jyväskylä
Vuosi	2011
Sivumäärä	48
Sarjanro	31

Raportti on laadittu osana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshanketta, jonka tavoitteena oli löytää Keski-Suomen asukkaita parhaiten palveleva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismalli. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio määriteltiin hankkeen yhdeksi peruslähtökohdaksi. Integraatioselvityksessä haluttiin erityisesti hyödyntää kirjoittajien käytännön kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttamisesta omissa organisaatioissaan.

Raportissa avataan integraation käsitettä ja sen lainalaisuuksia. Integraatio ei ole käsitteenä täysin yksiselitteinen. Aiempien tutkimusten perusteella palvelujen integroinnissa voidaan edetä asteittain ja onnistuneeseen integraatio-prosessiin liittyy tiettyjä piirteitä.

Integraatiota tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollossa monista syistä. Hyvin toteutetusta integraatiosta hyötyvät etenkin heikoimmassa asemassa olevat kansalaiset. Tulevaisuuden hyvinvointipalvelut edellyttävät integraatiota muun muassa palvelujen vaikuttavuuden parantamiseksi. Integraatio on siten varsin ajankohtainen sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluissa.

Integraation toteuttaminen edellyttää uutta näkökulmaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Prosessin eteenpäin vieminen vaatii rohkeutta, palvelujen laaja-alaista kehittämistä ja henkilökunnan kouluttamista. Integraatiolla on keskeinen merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalveluiden yhteensovittamisessa. Integraatiossa on säilytettävä yhteys kunnan muihin palveluihin, sillä sosiaali- ja terveydenhuolto on vain pieni osa kansalaisten kokonaisyhyvinvoinnin kenttää. Esimerkkeinä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttamisesta kuvataan tarkemmin Äänekosken kaupungin sekä Forssan seudun kokemuksia

Lopuksi raportissa tarkastellaan integraatiota käytännön ja keskeisten asiakasryhmien palveluprosessien näkökulmasta hahmottelemalla esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sijoittumista lähi-, seudullisiin ja maakunnallisiin palveluihin. Lisäksi esitetään malli palvelurakenteen keventämiseksi vanhustenhuollossa.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
	1.1 Hankkeen tavoite ja lähtökohdat	4
	1.2 Integraatioselvitys	5
2	INTEGRAATION KÄSITTEESTÄ JA LAINALAISUUKSISTA	6
	2.1 Integraation asteittaisuus ja lainalaisuudet	6
	2.2 Onnistuneen integraatioprosessin piirteitä	8
3	MIKSI TARVITAAN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIOTA?	9
	3.1 Integraatiosta hyötyvät etenkin heikoimmassa asemassa olevat	10
	3.2 Tulevaisuuden hyvinvointipalvelut edellyttävät integraatiota	10
	3.3 Integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden parantamisen keinona	11
	3.4 Integraation ajankohtaisuus	13
	3.4.1 Terveydenhuolto	13
	3.4.2 Sosiaalihuolto	14
4	NÄKÖKULMIA INTEGRAATIOON	16
	4.1 Integraatioprosessin eteenpäin vieminen vaatii rohkeutta	16
	4.2 Yhteys kunnan muihin palveluihin säilytettävä	17
	4.3 Toimiva integraatio edellyttää kehittämistä ja koulutusta	17
	4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation merkitys perus- ja erityispalvelujen näkökulmasta	19
	4.4.1 Sosiaalihuolto	19
	4.4.2 Terveydenhuolto	21
	4.5 Esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutuksesta	25
	4.5.1 Äänekoski	25
	4.5.2 Forssan seutu	28
	4.5.3 Kaakkois-Suomi	30
5	PALVELUJEN INTEGRAATIO KÄYTÄNNÖN JA KESKEISTEN ASIAKASRYHMIEN PALVELUPROSESSIEN NÄKÖKULMASTA	32

5.1	Lapsiperheet	32
5.2	Syrjäytymisuhan alla olevat nuoret	33
5.3	Päihde- ja mielenterveyskuntoutujat	35
5.4	Vammaiset	36
5.5	Vanhukset	36
5.6	Palvelurakenteen keventäminen vanhustenhuollossa	38
LÄHTEET		42
LIITTEET		44

KUVAT

Kuva 1.	Uuden terveyskeskuksen toimintamalli	24
Kuva 2.	Äänekosken kaupungin perusturvan organisaatio	26
Kuva 3.	Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatiokaavio 2010	29
Kuva 4.	Esimerkki palveluiden jaottelusta: lapsiperheet	33
Kuva 5.	Esimerkki palveluiden jaottelusta: syrjäytymisuhan alla olevat nuoret	34
Kuva 6.	Esimerkki palveluiden jaottelusta: päihde- ja mielenterveyskuntoutujat	35
Kuva 7.	Esimerkki palveluiden jaottelusta: vammaiset henkilöt	36
Kuva 8.	Esimerkki palveluiden jaottelusta: vanhukset	37
Kuva 9.	Vanhustenhuollon osaamiskeskusten osa-alueet	39

1 JOHDANTO

Raportti on laadittu osana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshanketta, joka toteutettiin huhtikuun 2010 ja kesäkuun 2011 välisenä aikana. Hanke toteutettiin yhteistyössä Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Hankkeen rahoitti Keski-Suomen liitto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioselvityksen tekijöiksi kutsuttiin Äänekosken kaupungin sosiaalityön johtaja Outi Markkanen ja Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymäjohtaja Markku Puro. Raportin toimitustyön on tehnyt hankkeen projektisuunnittelija YTM Sivi Talvensola.

1.1 Hankkeen tavoite ja lähtökohdat

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksen tavoite on löytää Keski-Suomen asukkaita parhaiten palveleva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismalli. Tavoitteeseen sisältyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumaton yhteistyö uuden terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla sekä yhteistoiminta sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden tasolla puitelain (169/2007) muutoksen mukaisesti. Hanke tavoittelee myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden painopisteen siirtoa kansalaisten omatoimisuuden lisäämiseen, sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijaisuuden lisäämistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien entistä parempaa hallintaa. (Hankesuunnitelma 2010, 4–5.)

Palvelurakenneselvitykselle on määritelty seuraavat lähtökohdat

1. Selvityksen lähtökohtana on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen Keski-Suomen maakunnan asukkaiden tarpeita parhaiten vastaavalla tavalla.
2. Selvitystyössä on keskeistä huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon koko toimintaketju ja siirtää toiminnan painopiste ketjun alkupäähän
3. Lähtökohtana selvitystyölle ovat julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Työssä selvitetään erityispalveluiden ja muiden julkisten palveluiden suhde sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Myös yksityiset ja 3. sektorin palvelut liitetään kehitettävään malliin
4. Tietoteknologian hyödyntämisessä otetaan tuntevia edistysaskelia
5. Selvitystyössä hyödynnetään maakunnassa jo tehtyä palvelurakennetyötä ja hankekumppanien maakunnan olojen ja toimintakulttuurin tuntemusta

6. Selvitystyössä huomioidaan tuleva terveydenhuoltolaki, mahdolliset puitelain muutokset ja tulevan kokeilulain mahdollisuudet (Hankesuunnitelma 2010, 5–12.)

Hankkeelle määriteltiin kolme keskeistä periaatetta sekä kahdeksan peruspilaria ohjaamaan hanketyöryhmän työtä. Keskeiset periaatteet ovat:

1. Maakunnassa 3–6 kuntien päätettävissä olevaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon täysi integraatio
3. Maakunnan eheyden säilyttäminen

Peruspilareiksi puolestaan määritettiin seuraavat asiat:

1. Integraatio – sosiaalihuolto / perusterveydenhuolto / erikoissairaanhoido / erityisvastuualue
2. Maakunta – millaisiin kokonaisuuksiin jäsentyy
3. Palvelujen saatavuus / perusoikeusnäkökulma
4. Vaikuttavuus – asiakasvaikuttavuus, laatu, resurssien tehokas käyttö
5. Kuntien mahdollisuudet – aluekehitys- ja rahoitusnäkökulma
6. Hyvinvointivastuu – kansalaisen velvollisuudet
7. Kansanvalta / osallisuus – demokratianäkökulma
8. Ennaltaehkäisy

Hankkeen työryhmä pyysi asiantuntijaselvityksiä kahdesta hankkeen kannalta keskeisestä tehtäväalueesta. Toisessa tehtäväalueessa käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja toisessa hallintorakennetta. Selvityksissä toivottiin otettavan huomioon edellä esiin tuodut hankkeen keskeiset periaatteet ja peruspilarit.

1.2 Integraatioselvitys

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio määriteltiin hankkeen alussa yhdeksi kolmesta keskeisestä peruslähtökohdasta, jota hankkeessa haluttiin selvittää syvällisemmin. Integraatioselvityksessä haluttiin erityisesti hyödyntää Markkasen ja Puron käytännön kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttamisesta omissa organisaatioissaan.

Raportti etenee siten, että ensin käsitellään integraation käsitettä ja sen lainalaisuuksia. Seuraavaksi pohditaan, miksi integraatiota tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollossa ja pohditaan sen ajankohtaisuutta niissä. Tämän jälkeen nostetaan esiin erilaisia näkökulmia integraatioon ja mietitään integraation

merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luvussa käydään läpi esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiokokemuksista Äänekosken kaupungista sekä Forssan seudulla ja Kaakkois-Suomessa. Lopuksi tarkastellaan palvelujen integraatiota käytännön ja keskeisten asiakasryhmien palveluprosessien näkökulmasta, joita voi tulkita ehdotuksina integroitujen palvelujen järjestämiseksi.

2 INTEGRAATION KÄSITTEESTÄ JA LAINALAISUUKSISTA

Integraatio tarkoittaa (kahden) erillisen yhdistämistä tai keräämistä yhdeksi kokonaisuudeksi. Palveluintegraatio ei käsitteenä ole aivan yksiselitteinen. Palveluita voidaan integroida vertikaalisesti tai horisontaalisesti. Suomalaisessa hallinnossa valtiohallinto on perinteisesti ollut hyvin vertikaalinen ja siiloutunut. Kunnallishallinto on periaatteellisesti horisontaalinen, vaikkakin viime vuosina eriytymiskehitystä palvelusektoreitten välillä on tapahtunut. Tästä huolimatta, kuntataso tarjoaa horisontaaliselle integraatiolle valtionhallintoa paremmat mahdollisuudet.

Vertikaalinen integraatio sosiaalipalveluissa on tarkoittanut palveluiden kansallista, alueellista ja paikallista yhteensovittamista. Terveydenhuollossa on taas integroitu ehkäisevää työtä, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidoa.

Horisontaalisessa integraatiossa keskeisenä päämääränä on kytkeä aiemmin eri linjoissa tuotetut palvelut toisiinsa, jotta ne vastaavat paremmin kunnan palvelujärjestelmän yhteisten asiakkaiden tarpeita. Palveluiden integroiminen yhteen ei ole samaa kuin hoidon integrointi eli perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja hoivan integraatio.

Integraation käsite ei ole yksiselitteinen myöskään Keski-Suomen maakunnassa. Liitteeseen 1 on koottu Keski-Suomen kuntien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta, jotka nousivat esiin hankkeen joulukuussa 2010 järjestämällä seutukierroksella. Seutukierroksella syntyi vaikutelma, että integraation käsite ymmärrettiin eri tavoin eri alueilla ja näin ollen kokonaiskuvan saaminen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation asteesta oli vaikeaa.

2.1 Integraation asteittaisuus ja lainalaisuudet

Palvelujen integroinnissa edetään pääsääntöisesti asteittain. Palveluintegraation asteet (Munday 2007, 29–30) voidaan luokitella seuraavasti:

8. organisaatiolähtöinen toiminta, niukka yhteistyö
7. reaktiivinen, tarpeen mukainen yhteistyö (kriisit)
6. moniammatilliset tiimit (ilman koko organisaation tukea)

5. suunniteltu, jatkuva yhteistyö
4. monipalveluyksiköt (palvelusuunnitelma yhdessä prosessissa)
3. strategiset kumppanuudet (formaaliset/ de facto)
2. kokonaisjärjestelmänä toimiminen (asiakkaiden tarpeet liittävät ammattilaisten ja organisaatioiden toiminnan yhdeksi kokonaisuudeksi)
1. täydellinen integraatio

Palveluita voidaan tarkastella integraatioasteen perusteella. Vähiten integraatiota on yleensä hyvin organisaatiolähtöisessä toiminnassa, jossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on niukkaa (8.). Seuraava integraatioaste (7.) on tarpeen mukaan tapahtuva, organisaatioiden välinen yhteistyö, joka perustuu yleensä johonkin välttämättömään tarpeeseen tai kriisiin. Seuraavan asteen (6.) muodostavat organisaatioiden välillä toimivat moniammatilliset tiimit. Näiden tiimien toimintatavat ja periaatteet voivat vaihdella asiakokonaisuudesta riippuen, mikäli ne toimivat ilman koko organisaation ja sen johdon tukea sekä ilman yhteisesti määriteltyjä tavoitteita. Hyvästä lähtökohdasta huolimatta moniammatillisen työn tuloksellisuus voi olla heikkoa ja ristiriitojen käsittely vaikeaa.

Integraatiossa ollaan varsin pitkällä, jos eri organisaatioiden välinen yhteistyö on suunnitelmallista ja jatkuvaa (5.). Lähestyttäessä kohti täydellisempää integraatiota, organisaatiot suunnittelevat yhteisiä monipalveluyksiköitä (4.), joissa palveluprosessin määrittely ja asiakaskohtaiset suunnitelmat tehdään yhdessä. Integraation edetessä muodostetaan strategisia kumppanuuksia (3.). Kumppanuudet voivat olla joko formaaleja tai todellisia kumppanuuksuhteita. Jälkimmäisessä, palveluorganisaatiot toimivat aidosti toistensa kumppaneina huolimatta välillään olevista muodollisista yhteyksistä. Kokonaisjärjestelmässä toimiminen (2.) edellyttää palvelujen integroimista yhden ja saman organisaation tai päätöksentekotahon alaisuuteen. Tällöin myös asiakkaat tietävät selkeästi, kuinka ja mistä tarvitsemiaan palveluita saavat. Täydellisesti integroiduissa palveluissa (1.) toimitaan asiakaslähtöisesti kansalaisten lähtökohdista palvelujärjestelmässä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttamisessa on omat lainalaisuutensa, joita Leutz (1999) on kuvannut seuraavasti:

1. Voit integroida joitakin palveluita koko ajan, kaikkia palveluita jonkin aikaa, mutta et kaikkia palveluita koko ajan – integraatio on siis saatava vastaamaan merkittäviin hyvinvointiongelmien.
2. Integraatio maksaa ennen kuin se tuottaa – integraatio edellyttää yleensä investointia ennen kuin se onnistuu, investointi voi kohdistua tietotekniikkaan, osaamiseen, sosiaaliseen pääomaan tai rakennuksiin.

3. Sinun integraatiosi on minun fragmentaatiotani – ammatillisesti integraatio johtaa myös muutostarpeisiin ja joidenkin työntekijöiden aikaisempien tehtävien fragmentoitumiseen, eli integraation hyödyt ja haitat on arvioitava huolellisesti etukäteen. Tavoitteena on asiakashyöty, mutta haittana voi olla totutun turvallisen ammattiroolin uudelleen arviointi.
4. Et voi integroida neliön muotoista palikkaa pyöreään reikään – toiminnan integraatio onnistuu vain, kun rakenteelliset tekijät tukevat sitä. Rakenteiden on oltava selkeitä, niiden on luotava turvallisuutta myös työntekijöille, ja niiden on tuettava integraatiota.
5. Se, joka integroi, määrää sävelen – integraation lähtökohtana ei voi olla sosiaali- tai terveydenhuollon isännöinti, vaan asiakaslähtöisiin palvelumalleihin pyrkiminen ja näin kansalaisilla on oltava vahva rooli ja ihmis-keskeisyyteen on oltava myös sitä tukevat hyvät työkalut.

Arvioitaessa integraation tarpeita ja suuntaa on lähtökohtaisesti ymmärrettävä, että hyvinvointi on hierarkkinen, kulttuuriin ja aikaan sidottu, subjektiivinen ja laaja-alainen käsite. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation jatkona on mietittävä ehdottomasti myös muiden julkisten peruspalveluiden integraatioastetta, koska niillä on keskeinen merkitys terveyden- ja hyvinvoinnin edistämässä.

2.2 Onnistuneen integraatioprosessin piirteitä

Singh (2006) on esittänyt integraatioprosessin onnistumista ennustavia tekijöitä. Ensinnäkin, integraatio onnistuu, jos uudistus koskee koko organisaatiota, ei pelkästään yksittäisiä prosesseja, kaikki mukana olijat osallistetaan, integraatioprosessi perustuu tarvelähtöiseen palvelutarjontaan, vanhoista järjestelmistä luovutaan ja siirrytään aidosti uuteen toimintamalliin.

Toiseksi integraatioprosessissa onnistuminen edellyttää voimavarojen siirtämistä aidosti peruspalveluihin ja strategisen ohjauksen siirtoa erityispalveluista peruspalveluiden suuntaan. Erityistä huomiota tulee kiinnittää aiemmin kohtaamattomiin palvelutarpeisiin. Integraatiolta ei myöskään alussa voi edellyttää säästöjä.

Kolmantena onnistumista ennustavana tekijänä on kuntalaisten ja asiakkaiden mukaan ottaminen alusta asti suunnittelu- ja kehitystyöhön. Pelkkä hallintohimmeleiden rakentelu ei siten riitä, vaan asiakkaat on myös saatava ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja omista palveluistaan.

Neljänneksi, mikään ammattikunta ei saa jäädä integraatiokäytäntöjen ulkopuolelle, vaan kaikilta edellytetään valmiutta muuttaa ammatillisia käytäntöjään. Henkilöstöä täytyy kouluttaa riittävästi uusiin toimenkuvuihin ja työtapoihin. Integraatio vaatii toimivaa ja toista arvostavaa dialogia ammattikuntien kesken.

Viidenneksi, integraation onnistumista kannattaa aina etukäteen simuloida. Integraatio ja uuden toimintamallin käyttöön otto on sitkeää työtä, jota ei kahden kolmen vuoden toimintaprosessin aikana vielä pysty kokonaisvaltaisesti arvioimaan.

Viimeisenä onnistumista ennustavana, tärkeänä tekijänä on lähidemokratiiaan perustuvan päätöksenteon, rahoituksen ja toiminnan ohjauksen pitäminen mahdollisimman hyvin yksissä käsissä. Omistajaohjaus toteutuu aidosti vain jos rahoituksella ja toiminnalla on riittävän konkreettinen yhteys. Palveluja on arvioitava myös kokonaisuuksina, joka estää osaoptimoinnin. Kuntalaisten on oltava osana prosessia ja peruspalveluiden on oltava koko sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimpien ydinprosessien omistajia.

Viimeaikaisessa keskustelussa on korostettu merkittävästi rahoitus- ja järjestämisvastuun pitämistä samoissa käsissä. Tämä on näkynyt lain kunta- ja palvelurakennemuutostuksesta, Paras-lain (169/2007) perusteluissa ja sen täsmennyksessä (HE 268/2010). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia pohtiva työryhmä otti tämän kannan väliraportissaan (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen 2010). Suomessa verotusoikeus on kuitenkin vain kunnilla ja valtiolla. Jos verotusoikeuteen ei tehdä muutoksia tai kuntarakennetta ei radikaalisti korjata ja Paras-lain 20 000 asukkaan väestöpohjasta pidetään kiinni, on järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun yhdessä pitämisessä tehtävä ainakin joillakin alueilla kompromisseja. Tällöin on huolehdittava tarkasti siitä, että kunnallinen poliittinen kontrolli toteutuu mahdollisimman hyvin. Tulevaisuudessa integraation on perustuttava riittävän isoihin asumis- ja työssäkäyntialueisiin, jotta se onnistuu.

3 MIKSI TARVITAAN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIOTA?

Tämän päivän, mutta erityisesti tulevaisuuden, sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ei voida ratkaista vanhoilla, hallinnon vertikaalisilla toimilla. Hallinnon integraatiota tarvitaan mahdollistamaan palvelukokonaisuuksien muodostumisen toimijoiden arkityössä. Palvelurakenteen sisällöllinen kehittäminen hallintorakenteen rinnalla on tärkeää, mikäli aiotaan todella vaikuttaa palvelujen sisältöön ja kustannusten hallittavuuteen. Uudet innovaatiot niin palveluissa kuin rakenteissakin on saatava kohtaamaan hyvinvoinnin uudet haasteet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota toteuttavilla alueilla järjestely koetaan hyvänä. Mitä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla kulloinkin tarkoitetaan, vaihtelee paljon. Sillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi pelkkää yh-

teistä sosiaali- ja terveyslautakuntaa taikka palvelujen yhteen nivomista asiakasprosessista käsin siten, että kokonaisuuteen on liitetty eri toimijoita myös muilta hallinnonaloilta.

3.1 Integraatiosta hyötyvät etenkin heikoimmassa asemassa olevat

Viime vuosina on saatu kansainvälistä näyttöä integraation vaikuttavuudesta (esim. Banks 2004, MacAdam 2009). Raportin kirjoittajien kokemusten mukaan integraatiolla voidaan parhaiten puuttua suurimmassa syrjäytymisuhassa olevien, usein väliinputoajiksi jäävien kansalaisten asemaan, joiden aiheuttamat todelliset kustannukset sektoroituneessa palvelujärjestelmässä ovat suuret.

Eriytetyt sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat heikosti asiakkailta, joiden avun tarve on pitkäkestoista ja he kärsivät monista hyvinvointiongelmista. He ovat huono-osaisia, työttömiä, päihde- tai mielenterveysongelmaisia tai vanhuksia. Huono-osaisuus ja hyvinvointivaje siirtyvät myös sukupolvelta toiselle, mikäli palveluinterventiot eivät toimi tarkoituksenmukaisesti (Paananen 2011).

Hyvinvoinnin ongelmakirjo muuttuu jatkuvasti. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat nousseet työikäisen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien keskiöön ja niiden lisääntyminen heijastuu myös lasten, nuorten ja perheitten hyvinvointiin muun muassa kasvavana psykososiaalisen tuen ja lastensuojelun palvelutarpeena.

Ikääntymiseen liittyvät ilmiöt, monimuotoinen kuntoutuksen tarve, tai oikeastaan sen mahdollisuuksien puuttuminen, sekä krooniset psyykkiset ja monialaiset fyysiset sairaudet ovat myös esimerkkejä tästä muutoksesta. Hyvinvointi- ja tuloerojen kasvu, yhteiskunnan turvaverkkojen haurastuminen ja osallisuuden väheneminen ovat uhka palvelujärjestelmän toimivuudelle kaikkein heikoimmassa asemassa olevien kansalaisten kohdalla.

3.2 Tulevaisuuden hyvinvointipalvelut edellyttävät integraatiota

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä siihen tarvittavat rakenteet ovat tulevaisuuden yhteiskunnan tärkeimpiä haasteita. Tarvitaan monitoimijuutta, moniosajuutta, moniammatillisuutta ja monitieteellisyyttä. Ongelmia ei ratkaista enää yhdestä tulokulmasta ja palvelusta käsin. Sosiaali- ja terveyspolitiikassa tarvitaan nykyistä vahvempaa strategista poliittisen tason ohjausta ja se on mahdollistettava myös paikallistasolla, paikallistason poliittiseen itsehallintoon perustuen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi keskeisimmäksi painopisteeksi on nostettava sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden laadun ja vaikut-

tavuuden lisääminen sekä osaamisen ylläpitäminen, jotta lähettämistä erityistason palveluihin voidaan vähentää. Palvelukokonaisuus, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat keskiössä ja ensisijaisia, edesauttaa kokonaisuhyvinvoinnin toteutumista. Erikoissairaanhoidon toimenpide- ja episodiperusteista toimintatapaa tulee arvioida elämänlaadun parantumisen kriteerein: kuinka hoidot parantavat elämässä pärjäämistä, eikä joidenkin biometrinen tavoitteiden saavuttamisena. Perus- ja erityispalvelujen vuorovaikutuksen tulee olla kahdensuuntaista ja painopiste asiakaslähtöisissä peruspalveluissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toisena tulevaisuuden painopisteenä on ennaltaehkäisy. Tällä hetkellä ennaltaehkäisyltä puuttuu aito ja toimiva rakenne, jonka avulla pystyttäisiin oleellisesti vaikuttamaan rakenteellisesti terveys- ja hyvinvointipolitiikkaan niin paikallisella, maakunnallisella kuin valtakunnallisellakin tasolla. Tarvitaan hyvinvoinnin edellytyksiä luovien rakenteiden johdonmukaista vahvistamista, jotta kansalaisten omatoimisuus ja vastuunotto omasta hyvinvoinnista sekä osallisuus lisääntyvät.

3.3 Integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden parantamisen keinona

Edellä kuvatuista tekijöistä johtuen hyvinvoinnin turvaamiseksi tarvittavien sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ja niiden vaihtelu tulevat lisääntymään. Hyvinvointipalveluiden *tuotanto, rahoitus ja markkinat* ovat tällä hetkellä epäterveessä tilanteessa Suomessa eikä panoksiin nähden saavuteta maksimaalista hyvinvointihyötyä. Vaikkei suomalainen järjestelmä kansainvälisessä vertailussa tehoton olekaan, väestön todelliset hyvinvointi- ja terveystarpeet on nostettava koko verovaroin kustannetun palvelurakenteen lähtökohdaksi. Tämä edellyttää, että hyvinvointipalveluiden järjestämisvastuun kantoon tarvitaan leveämmät taloudelliset hartiat.

Meidän on uskallettava aloittaa paikallisella, maakunnallisella ja valtakunnallisella tasolla keskustelu paremmasta *hyvinvointipalveluiden kohdentamistehokkuudesta*, jota myös kansalaisten alueellinen tasa-arvo palvelujen saatavuudessa edellyttää. Arvokeskustelu on aina eettisesti vaikeaa. Jos priorisointikeskustelua ei käydä, ohjaamme kohtuuttoman määrän sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista viimeiseen elinvuoteen, asiakkaan iästä riippumatta. On olemassa tutkimustuloksia siitä, että taloudellisten resurssien lisääminen sosiaalipalveluissa on tehokkaampi tapa kohentaa kansalaisten terveydentilaa ja hyvinvointia kuin sama panostus terveydenhuoltoon (esim. (Stuckler, Basu & McKee 2010)). Priorisointikeskustelua on aina tapahduttava myös järjestelmän sisällä, sitä ei voi ulkoistaa pelkästään poliittisen päätöksenteon tehtäväksi. Kohdentamistehokkuuden parantaminen hyvin ilman osaoptimoiteja onnistuu vain integroiduissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmissä.

Nykyisen, eriytyneen palvelujärjestelmän heikkous on *osaoptimointi*. Jollakin osa-alueella tai palvelujärjestelmän osassa palveluprosessin huippuunsa hiominen saattaa aiheuttaa asiakkaan arjessa jopa kokonaisvaikuttavuuden voimakasta heikkenemistä. Näin menetetään mahdollisuus hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen. Myös asiakkaan osallisuus ja mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin voivat jäädä toteutumatta. Integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa pitää erityisesti tähdätä osaoptimoinnin poistamiseen ja näin lisätä kokonaisvaikuttavuutta ja mahdollistaa tehokas terveyserojen kaventaminen.

Integraatiota tarvitaan *tehokkuuden parantamiseksi*, koska henkilökunnan määrä ei Suomessa kasva samassa suhteessa kuin hoidon tarve lisääntyy. Tähän tarvitaan integraation lisäksi monia muitakin ratkaisuja, kuten uusia innovaatioita, hoivateknologiaa ja palvelukonsepteja, itsehoidon lisäämistä, omavastuun lisäämistä ja ennaltaehkäisyyn paranemista. Integroidussa järjestelmässä voidaan kuitenkin paremmin turvata henkilöstön saatavuus ja osaaminen koko kansan hyvinvoinnin kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen kehittäminen on tästä näkökulmasta tärkeää. Se pitää saada paremmin vastaamaan tulevaisuuden työelämän tarpeita. Pelkkä menneisyyden kokemuksiin perustuva toimenpide-, ongelma- ja sairauskeskeinen koulutus ei riitä. Koulutuksessa on aidosti nähtävä tulevaisuuden haasteemme, jotka nousevat henkilöstöpulasta ja vanhusten määrän kasvusta sekä lisääntyvästä syrjäytymisestä, jonka taustalla on usein mielenterveys ja päihdeongelmia sekä ylisukupolvista sosiaalisten ongelmien kasautumista.

Henkilöstöresurssien lisäksi muutkin sosiaali- ja terveydenhuollon *resurssit tulevat suhteellisesti niukkenemaan*. Integraation avulla on etsittävä keinoja olemassa olevien resurssien tehokkaampaan käyttöön. Periaate, jossa jokaisella veroeurolla on saatava maksimaalinen hyvinvointihyöty, on myös eettisesti kestävä. Laajemmalla sosiaali- ja terveydenhuollon alueella voidaan oikealla tavalla johdettuna parantaa kansalaisten osallistumisen mahdollisuuksia sekä valinnan vapauden ja autonomian lisäämistä. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden säilyttämiseen voidaan vastata integraation keinoin, mutta ei pelkästään sillä.

Palvelujen kehittämisen tulee tapahtua ihmisten, ei organisaatioiden tarpeista käsin. Suomalaisen yhteiskunnan arvostukset ovat muutoksessa laitoshoidosta avohoitoon päin (ks. esim. Ladonlahti 2004). Palvelut voidaan viedä asiakkaan kotiin, lähiyhteisöön ja elämänpiiriin myös vaikeissa, erityispalveluja vaativissa tilanteissa. Tämä kehityssuunta on taloudellisesti kestävämpi myös palvelujärjestelmälle.

Hyvinvointipalvelujärjestelmän rakenteet tarvitsevat muutoksia, joita integraatio helpottaa. Horisontaalisesti ja vertikaalisesti integroiduissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voidaan helpommin havaita palvelutarpeen muutokset, tunnistaa työn ja perheen yhteensovittamistarpeet, mielenter-

veyden ja päihdeongelmien aiheuttamat hyvinvointivajeet sekä monet muut hyvinvointia uhkaavat tekijät. Palvelujen keskinäisen toimivan dialogin avulla voidaan helpommin löytää yhteensovitettuja arjen ratkaisuja hyvinvoinnin pulmiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation keskiössä on hyvinvointipalveluiden *vaikuttavuuden parantaminen*. Koulutusta, kulttuuria ja vapaa-aikaa ei saa kuitenkaan unohtaa kansalaisten hyvinvoinnin edistämisessä. Integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon tulee toimia hyvässä vuorovaikutuksessa muiden palvelukokonaisuuksien kanssa: sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla ei voida yksin tuottaa kansalaisten kokonaisyhyvinvointia, vaan vaikuttavimmat tekijät tulevat muusta toimintaympäristöstä ja palveluista. Tämä voi tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta pulmallisen, kun ajatellaan kunnallista itsehallintoa ja näiden muiden palveluiden järjestämistapaa Suomessa. Paikalliset, toimivat ratkaisut ovat mahdollisia ja niistä on monia hyviä esimerkkejä, kuten erilaiset prosessiorganisaatioon tai ikäkaariin perustuvat, hallintorajat ylittävät palvelukokonaisuudet.

Integroitu toiminta vaatii intensiivistä kehittämistä. Kehittämis- ja tutkimustoiminnalle voidaan valita terveys- ja hyvinvointihyödyn kannalta oikeat ja keskeisimmät painopisteet integroiduissa järjestelmissä. Innovaatiot syntyvät aina rajapinnoilla. Siksi on parempi, että nämä rajapinnat ovat järjestelmän sisällä kuin organisaatioiden ulkopinnoilla.

3.4 Integraation ajankohtaisuus

3.4.1 Terveydenhuolto

Terveyden tuottaminen liittyy moniin paikallistason valintoihin, jotka ovat usein ratkaisevia valintoja ennaltaehkäisyyn ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän rakenteen sekä häiriökeskeisen korjaavan toiminnan resurssien välillä. *Palveluiden integrointi paikallistasolla luo uusia mahdollisuuksia terveyttä edistävälle kunnallispolitiikalle*. Sektorikohtaisessa toimintamallissa hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen ei saa kuntatasolla sitä painoarvoa, jossa kaikki mahdollinen kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tehtäisiin.

Nykyinen terveydenhuollon palvelujärjestelmä on rakennettu ensisijaisesti nuorten ihmisten akuuttien sairauksien, joilla on selkeä syy ja seuraussuhde, päätöksenteon maailmalle ja hoitomalleille. Tosiasiassa julkisen terveydenhuollon suurten ikäkohtaisten kustannusten aiheutumisikä ylittää jo nyt 70 vuotta, koska vanhusten määrä kunnissa kasvaa nopeasti ja yhä useammalla heistä on monia sairauksia. Kuntien terveydenhuollon kokonaisvoimavaroista kuluu selvästi yli puolet kroonisten sairauksien hallintaan. Nykyään kovasti korostettu näyttöön perustuva lääketiede perustuu suurelta osin sellaisiin tutkimuksiin, joissa on oltava vahvat poissulkukriteerit. Tämän vuok-

si monisairaat vanhukset on yleensä suljettu pois näyttöön perustuvista lääketieteen suosituksista ja jopa käypä hoito -ehdotuksista.

Edellä esiin tuodusta seuraa, että olemme kulkemassa yhä useamman hoitopäätöksen kohdalla kohti sumeaa logiikkaa, eikä kohti näyttöön perustuvan lääketieteen diagnoosista johtuvaa syy ja seuraussuhteeseen perustuvaa hoitoa. Sumea *hoitopäätös edellyttää potilaan asian perusteellista tuntemusta ja hänen elinympäristönsä hallintaa.* Tässä kotihoidon ja ylipäättänsä hoitotyön asiantuntijan kokonaisvaltainen ihmiskuva nousee suureen arvoon, kuten myös kokeneen yleislääkärin. Terveydenhuollossa integraation ytimessä on yleislääkäri, joka tuntee potilaansa ja tämän elämäntilanteen, elinympäristön ja hallitsevan oireiston ja toisaalta erikoislääkäri, joka tuntee oman erikoisalansa alueelliset hoitomahdollisuudet. Integroidussa systeemissä, riippumatta sen organisointitavasta, ratkaisut on tehtävä yhdessä, yksilön autonomian lisäämistä tavoitellen.

Tavoitteeksi on asetettava kuntalaisten itsenäisen pärjäämisen parantaminen, ei pelkästään lääketieteellisesti mitattavien biometrinen tulosten kohentaminen. Potilaan arvioinnissa käy yhä tärkeämmäksi, miten hän hyötyy yksilöllisesti suunnitellusta hoidosta. Jokaisen palveluihin sijoitetun euron tulee maksimaalisesti tuottaa kansalaisille lisää autonomiaa eli parantaa elämässä pärjäämistä. Kuten luvussa 3 todettiin, meidän on pystyttävä priorisointikeskusteluun pystyäksemme pidättäytymään hoidosta, joissa yksilön subjektiivinen autonomia ei enää kasva, vaikka elinaika jonkin verran hoidon avulla saattaisi pidentyäkin. On luovuttava organisaatio- tai professiokeskeisestä terveyshyödyn osaoptimointiin johtavasta ajattelutavasta, jossa ihmiselle voitulla jollakin osa-alueella pientä terveyshyötyä kapeasti mitattuna, mutta hänen subjektiivinen autonomiansa, eli yksinkertaistettuna elämänlaatunsa, ei enää parane mitenkään.

3.4.2 Sosiaalihuolto

Sosiaalihuollossa integraatiotarpeet nousevat samansuuntaisista tekijöistä kuin edellä kuvattiin terveydenhuollossa. Kuntalaisten sosiaalihuollon palvelutarpeet vaihtelevat itsenäisestä selviytymisestä palveluriippuvuuteen. *Integraation tarve korostuu sosiaalihuollon kohtaamissa monisyisissä, ns. ilkeissä ongelmissa.* Ne aiheuttavat terveysriskejä ja lisäävät sairastavuutta, esimerkkeinä pitkäaikaistyöttömyys ja syrjäytyminen. Toimeentulo-ongelmat ja köyhyys aiheuttavat lääketieteellisiä pulmia. Elämäntapasairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvät keinot ja mahdollisuudet ovat sidoksissa kansalaisen sosiaaliseen toimintaympäristöön, sen vahvuuksiin ja vajeisiin. Pysyviin tuloksiin tähtäävä päihdeiden käytön vähentäminen vaatii tehokkaan päihdehoidon lisäksi uuden sosiaalisen verkoston ja vuorovaikutuksen luomista, läheisten kuntouttamista sekä asumisen ja toimeentulon kuntoon saattamista.

Integraation tarpeellisuus tulee selvästi esiin tarkasteltaessa palvelutarpeita eri asiakasryhmien näkökulmasta. Pitkäaikaistyöttömien kohdalla aktivointi ja kuntouttava työtoiminta eivät tuota tulosta, jos taustalla on hoitamattomia terveyspulmia, pitkäaikaissairauksia ja työtön työnhakija on tosiasiallisesti fyysisesti tai psyykkisesti työkyvytön, vaikka vakuutus oikeudellisesti ei täyttäisikään työkyvyttömyyden kriteereitä. Vajaakuntoisten kuntouttamisessa ja työllisyyttä edistävissä palveluissa on tärkeää sosiaali- ja terveyspalvelujen (aikuissosiaalitoimi, perusterveydenhuolto, päihde- ja mielenterveyspalvelut) sekä työvoimamahallinnon integroitu palvelukokonaisuus.

Lapsen terveen kasvun ja kehityksen turvaamiseksi ja vanhemmuuden tueksi tarvitaan sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi kiinteästi kasvatukseen ja opetuksen palveluja. Lapsiperheiden jaksamiseen liittyvien ongelmien syiden ratkomiseen tarvitaan monenlaista osaamista. Lapsen ja perheen pulmat sekä lasten kehitys- ja oppimisvaikeudet havaitaan usein neuvolassa. Tieto lastensuojeluun, varhaiskasvatukseen tai kouluun ei kuitenkaan aidosti ja vaikuttavasti välity, mikäli varhaisen tuen toimintatavat ja auttamismuodot ovat hataria tai puuttuvat kokonaan. Lastensuojelutarpeen taustalla on usein vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat taikka lapsen tai nuoren oireilu psyykkisesti. Lastensuojelun tarpeen arviointiin tarvitaan myös terveydenhuollon näkemystä. Integraatio ei ole ratkaisu kaikkeen, mutta sillä voidaan tehostaa ja parantaa palveluprosesseja.

Vanhustyössä, vammaistyössä, mielenterveys- ja päihdepalveluissa tarvitaan vahvaa sosiaalisen kokonaisuymmärtämistä. Vanhustenhuollossa tarvitaan kotihoidon ja tukipalvelujen rinnalle korkeatasoista terveydenhuollon osaamista, koska yhä sairaammat vanhuksat asuvat omassa kodissaan. Geriatriasta erityisosaamista ja vanhusten terveydenhuollon asiantuntemusta tarvitaan sosiaalipalveluihin perustuvan vanhustyön rinnalle. Lähtökohtana tulee olla vanhuuden näkeminen yhteiskunnassa elämänvaiheena, ei sairautena. Samoin vammaisuus näyttäytyy sosiaalihuollossa enemmänkin vammaisen ihmisen ja ympäristön välisenä suhteena kuin hoitoa vaativana tilana. Vammaisen henkilön kohdalla on kyse esteettömyyden ja tasa-arvoisen osallisuuden toteutumisesta. Myös vammaisen henkilön mahdollisimman hyvä arkielämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja asiantuntijuuden yhteensovittamista. Sosiaalisen toimintakyvyn, eli elämässä pärjäämisen, edistäminen asumisen, kotipalvelun, erilaisten tukipalveluiden, kuntoutuspalveluiden, hyvinvointiteknologian, kulttuuri- ja liikuntapalveluiden avulla tukee ikääntyvien, vammaisten tai pitkäaikaissairaiden selviytymistä, vaikka fyysinen tai psyykinen toimintakyky asettaisikin rajoitteita.

Yksilön ja perheen tuen ja palveluiden lisäksi sosiaalihuollon vahvana perustehtävänä on hyvinvointierojen tasaaminen ja edellytysten luominen kansalaisten hyväälle elämälle. Sukupolvien yli ulottuva syrjäytymisuhka ja huono-osaisuus edellyttävät palveluilta moniammatillista osaamista, jossa on mukana niin fyysi-

sen, psyykkisen kuin sosiaalisen asiantuntemusta. Tässä tehtävässä sosiaali- huolto ei ylipäättään voi toimia irrallaan muista hallinnonaloista ja kuntapalveluista. Tämä koskee erityisesti terveydenhuoltoa.

4 NÄKÖKULMIA INTEGRAATIOON

4.1 Integraatioprosessin eteenpäin vieminen vaatii rohkeutta

Integraatioon voi liittyä erilaisia pelkoja sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. *Terveydenhuollossa* integraation pelätään johtavan lähtötilanteeseen, jota korjattiin kansanterveyslailla. Pelko, että integraatio johtaa erikoissairaanhoidon hallitsemattomaan liikakäyttöön, voi olla aiheellinen. *Sosiaalihuollossa* näkökulma on erilainen. Sosiaalihuollon lähtökohtina ovat hyvinvointi, ihmisen erilaiset tarpeet ja niiden tyydyttäminen. Tästä näkökulmasta integraatiossa voidaan aiheellisesti pelätä terveydenhuollon ylivaltaa ja medikalisoitumista – kehitystä, jossa kaikkia ihmiselämän pulmia tarkastellaan lääketieteellisin keinoin ratkaistavissa olevina ongelmina. Myös yksipuolinen juridinen tai pedagoginen tarkastelu on sosiaalihuollon lähtökohdista vierasta. Integraatiossa ei saa hävittää sosiaalialan osaamista, arvostusta ja lähestymistapaa. Sosiaalialan erityisosaamisen näkymättömyys koetaan uhkakuvana rakenteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on integroitu. Sosiaalihuollon erityisosaaminen rakentuu lähtökohtaisesti eri tavalla kuin terveydenhuollossa (perusterveydenhuolto–erikoissairaanhoido- akselilla). Sosiaalihuollossa erityispalvelut ovat limittäin peruspalvelujen kanssa tai täydentävät palvelukokonaisuutta. Sosiaalihuollon erityispalvelujen turvaaminen edellyttää kunnallista arvokeskustelua integraatioprosessin alussa niin, että aidosti halutaan turvata kansalaisten perusoikeudet ja vaikutusmahdollisuudet.

Ennen integraatioprosessin aloittamista on keskusteltava riittävästi siitä, missä ja millä tavalla ohjaus tapahtuu ja resurssit jaetaan, mitkä ovat tavoite-tila ja visio, ja millä arvoilla integraatioon pyritään. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa on tärkeää, että poliittinen johto sitoutuu aidosti uuden luomiseen, ei vain vanhojen rajapintojen keinotekoiseen purkuun. Integraatio mahdollistaa keskittymisen heikoimmassa asemassa olevan väestön osan palvelutarpeisiin, kun se perustuu hyvinvointitarpeista lähteviin prosesseihin eikä kysyntä- ja tuotantopohjaisiin tarjouksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden on lähdettävä paikallisista olosuhteista ja niiden tuntemuksesta, ei ulkoa ohjatuista palvelutarjouksista tai sattumanvaraisista tuotantomahdollisuuksista.

Integraatioprosessin aloittaminen vaatii rohkeutta. Olemme rakentaneet yhteiskunnasta niin monimutkaisen, että joskus poliittisella tasolla on vain

pakko tehdä muutoksia oletettujen ja todellisten uhkien korjaamiseksi, vaikka lopputulos ei olisi tarkasti kuvattavissa tai hyödyt laskettavissa. Aloitettuun korjausprosessiin voidaan myöhemmin vaikuttaa. Muutoksia on tehtävä jatkuvasti, ei portaittain. Muutoin kulutamme suunnitteluun suhteettoman osan resursseja, joita kipeästi tarvitaan muuallakin ja joudumme tilanteeseen, jossa suunnitelmien ja laskelmien valmistuessa, olemme usein jo uusien tarpeiden ja ongelmien edessä. Tarvitaan jatkuvan muutoksen ideologian hyväksymistä.

4.2 Yhteys kunnan muihin palveluihin säilytettävä

Integraatio on tällä hetkellä lähinnä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusektorin sisäistä rajankäyntiä. *Yhteys kunnan muihin hallintokuntiin* (koulu-, kulttuuri-, liikunta- ja liikennesektoriin) on vähäistä ja integraatioaste tähän suuntaan matala. Pelkkä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ei hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta yksinään ratkaise kaikkein keskeisimpiä tarpeita ja mahdollisuuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon täytyy välttää eriytymistä kunnan muista hallintokunnista. Koulu on hyvin tärkeä ja laajasti vaikuttava, sukupolvien yli toimiva hyvinvoinnin osatekijä Suomessa. Koulun ja oppilashuollon tukeminen siten, että se voi turvata tasapainoisen kasvun ja kehityksen ympäristön koululaisille ja koulun työntekijöille sekä toimia vanhempien kasvatuskumppanina, on hallintokuntien yhteinen tehtävä.

Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden muoto on tulevaisuudessa ratkaistava. Ilman kumppanuutta uhkana on joutua tilanteeseen, jossa palvelujärjestelmä pirstaloituu entistä enemmän ja osaoptimointi kasvaa entistä suuremmaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin on nähtävä myös muut palvelutuottajat. Palvelujen alueellisen tasa-arvon ja saavutettavuuden kannalta tämä on erityisen tärkeää. Paikalliset toimijat, kolmas sektori ja yksityiset palvelun tuottajat ovat tahoja, jotka mahdollistavat haja-asutusalueella asumisen ja monet vanhuspalvelut. Erityisesti sosiaalihuollossa kumppanuus muiden toimijoiden, yksityisten palvelujen ja kolmannen sektorin kanssa on jo olennainen osa toimivaa palvelujärjestelmää. *Sosiaali- ja terveydenhuollon sektori ei voi toimia kansalaisyhteiskunnasta etäällä* ja sen tulee ymmärtää lähiyhteisöjen ja omaisten työn arvo. Integrointia ja kumppanuutta tarvitaan myös tähän suuntaan.

4.3 Toimiva integraatio edellyttää kehittämistä ja koulutusta

Integroidussa rakenteessa on huolehdittava, että työn uudet haasteet siirtyvät *eri ammattien koulutussisältöihin perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa*. Moniammatillisen työn menetelmien tulee olla vahvemmin esillä koulutuksessa; erityisesti lääkärikoulutuksessa se on ollut hyvin puutteellista. Uudet haas-

teet palvelujärjestelmässä eivät myöskään heijastu riittävästi koulutussisäl-
töihin. On ongelmallista turvata riittävä yleisosaaajien määrä integroidussa
sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmässä, joka perustuu perustason laajaan
osaamiseen ja jatkuvuuteen eikä suppeaan erikoistumiseen ja tiettyjen rajat-
tujen episodien hallintaan. Toisaalta on tärkeää, että sosiaali- ja terveyden-
huollossa keskitytään kouluttamaan oman perustehtävänsä hyvin osaavia
ammattilaisia ja säilytetään työtehtävien selkeys integraation rinnalla. Integ-
raatio ei tarkoita, että kaikkien on osattava ja tehtävä kaikkea, vaan eri
osaamisalueiden yhteensovittamista ja saumatonta yhteistyötä. Koulutuksen
kehittämisenäkökulma on syytä ottaa esille Keski-Suomen palvelurakenne-
uudistuspohdiskelussa, sillä Jyväskylän yliopistolla olisi tässä suhteessa hyvin
suuria mahdollisuuksia myös laaja-alaisen kulttuuri-, yhteiskuntatieteellisen,
pedagogisen ja terveystieteellisen opetuksen integroinnissa Kuopion tai
Tampereen lääketieteellisten tiedekuntien kanssa.

Integroidut järjestelmät vaativat toiminnan ohjausta ja jatkuvaa arviointia. Vaikutta-
vuutta on pystyttävä mittaamaan, ja vaikuttavuuden arviointi on kytkettävä
tiivisti johtamis- ja rakenneratkaisuihin. Reaaliaikaiseen johtamiseen on in-
tegroidussa järjestelmässä oltava tietotekniset mahdollisuudet.

Integraatorakenteiden kehittäminen edellyttää *uudenlaista sähköisen tietohallin-
nan infrastruktuurin rakentamista*, koska vain asiakas- ja toimintatiedon yhdis-
täminen liittää palvelut aidosti yhteen ja mahdollistaa asiakkaan voimaan-
nuttamisen, hänen itsehoitonsa, mutta myös käytännön palvelutoiminnan
johtamisen ja toimivat hoitoketjut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus on tällä hetkellä suu-
rin palvelujärjestelmän tehokkuutta heikentävä yksittäinen tekijä. Integraati-
olla voidaan *edistää rahoituksen järkipäristämistä* ja myös kannustimien yhden-
suuntaistamista sekä menestymisen edellytyksiä koko valtakunnassa, mutta
myös maakunnallisesti ja paikallisesti toiminnan tehostuessa ja osaopti-
moinnin vähentyessä. Tämä helpottaa toiminnan sisäisten houkuttavuuste-
kijöiden rakentamisessa, joista tulee tuottavuuden nostamisen keskeinen
elementti tulevina vuosikymmeninä.

Toimiko palveluintegraatio, on kysymys, johon ei ole vielä saatavissa perus-
teellista tieteellistä vastausta. Tutkimustietoa on melko vähän, mutta kan-
sainvälistä näyttöä on, esim. Kaiser Permanente -mallista. Integraatiopro-
sesseista on vaikea saada vahvoja tutkimusasetelmia, sillä niiden tutkiminen
on pitkäaikaista ja vaativaa. Esimerkiksi asiakastyytyväisyyden ja hyvinvoin-
nin edistyminen ovat seurattavissa, mutta yksinomaan integraation merki-
tystä niissä on vaikea osoittaa monien muiden vaikuttavien muuttujien jou-
kosta. Tutkimustiedon puutteellisuus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lähes-
tymistapa olisi osoitettu toimimattomaksi tai nykyistä toimintatapaa huo-
nommaksi. Myöskään nykyistä, erillistä toimitapaa ei ole tieteellisesti osoi-
tettu millään tavoin parhaaksi toimintatavaksi.

Integraation toimivuutta ja tarpeellisuutta voisi pohtia vanhustenhuoltoon liittyvän esimerkin avulla. Mitä onnellinen vanha ihminen tarvitsee? Elämässä pitää olla mielekkyyttä, mahdollisuutta kasvattaa sosiaalista pääomaa. Täytyy olla tunne tarpeellisuudesta ja saada yhteisöllisyyden kokemuksia, täytyy pystyä harrastamaan ja olla riittävä toimeentulo – tarvitaan ravintoa ruumille, hengelle ja sielulle. Vanhuksella pitää olla yhteydenpitomahdollisuuksia ja esteetön ympäristö. Itsenäiseen suoriutumiseen tulee saada tukea, ja käytössä pitää olla hyvää teknologiaa, joka mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen, turvallisuuden, yhteydenpidon, harrastamisen ja jopa elintointojen tarkkailun ja niiden välittämisen palvelujärjestelmään. Hoivaa ja hoitoa on saatava silloin, kun sen todellinen tarve on, ja sen on oltava vanhuksille sopivaa ja lääketieteellisen osaamisen on perustuttava vanhuksilla tutkittuun näyttöön.

4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation merkitys perus- ja erityispalvelujen näkökulmasta

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttaminen vaatii alojen keskinäistä yhteensovittamista sekä kummakin sektorin omien perus- ja erityispalvelujen välistä yhteistyön tiivistämistä. Seuraavissa luvuissa käsitellään integraation merkitystä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon omista näkökulmista pohtien, mitä oman alan perus- ja erityispalvelujen integraatio tarkoittaa.

4.4.1 Sosiaalihuolto

Sosiaalialan palveluista suurin osa on asiakkaan kodissa tai lähipirissä tuotettuja peruspalveluja. Erityispalvelut pyritään tuomaan asiakkaan ja peruspalvelujen luo, ei toisinpäin. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden tulee olla niin vahvoja, että sosiaalihuollon erityispalveluista suurin osa voidaan järjestää niiden toimesta. Sosiaalihuollon palveluita, joita ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa edes 20 000 asukkaan väestöpohjalla ja -alueella, näyttäisi olevan ainakin seuraavissa kokonaisuuksissa:

- Ympärivuorokautinen vammaisten palveluasuminen (toimijoina laajasti yksityiset palvelukodit ja Keski-Suomen vammaispalvelusäätiö)
- vaativa kehitysvammahuolto (kehitysvammapoliklinikka, autismin kirjon asiantuntijuus)
- lastensuojelun sijaishuollon erityisasiantuntijuus
- lastensuojelun sijaishuollon ostopalvelujen kilpailutus, laadun valvonta
- lastensuojelun moniammatillinen asiantuntijaryhmä

- sosiaalipäivystys
- kriisityö 24 h (Mobile)
- sosiaaliasiain toiminta (Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Koske)
- päihdehuollon erityispalvelut

Näiden palvelukokonaisuuksien lisäksi on joukko pienten erityisryhmien tai erikoistuneita palveluja, joissa tuottaja on yksityinen sektori tai toimintaan suuntautunut järjestö. Nämä eivät välttämättä muodosta maakunnallista kokonaisuutta, vaan kyse on palveluista, joiden palvelut/asiantuntijuus hankitaan yksittäistapauksissa, kuten juristipalvelut, lastensuojelun edunvalvonta tai adoptioneuvonta.

Mietittäessä alueellisia palvelukokonaisuuksia on järkevää tarkastella joitakin palveluja jotka nyt tuotetaan itse, mutta joiden haavoittuvuus on suuri. Näitä ovat yleensä palvelut, joita kunnissa hoitaa yksi työntekijä. Tällaiset palvelut on järkevämpää ja taloudellisesti tarkoituksenmukaisempaa koota riittävän laajaan kokonaisuuteen, esimerkkinä lastenvalvojan palvelut.

Sosiaalihuollon erityispalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa on peruslähtökohtana, että *erityispalvelujen on oltava selkeästi peruspalvelujen tukena*. Erityispalvelut tarvitaan mukaan asiantuntijuutena. Riittävää ei myöskään ole se, että erityispalvelut ottavat yksinomaan palvelutarpeen arvioijan roolin. Palvelujen tulee perustua kumppanuuteen, pelkkä konsultaatio ei riitä. Perus- ja erityispalveluiden välisen vuorovaikutuksen tulee olla kaksisuuntaista: erityispalvelut tarvitsevat työnsä tueksi tietoa asiakkaan elämäkokonaisuudesta sekä perusosaajia tulkeiksi kääntämään asiat arkikieleen ja tuomaan ne osaksi asiakkaiden arkitoimintaa.

Sosiaalihuollon asiantuntijuutta tulee kerryttää riittävän laajalle pohjalle ja riittävän suuriin kokonaisuuksiin, oli organisoitintapa mikä hyvänsä. Lastensuojelun sijaishuollon palvelut, lapsi- ja nuorisopsykiatria ja lasten neurologia ovat esimerkkejä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon erityispalveluista, joissa syvempään keskinäiseen integraatioon on selkeä tarve. Lastensuojelu on laaja tehtäväkokonaisuus, joka ulottuu koko kunnan palvelujärjestelmään sisältyvistä, lapsen kasvua ja kehitystä edistävästä toimista vaativiin, kasvua korjaviin palveluihin. Esimerkiksi sijaishuollon järjestämistarpeiden taustalla on usein kyseessä sellaiset lapsen ja perheen monisyiset kokonaisongelmat, joita ei voida ratkaista yhdestä tulokulmasta.

Myös lapsen psykiatrisen hoidon toteuttaminen vaatii tuekseen kasvuolojen vakauttamista ja koko perheen tukea. Lastensuojelun kuntouttavan laitoshoidon ja psykiatrisen hoidon välillä oleva raja on monesti epäselvä, mikä synnyttää keskustelun siitä, kumman tahon tulee järjestää hoito. Lapsi- ja

nuorisopsykiatriaan rakentuvat liikkuvat palvelut (esimerkkinä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Kolikko-ryhmä) tulee liittää osaksi kunnan muuta palvelujärjestelmää siten, että erityispalvelujen interventio kohdentuu oikein ja oikea-aikaisesti.

Lapset, joilla on neurologisia häiriöitä, ovat kasvava asiakasryhmä myös lastensuojelussa. Näillä lapsilla ja nuorilla voi olla vakavia ongelmia kasvussa ja kehityksessä. He ovat haastavia niin kodin kuin koulun arjessa ja perheitten jaksaminen on kovilla, mikä voi johtaa lapsen sijoitustarpeeseen. Perheen ja koulun tueksi tarvittaisiin integroidut erityispalvelut avohuollossa, jotta sijoituksia voitaisiin välttää.

Perheneuvolan ja lastenpsykiatrian yhteistyön ja työnjaon lähtökohtana on usein arvio siitä, kumman palveluista lapsi hyötyy enemmän. Perheneuvola toimii toisaalta osana kunnan/alueen peruspalvelua ja toisaalta sillä tulee olla yhteys erityispalveluihin.

Toimiva sosiaalihuollon perus- ja erityispalvelujen integraatio edellyttää *katavaa sähköistä tietojärjestelmää, henkilökohtaisen palveluohjauksen varmistamista ja moniammatillista palvelusuunnittelua*. Palvelusuunnitelma voitaisiin ymmärtää laajasti asiakkaan pärjäämisen suunnitelmana, jonka laatimiseen asiakas itse aktiivisesti osallistuu, ja jonka toteuttamisesta hän ottaa myös osaltaan vastuuta. Sosiaalihuollossa palvelut tulee koota asiakkaan lähtökohdista ja tarvittava palveluverkosto vaihtelee paljon eri asiakkaiden välillä. Tarvitaan joustavuutta, uudenlaista toteutusta, kohdentamista, mutta myös verkostovastuuta. Palveluohjaajan rooli ja toiminta asiakaspinnassa on integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa tärkeä. Palveluohjaus voidaan rakentaa myös siten, että kyseessä on ennemminkin verkostovastuun kantaja kuin palveluohjaajan ammattinimikkeellä toimiva työntekijä. On tärkeää varmistaa, että koppi otetaan siellä, minne asiakas avuntarpeensa ilmaisee. Palveluohjaus ei saa muodostua uudeksi hoidon portaaksi, sen tulee olla aitoa verkonpunomista ja saattamista oikeaan paikkaan tai oikeiden ihmisten kokoamista asiakkaan rinnalle.

4.4.2 Terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation näkökulma perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin on *vaikuttavuuden parantaminen, moniammatillisuuden lisääminen, sähköisen palvelun parantaminen ja toiminnan tulosten parempi arviointi*. Integraatio sosiaali- ja terveydenhuollossa merkitsee sitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy sekä peruspalvelut nousevat ensilinjaan ja palvelujärjestelmän ohjaus tapahtuu peruspalveluiden tarpeista lähtien. Hyvin toimivassa, integroidussa järjestelmässä talous on myös integroitu, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito sekä niitä täydentävät palvelut on integroitu yhteen, ja erikoissairaanhoito, aina

kun se on mahdollista, on eteentyönnettyä ja konsultaatiot perusterveydenhuoltoon tapahtuvat nopeasti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon *integraatiolla vastataan terveydenhuollon kriisiytymiseen*, joka on tapahtumassa kaikissa länsimaissa. Terveydenhuoltoon kohdistuvat odotukset ovat jatkuvasti kasvaneet samalla kuin käytettävissä olevat voimavarat ovat lisääntyneet vain niukasti. Myös sosiaalihuollon palvelutarve kasvaa johtuen väestörakenteen muutoksesta ja kansalaisten vaatimustason kasvusta. Kustannuksia ei ole mahdollista kasvattaa, mutta integraatiota voidaan käyttää hyödyksi palvelutarpeiden tyydyttämisessä. Lisääntyvien tarpeiden tyydyttäminen on tapahduttava suurin piirtein nykyisellä työvoimalla, ja vain suhteellisesti hyvin niukasti lisääntyvillä voimavaroilla.

Tarvitaan *uudenlaista ja parempaa kohdentamistehokkuutta*, joka edellyttää käytettävissä olevien menetelmien arviointia sekä uusien menetelmien riittävää ennakoarviointia ennen niiden käyttöönottoa. Heikosti vaikuttavat menetelmät on tunnistettava ja niistä on luovuttava. Hoitojen ja toimenpiteiden sekä tutkimusten vaikuttavuutta tulee parantaa, heikkoja menetelmiä taas karsia. Toisaalta on tarkasteltava eri menetelmistä hyötyviä ja hyötyä vaille jääviä potilasryhmiä. Asiakassegmentointiin terveyskeskuksessa on kiinnitettävä huomiota. Moniongelmaisista asiakkaista tuleekin avainasiakkaita, joiden hoitoon on keskityttävä aikaisempaa paremmin ja pitkäjännitteisimmin. Heidät on kohdattava laaja-alaisesti moniammatillisen tiimin kanssa. Asiakkaille tehdään kunnan hoitosuunnitelma eikä heitä pidetä ongelmakimppuina. Kaikkein eniten tulee kasvamaan vanhuspalveluiden tarve, joka merkitsee sitä, että kroonisten sairauksien hoito tulee yleistymään. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluilta ja erikoissairaanhoidolta yhteistä hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaa, jonka päivitys tapahtuu aina sen toimesta, joka vastaa ajassa kansalaisen tarpeiden hoitamisesta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio korostuu kroonisten sairauksien ja vanhuksien hoidossa, sekä erityisryhmien palveluissa. Kroonisten sairauksien ja vanhusten osalta keskeiseksi tavoitteeksi nousee itsenäinen elämässä selviytyminen eikä niinkään yksittäisen hoidon tulokset. Selkeiden ja yksinkertaisten syy ja seuraussuhteeseen perustuvien sairauksien diagnoosi ja hoito eivät juurikaan tule edellyttämään sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio merkitsee terveydenhuollon perus- ja erityispalveluille merkittäviä uudistumistavoitteita. Nämä *uudistukset vaativat vahvaa johtajuutta*. Pelkästä operatiivisesta johtamisesta on siirryttävä aikaisempaa enemmän strategiseen johtamiseen. Strategiassa painottuvat erityisesti terveyden edistäminen ja yhteistyö muiden terveyttä tuottavien sektoreiden kanssa. Keskeisimpänä strategisena tavoitteena pitää olla terveyserojen kaventaminen ja nyt väliinputoajan asemaan joutuneiden kansalaisten

palvelutarpeiden tyydyttäminen moniammatillisella yhteistyöllä. Erityisesti yhteistyö tulee korostumaan sosiaalityön ammattilaisten suuntaan.

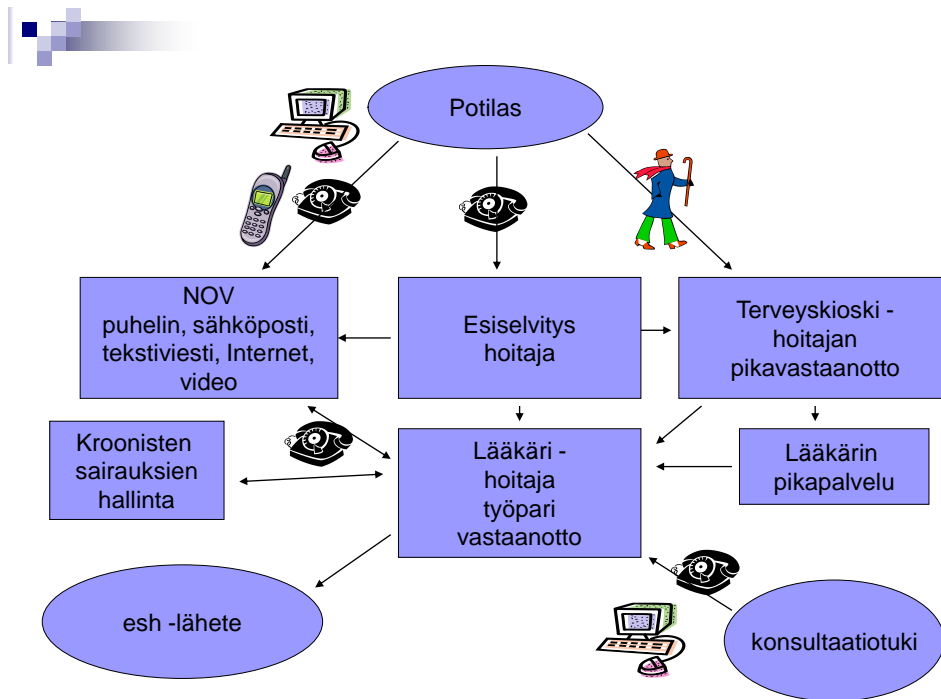
Tuleva palvelujärjestelmä *korostaa kansalaisten osallisuutta* omaan hoitoon ja palvelukokonaisuuteensa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevä toiminta tarvitsee omat, selkeät rakenteensa integroidussa järjestelmässä, osana tulevien hyvinvointiasemien palveluita.

Työnjakoa integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja erityisesti terveyspalveluissa on kehitettävä. *Moniosaajuus ja moniammatillisuus* nousevat kunniaan. Lääkäriin työparina tulevat toimimaan terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat, mutta myös fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Lääkäreiltä kannattaa siirtää tehtäviä erityisesti kroonisten tautien seurannassa siihen paremmin pystyvälle hoitohenkilökunnalle, mutta myös pienempien akuuttien vaivojen hoidossa. Sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa on paljon asioita, joilla vaikuttavuutta voidaan lisätä työnjakoa parantamalla. Toimenkuvien laajennus ei tarkoita sitä, että ryhdytään helpottamaan lääkäripulaa siirtämällä lääkärin töitä muille henkilöryhmille, vaan että jokainen saa itsenäisesti tehdä niitä töitä, mihin on parhaiten koulutettu. Peruspalveluiden integroidussa järjestelmässä lääkärit ja sosiaalityöntekijät voivat parhaalla mahdollisella tavalla käyttää osaamistaan niin, että esim. lääkäreitä ei käytetä ratkaisemaan kansalaisten sosiaalisia ongelmia ilman sosiaalityön ammattilaisen tukea.

Sähköinen asiointi ja hoito verkossa tulevat olemaan integroidun järjestelmän avaintekijöitä. Sähköisissä verkoissa voidaan antaa ohjausta ja neuvontaa, vastaanotot voivat olla virtuaalisia, potilaan ajanvaraukset tapahtuvat sähköisesti sekä asiakirjat ja dokumentit ovat tarkistettavissa yhteisistä sähköisistä arkistoista. Tulevaisuuden hyvinvointiasemalla, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto toimivat integroidusti, asiakas saa nopean palveluohjauksen, mutta osa asioinnista voidaan tehdä jo aikaisemmin puhelimitse, sähköpostitse, tekstiviestein, internetin tai videopuheluiden avulla (ks. kuva 1). Tulevaisuudessa tarvitaan älykkäitä hoitopolkuja, joista vastaavat moniammatilliset tiimit. Sähköisten potilasjärjestelmien edessä on myös suuri muutos. Niiden täytyy pystyä varoittamaan henkilökuntaa, kertomaan asiakkaiden riskeistä, seuraamaan hoitosuunnitelman toteutumista ja arvioimaan hoidon tuloksia. Oikeastaan terveystietomuksesta tulee muodostaa eräänlainen tulevan elämän suunnitelma, eikä vain peruutuspeiliin katsova arkisto menneistä tapahtumista. Samalla terveyssuunnittelu on systemaattista, terveyden edistämiseen investoidaan ja korostetaan kumppanuutta eri hallintokuntien ja eri toimijoiden kesken.

Kansalaisille on tarjolla myös *sosiaali- ja terveysasioiden pikavastaanottoja*, joissa lääkärin ja sosiaalityöntekijän konsultaatiot ovat mahdollisia (ks. kuva 1). Varsinaiset vastaanotot tapahtuvat lääkäri-hoitaja-sosiaalityöntekijän vastaanotoilla kulloistenkin tarpeiden mukaan. Vaikeimmissa ongelmissa tiimit

voivat kokoontua myös yhdessä pohtimaan asioita. Erikoissairaanhoido, esim. geriatriassa, psykiatriassa, lastentaudeissa ja äitiyshuollossa, on eteen-työnnettyä ja voi olla jopa ensisijaisessa vastuussa potilaan hoidosta. Perus-terveydenhuollon konsultaatiot erikoissairaanhoidoon tapahtuvat sähköisesti kaikkia niitä muotoja hyväksi käyttäen, mitä edellä on lueteltu. Erikoissai-raanhoidoon lähettämistä vähennetään vain selkeisiin erikoissairaanhoidoa vaativiin hoitoihin, ja konsultaatiotuelle rakennetaan toimivat sähköiset jär-jestelmät. Kotihoidossa mahdollisimman suuri osa hoidosta siirtyy sähköi-sesti verkon kautta tapahtuvaksi. Esimerkiksi Kaiser Permanentessa on pys-tytty sydämen vajaatoimintapotilaiden seurannassa sairaalakäyntejä vähen-tämään 70 % säännöllisellä painon seurannalla ja sen muutoksista annetulla hoito-ohjeilla.



Kuva 1. Uuden terveyskeskuksen toimintamalli (Ryynänen 14.12.2010)

Riippumatta integraatioasteesta, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden arviointia on kehitettävä nopeasti. Integroidun järjestelmän mittaustavoiksi sopivat hyvin elämänlaadun mittarit ja laatu painotteisten elinvuosien lisääntyminen. Arvioinnin keskiöön nousee itsenäinen pärjääminen kotona eli yksilön autonomian säilyttäminen myös sairauksien kohdatessa ja iän karttuessa.

4.5 Esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutuksesta

Tähän lukuun on koottu muutamia esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation erilaisista toteuttamismalleista. Tarkemmin kuvataan keski-suomalaisen Äänekosken kaupungin sekä Kanta-Hämeessä sijaitsevan Forsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän kokemuksia integraatioprosessin toteuttamisesta.

4.5.1 Äänekoski

Äänekoskella toteutettiin vuonna 2007 sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio kolmen kunnan ja terveystakeskus-kuntayhtymän alueella, jonka etenemistä ja siitä kertyneitä kokemuksia kuvataan tässä luvussa sosiaalityön toimijan näkökulmasta.

Äänekoskella sosiaali- ja terveydenhuollon integroiminen samaan perusturvan organisaatioon oli loppujen lopuksi helpompi asia kuin se, miten ja missä laajuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on tarkoituksenmukaisesti järjestää kuntalaisille eri alueilla ja taajamissa. Kuntafuusion lähtökohta oli vaativa: kolmen kunnan ja terveystakeskus-kuntayhtymän toimintakulttuurit tuli yhtenäistää. Tästä lähtökohdasta on luonnollista, että jännitteitä syntyy mietittäessä, onko painopiste oman taajaman vai koko kunnan palveluissa. Ristiriitaisia näkemyksiä ja kritiikkiä syntyikin enemmän siitä, mitä palveluja tulee olla omalla kylällä tai taajamassa, ja mitä voidaan keskittää kunnan keskustajamaan kuin siitä, että sosiaali- ja terveydenhuolto koottiin samaan perusturvan organisaatioon.

Moniammatillisen verkostotyön teemat olivat vahvasti mukana perusturvan organisaatiota rakennettaessa. Moniammatillisesta työstä järjestettiin mm. viisi alueellista (eri taajamat) työkokousta koko perusturvan henkilöstölle sekä yhteinen verkostotyön koulutuspäivä. Jo tässä vaiheessa puhuttiin horisontaalisen integraation tarpeesta vertikaalisen rinnalle ja, jos ei aivan integraatioon, niin vahvaan yhteistyötarpeeseen suhteessa muihin hyvinvointia tuottaviin tekijöihin ja palvelukokonaisuuksiin. Käytännössä on nähty, että integraation ulottaminen arjen toimintoihin saakka vaatii pitkäjänteistä työtä. Integraatio on edennyt eri toiminnoissa eri tahtiin; kokonaisuutena kuitenkin kohtuullisen hyvin. Integroidut moniammatilliset työryhmät ja verkostotyö ovat työtapoina käytössä, mutta osittain vielä yhteistä toimintatapaa etsien. Verkostotyö vaatii työtavan jatkuvaa ylläpitoa, ”verkoston huolto”, muuten on riski sen hiipumiseen ja paluuseen tuttuihin, erillisiin työtapoihin.

Ikäkaariajattelun pohjalta palvelujen järjestämisen rinnalle ei syntynyt muuta vartenotettavaa organisoitintapaa, koska haluttiin pyrkiä kokonaisuuteen ja toimivaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon (ks. kuva 2). Ikäkaa-

rimalliin sisään pyrittiin rakentamaan sosiaali- tai terveydenhuollon asiantuntijuudesta käsin kaikille ikäkaarien vastuualueille ulottuvaa osaamista. Sosiaalityön kokonaisuus on osa aikuispalvelujen vastuualuetta, mutta ulottuu toiminnallisesti myös muille ikäkaarialueille ja pyrkii huolehtimaan koko ammatillisen sosiaalityön asiantuntijavastuusta. Terveydenhuollossa aikuispalveluissa toimivalla johtavalla hoitajalla on asiantuntijavastuuta hoitotyön osaamisesta koko perusturvassa.



Kuva 2. Äänekosken kaupungin perusturvan organisaatio

Vanhuspalveluissa yhteiset ”erityispalvelut” koottiin tiimiksi vanhuspalvelujohtajan ympärille (vanhussosiaalityöntekijä, palveluohjaaja ja kotiutushoitaja) ja kotihoito jaettiin alueille aluepäälliköiden alaisuuteen. Kotihoito muodostuu kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimijoista ja toimii yli ikäkaarien. Jokaisella lähialueella taajamassa on myös vanhainkoti ja/tai vanhusten palveluasumisen yksikkö. Vanhusten pitkäaikaishoidon pulmat ja akuuttihoitoon paikkojen riittävyys sairaalassa ovat olleet keskeinen kehittämishaaste. Äänekoskella päädyttiin ratkaisuun, jossa aiemmin 70-paikkainen terveyskeskussairaala muutettiin 50 akuuttihoitoon sairaalaksi ja 20 hoitopaikkaa siirrettiin vanhustenhuoltoon.

Äänekosken perusturvan organisaatiossa mielenterveys- ja päihdepalvelut integroitiin yhdeksi kokonaisuudeksi ja mielenterveyspoliklinikan ja päihdekliniikan osalta saman katon alle. Päihdepalvelut toteutettiin aiemmin perus-

kuntien sosiaalityössä ja Äänekosken päihdekllinikalla, nyt mm. päihdekuntoutuksen ostopalveluiden hankinta keskitettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuteen. Olennaista oli, että samanaikaisesti rakennettiin tai jatkettiin hyvää perustason yhteistyötä, jossa aikuissosiaalityö on edelleen vahva verkostokumppani. Sovatek-säätiöltä ostetaan päihdeklinikan sosiaalityöntekijän työpanosta ja näin on olemassa verkostolinkki myös laajempaan toimijaan. Päihdeklinikan valmiiksi verkostoitunut työtapa sekä vahva suhde perusterveydenhuoltoon ja sosiaalityöhön kantoivat asioita eteenpäin muutosprosessissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation alkuvaiheessa jäi joitakin yksiköitä ja toimijoita jatkamaan entistä toimintatapaansa ja ammattikäytäntöjä. Tämä oli välttämätöntä, koska kaikkea ei voi integroida yhtä aikaa. Nyt myöhemmin näiden yksiköiden toimintasisältöjen muutokset ovat paljon aikaa vieviä prosesseja (perhetukikeskus, toimintakeskus, perheneuvola, psykologipalvelut). Toisaalta asia tai palvelu kerrallaan eteneminen on hyväksi uusien palvelukokonaisuuksien muodostettaessa.

Kunnan perusterveydenhuollon ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin järjestämät erikoissairanhoidon palvelut toimivat omissa organisaatioissaan ja niiden välillä on sopimus pohjaista integraatiota rajatuissa palveluissa (laboratoriopalvelut, lääkehuolto, kuvantaminen). Kunnassa on nähty tärkeänä tavoitteena, että erikoissairanhoidon uudet psykiatriset, jalkautuneet avopalvelut voidaan integroida peruspalveluihin siten, että hoitoketjut ovat selkeät ja yhtenäiset.

Äänekoskella integraatiossa pyrittiin kokoamaan peruspalveluja yhteisiin tiloihin ja siten arkiseen vuorovaikutukseen. Päätöksenteossa saman katon alla toimimista ja käytännön integraatiota ei ehkä nähty niin tarpeellisena kuin arjen toimijoiden keskuudessa. Suolahteen, Sumiaisiin ja Konginkankaalle muodostettiin yhteiset sosiaali- ja terveysasemat. Tässä onnistuttiin vain osittain. Tiloissa ilmeni paljon sisäilmaongelmia, mistä aiheutui muuttoa ja palvelujen siirtoa. Suolahdessa saman katon alle kootut sosiaalitoimiston ja perusterveydenhuollon palvelut hajautuivat vuonna 2009 uudestaan erillisiin tiloihin. Yhteisiin sosiaali- ja terveysasemiin kohdistui myös ennakkoluuloja: epäiltiin, että sosiaalitoimiston asiakkaat tuovat levottomuutta ja häiriöitä. Tämänkaltaisia merkittäviä ongelmia ei kuitenkaan ilmennyt, vaan kokemukset olivat pääosin myönteisiä. Arjen palveluintegraatiota voi vahvistaa tarkoituksenmukaisesti mietitty, yhteinen kotipesä. Saman katon alla toimiminen ei kuitenkaan ole arjen palveluintegraation edellytys, se tulee harkita todellisten synergiaetujen näkökulmasta.

Äänekoskelle on rakentumassa uusia integroituja palvelukokonaisuuksia, joissa lähtökohtana ovat aiempaa selkeämmin asiakkaiden tarpeet ja asiakaslähtöinen palveluprosessi. Perhekeskus (päivähoito+ lastensuojelu+ perhepalvelut) kokoaa perheitten varhaisen tuen, ennaltaehkäisyä ja lastensuojel-

lun toimijoita yhteen. Uuden päiväkodin yhteyteen ei säästösyistä voitu rakentaa muille perhepalveluille tiloja. Pitkäaikaistyöttömien ja kuntouttavan toiminnan palveluja (aikuissosiaalityö + perusterveydenhuollon palvelut + työpaja+ nuorisotyö + keskushallinto) kootaan samalla tavoin omaksi, työllisyyttä edistävien palvelujen kokonaisuudeksi ja yhteistyöverkostoksi. Myös syrjäytymisuhan alla olevien nuorten palvelut (koulu+ työpaja + aikuissosiaalityö +nuorisotyö) halutaan kytkeä toiminnallisesti paremmin yhteen.

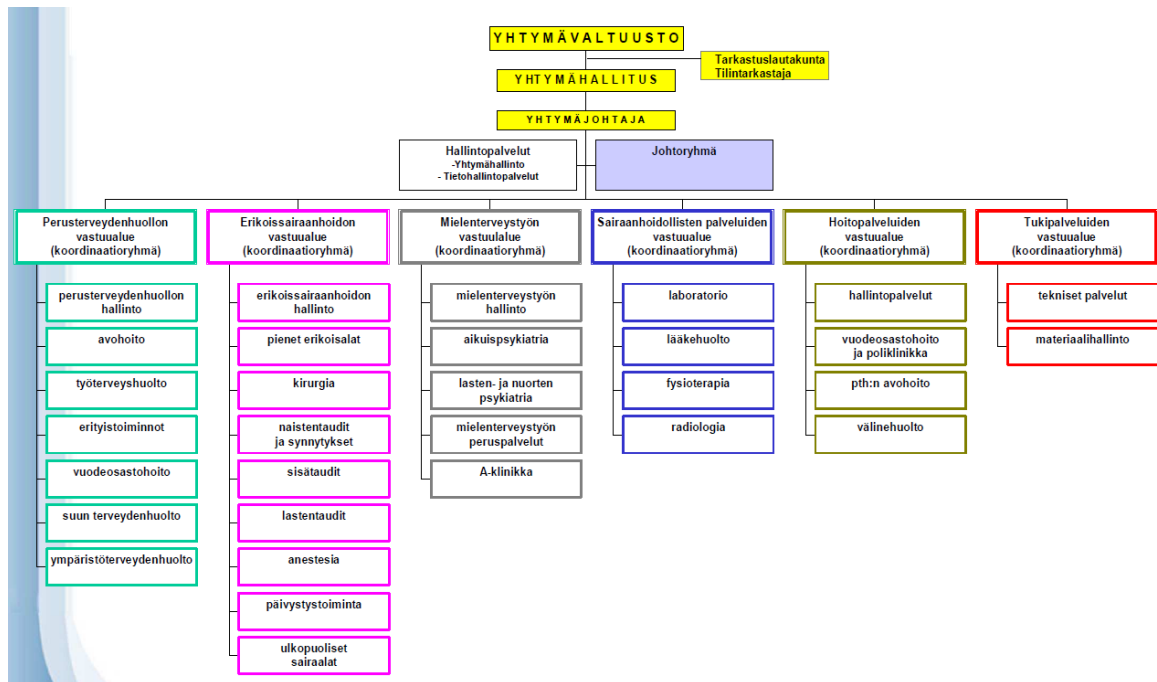
4.5.2 Forssan seutu

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä on toiminut kymmenen vuotta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alainen Lounais-Hämeen osavastuualueen aluesairaala ja kansanterveystyön kuntayhtymä yhtyivät vuonna 2001. Yhdistymisestä muodostui Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY). Aluesairaalan vastuualuekunnat ja kansanterveystyön kuntayhtymän jäsenkunnat olivat samoja. Tämä on helpottanut yhdistymistä. Erikoissairaanhoidon palveluita on toki myyty myös ulkopuolisille kunnille.

Aluesairaalan siirtyminen FSTKY:hyn hoidettiin peruspääoman muutoksella. Yhdistymiseen ei liittynyt merkittäviä kiinteistöihin liittyviä kauppoja, vaan FSTKY:n jäsenkuntien peruspääomaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä vähennettiin ja kiinteistöt siirtyivät FSTKY:n omistukseen.

Yhdistymisen strategisena tavoitteena oli terveydenhuollon kokonaisuuden parempi hallinta. Kuntien kannalta toiminta oli aikaisemmin pirstaloitunutta. Ennen sairaanhoitopiirin muodostumista alueella oli vielä erillinen B-mielisairaalan kuntayhtymä. FSTKY:n muodostamisen jälkeen kuntien kaikista terveydenhuollon palveluista on vastannut Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä.

Kuntayhtymän hallinto on perinteinen kuntayhtymä, jossa on ollut valtuusto ja hallitus. Yhtymäjohtaja vastaa esittelystä hallitukselle. Kuntayhtymässä toteutetun yksijohtajajärjestelmän avulla on pystytty koordinoimaan paremmin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota sekä palveluiden ostoa. Kuntayhtymä on vastannut kuntien puolesta kaikista terveydenhuollon palveluiden tuottamisesta tai tilaamisesta ja kuntien kaikki terveydenhuollon menot ovat kulkeneet kuntayhtymän budjetin kautta. Kuntayhtymän organisaatiokaavio on kuvassa 3.



Kuva 3. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatiokaavio 2010 (Lähde: Forssan seudun terveydenhuollon ky.: hallinto)

Kuntayhtymä pystyy palveluvolyymeissa vastaamaan noin 80 % terveydenhuollon palveluista, mutta kallein ja harvinaisten sairauksien hoito joudutaan ostamaan muualta. Budjetista noin 60 % menee oman palvelutuotannon kustannuksiin ja 40 % ostopalveluihin. Oma tuotanto ei sinänsä ole itseisarvo, mutta paikallinen päätöksenteko ja tilaajaosaamisen kehittäminen ovat olleet kuntayhtymän strategisia painopisteitä.

Kuntayhtymän ja kuntien välillä on toteutettu sopimusohjausta. Sopimusohjausjärjestelmään kuuluu olennaisena osana kuntayhtymän ja kuntien väliset neuvottelut, joita on noin 3–4 kertaa vuodessa. Niissä sovitaan kuntayhtymän strategisista tavoitteista sekä selvitetään kuntien toiveet terveydenhuollon palveluitten kehittämiseksi. Vuosittaiset sopimukset ovat olleet kiinteähintaisia. Kunnan seuraavan vuoden maksuosuus on perustunut 2,5 vuoden hinnaston mukaiseen aikaisempaan käyttöön. Kiinteähintaiset vuosittaiset sopimukset kuntien kanssa ovat lisänneet kuntayhtymän ja jäsenkuntien luottamusta eikä kuntayhtymän purkamista ole juurikaan esitetty. Myös kuntayhtymällä ja sairaanhoitopiirillä on ollut kiinteähintainen vuosisopimus, jonka suuruus on määräytynyt samalla tavalla. Kymmenen vuoden aikana sopimuksia ei ole tarvinnut muuttaa kuin kaksi kertaa. Kuntayhtymän taseessa on tällä hetkellä jonkin verran alijäämää, jonka kattamisesta on sovittu kuntien kanssa.

Kuntayhtymä on pärjännyt hyvin asiakastyytyväisyyskyselyissä, joita Kuntaliitto on tehnyt. Myös VATT:in selvityksissä perusterveydenhuollon tuottavuudesta ja asiakaslähtöisyydestä kuntayhtymä sijoittui kolmannelle sijalle koko Suomessa.

Kuntayhtymän olemassaolon aikana rakennetta on muutettu niin, että vuonna 2005 muodostettiin mielenterveystyön vastuualue, joka vastaa aikuispsykiatrian avo- ja laitoshoidosta, lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidosta, perheneuvonnasta ja perustason psykologi- ja puheterapiapalveluista, oppilashuollon psykososiaalisista palveluista ja A-klinikasta. Näin mielenterveystyön vastuualueen hallinto on järjestetty yhtenäiseksi.

Kuntayhtymän toiminta-aikana on strategisesti keskitytty lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden kehittämiseen, kroonisten sairauksien hoitomallin parantamiseen, työnjaon kehittämiseen ja vanhustenpalveluiden parantamiseen. Erikoissairaanhoidossa on toiminta painottunut elektiiiviseen toimintaan, synnytystoiminta on lopetettu ja lasten somaattinen vuodeosasto hoito myös. Operatiivisesta yöpäävystyksestä on luovuttu, ja kirurginen toiminta on pääasiassa elektiiivistä. Sairaanhoidolliset tukipalvelut, laboratorio ja röntgen on toistaiseksi tuotettu omina palveluina, mutta kiinteässä yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa.

Terveydenhuollon palveluista lähes 70 % on kohdistunut vanhuksiin. Ongelmana seudulla on ollut, ettei vanhustenpalveluista ole pystytty vastaamaan kokonaisuutena, vaan jokainen viidestä kunnasta on vastannut vanhusten hoiva- ja avopalveluista itsenäisesti. Näin hoitoketjujen rakentaminen ja prosessien kehittäminen on ollut suhteellisen vaikeaa, eikä yhtenäisiin käytäntöihin läheskään kaikissa asioissa ole vanhustenhuollossa päädytty.

Kuntayhtymä on myös vastannut joistakin sosiaalitoimen erityispalveluista, kuten koko päihdehuollosta ja perheneuvolatoiminnasta. Paras-puitelain viidennen pykälän muutosta silmällä pitäen on jo tehty suunnitelmia palvelurakenneuudistuksesta, jossa kuntayhtymästä muodostuisi hyvinvointikuntayhtymä. Vastuualueina säilyisivät edelleen perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, mielenterveystyö, joiden lisäksi kuntayhtymään tulisi sosiaalitoimen vastuualue ja vanhuspalvelut. Uuden hyvinvointikuntayhtymän hallintomalli on pohdinnassa. Hyvinvointikuntayhtymä tulee muodostumaan terveydenhuollon kuntayhtymän rakenteen pohjalle. Vaihtoehtoina ovat yhden toimielimen malli, kuntayhtymäkokous malli tai nykyisen valtuusto–hallitusmallin säilyttäminen.

4.5.3 Kaakkois-Suomi

Kaakkois-Suomesta löytyy lähekkäin kolme erilaista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaa.

Vuoden 2009 alussa **Kouvolan kuntaliitos** tuotti 88 000 asukkaan suurkunnan, kun Kouvola, Anjalankoski, Elimäki, Valkeala, Jaala ja Kuusankoski yhdistyivät.

Kouvolan perusturvan toimiala rakentuu tilaaja–tuottaja-mallin pohjalle. Tuotanto-organisaatiossa perusturvan palvelut on jaettu erikoissairaanhoidtoon, terveydenhuoltoon, kotihoidon- ja vanhuspalveluihin, aikuissosiaalipalveluihin ja lapsiperhepalveluihin. Perusturvan tilaajaorganisaatio on jaettu terveyspalveluihin, vanhuspalveluihin, sosiaalipalveluihin ja perhepalveluihin.

Kouvolassa on kehitetty mm. ikäihmisten moniammatillista ja innovatiivista palvelukokonaisuutta. Palvelualue on organisoitu alueellisiin moniammatillisiin tiimeihin, jolloin palvelu on asiakkaalle lähipalvelua ja työ tehdään pääosin kotikäynneillä. Ikäihmisten hyvinvointipalvelut sisältävät mm. hyvinvointia edistävät kotikäynnit, muistipoliklinikkapalvelut, gerontologisen sosiaalityön, ikäaseman, senioriterveysneuvonnan ja palveluohjauksen.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos (EKSOTE) on tuottanut erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut eteläkarjalaisille. Sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos kuuluu, Lappeenrannan, Lemin, Luumäen, Parikkalan, Rautjärven, Ruokolahden, Savitaipaleen ja Taipalsaaren kunnat ovat antaneet Eksotelle sosiaali- ja terveyspalveluidensa järjestämistä vastuun. Imatra on mukana Eksotessa erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon osalta. Eksoten väestöpohja on 133 000 asukasta. Suurin kunta on Lappeenranta (72 000 asukasta) ja pienin Lemi (3000 asukasta).

Organisaatio jakautuu perhe- ja sosiaalipalvelujen vastuualueeseen (perhepalvelut, aikuisten sosiaalipalvelut ja vammaispalvelut), terveyspalvelujen vastuualueeseen (avoterveydenhuolto, sairaala, akuutti, mielenterveys/päihde ja sairaanhoidon tukipalvelut) sekä vanhustenhuollon vastuualueeseen (kotiin annettavat palvelut, asumispalvelut ja laitospalvelut). Vaikka vastuualueella sosiaali- ja terveydenhuolto on erillään, on tulosalueella ja perustason työssä integroitua työtapoja.

Esimerkkinä integroidusta, liikkuvasta palvelusta Eksoten alueella on menossa oleva liikkuvien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokeilu. Vanhuspalvelujen palveluohjaajan ja avoterveydenhoitajan palveluja viedään maakuntaan yhteisellä Mallu-palveluautolla. Liikkuvaa palvelua järjestetään alueilla, joista on vaikea kulkea Eksoten kiinteisiin palvelupisteisiin. Mallu-autosta on saanut mm. terveysneuvontaa, pieniä terveydenhuollon toimenpiteitä, lääke reseptien uusintaa, pikalaboratoriotutkimuksia, palveluneuvontaa, Kelan etuuskien neuvontaa ja apua etuuskien hakuun (asumis- ja hoitotuet), omaishoidon tuen asioita ja apuvälineiden hankintaa.

Eksotessa oli ainakin alussa ongelmana, ettei kuntatasolla ollut kokonaisvastuuta kantavaa koordinaattoria, mikä koettiin esim. Rautjärvellä paikallisia palveluita heikentäväksi tekijäksi, koska niiden kesken ei ollut juuri koordinaatiota. Nyt asiaa oltaneen korjaamassa.

Etelä-Kymenlaakson 88 000 asukkaan **yhteistoiminta-alueeseen** kuuluvat Haminan ja Kotkan kaupungit sekä Miehikkälän, Pyhtään ja Virolahden kunnat. Yhteistoiminta-alueen sisällä Miehikkälä isäntäkuntana tuottaa Virolahdelle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Kaakon Sote-into -hankkeessa Etelä-Kymenlaakson osahanke kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteneviä palvelurakenteita viiden kunnan yhteistyöllä yhdessä muiden alueellisten toimijoiden kanssa. Tavoitteena on integroitujen palveluprosessien ja rakenteiden luominen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Hankkeessa keskeistä on ajatus siitä, että arkisen työn ymmärtäminen on tärkeää ja muutosten saaminen siellä aikaan on yhtä tärkeää kuin suuret hankkeet.

5 PALVELUJEN INTEGRAATIO KÄYTÄNNÖN JA KESKEISTEN ASIAKASRYHMIEN PALVELUPROSESSIEN NÄKÖKULMASTA

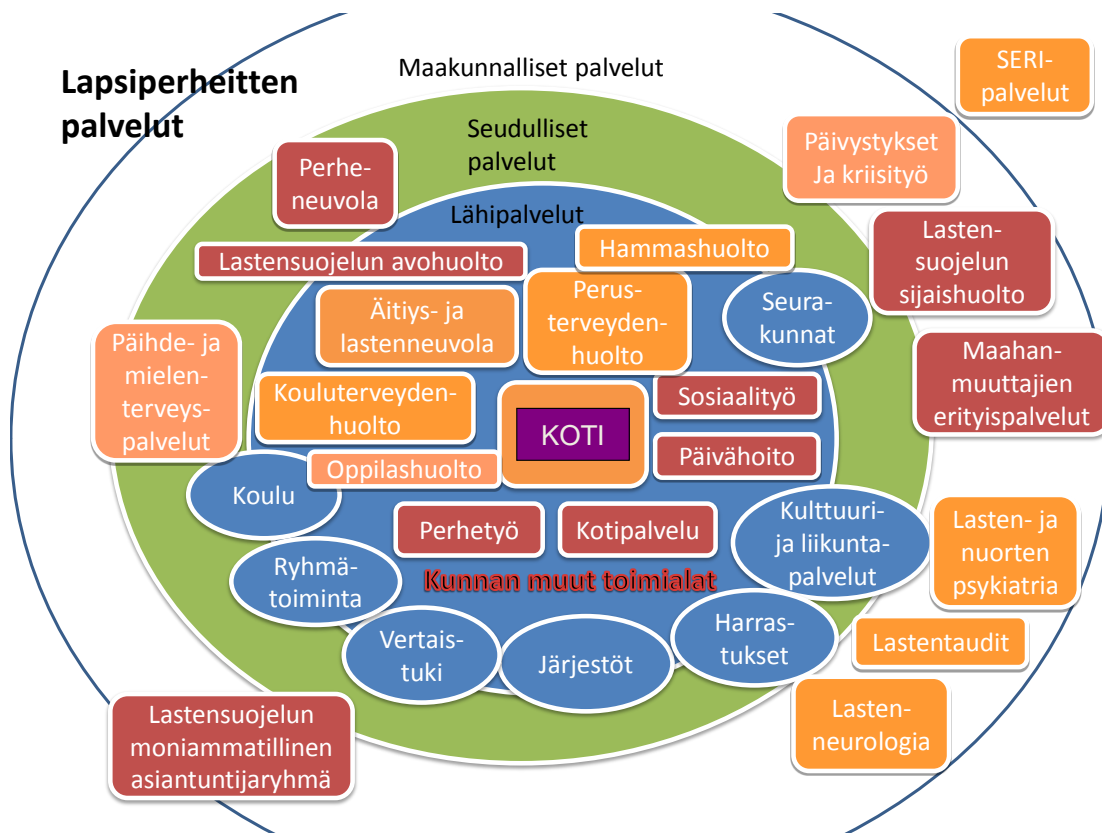
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota voidaan tarkastella ja perustella myös asiakasprosessien avulla. Kuten aiemmin on todettu, integraatiosta hyötyvät eniten ne asiakasryhmät, joilla on pitkäkestoisia ja monimutkaisia hyvinvoinnin ja terveyden pulmia. Heille lyhytkestoiset, usein akuutit terveystalvet tai universaalit sosiaalipalvelut eivät anna riittävästi tukea selviytymiseen.

Seuraavissa luvuissa on kuvattu esimerkinomaisesti integraatiosta eniten hyötyvien asiakasryhmien palveluja ja niiden sijoittumista lähi-, seudullisiin (yhteistoiminta-alueen) ja maakunnallisiin (alueellisiin) palveluihin. Kuviin ei ole siten koottu kaikkia mahdollisia palveluita, joita yksittäiselle henkilölle on tarjolla. Lopuksi esitetään palvelurakenteen keventämiseen tähtäävä malli vanhustenhuollossa, jossa palvelutarve tulee eniten kasvamaan lähivuosi-kymmeninä.

5.1 Lapsiperheet

Lapsiperheitten palveluilla tuetaan vanhempia ja huoltajia toteuttamaan tehtävänsä uuden sukupolven kasvatuksessa, edistetään ja tuetaan lapsen tervettä kasvua ja kehitystä sekä varmistetaan lapsen edun ja oikeuksien toteutumista.

Palveluverkon tulee toimia integroidusti, koska vaikuttavuus syntyy saumattomuudesta. Vastuu lapsista on viime kädessä vanhemmilla. Siksi palvelujärjestelmä rakentuu kumppanuudelle ja osallisuuden vahvistamiselle. Lapsiperheitten tuki tulee toteuttaa lasten ja perheitten arjessa: kotona, päivähoitossa, koulussa ja vapaa-ajan harrastuksissa. Lapsiperheitten osalta integraation tarve korostuu peruspalveluiden tasolla, ja kokonaisuuteen tulee kiinteästi kytkeä muiden toimijoiden lähipalvelut (koulu, liikunta, kulttuuri, kolmas sektori). Erityispalvelut tulee nivoa tukemaan peruspalveluja siten, että kullekin alueelle löydetään käytännössä toimivat ratkaisut. Kuvaan 4 on koottu esimerkinomaisesti lapsiperheiden palveluita ja niiden sijoittumista eri palvelutasoille.



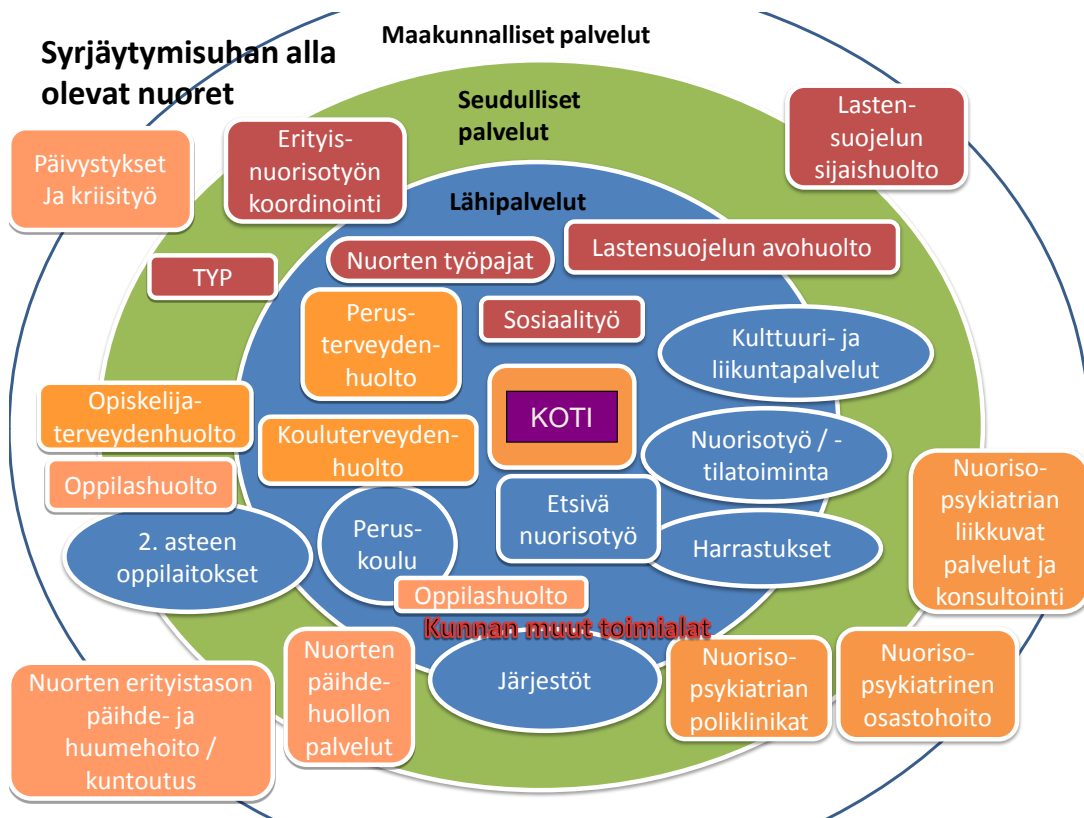
Kuva 4. Esimerkki palveluiden jaottelusta: lapsiperheet

5.2 Syrjäytymisuhan alla olevat nuoret

Nuorten kasvun ja kehityksen tuki itsenäiseen aikuisuuteen edellyttää erityisen paljon integroitua palvelujärjestelmää, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon tulee toimia kiinteässä yhteistyössä koulun, työvoimaviranomaisten, nuoriso- ja vapaa-aikatoimen ja erityispalveluiden kanssa. Syrjäytymistä ei tule tarkastella leimaavasti nuoren tilana. Tukiverkkoa ja palvelujärjestelmää

täytyy kehittää tarkastelemalla laajempia ilmiöitä: köyhyyttä, sosiaalisen tuen haurautta ja yhteisyyssuhteita. Nuoren syrjäytymisuhan taustalla on niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisia riskejä ja rajoitteita sekä erilaista, myös sukupolvien yli siirtyvää, huono-osaisuutta. Näitä tekijöitä ovat mm. sosiaalisten suhteiden epävakaas ja puute, lähiverkon hauraus, toimeentulo-ongelmat, asumisen pulmat, koulutuksen puutteet ja keskeytykset, pitkäaikaiset sairaudet, päihteiden käyttö ja epävakaas työmarkkina-asema.

Nuorten syrjäytymistä ehkäisevässä ja korjaavassa palvelukokonaisuudessa korostuu palvelujen tuominen nuorten arkeen ja myös erityispalveluiden jalkautunut toiminta (kuva 5). Syrjäytymisuhan alla olevat nuoret eivät itsenäisesti motivoitu ja hakeudu palvelujen piiriin. Etsivä nuorisotyö voi toimia saattajana palveluihin. Myös nuorisolakiin on lisätty säännökset paikallisten viranomaisten monialaisesta yhteistyöverkostosta sekä etsivästä nuorisotyöstä.

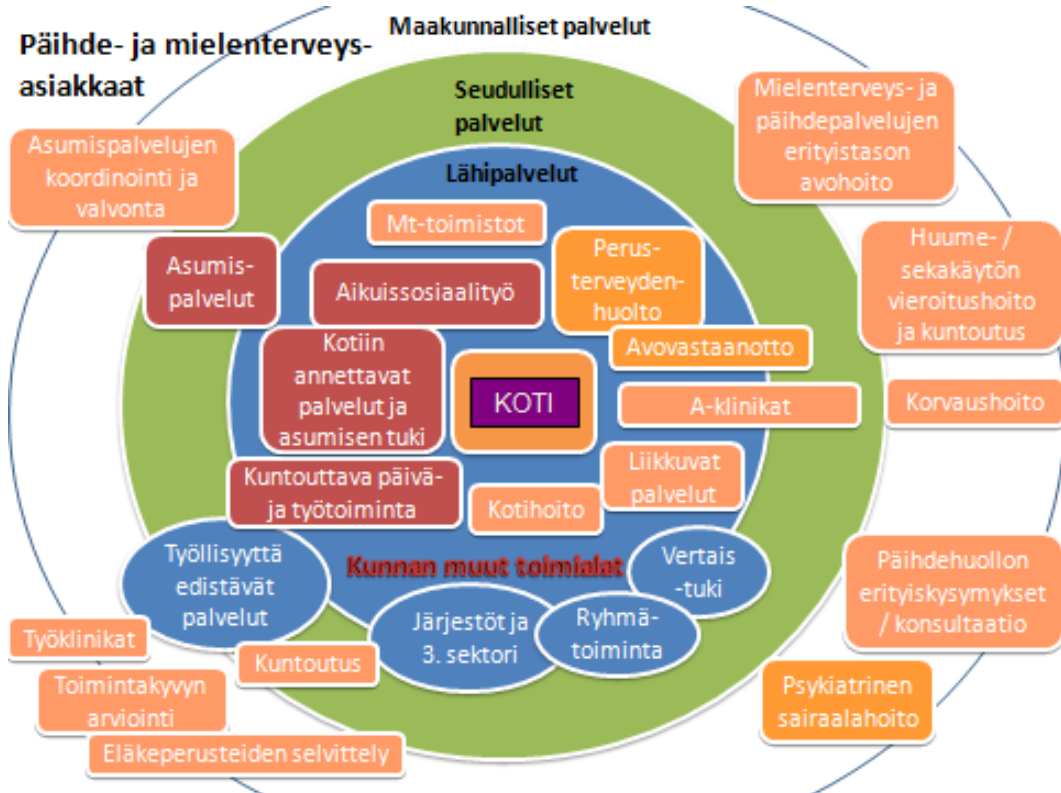


Kuva 5. Esimerkki palveluiden jaottelusta: syrjäytymisuhan alla olevat nuoret

5.3 Päihde- ja mielenterveyskuntoutajat

Päihde- ja mielenterveyskuntoutajat ovat usein heikoimmassa asemassa olevia kuntalaisia, joiden hoidon ja tuen tarve on moninaista. Näiden asiakkaiden voimavarat hakea palveluja ja sitoutua niiden toteutukseen on heikkoa, samoin kuin selviytyminen arjesta. Tämän asiakasryhmän omat tarpeet ja mielipiteet jäävät usein huomioimatta. Asiakkaiden taloudellinen asema on usein heikko ja sekava, he ovat syrjässä työelämästä tai kuntoutuminen ja paluu työhön on vaikeaa.

Näistä lähtökohdista päihde- ja mielenterveyskuntoutujien palvelutarpeessa korostuvat matalan kynnyksen palvelut ja yhden oven periaatteen tärkeys. Psykiatrinen sairaanhoito on osa erikoissairaanhoitoa ja riskinä on, että sen järjestämät avopalvelut jäävät toimimaan irrallaan kuntien lähipalveluista. Liikkuvat ja jalkautuneet erityispalvelut ja konsultaation muodossa annettu tuki peruspalveluille ovat tärkeitä. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa kolmannen sektorin toimijat ovat merkittävä taho palvelujen järjestäjänä. Integroitujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi eri tahojen palvelut tulee koordinoida kokonaisuudeksi. Kuvaan 6 on koottu esimerkki päihde- ja mielenterveyskuntoutujien palveluiden jaottelusta.

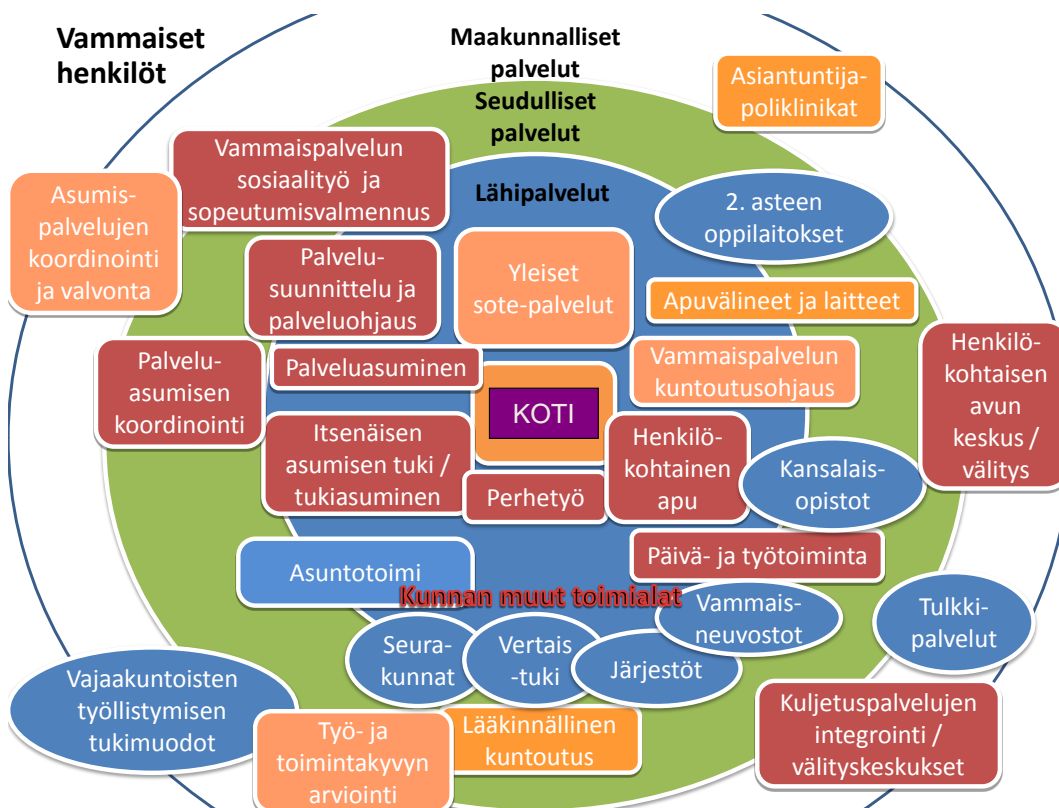


Kuva 6. Esimerkki palveluiden jaottelusta: päihde- ja mielenterveyskuntoutajat

5.4 Vammaiset

Yleisten julkisten palveluiden tulee olla lähtökohtaisesti suunniteltu ja toteutettu niin, että ne soveltuvat kaikille kuntalaisille. Vammaisten palvelujen järjestämistä tulee tarkastella suhteessa yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja esteettömyyden toteutumiseen. Mikäli yleiset palvelut eivät ole riittäviä, tarvitaan erityisesti vammaisille suunnattuja palveluja, positiivista erityiskohtelua.

Vammaispalvelujen järjestämistavan lähtökohtana on perusteltua olla alueelle keskitetyt palvelut, jotka liikkuvat ja jalkautuvat vammaisten kotiin ja elämänpiiriin. Useimmat vammaisten lähipalvelut voidaan toteuttaa, kuten kuntalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (aluevastaanotot, neuvolat, kotihoito ja tukipalvelut) yleensä. Vammaispalveluissa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tarve korostuu erityisesti, koska vammaisten asiakkaiden palvelu on aina moniammatillinen, yhteensovitettava kokonaisuus. Kuvassa 7 on esimerkki vammaisten palveluiden jaottelusta.



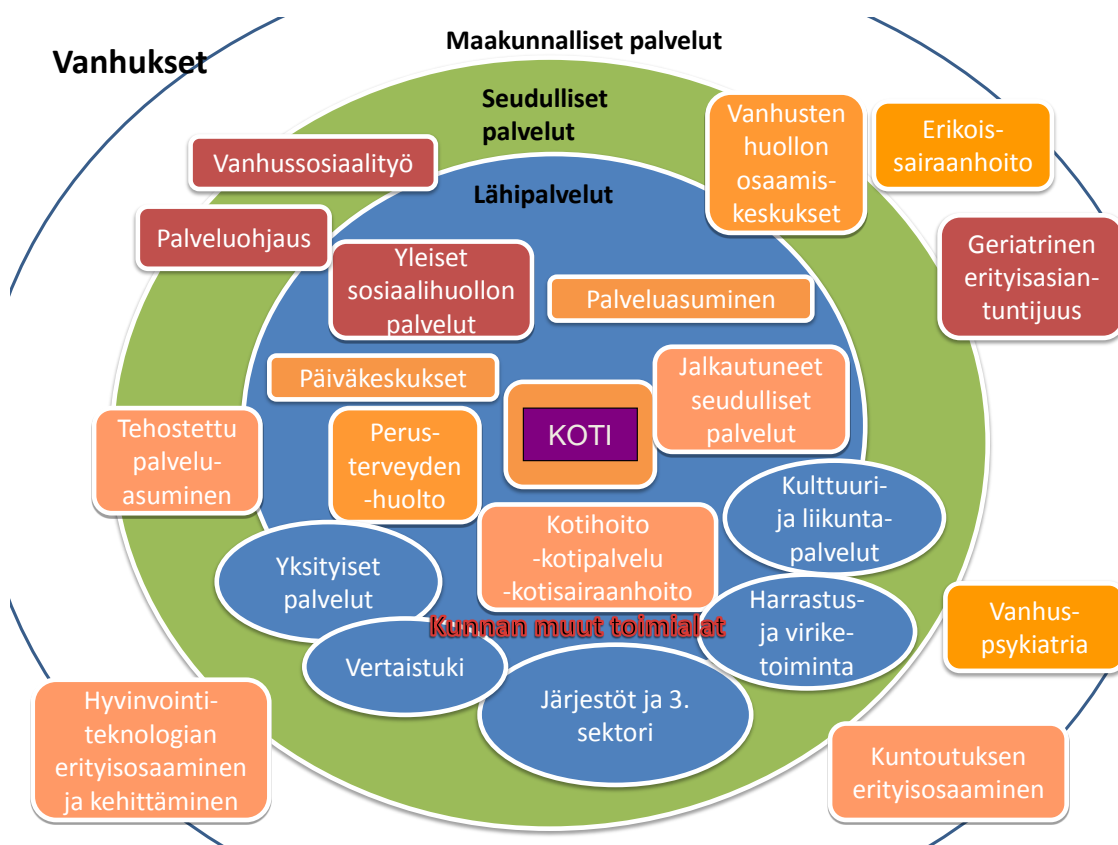
Kuva 7. Esimerkki palveluiden jaottelusta: vammaiset henkilöt

5.5 Vanhukset

Vanhuspalveluissa integraation yksi perustelu on kasvavassa palvelutarpeessa ja siitä nousevasta, voimakkaasta tarpeesta uudistaa koko palvelujärjes-

telmä, jotta tulevista haasteista selvittää. Palvelujen pelkkä määrällinen lisääminen ei riitä. Nykyinen palvelujärjestelmä tarkastelee vanhuutta ja sen aiheuttamaa tuen tarvetta ikään kuin kyseessä olisi yhtenäinen ryhmä, jonka palvelut voidaan toteuttaa saman standardikaavan mukaan. Sosiaaligerontologian professori Jyrki Jyrkämän mukaan (SK 49/2010) ”suurin ennakkoluulo vanhuudesta on se, että vanhat ihmiset ovat yhtenäistä massaa. Monenkirjaisuus ja erilaisuus lisääntyy koko ajan, ja se jää helposti näkymättömiin.” Suomalaisen yhteiskunnan tulevaisuuden onnistumisen kannalta on olennaista, että niin julkisissa kuin yksityisissä palveluissa vanhuksat huomioidaan, ja erityisesti, että heidät huomioidaan suurena mahdollisuutena, vaikuttajina ja kuluttajina eikä vain hoivapalveluiden tarvitsijoina.

Vanhustenhuollossa yleisenä lähtökohtana ja tavoitteena on palvelujen vieminen vanhuksen kotiin ja asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Tästä näkökulmasta korostuu lähipalvelujen merkitys ja kotiin vietävien asiantuntijapalvelujen lisääminen (ks. kuva 8).



Kuva 8. Esimerkki palveluiden jaottelusta: vanhuksat

Toisaalta palvelujen ulottuvuus on laaja: ennakkoivasta palvelusta pitkäaikaisen ja ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon järjestämiseen. Myös erityis-

ryhmät ikääntyvät: vanhustenpalveluja tulee järjestää niin päihde- kuin mielenterveysongelmista kärsiville ikäihmisille, kehitysvammaisille vanhuksille kuin maahanmuuttaja vanhuksille. Palvelut tulee järjestää myös hyvin erilaisissa elämäntilanteissa ja alueilla.

Vanhusten kotihoidossa potilaan elintoimintojen, liikkumisen, ruokailun ja hyvinvoinnin osioita voidaan siirtää sähköiseen seurantaan. Myös yhteydenpitoa sekä sosiaalisia ja kulttuuritarpeita voidaan toteuttaa osittain verkon kautta. Tämä ei koskaan korvaa inhimillisen vuorovaikutuksen merkitystä, mutta vähentää sellaisten rutiiniluonteisten toimenpiteiden tarvetta, joihin nyt kotipalvelu ja kotisairaanhoidohenkilökunta monesti joutuvat.

Hyvässä vanhusten palvelujärjestelmässä kotihoidon ja sairaaloiden sekä hoivakotien ja laitosten kesken hoito perustuu yhteiseen elämänsuunnitelmaan, jossa on kartoitettu hoidon tarve, tavoitteet, toteutus ja keinot, tuki, seuranta ja arviointi, sekä tähän hoitoon tarvittavat lisätiedot, kuten diagnoosit, lääkityslistat jne.

5.6 Palvelurakenteen keventäminen vanhustenhuollossa

Palvelurakennemuutoksen yhdeksi lähtökohdaksi tulee ottaa laitoshoidosta luopuminen. Hoivapaikat olisi keskitettävä varsinkin pitkälle tuotantotaloudellisista syistä. Tätä ajattelua tukee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän paradigmanmuutos, jossa eristävästä ja syrjäyttävästä laitosparadigmasta (segregaatio) on edetty vähiten rajoittavan ympäristön periaatteeseen so. avohuollon ja kuntoutuksen paradigmaan (integraatio) ja edelleen tukiparadigmaan (inkluusio), jossa tuki ja palvelut tuodaan asiakkaan tavalliseen ympäristöön (Ladonlahti 2004).

Laitosten tilalle tulisi rakentaa vanhustenhuollon osaamiskeskukset (ks. kuva 9), jotka keskittyisivät intensiivikuntoutukseen, kuntouttavaan jaksohoitoon, paikallisen hyvinvointiteknologiaosaamisen ylläpitämiseen, mahdollisesti tarvittavaan avo- ja kotisairaalahoidon, päiväkeskus- ja sairaalatoimintaan sekä paikallisen terminaalivaiheen hoidon osaamisen ylläpitämiseen jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. Toisaalta kuntouttavan hoidon liikkuvat asiantuntijapalvelut voisivat tulla vanhuksen kotiin ja lähipalvelujen tueksi erilaisissa kriisitilanteissa, jotka eivät vaadi välitöntä terveydenhoitoa tai toimenpidettä, toisin sanoen ratkotaan asioita paikanpäällä.



Kuva 9. Vanhustenhuollon osaamiskeskusten osa-alueet (Utti 14.1.2011)

Tärkeää on, ettei vanhustenhuoltoon synny kovin moniportaista järjestelmää. Asumisen peruslähtökohta on normaali koti ja sinne tarpeen mukainen riittävä tuki. Jos kotona asuminen ei onnistu, seuraava askel on tehostettu palveluasuminen, jossa voidaan asua elämän loppuun. Paljon palveluja, tukea ja hoivaa tarvitsevat vanhuksset voisivat asua tehostetun palveluasumisen yksiköissä, jotka lähtökohtaisesti rakennettaisiin muun väestön asumisalueiden ja palveluiden yhteyteen. Jokaiselle kansalaiselle taattaisiin hänen niin halutessaan mahdollisuus asua omassa kodissa tai tehostetussa palveluasumisessa elämänsä loppuun.

Vanhustenhuolto vaatii uusia asumismuotoja, jotka soveltuvat erilaisiin elinympäristöihin. Vanhusten perhehoito voi olla hyvä maaseudun ja haja-asutusalueiden hoivan järjestämistapa ja esimerkiksi erilaiset ryhmäasumisen muodot toimivia ratkaisuja kaupunkiympäristössä. Aina tulee kuitenkin olemaan vanhuksia, joiden järkevä hoito tapahtuu hoivakotityyppisellä osastolla, mutta riittävästi yksityisyyttä kunnioittaen. Tällöin tilojen esteettömyys on taattava. Tilaa ja toimintaa on oltava riittävästi, jotta vanhusten omatoimisuutta voidaan edistää eikä heitä organisatorisista ja työvoimapolitiittisista syistä vain hoideta sänkyyn. Dementia, sydänsairaudet ja liikkumisvaikeudet tai kotona selviämättömyys eivät lepäämällä parane.

Vanhustenhuollon osaamiskeskukset mahdollistaisivat sen, että potilaat voisivat kotiutua mahdollisimman nopeasti omaan kotikuntaansa akuutin keskussairaala- tai erityistason hoidon jälkeen. Myös tapaturmien kuntoutus, pitkien neurologisten sairauksien kuntoutus, osa lääkinnällisestä kuntoutuk-

sesta ja muiden sairauksien, kuten aivohalvauksen, jälkeinen kuntoutus saataisiin näissä osaamiskeskuksissa. Niissä ei tehtäisi pitkäaikaishoidon päätöksiä ja kuntoutusjaksot voisivat kestää muutamista päivistä korkeintaan kolmeen kuukauteen.

Terveyskeskusten akuuttiosastoilla voitaisiin hoitaa edelleen akuutteja, jo diagnosoituja vanhusten sairauksia sekä sellaisia potilaita, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa, mutta eivät erikoissairaanhoidon hoitoa. Pitkäaikaishoidon paikoista tehtäisiin osaamiskeskuksen paikkoja, joissa tapahtuisi päivä-, jaksottais- tai muu intensiivikuntoutus. Varsinainen asuminen järjestettäisiin muulla tavalla. Tämä poistaisi suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän suuren puutteen: kuntoutuksen laiminlyömisestä.

Uusi rakenne mahdollistaisi myös sen, että yhteistoiminta-alueella kehitettäisiin yhtenäisesti hyvinvointiteknologiaa. Hyvinvointiteknologiakeskus tarvittaisiin myös maakuntatasolle, joka voisi olla esimerkiksi yliopiston ja hyvinvointikuntayhtymän sekä vaikkapa jonkun yksityisen toimijan yhteinen.

Saattohoitoa annettaisiin tehostetussa palveluasumisessa kotona tai siellä, missä asiakas sitä haluaisi. Osaamiskeskuksessa voisi olla yksi tai kaksi paikkaa myös erityistä terminaalihoidon varten.

Osaamiskeskuksissa arvioitaisiin sosiaalisen tuen, asunnon muutostöiden ja sosiaalipalveluitten tarve, lääketieteellisten palveluitten tarve, kuljetuspalveluitten tarve, kodin muutostöiden tarve, päivä- ja jaksottaisen kuntoutuksen tarve ja sijoitus eli potilaiden jatkohoitopaikan tarvearvioinnista luovutettaisiin kokonaan erikoissairaanhoidossa, ja se tapahtuisi jatkossa alueellisissa vanhustenhuollon osaamiskeskuksissa. Toisaalta edellisessä listassa on useita tekijöitä, muuttujia ja sisältöjä, jotka tunnetaan parhaiten vain vanhuksen omassa elämäntilanteessa ja lähipalveluissa. Miten saadaan toimimaan yhteys lähipalveluihin ja tiedonkulku lähipalvelujen ja vanhusten osaamiskeskuksen välillä? Pärjäämisen arviointi voidaan parhaiten tehdä lähellä vanhuksen omaa elinpiiriä.

Osa osaamiskeskuksen palveluista tulee olla liikkuvia: asiantuntijat autoon ja kylälle mummon luo tai niin, että osaamiskeskus kokoaa asiantuntijaverkoston pulmien äärelle. Tarkoitus on, että osaamiskeskuksen avulla voidaan osaamista keskittää niin, että lähipalvelut voidaan säilyttää osaamiseltaan korkeatasoisina siten, että niistä tosiaan siirtyy ja liikkuu tarvittava osaaminen lähipalveluihin. Toisaalta osaamiskeskuksien tulee olla osa lähipalveluita.

Jos vanhustenhuollon ja kuntoutuksen osaamiskeskus muodostetaan terveyskeskuksen vuodeosastosta, on vaarana, että sairaalan ja laitoksen toimintakäytännöt jäävät elämään osana vanhaa toimintakäytäntöä. Osaamiskeskuksen käytännöt tulee muodostaa puhtaalta pöydältä. Vaaraa voidaan torjua esimerkiksi siten, että ennen riittävää kuntoutusjaksoa osaamiskeskuk-

sessä ei tehdä sijoituspäätöksiä vaan ne arvioidaan vasta, moniammatillisen kuntoutustiimin tultua siihen tulokseen, ettei kuntoutumisedellytyksiä enää ole.

Ensisijainen sijoituspaikka on aina tehostetun palveluasumisen yksikkö tai ryhmäkoti, jos oma koti ei ole mahdollinen. Laitossijoitus taas täytyy perustella erityisesti ja samalla tehdä siihen liittyvä rahoituspäätös näkyväksi. Osaamiskeskuksen käytettävissä olevat resurssit vähenevät laitossijoitusten myötä.

Jatkossa tarvitaan myös asiakaskunnan segmentointia niin, että kaikille ei tarjota aina samaa standardipalvelua vaan että asiakkaan erilaiset ja eri aikoina ilmenevät tarpeet todella huomioidaan. Tämän vuoksi osaamiskeskuksissa ja kotihoidossa tarvitaan erilaisia tiimejä, jotka osaavat vastata erilaisiin asiakastarpeisiin.

LÄHTEET

- Banks, Penny (2004) Policy Frameworks for Integrated Care for Older People. Developed by the Carmen Network. London: King's Fund.
<http://www.ehma.org/files/Policy%20Framework%20for%20Integrated%20Care%20for%20Older%20People.pdf> [Viitattu: 19.4.2011].
- Forssan seudun terveydenhuollon ky.: hallinto – Organisaatiokaavio. Saatavissa www-muodossa:
<http://www.fstky.fi/DowebEasyCMS/Sivusto/Dokumentit/Organisaatiokaavio%202010%20uusi%20diapohja.pdf> [Viitattu: 21.4.2011].
- Hankesuunnitelma 2010. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneseelvitys
- HE 268/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain ja sosiaalihuoltolain muuttamiseksi. Saatavana www-muodossa:
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100268.pdf> [Viitattu: 22.3.2011].
- Ladonlahti, Tarja (2004) Haasteita palvelujärjestelmälle: kehitysvammaiseksi luokiteltu henkilö psykiatrisessa sairaalassa. Jyväskylä : Jyväskylän yliopisto. Saatavana www-muodossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1999-4> [Viitattu: 22.3.2011].
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169.
- Leutz, Walter N. (1999) Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Quarterly 77(1):77–110.
- MacAdam, Margaret (2009) Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in System Change for Seniors. Canadian Policy Research Network Research Report. Ontario: CPRN. Saatavana www-muodossa:
http://www.cprn.org/documents/51302_FR.pdf [Viitattu: 19.4.2011].
- Munday, Brian (2007) Integrated Social Services in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Saatavana www-muodossa:
http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/source/Publication_Integrated%20social%20services%20in%20Europe%20E%20%282%29.pdf [Viitattu: 28.3.2011].
- Paananen, Reija. 2011. Syrjäytetty jo sikiönä? Esitelmä Tieteen päivillä 2011.
- Ryynänen, Olli-Pekka. 14.12.2010. Uusi terveystakeskus. PowerPoint-diaesitys. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneseelvityshankkeen maakunnallisen ja tieteellisen asiantuntijaryhmän yhteiskokous 14.12.2010.
- Singh, Debbie (2006). Making the Shift: Key Success Factors. A Rapid review of best practice in shifting hospital care into the community. University of Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement. Saatavana www-muodossa:
<http://www.hsmc.bham.ac.uk/documents/MakingtheShift6882.pdf> [Viitattu: 28.3.2011].
- SK 49/2010. Täydellinen vanhustenhoito – millaisen vanhuuden sinä haluaisit? Suomen Kuvalehti.fi. Saatavana www-muodossa:
<http://suomenkuvalehti.fi/jutut/kotimaa/vanhustenhoito-sk492010> [Viitattu: 23.3.2011].
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana www-muodossa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-13703.pdf [Viitattu: 23.3.2011].

Stuckler, David & Basu, Sanjay & McKee, Martin (2010) Budget Crisis, Health and Social Welfare Programmes. *BMJ* 2010; 340:c3311. Saatavana www-muodossa: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c3311.full> [Viitattu: 19.4.2011].

Utti, Jaana 14.1.2011. Forssan seudun suunnitelma sote-aluemallikokeiluun. Power-Point-diaesitys.

LIITTEET

Liite 1. Keski-Suomen kuntien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta

Osana Keski-Suomen palvelurakenneselvitystä toteutettiin marras–joulukuussa 2010 seutukierroksena kolme alueellista keskustelutilaisuutta. Näissä keskusteluissa hallinto ja organisaatorakenteen kysymykset olivat ensisijaisesti esillä, mutta keskusteluissa sivuttiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kokemuksia sekä näkemyksiä sen sisällöistä ja tarpeista. Seutukierroksiin osallistujista valtaosa oli päättäjiä ja kuntajohdon edustajia.

Seutukierroksella syntyi vaikutelma, että integraation käsite ymmärrettiin eri tavoin eri alueilla ja näin ollen kokonaiskuvan saaminen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation asteesta oli vaikeaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toteutetulla integraatiolla saatettiin tarkoittaa perusrakenteena yhdistettyä sosiaali- ja terveystaloutta, mutta integraation ulottuminen asiakasprosesseihin jäi epävarmaksi. Useimmissa kunnissa ei ollut muodostettu virallista kantaa palvelujen vastaisesta järjestämistavasta vaan puheenvuorossa korostettiin, että näkemykset olivat esittäjän oman pohdinnan tulosta.

Jämsän ja Kuhmoisten yhteistoiminta-alue

Jämsä ja Kuhmoinen muodostavat yhteistoiminta-alueen. Sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistettiin 1.1.2009 ja Jämsän päivähoito siirrettiin sivistystoimeen. Kaikki Kuhmoisten kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään yhteistoiminta-alueella ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on integroitu keskenään. Terveydenhuollossa on toteutettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio ja noin kolmasosa (euroilla mitattuina) terveydenhuoltoa on ulkoistettu.

Keskeisenä näkemyksenä oli, että kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavat olennaisesti myös muut hallinnonalat, eivät ainoastaan sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio nähdään myös toimintatapana, joka voi edistää/käynnistää laajempaa pohdintaa, miten kansalaisten hyvinvointia voidaan lisätä ja ennaltaehkäistä palvelutarpeita. Nähtiin, että integraatio syntyy yhdessä tekemisen kautta, mutta edellyttää hallinnon yhdistämistä. Pelkkä hallinnon yhdistäminen ei kuitenkaan riitä, vaan integraatiosta tuleva hyöty tulee näkyä kuntalaisten parempina palveluina.

Myönteisenä muutoksena on asiantuntijoiden aiempaa laajempi käyttömahdollisuus koko alueella, vaikka tavoite samantasoisista palveluista koko alueella ei ole aivan toteutunut. Integraatiota on edesauttanut aiempi terveydenhuollon kuntayhtymän muodossa tehty yhteistyö sekä aiemmat integ-

roidut toimintamallit, esimerkkeinä päihde- ja mielenterveyskeskus ja perhepalvelukeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön koetaan toimivan alueella. Palvelupisteiden etääntyminen voi olla haasteellisempaa perustason yhteistyölle.

Alueella nähtiin tärkeänä suhteessa ostopalveluihin, että kunnalla on omaa palvelutuotantoa. Jotta substanssiosaaminen säilyy, sitä tarvitaan myös tilaajaorganisaatiossa.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, JYTE-alue

Muurame, Uurainen ja Hankasalmi muodostivat vuoden 2011 alusta terveydenhuollossa yhteistoiminta-alueen, jossa Jyväskylä toimii isäntäkuntana. Hyvänä perustana nähtiin Jyväskylän monipuoliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Alueellisella ja maakunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöllä on pitkä historia ja alueen kuntien kokemus on, että se on toiminut hyvin. Alueen kunnat vastaavat edelleen itse sosiaalihuollon palveluista. Keskeinen kysymys on pohtia sosiaalihuollon tulevaa järjestämistapaa, jota käsiteltiin pidetyissä kuntapuheenvuoroissa.

Alueella korostettiin sitä, että palvelujen järjestämisessä painopiste tulee olla käyttäjänäkökuulmassa. Myös lähipalvelujen säilyminen kuntalaisille nähtiin tärkeänä, samoin kuin kansalisdemokratian säilyminen – oli toimintamallit mikä tahansa.

Hankasalmella terveydenhuoltopalveluissa halutaan painottaa potilaan omaa aktiivista osallisuutta, avohuoltoa ensisijaisuutta, tarkoituksenmukaista työnjakoa, oikea-aikaisuutta, jatkuvuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Sopivana palvelualueena nähdään kuntalaisten normaali elinpiiri, johon liittyvät asuminen, liikenne, työssäkäynti ja eri palvelujen käyttö. Nyt tehtyä muutosta palvelujen järjestämistavassa tarvitaan, jotta kuntalaisilla olisi jatkossakin tasavertaiset palvelut. Edelleen näin varmistetaan myös henkilöstön saataavuutta, erityispalveluille on riittävä asukaspohja ja rahoitusmahdollisuudet.

Muuramen kannalta koetaan keskeisenä mieltä, mitä muuramelaiset sosiaalitoimen asiakkaat hyötyvät yhteistoiminta-alueesta. Sosiaalipalveluja hankitaan jo nyt seudullisesti ja/tai toimitaan yhteistyössä Jyväskylän kanssa. Palveluja hankitaan myös monilta eri toimijoilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation luontevin suunta Muuramen kannalta on Jyväskylä. Hyvänä nähdään, että sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat yhdessä, perus- ja erityis- palvelut ovat lähellä toisiaan sekä alueiden ja asukkaiden tasavertainen palvelujen saanti on varmistettu.

Uuraisilla lähtökohtana ajattelulle on, että sosiaalipalveluista päättäminen tulee pysyttää omassa kunnassa ja lähellä kuntalaisia. Keskeisenä kysymyksenä nähdään se, millainen palvelurakenne turvaa parhaiten lähi- ja peruspalvelujen ensisijaisen aseman ja yhteisöllisen palvelujen järjestämistavan.

Oleennaista on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteys kunnan muuhun palvelurakenteeseen. Integraatiossa ei tule unohtaa myöskään muita kumppaneita kuten työ- ja elinkeinotoimisto, Kela, poliisi, seurakunnat, järjestöt ja yritykset.

Jyväskylän uuden sukupolven organisaatiomalli

Jyväskylässä valmistellaan virkamiestyönä organisaatiouudistusta, jolla haetaan demokratiaa ja tehokkuutta tukevaa uuden sukupolven kaupunkiorganisaatiota.

Tavoitteena on lisätä asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta sekä kykyä vastata toimintaympäristön muutoksiin. Riski- ja ongelmakeskeisyyden sijaan lähtökohtana on ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelu. Prosessiajattelu lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeista.

Palveluorganisaation asiakaslähtöiset ydinprosessit ovat:

1. Elinvoima ja kilpailukyky
2. Elinympäristö ja kaupunkirakenne
3. Elämänlaatu ja kulttuuri
4. Kasvu, oppiminen ja perheet
5. Toimintakyky ja arjen sujuvuus
6. Terveys ja sosiaalinen turvallisuus
7. Hyvä hallinto

Toimintakyky ja arjen sujuvuus -prosessin lähtökohtana ovat vanhusten ja vammaisten palvelutarpeet. Keskeisiä teemoja näillä ryhmillä ovat toimintakyvyn ja arjessa selviytymisen tukeminen, terveyttä edistävien palvelujen lisääminen, elin- ja toimintaympäristöjen parantaminen, kotona asumisen mahdollistaminen sekä laitoshoidon ehkäisevien palvelujen lisääminen. Palvelujen rinnalle halutaan tuoda ennaltaehkäisevän työn monipuoliset sisällöt: omaehtoisen toiminnan ja osallistumisen lisääminen, yhteisöllinen toimeliaisuus, matalan kynnyksen palvelut kuten vertaistuki, arkipalvelujen palauttaminen (työllistämistiimit siivoukseen, asuntojen korjaukset) sekä vertaistuen uudet toimintamuodot, esim. omaisten hyvinvointi tv ja nettifoorumit.

Kasvu, oppiminen ja perhe -prosessin tavoitteena on lasten, nuorten ja perheiden omatoimisuuden ja osallisuuden vahvistaminen hyvinvoinnin turvaajana sekä ennakoivan ja ehkäisevän työn monipuolistaminen. Palvelut järjestetään lapsen ja perheiden tarpeiden pohjalta siten, että eri palvelujen, ammattiryhmien ja toimijoiden osaaminen voidaan yhdistää joustavaksi lapsen elämänpolkuja ja perheiden arkea tukevaksi kokonaisuudeksi.

Terveys ja sosiaalinen turvallisuus -prosessin keskeisiä näkökulmia ovat terveyden edistäminen, omatoimisuuden ja osallisuuden edistäminen, ongelmien ennaltaehkäiseminen sekä hyvän hoidon ja sosiaalisen turvallisuuden varmistaminen. Myös vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki kytetään palveluverkkoon. Terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin palvelukokonaisuudessa on useita rajapintatoimintoja suhteessa muihin palveluihin

Kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut on järjestetty osana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintaa vuoden 2011 alusta.

Keski-Suomen seututerveyskeskuksen alue

Vuoden 2011 alusta aloitti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitoksena toimintansa Keski-Suomen seututerveyskeskus, joka vastaa Konneveden, Laukaan, Toivakan, Luhangan, Joutsan, Keuruun, Multian ja Petäjäveden perusterveydenhuollosta ja osasta sosiaalipalveluja.

Laukaan puheenvuorossa nähtiin lähtökohtana, että seututerveyskeskus mahdollistaa myös sosiaalihuollon integraation. Vaihtoehtona on myös se, että vaativan tason sosiaalihuollon erityispalveluja tuotetaan yhdessä JYTE-organisaation kanssa. Tärkeänä pidetään, että aiemmin kunnassa rakennettu saumaton sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö voidaan säilyttää. Vastuu asiakkaan kokonaistilanteesta on oltava selvillä ja hallinnassa.

Toivakan, Luhangan ja Joutsan näkökulmalle on yhteistä, että lähtökohtana on pieni kuntakoko. Kansalaisten kannalta palvelujen saatavuus ja saavutettavuus ovat tärkeitä kysymyksiä.

Keuruulla kuvataan, että kunnassa on toiminut jo pitkään täysin integroitu sosiaali- ja terveystoimi. Sosiaalitoimen lähipalvelut halutaan jatkossakin tuottaa itse, mutta laajan väestöpohjan palveluissa halutaan tehdä tarkoituksenmukaista yhteistyötä. Sosiaalitoimi nähdään kunnan lähipalveluna. Yhteistyö on oikea suunta, mikäli toiminta vaatii oikeasti laajaa väestöpohjaa. Terveydenhuollolle koulutoimi nähdään yhtä merkittävänä yhteistoiminnan tahona kuin sosiaalitoimi.

Sote-kuntayhtymä ja liikelaitos Saarikka

Saarijärven kaupunki sekä Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kunnat ovat muodostaneet Saarijärven yhteistoiminta-alueen, jossa on yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi näiden viiden kunnan alueella. Saarikassa nähdään nyt tärkeäksi jo muodostetun toiminnan vakiinnuttaminen. Yksittäisen kunnan sisällä yhteistyö eri toimijoiden välillä on tärkeä saada toimimaan siten, että se tukee sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta. Tavoitteena on mm. luoda alueelle yhteiset palvelujen piiriin pääsyn kriteerit.

Sosiaalihuollon erityispalveluja, joita voidaan ajatella tuotettavan alueen ulkopuolella, voisivat olla esimerkiksi vaativat lastensuojelun palvelut (kuten huostaanotto ja sijaishuolto) sekä vaativat päihdehuollon palvelut.

Tärkeää on, että kuntalaisille tehdään ihmisten näköisiä palveluja, joita toteuttavat ammattiosajat. Roolien (tilaaja / tuottaja) tulee olla selkeitä ja oikein ymmärrettyjä. Perustana tulee olla luottamus siihen, että kukin tekee omat tehtävänsä.

Wiitaunioni

Viitasaari, Pihtipudas ja Kinnula muodostivat vuonna 2005 Wiitaunionin yhteistoiminta-alueen. Alueella nähdään, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on viety pitkälle eikä sitä haluta hajottaa. Kokemus on, että integroidulla toiminnalla saadaan hyviä tuloksia. Haasteena pohjoisessa Keski-Suomessa ovat pitkät välimatkat, jolloin lähipalveluja tarvitaan, myöskään päivystyspalvelut eivät voi olla kovin kaukana. Kuntalaisille tulee olla valinnanvapaus palvelujen hakemisessa. Palvelujen kehittämisessä tärkeänä pidetään tulevaisuudessa kuntoutuspalveluja, niiden merkitys ja tarve korostuu.

Äänekoski

Äänekosken osalta peruskunta täyttää Paras-lain vaatimukset, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on toteutunut ja perusturvan palvelut on organisoitu linkkaarimallin pohjalta. On päästy vaiheeseen, jossa integraatio ulottuu monissa kohdin palveluprosesseihin. Kokemus on opettanut, että integraatio vaatii sitkeää työtä. Äänekoskella nähdään, että kansalaisten hyvinvointi syntyy kuitenkin pitkälle muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa: kulttuuri, työ, opetus, asuminen, ihmissuhteet ja yhteisöllisyys ovat monessa suhteessa ensisijaisia vaikuttavia tekijöitä. Jotta toiminta toisi tulosta, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eivät saa jäädä kauaksi tästä, yhteyttä on vaalittava.

Äänekoskella nähdään nyt tärkeänä pitää päätöksenteko omissa käsissä ja hyvinvointipalvelujen kokonaisuus yhtenäisenä. Maakunnallinen yhteys nähdään kuitenkin tarpeellisenä ja järkevänä. Isompaan kokonaisuuteen on edettävä yhdessä, asiat ja sisällöt edellä. Tällöin vältetään toimimasta eri puolilla maakuntaa kovin hajanaisesti.



K O S K E
KESKI-SUOMEN
SOSIAALIALAN
OSAAMISKESKUS

Julkaisija

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Osoite:

Matarankatu 4
40100 Jyväskylä

www.koskeverkko.fi