Tampereen yliopisto

Meri Vikström

SOSIAALIHUOLLON, PERUSTERVEYDEN-HUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUINTEGRAATIO

Terveystieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Huhtikuu 2020

TIIVISTELMÄ

Meri Vikström: Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluintegraatio
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Kansanterveystiede
Huhtikuu 2020

Kandidaatintutkielma toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja sen tarkoituksena on selvittää, mitä sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla tarkoitetaan. Tutkielmassa syvennytään sosiaali- ja terveyspalveluintegraation merkitykseen, sen tarpeeseen suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta sekä aiheen kansainväliseen tutkimukseen. Aihe on merkittävä niin kansanterveydellisesti kuin yhteiskunnallisestikin, sillä murroksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuolto koskettaa meitä jokaista. Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiosta on vielä niukasti tutkimustietoa, minkä vuoksi aiheen esille tuominen on tärkeää.

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistaminen on ajankohtainen ilmiö, sillä kasvavat sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja palvelutarpeen muutokset haastavat palvelujärjestelmän kantokyvyn. Väestön vanheneminen ja hoivan ja hoidon tarpeen kasvu puhuvat kustannustehokkaampien toimintamallien puolesta. Palvelujen epätasainen laatu, peruspalvelujen puutteet sekä saatavuusongelmat lisäävät väestön eriarvoistumista. Kustannusten heikko hallittavuus ja erikoissairaanhoidon kustannusten nousu aiheuttaa ahdinkoa jo nyt vaikeuksissa oleville kunnille.

Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation tavoitteena on sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhtenäistäminen. Integroituneessa palvelujärjestelmässä kustannussäästöjä saadaan poistamalla palvelujen päällekkäisyyksiä, kehittämällä saumattomia hoitoketjuja, lisäämällä hoidon vaikuttavuutta sekä tehokkuutta lisääviä toimintatapoja. Tavoitteena on kustannusten hillitseminen kolmella miljardilla eurolla vuoteen 2030 mennessä.

Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla voidaan lisätä ammattilaisten välistä yhteistyötä ja kustannustehokasta toimintaa. Ammattilaisten välinen yhteistyö vaatii onnistuakseen kuitenkin luottamusta, jonka rakentumiselle on annettava aikaa. Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla voidaan myös vaikuttaa hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Tutkimuksissa painotettiin myös integraation johtamisen tärkeyttä. Tutkimusten mukaan integraation myötä päätöksenteko nopeutui, mutta se rajoitti paikallisten toimijoiden vaikuttamismahdollisuuksia. Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation heikkoutena pidettiin vallan keskittymistä ja se koettiin uhkana perusterveydenhuollon asemalle ja kustannusten tasaiselle jakautumiselle.

Avainsanat: Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatio, integraatio, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, erikoissairaanhoito

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO 1
2. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN NYKYTILANNE 3
2.1 Peruspalvelut kuntien vastuulla 3
2.2 Erikoissairaanhoito sairaanhoitopiirien vastuulla 5
3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUINTEGRAATIO 6
4. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUINTEGRAATION TARVE 11
5. NÄKÖKULMIA KANSAINVÄLISISTÄ TUTKIMUKSISTA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUINTEGRAATIOON 13
6. VALMISTEILLA OLEVA SOTE-UUDISTUS 15
7. POHDINTA 18
7.1 Johtopäätökset 18
7.2 Eettisyys ja luotettavuus 21
8. LÄHTEET: 22

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistaminen on ajankohtainen ilmiö, jonka välttämättömyys johtuu kustannusten nousun hillitsemistarpeesta (STM 2020, 12). Sosiaali- ja terveydenhuollon kasvavat menot ja palvelutarpeen muutokset haastavat palvelujärjestelmän kantokyvyn. Väestön vanheneminen ja hoivan ja hoidon tarpeen kasvu puhuvat kustannustehokkaampien toimintamallien puolesta (Luukkonen 2018, 56). Palvelujen epätasainen laatu, peruspalvelujen puutteet sekä saatavuusongelmat lisäävät väestön eriarvoistumista (Erhola 2020). Kustannusten heikko hallittavuus ja erikoissairaanhoidon kustannusten nousu aiheuttaa ahdinkoa jo nyt vaikeuksissa oleville kunnille (Sinervo & Meklin 2017; Rissanen 2019).

Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on äärimmäisen hajautettu paikalliselle tasolle ja tällä hetkellä kunnat vastaavat peruspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta (Jäntti 2017; Sinervo & Keskimäki 2019). Kunnat osallistuvat myös erikoissairaanhoidon rahoittamiseen maksuosuuksin sekä käyttöön perustuvilla maksuilla (Luukkanen 2018, 56). Kustannusten heikko ennustettavuus on haastanut etenkin pieniä kuntia, ja palvelujen järjestämisvaikeudet ovat heijastuneet peruspalvelujen saatavuusongelmiin sekä puutteisiin. Peruspalvelujen eriarvoinen käyttö heijastuu myös eriarvoiseen erikoistason palvelujenkäyttöön. (Muuri ym. 2008; Jäntti 2017; Sinervo & Meklin 2017; Erhola 2020.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen tavoitteena on palvelujen turvaaminen niin, että palvelut järjestetään niitä tarvitseville samalla vähentäen palvelujen riittämättömyyttä sekä eriarvoistumista. Uudistamisella pyritään vahvistamaan peruspalveluja ja luomaan asiakaslähtöinen palvelukokonaisuus. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja toimintamalleja uudistetaan. Uudistuksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille. Näillä toimenpiteillä tavoitellaan kolmen miljardin kustannusten alentumaa vuoteen 2030 mennessä. (HE 15/2017.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen käytännön toteutumiskeinona on sosiaali- ja terveyspalveluintegraatio, jonka tarkoituksena on sosiaalihuollon, perusterveyden ja

erikoissairaanhoidon yhtenäistäminen. Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla pyritään hillitsemään kustannuksia palvelujen yhteensovittamisen, saumattomien palveluketjujen ja tehokkuuden lisäämisellä (HE 12/2017). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmäuudistus tulee muuttamaan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää niin toiminnan kuin hallinnon tasolla. Uudistus on laajin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva muutos vuosikymmeniin. (Nuutinen 2017.)

Kandidaatintutkielmassa syvennytään sosiaali- ja terveyspalveluintegraation merkitykseen, sen tarpeeseen suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta sekä aiheen kansainväliseen tutkimukseen. Aihe on merkittävä niin kansanterveydellisesti kuin yhteiskunnallisesti, sillä murroksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuolto koskettaa meitä jokaista. Sosiaali- ja palveluintegraatiosta on vielä niukasta tutkimustietoa, jonka vuoksi aiheen käsitteleminen on tärkeää.

2. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN NYKYTILANNE

2.1 Peruspalvelut kuntien vastuulla

Suomessa kuntien rooli hyvinvointijärjestelmän toteuttajina on merkittävä, sillä kunnat vastaavat pitkälti julkisista palveluista, niiden järjestämisestä sekä järjestämisestä aiheutuvista kustannuksista (Jäntti 2017). Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa järjestäen palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestävällä tavalla. Kuntien lakisääteisten tehtävien painopisteenä ovat hyvinvointipalvelut eli sosiaali- terveys-, opetus- ja sivistyspalvelut (Sinervo & Meklin 2017).

Kuntien terveyspalvelujen lakisääteiset tehtävät määräytyvät terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan, joka velvoittaa kunnat järjestämään asukkailleen perusterveydenhuollon palvelut. Palvelujen tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Kuntien järjestämisvastuulla oleviin palveluihin lukeutuvat muun muassa lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot, äitiys- ja lastenneuvolat, seulontatutkimukset, suun terveydenhuolto, mielenterveyspalvelut, päivystyshoito sekä kotisairaanhoito. Lisäksi kunnat vastaavat koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta, toimista alueellisten terveyserojen kaventamiseksi ja terveyden edistämisestä. (STM 2019.) Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan kunnan tehtävänä on sosiaalisen turvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen, eriarvoisuuden vähentäminen, sosiaalisten ongelmien ehkäisy sekä ihmisten omatoimisuuden tukeminen. Lain mukaan kuntien tulee turvata yhdenvertaiset, laadukkaat ja riittävät sosiaalipalvelut asukkailleen. Kunnat tai kuntayhtymät voivat järjestää palvelut itse tai ostaa sosiaalihuollonpalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Yritysten ja järjestöjen tarjoamat erilaiset sosiaalipalvelut täydentävät usein kunnallisia palveluita. (STM 2020.)

Kunnat ovat siis vastuussa julkisen perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluista, jotka kunnat voivat järjestää yksin tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostaen palvelut ulkopuolisilta palveluntuottajilta tai liikelaitoksilta. Palvelujen tuottajia voivat olla julkinen, yksityinen tai kolmas sektori. (Niiranen & Kinnunen 2010, 90, 97; Niemelä ym. 2015, 17; Virtanen ym. 2017, 7.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen kustannukset vaihtelevat

vuosittain ja suuri osa kuntien menoista kuluu nimenomaan näiden palvelujen järjestämiseen. Kuntien terveydenhuollon kokonaisvoimavaroista yli puolet kuluu kroonisten eli pitkäaikaisten ja pysyvien sairauksien hoitoon. (Markkanen & Puro 2011, 13-14; Sinervo & Meklin 2017.) Kulujen ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa, sillä väestö ikääntyy. Väestön ikääntyessä kroonisten sairauksien määrä tulee kasvamaan ja ihmiset elävät jatkossa yhä pidempään kroonisten sairauksien kanssa eliniän pidentyessä. Myös monisairastavuuden ennustetaan lisääntyvän, tutkimusten mukaan tällä hetkellä iäkkäät sairastavat keskimäärin kolmea eri toimintakykyä alentavaa sairautta samaan aikaan (Helminen ym. 2012).

Sosiaalihuollon järjestämiskustannuksiin kuluu arviolta 22 prosenttia kuntien tai kuntayhtymien vuosittaisesta budjetista (Kuntaliitto 2019). Viime aikoina keskustelua on käyty hyvinvointipalvelujen kohdentamistehokkuudesta, sillä tutkimusten mukaan taloudellisten resurssien lisääminen sosiaalipalveluihin on tehokkaampi tapa kohentaa kansalaisten terveydentilaa ja hyvinvointia kuin sama panostus terveydenhuoltoon. (Markkanen & Puro 2011, 11.) Kohdentamistehokkuus on merkittävää, sillä työikäisen väestön lisääntyneet mielenterveys- ja päihdeongelmat näkyvät psykososiaalisen tuen ja lastensuojelun palvelutarpeen lisääntymisenä.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat nousseet työikäisen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien keskiöön ja psyykkinen kuormittuneisuus on lisääntynyt etenkin naisilla. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan joka viides naisista on kokenut merkittävää psyykkistä kuormitusta ja erilaiset masennusoireet ovat yleisiä sekä naisilla että miehillä. Tutkimusten (Erhola ym 2020) mukaan työikäisten humalajuominen on vähentynyt, mutta se on edelleen runsasta. Vuonna 2015 arviolta 20 prosenttia naisista ja 33-38 prosenttia miehistä täytti alkoholinongelmakäytön rajan. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat merkittäviä, sillä ongelmat heijastuvat yksilön lisäksi myös lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin. (Markkanen & Puro 2011, 10; Kähärä 2015; Viertiö ym. 2017; Suvisaari ym. 2017, 85.)

Hyvinvointivaltion kehityksen myötä kunnille asetetut palveluvaatimukset ja velvoitteet ovat lisääntyneet, samalla kun palvelujen järjestämiseen käytettävät valtionosuudet ovat pienen-

tyneet. Hyvätasoisten palvelujen järjestäminen onkin muodostunut merkittäväksi ongelmaksi kunnille, ja palvelujen järjestämisestä aiheutuvat vaihtelevat kustannukset ovat tehneet etenkin pienistä kunnista haavoittuvaisia. (Jäntti 2017; Sinervo & Meklin 2017.)

2.2 Erikoissairaanhoito sairaanhoitopiirien vastuulla

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalojen mukaisia terveydenhuollon palveluja. Suomessa erikoissairaanhoitoa järjestää Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, jotka vastaavat hoidon järjestämisestä alueellansa. Lain mukaan jokaisen kunnan tulee kuulua osaksi sairaanhoitopiiriä, ja kunnat yhdessä muodostavat sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, joita on Suomessa tällä hetkellä 20 kappaletta. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on siis lakisääteisesti sairaanhoitopiireillä, mutta kunnat ja kuntaliitot osallistuvat sen rahoittamiseen jäsenkuntaosuuksilla sekä palvelujen käyttöön perustuvilla maksuilla (Luukkanen 2018, 56). Etenkin pienten kuntien ongelmaksi on muodostunut erikoissairaanhoitoon kuluvien kustannusten vuosittainen vaihtelu ja näiden kustannusten vaikea ennakointi, jonka vuoksi kuntien on hankala arvioida terveydenhuollon menoihin kuluvaa osuutta budjetistaan. (Niemelä ym. 2015, 51-52.)

Erikoissairaanhoito vie suurimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista ja palvelujärjestelmän suuri haaste onkin raskaiden ja kalliiden erikoissairaanhoidon palvelujen painotus, joka näkyy erikoissairaanhoidon nousevissa kustannuksissa. (Rissanen 2019; STM 2020.) Erikoissairaanhoidon tarpeettoman vahvaa painottamista on kritisoitu, sillä erikoissairaanhoidon tehokkuuden lisääminen ei yksinään ratkaise esimerkiksi elintapaongelmien, syrjäytymisen ja mielenterveys- ja päihdeongelmien haasteita. Oikeudenmukaisuuden ja yhdenmukaisuuden näkökulmasta merkittävänä haasteena on myös hoidon laadun ja kustannusten epätasainen jakautuminen eri sairaanhoitopiirien välillä. (Luukkanen 2018, 56; Rissanen 2019).

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaisten sairaanhoitopiirien lisäksi Suomi on jaettua erityisvastuualueisiin, jotka vastaavat erityistason sairaanhoidon järjestämisestä Suomessa. Erityistason sairaanhoidolla tarkoitetaan sairaanhoitoa, joka on sen harvinaisuuden, vaati-

vuuden tai järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten vuoksi säädetty erityistason erikoissairaanhoidoksi. Jokaisen sairaanhoitopiirin tulee kuulua osaksi eritysvastuualuetta ja lain mukaan erityisvastuualueilla tulee olla lääkärikoulutusta antava yliopisto. Tällä hetkellä Suomessa on viisi erityisvastuualuetta.

3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUINTEGRAATIO

Palveluintegraatio ei käsitteenä ole aivan yksiselitteinen, ja se voidaankin käsitteen laajuuden vuoksi ymmärtää eri tavoin (Markkanen & Puro 2011, 9-10; Rissanen & Lammintakanen 2017, 31; Sinervo & Keskimäki 2019, 425). Goodwinin (2016) mukaan integraatio voidaan yksinkertaisimmillaan määritellä toimintatapana, jonka pyrkimyksenä on yhtenäistää sirpaloitunutta palvelujärjestelmää ja lisätä hoidon laatua ja turvallisuutta yhteistyön kautta. Puhuttaessa sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiosta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kontekstissa integraatiolla tarkoitetaan laajaa palveluuudistusta, jonka tarkoituksena on liittää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen toiminnot yhdeksi toimivaksi kokonaisuudeksi. Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation pyrkimyksenä on kaikkien palvelujen tuottaminen ja järjestäminen niin, että järjestämisvastuussa on vain yksi toimielin (Niemelä ym. 2015, 57; Rissanen & Lammintakanen 2017, 31.) Hallituksen esityksen (15/2017) mukaan järjestämisvastuussa ovat jatkossa maakunnat entisten kuntien ja sairaanhoitopiirien sijaan.

Kuten aiemmin sanottu, integraatio on käsitteenä laaja ja tämän vuoksi sitä voidaankin luokitella eri tavoin. Integraatio voidaan jaotella esimerkiksi tyyppien mukaan organisaatioiden tai kulttuurin integraatioon (Goodwin 2016). Integraation tasot voidaan taas jakaa mikrotason, mesotason ja makrotason integraatioon (Niemi ym. 2015; Goodwin 2016). Mikrotason integraatiolla tarkoitetaan yksittäisen potilaan tai asiakkaan hoidon koordinoimista. Mesotasolla kyse on alueellisten hoito- ja palveluketjujen yhtenäistämisestä ja uusien ketjujen luomisesta. Makrotason integraatiossa kyse on taas järjestelmätasoisten hoito- ja palvelukokonaisuuksien ja niiden tukipalvelujen yhdistämisestä laajoiksi yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi. (Niemi ym. 2015.) Rahoituksen integraatio voidaan nähdä myös yhtenä integraation tasona (Kuusisto ym. 2017; Sinervo & Keskimäki 2019.) Rahoituksen integraatiossa rahoitusvastuu siirretään yhdelle järjestäjälle, sosiaali- ja

terveydenhuollon uudistuksen kohdalla maakunnille, jotka vastaavat palvelujärjestelmän kokonaisrahoituksesta ja esimerkiksi budjetoinnista (Kuusisto ym. 2017.)

Integraatio voidaan jakaa myös horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon (Goodwin 2016). Horisontaalisessa integraatiossa integraation kohteena ovat sekä sosiaalipalvelut että terveyspalvelut. Tarkoituksena on näiden palvelujen yhteensovittaminen niin, että ne vastaavat paremmin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteisten asiakkaiden tarpeisiin (Markkanen & Puro 2011, 9-10; Goodwin 2016.) Vertikaalisesta integraatiossa puhuttaessa kohteena ovat taas hoidon tasot eli perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito, ja keskiössä näiden integroiminen keskenään (Goodwin 2016). Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan palvelujen kansallista ja alueellista yhteensovittamista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantamista (Markkanen & Puro 2011, 9-10). Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla pyritään makrotason integraatioon, joka toteutetaan niin horisontaalisella kuin vertikaalisella tasolla. Uudistuksen kohteena on siis koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen merkittävänä tavoitteena on kustannusten hillitseminen. Hallitus asetti tavoitteeksi vuoteen 2030 mennessä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nousun hillitsemisen kolmella miljardilla eurolla (HE 15/2017, 156). Kustannusten kestävä hillintä edellyttää palvelujen kustannusvaikuttavuuden parantamista, sillä ilman tätä tehdyt säästöt aiheuttavat lisäkustannuksia joko myöhemmin tai toisaalla järjestelmässä (Torkki ym. 2019). Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatio pyrkii vastaamaan kustannustavoitteeseen lisäämällä palvelujen kustannusvaikuttavuutta sekä parantamalla palvelujen tehokkuutta (Sinkkonen ym. 2015, 105,111; Jolanki ym. 2017). Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation tavoitteena on myös hoidon laadun sekä asiakastyytyväisyyden parantaminen (Auschra 2018; Sinervo & Keskimäki 2019). Palvelujen integraatio eli yhteensovittaminen ja peruspalvelujen vahvistaminen ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisimpiä kiintokohtia viime vuosina samalla kun on korostettu erityisesti rahoitus- ja järjestämisvastuun pitämistä samoissa käsissä. (Markkanen & Puro 2011, 9; Sinkkonen ym. 2015; Zitting, Laulainen & Niiranen 2019.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhtenäistäminen on yleistynyt voimakkaasti viime vuosien aikana, ja erilaisia integrointiyrityksiä on tehty etenkin kuntatasolla. Esimerkkinä tästä on kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistäminen sekä kunta- ja

palvelurakenteiden uudistamishanke Paras, jota toteutettiin vuosina 2007-2011. (Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2015, 106.) Paras-hankkeen tavoitteena oli perusterveydenhuollon palvelujen järjestäminen aikaisempaa suuremmille väestöpohjille painottaen palvelujen asiakaslähtöisyyttä, laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Lisäksi tavoitteena oli turvata peruspalvelut eheyttämällä kuntarakenteita ja vahvistamalla kunnan vastuulla olevia palveluita sekä rakenteellisesti että taloudellisesti. Paras-hanke pyrki pääsemään tavoitteeseensa kuntaliitosten kautta, eikä se ottanut kantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen toteuttamiseen. (Raivio 2007, Niiranen ym. 2013, 24; Niemelä ym. 2015, 22, 38.) Paras-hankkeen katsotaan kuitenkin edesauttaneen sosiaali- ja terveyspalveluintegraation etenemistä, eheyttäneen palveluja toimialan sisällä sekä laajentaneen sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluvalikoimaa etenkin pienissä kunnissa. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2012, 24; Luukkonen 2018, 40.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio tukee perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimen keskinäistä suhdetta ja limittää eri toimijoiden palvelut toisiinsa synnyttäen kestäviä palveluketjuja (Markkanen & Puro 2011, 8-9). Palveluketjujen tavoitteena on palvelujen samanaikainen, johdonmukainen ja tavoitteellinen toteutuminen ja potilaan vastuullinen siirtyminen palvelusta toiseen niin julkisen kuin yksityisen toimijan välillä. Esimerkkinä on polviproteesipotilaiden hoitoketju, jossa hoito- ja palvelupolku on järjestetty sekä perus- ja erityistason että julkisen ja yksityisten palvelujen välillä. (Markkanen & Puro 2011, 8-9; THL 2019.)

Toimivat ja sujuvat palveluketjut mahdollistavat asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidontarpeen huomioimisen ja tähän vastaamisen (Markkanen & Puro 2011, 8-9). Turhia kustannuksia syntyy palvelujen päällekkäisyyksistä ja samojen hoitotoimenpiteiden, esimerkiksi verinäytteiden ottamisesta eri palvelujärjestelmän tasoilla. Keskeisin keino turhien hoidon vaiheiden ja toimenpiteiden välttämiseksi onkin sosiaali- ja terveyspalvelujen saumattomuus eli palvelujen integrointi yhtenäisiksi palveluketjuiksi. (Heikinheimo 2017, 1975.) Sujuvat palveluketjut ovat merkittäviä, sillä tutkimusten mukaan joka kymmenes sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas tarvitsee palveluja sekä sosiaali- että terveydenhuollosta (Hujala & Lammintakanen 2018, 10). Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation tavoitteena onkin asiantuntijoiden saumaton yhteistyö, jossa moniongelmaisten potilaiden hoivan ja hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan sujuvasti ja kokonaisvaltaisesti. Käytännön tasolla sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla poistetaan palvelujen päällekkäisyyksiä ja

palveluaukkoja, joita syntyy hallitsemattomista tai väärin toteutetuista organisaatioiden ja yksiköiden eriytymisestä. (Jolanki ym. 2017; Auschra 2018; Zitting ym. 2019.)

Vähentämällä palvelujen päällekkäisyyksiä ja saumattomien hoitoketjujen luomisen lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluintegraatio pyrkii kustannusten hillitsemiseen peruspalveluja vahvistamalla. Peruspalveluja vahvistamalla ja takaamalla niiden saatavuus voidaan vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin laskevasti. Laadukkaiden ja sujuvien peruspalvelujen tarkoituksena on vähentää kalliiden erikoispalvelujen tarvetta. (Niemelä & Kivipelto 2019.) Tämä on merkittävää, sillä tällä hetkellä erikoissairaanhoito vie suurimman osan terveydenhuollon käyttökustannuksista (Niemelä 2015, 52).

Myös tehokkuuden parantaminen on keskeistä, sillä väestön vanheneminen lisää hoidon ja hoivan tarvetta eikä terveydenhuoltohenkilöstön määrä kasva Suomessa samassa suhteessa hoivan tarpeen kanssa (Markkanen & Puro 2011, 12; Keskimäki ym. 2018.) Jatkossa tehokkuutta lisääviä toimenpiteitä, kuten itsehoidon ja omavastuun lisäämistä sekä ennaltaehkäisyn parantamista, tulee kehittää. Tehokkuuden lisäämisen ja kestävien palveluketjujen lisäksi yksi sosiaali- ja terveyspalveluintegraation tavoitteista on hyvinvointipalvelujen vaikuttavuuden parantaminen. Kuitenkin on tärkeä huomioida, että sosiaali- ja terveydenhuollolla ei voida yksin tuottaa tai vastata kansalaisten kokonaishyvinvoinnista. Kokonaishyvinvointiin ovat limittyneet myös muut tekijät, kuten koulutus, kulttuuri ja vapaa-aika. (Markkanen & Puro 2011, 13.)

Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation onnistuminen edellyttää, että poliittinen johto sitoutuu uuden luomiseen ja kehittämiseen, ei vain vanhojen rajapintojen kohentamiseen (Markkanen & Puro 2011, 16). Muuttuvat järjestelmätason rakenteet eivät myöskään yksinään takaa yhdentymisen ja yhteistyön onnistumista (Hujala & Lammintakanen 2019), vaan kokonaisvaltaisen palveluintegraation onnistuminen ja sen jalkauttaminen käytäntöön vaatii tietoa ja ymmärrystä eri tahojen kriittisistä solmukohdista ja toiminnan sudenkuopista. Rakenneuudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan sekä toiminnallista että hallinnollista integraatiota. (Niemi ym. 2015.)

Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatio vaatii myös digitaalisten integraatiorakenteiden kehittämistä, kuten yhtenäisiä potilastietojärjestelmiä (Markkanen & Puro 2011, 16). Yhtenäiset sähköiset tietojärjestelmät tai hyvinvointikertomukset tukevat horisontaalista

sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiota ja lisäävät potilasturvallisuutta (Heikinheimo ym. 2017; Virtanen ym. 2017, 6). Tällä hetkellä palvelujärjestelmän yhtenä ongelmana ovat lukuisat eri tietojärjestelmät ja näiden heikko yhteentoimivuus. Tietojärjestelmäintegraatiolla pyritään yhdentämään eri järjestelmiä sekä luomaan alustoja, joiden avulla järjestelmät pystyvät toimimaan yhdessä, vaikka ne pysyvätkin erillisinä järjestelminä. (Virtanen ym 2017, 6, 8.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on pyritty uudistamaan jo pidemmän aikaa, sillä nykyinen palvelujärjestelmä ei vastaa tämän päivän haasteisiin. Väestö- ja aluerakenteiden muutokset, uudisyrityksiin liittyneet yhteiskunnalliset jakolinjat sekä rahoituskentän muutokset haastavat nykyisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän. (Keskimäki 2019.)

4. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUINTEGRAATION TARVE

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnin tarvetta kasvattavat esimerkiksi organisaatioiden ja palvelujen sisäinen eriytyminen ja näiden määrän kasvu. Elinkeinorakenteen ja muiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden muutokset ovat lisänneet erilaisten palvelujen, avun, tuen, huolenpidon, hoivan ja hoidon tarvetta. Väestön ikä-, sairaus-, koulutus- ja ammattirakenteiden sekä väestön palvelutarpeiden muutokset ovat lisänneet palveluodotuksia ja -vaatimuksia, jotka taas lisäävät integraation tarvetta. (Sinkkonen ym. 2015, 108, 110.) Myös niukkenevat resurssit ja siihen liittyvät tuottavuuden lisäämisen vaatimukset puhuvat integraation puolesta (Rissanen & Lammintakanen 2015, 31).

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ongelmina on koettu järjestelmän pirstaleisuus, palvelujen epätasainen laatu sekä kustannusten heikko hallittavuus. Ongelmana ovat myös perustason palvelujen puutteet ja terveydenhuoltohenkilöstön saatavuusongelmat. Huolta herättää myös väestön ikääntymisestä aiheutuva palvelutarpeen kasvu, mihin nykyjärjestelmän ei koeta nykyisellään pystyvän vastaamaan. (Luukkonen 2018, 56.) Palveluintegraatiolla pyritään vaikuttamaan myös palvelujärjestelmän sisällöllisiin ongelmiin, joita ovat muuan muassa toimintojen päällekkäisyys. Haasteeksi on koettu myös palvelujen järjestelmälähtöisyys, jossa lähtökohtana on ollut pysyvä palvelukokonaisuus asiakkaan ja potilaan tarpeiden sijaan. Asiakaslähtöisellä palveluprosessilla voidaan vähentää asiakkaiden turhia käyntejä. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 31; Sinervo & Keskimäki 2019.)

Peruspalvelujen vahvistaminen on tärkeää paitsi kustannusnäkökulmasta, niin myös oikeudenmukaisuuden näkökulmasta (Muuri ym. 2008). Palvelujärjestelmän yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden suurimmat haasteet liittyvätkin perustason palvelujen saatavuuteen (STM 2020, 11). Perusterveydenhuollon hoidon saatavuudessa on Suomessa Pohjoismaihin verrattuna huomattavasti enemmän ongelmia. Tämä on merkittävää, sillä peruspalvelut toimivat reittinä erityistason palveluihin. Oikeudenmukainen peruspalvelujen saatavuus kaikissa väestöryhmissä vaikuttaa myönteisesti myös muiden palvelujen oikeudenmukaiseen jakautumiseen. (Muuri ym. 2008; Erhola 2020.) Alueelliset erot ovat huomattavat niin hoitoon pääsyssä kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen laadussa sekä potilas- ja asiakasturvallisuudessa. Erot selittyvät vain osin resurssien vähäisyydellä ja henkilöstövajeella. (STM 2020 11-12.)

Yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän yhtenä merkittävänä ongelmana on lisääntyvät hyvinvointi- ja terveyserot (Erhola 2020). Eriarvoisuus ilmenee eroina eri väestöryhmien terveydessä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Alempien sosioekonomisten väestöryhmien terveys ja hyvinvointi ovat heikkenemässä samalla kun korkeasti koulutetut voivat selkeästi muita väestöryhmiä paremmin. Erot sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä ovat suuria ja merkittävää on, että alempien sosioekonomisten väestöryhmien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö on tarpeisiin nähden vähäistä, tai saatavilla olevat palvelut eivät vastaa yksilön hoidontarpeeseen. (Manderbacka ym. 2012; Erhola 2020.) Nykyisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän haasteena on, että etenkin heikoimmassa asemassa olevat ja paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat kokevat voivansa vaikuttaa saamiinsa palveluihin vain niukasti, samalla kun järjestelmän koetaan vastaavan huonosti paljon erilaisia palveluja tarvitsevien tarpeisiin (Ylitalo-Katajisto ym. 2018; Erhola 2020). Eriarvoisuutta lisää terveydenhuoltohenkilöstön epätasainen maantieteellinen jakautuminen ja henkilöstövaje etenkin suuren kysynnän alueilla (Manderbacka ym. 2012; STM 2020, 11-12.)

Suomessa väestön eriarvoiseen palvelujenkäyttöön vaikuttaa vahva yksityisen sektorin sekä työterveyshuollon asema (Keskimäki ym. 2018). Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työnantajan on järjestettävä työntekijälleen lain nimeämät työn terveellisyyttä ja turvallisuutta tukevat sekä työntekijän terveyttä edistävät terveydenhuollon palvelut. Lain asettamien palvelujen lisäksi työnantajat voivat tarjota työntekijöilleen sairaanhoidollisia palveluita. Työssäkäyvä väestönosa voi siis hyödyntää niin julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita kuin työterveyshuollon kautta saamiaan palveluita. Tämän lisäksi työssäkäyvällä väestönosalla on usein myös taloudellinen mahdollisuus yksityisen sektorin tarjoamiin palveluihin. Kansaneläkelaitos korvaa yksityisen terveydenhuollon käyntikustannuksista osan Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti. Yksityinen sektori ja työterveyshuolto jakavat pirstoutunutta palvelujärjestelmää entisestään. (Keskimäki ym. 2018.)

Integroituneessa sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluntarpeen muutokset, moniongelmat ja mahdolliset muut hyvinvointia uhkaavat tekijät havaitaan helpommin ja ongelmiin päästään kehittämään ratkaisuja aiempaa jouhevammin. Integraation avulla palvelut limittyvät toisiinsa ja yhteensovitettuja arjen ratkaisuja on mahdollista keksiä hyvinvoinnin pulmiin. (Markkanen & Puro 2011, 12-13.)

5. NÄKÖKULMIA KANSAINVÄLISISTÄ TUTKIMUKSISTA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUINTEGRAATIOON

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiolla on yritetty vastata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän haasteisiin myös muualla kuin Suomessa ja koko palvelujärjestelmää läpileikkaavan toimivan integraation toteuttaminen tuntuu olevan kansainvälisesti haaste (Steele ym. 2020). Merkittävänä syynä tähän on ymmärryksen puute siitä, mitkä ovat merkittävimpiä integraatiota lisääviä ja edistäviä tekijöitä ja miten ratkaista integraation toteuttamiseen liittyviä ongelmia. Eri maissa toteutettujen integraatiokokeilujen vertailu ja niistä saadun tiedon jakaminen onkin merkittävä keino vaikuttavan ja pysyvämmän integraation toteuttamiseksi. (Steele ym. 2020.)

Palveluintegraation kansainvälinen vertailu on osittain haastavaa, sillä eri maiden palvelujärjestelmät ja tavat toteuttaa palveluja kansalaisilleen eroavat toisistaan suuresti (Goodwin 2016). Esimerkiksi Suomen palvelujärjestelmää pidetään kansainvälisessä vertailussa hyvin integroituneena, vaikka todellisuudessa Suomen järjestelmä on äärimmäisen hajautettu paikalliselle tasolle (Sinervo & Keskimäki 2019). Tämän vuoksi verratessa tehtyjä integraatioita ja saatuja tuloksia tulee huomioida integraation laajuus, taso sekä maan tapa järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut (Goodwin 2016).

Palveluintegraatiokokeiluista eri maissa on saatu sekä positiivisia että osin myös negatiivisia tuloksia. Esimerkiksi Kiinassa vertikaalisen integraation myötä perus- ja erikoistason ammattilaisten yhteistyön koettiin parantuneen (Liang ym 2020). Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Ruotsissa ja Yhdysvalloissa (Ahgren & Axelsson 2011: Heeringa ym. 2020). Australiassa integraatiokokeilut ovat osoittaneet, että ammattilaisten välinen yhteistyö vaatii onnistuakseen avointa kommunikaatiota sekä yhteisiä ja selkeitä tavoitteita (Dalton ym. 2019).

Parantuneen yhteistyön lisäksi integraation koettiin parantaneen hoidon laatua Ruotsissa ja Yhdysvalloissa (Ahgren & Axelsson 2011; Heeringa ym. 2020). Yhdysvalloissa integraation todettiin olevan yhteydessä myös hoidon vaikuttavuuteen (Heeringa ym. 2020). Tjerbo & Kjeshusin (2002) tutkivat vertikaalista integraatiota Norjassa ja heidän mukaansa integraatio

voi lisätä hoidon kokonaisvaikuttavuutta, mikäli hoidon laadun parantamiseen kiinnitetään huomiota integraatiovaiheessa.

Ahgren & Axelssonin (2011) mukaan sosiaalihuollon ja terveyspalvelujen integraatio todettiin kustannustehokkaaksi etenkin vanhusten ja pitkäaikaispsykiatristen potilaiden hoidossa Ruotsissa. Positiivista tuloksista huolimatta vertikaalinen integraatio on saanut osakseen myös vastustusta, sillä integraation on pelätty heikentävän perusterveydenhuollon asemaa. Integroitua palvelujärjestelmää ovat Ruotsissa vastustaneet esimeriksi johtavassa asemassa olevat yleislääkärit, sillä integraatio on koettu uhkana esimiesasemalle. (Ahgren & Axelsson 2011.)

Norjassa vastaavasti vertikaalista integraatiota laajemman integraation huolena on nähty vallan liika keskittyminen (Romøren ym. 2011). Epäilystä on aiheuttanut myös se, että hallinnon ja rahoituksen täydellinen integraatio ei välttämättä vastaa käytännön tason ongelmiin kuten hoidon heikkoon koordinointiin. Ahgrenin ja Axelssonin (2011) mukaan integraation tarve tuleekin olla perusteltu, sillä ilman perusteita tehty integraatio voi pahimmassa tapauksessa heikentää toimijoiden välistä yhteistyötä.

Quebecissa toteutetun integraatiokokeilun ei koettu huomioivan potilaiden yksilöllisiä tarpeita eikä jättävän tilaa paikallisille toimintatavoille. Kokeilun mukaan päätöksenteon keskittäminen ylemmälle tasolle nopeutti päätöksentekoa, mutta rajoitti paikallisten toimijoiden vaikuttamismahdollisuuksia. Kokeilussa korostui myös integraation johtamisen tärkeys. (Breton ym. 2019.)

Sveitsissä palveluintegraation toteuttamisen ja ylläpitämisen yhtenä merkittävänä haasteena on pidetty taloudellista puolta, sillä maan terveydenhuollon rahoitus on Suomen tapaan monikanavainen. Palveluntuottajien huolena on, että hoidon kustannukset eivät jakaudu tasaisesti palveluntuottajien kesken. (Gilles ym 2020.)

6. VALMISTEILLA OLEVA SOTE-UUDISTUS

Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen keskeisenä tavoitteena on perustason palvelujen ja ennaltaehkäisevän toiminnan painottaminen. Tavoitteina on myös hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen, palvelujen ja ammattitaitoisen työvoiman saatavuuden parantaminen, kustannusten nousun hillitseminen ja yhteiskunnalliseen muutokseen vastaaminen. (Valtioneuvosto 2020)

Hallituksen esityksen mukaisesti Suomeen muodostetaan 17 maakuntaa ja viisi Uudenmaan sotealuetta, joilla on alueellinen itsehallinto. Maakuntalain mukaan maakuntien keskeisimmät tehtävät ovat jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestäminen sekä näiden palvelujen rahoitus. Palvelujen järjestämisen ja rahoituksen keskittäminen yhdelle toimijalle tukee palvelujen tehokasta ja yhdenmukaista tuottamista sekä tehokkaimpien ja vaikuttavimpien toimintatapojen käyttöönottoa. (HE 15/2017.)

Uudistuksessa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirretään maakunnille, jotka tuottavat palvelut julkisina. Yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden palvelut toimivat täydentävinä palveluina. (Valtioneuvosto 2020.) Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyötä tekevät jatkossa sekä kunnat että maakunnat (HE 15/2017). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän haasteet eivät ole yhtenäiset koko maassa, harvaanasutuilla alueilla ongelmana on palvelujen saatavuusongelmat, kun suurimmissa kaupungeissa haasteena on esimerkiksi lisääntyvä väestömäärä. Maakunnissa päätöksenteosta vastaava valtuusto pystyy huomioimaan alueelliset tarpeet ja haasteet. (Valtioneuvosto 2020.)

Uudistuksessa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotetaan toisistaan, ja maakuntiin perustetaan liikelaitokset, jotka ovat jatkossa vastuussa maakuntien palvelujen, mukaan lukien erityspalvelujen, tuottamisesta. Sote-uudistuksessa nykyiset erityisvastuualueet säilyvät, samoin kun mahdollisuus palvelujen käyttöön yli maakuntarajojen. Maakuntalaissa säädetään lisäksi maakuntien toiminnasta, taloudesta sekä hallinnosta. (HE 15/2017; Valtioneuvosto 2020.)

Uudistuksessa toteutuu niin vertikaalinen kuin horisontaalinen integraatio, jolla estetään palvelujen pirstoutuminen ja luodaan kannuste asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien luomiselle. Tavoitteena on etenkin paljon palveluja tarvitsevien ihmisten hoidon ja hoivan kehittäminen. Myös kotiin vietäviä ja digitaalisia palveluja kehitetään. (Valtioneuvosto 2020).

Sote-uudistus vaikuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen. Tällä hetkellä suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rahoitus on monikanavainen, sillä se koostuu useista rahoittajatahoista sekä -muodoista. Palvelujärjestelmän rahoittajia ovat valtio, kunnat ja kotitaloudet ja rahoitus koostuu valtion ja kuntien verovaroista, asiakasmaksuista sekä erilaisista vakuutusmaksuista. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmana on hoito- ja kustannusvastuun hämärtyminen sekä osaoptimointi, eli kustannusvastuun vältteleminen. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä voi myös kannustaa epätarkoituksenmukaiseen palvelujen tarjontaan, vähentää tehokkuutta ja lisätä alueellista eriarvoisuutta. Lisää haastetta tuo myös se, että tällä hetkellä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluja kustannetaan pääosin kunnan yhteisin varoin, kun erikoissairaanhoidon rahoitus on jäänyt erilliseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus pyrkii yksinkertaistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta yhdistämälle eri palvelujen rahoitukset. Uudistuksen myötä palvelujärjestelmän rahoitusvastuu siirtyy maakunnille ja jatkossa rahoitus määräytyy maakunnan asukasluvun, palvelujen tarpeen ja olosuhdetekijöiden perusteella. Rahoituksen siirtyminen kunnilta maakunnille helpottaa kuntien menojen ennakoitavuutta eikä kustannusten vaihtelu jatkossa enää rasita pieniä kuntia. Rahoituksen keskittämisellä pyritään edesauttamaan menojen hillitsemistä sekä kustannustehottomien toimintatapojen tunnistamista. (Markkanen & Puro 2011, 8-9; STM 2013, 74; Niemelä ym. 2015, 43, 44, 54, 60; HE 15/2017.)

Valmisteille oleva sote-uudistus on tarkoitus toteuttaa hallitusti vaiheittain ja valtio myöntää taloudellista tukea sote-rakenteen valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen (Valtioneuvosto 2020). Suomessa on tällä hetkellä jo kahdeksan sote-kuntayhtymää, joiden vastuulle kunnat ovat luovuttaneet palvelujen järjestämis- ja tuotantovastuunsa. Sote-kuntayhtymien keskeisenä tehtävänä on palveluintegraation kehittäminen niin organisaatiorakenteiden, talouden kuin käytännön palvelutuotannon tasollakin. (Sinervo & Keskimäki 2019.)

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on peruspalvelujen vahvistaminen, jonka vuoksi on käynnistetty ”Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus”- ohjelma. Ohjelmalla tavoitellaan uudenlaista vertikaalista sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatiota, jolla turvataan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palvelut ja niiden saatavuus matalalla kynnyksellä. Tarkoituksena on luoda laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, jossa työskentelee niin terveydenhoitoalan ammattilaisia kuin eri alojen erityistyöntekijöitä. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen tarkoituksena on tarjota ihmisille heidän tarvitsemansa apu yhdellä yhteydenotolla. Palvelujen laatuun ja monipuolisuuteen panostetaan, ja käytössä on selkeät ja tehokkaat auttamisprosessit sekä yksilölliset ratkaisut. Painopisteenä on myös asiakaslähtöisyys ja työntekijöiden kehittyminen ja hyvinvointi. Palveluihin lukeutuvat niin perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon palvelut. Tulevaisuuden sote-keskuksesta on tarkoitus koordinoida myös muita palveluita, kuten kotiin vietäviä ja sähköisiä palveluita, perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja, avokuntoutuspalveluja, kansansairauksien ehkäisyä sekä neuvolapalveluita ja muita ehkäiseviä ja jalkautuvia palveluita. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksessa palvelujen sisäinen integraatio on oleellisen tärkeä tavoite. Tämän lisäksi yhteistyötä ja horisontaalista integrointia tarvitaan kuitenkin myös erityistason sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä muiden viranomaistahojen ja hallintokuntien kanssa, kuten Kansaneläkelaitoksen, sivistys- ja pelastustoimen ja TE-hallinnon kanssa. (STM 2020, 12-14.)

7. POHDINTA

Tämä kandidaatintutkielma toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja sen tarkoituksena on selvittää, mitä sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla tarkoitetaan sekä perehtyä sen tarpeeseen suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta. Aihe on merkittävä niin kansanterveydellisesti kuin yhteiskunnallisestikin, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon kasvavat menot ja palvelutarpeen muutokset haastavat palvelujärjestelmän kantokyvyn. Murroksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuolto koskettaa meitä jokaista.

7.1 Johtopäätökset

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän suurimmat haasteet liittyvät kustannusten hillitsemistarpeeseen sekä pirstaloituneen palvelujärjestelmän yhtenäistämiseen. Merkittävän haasteena on myös kalliiden erikoissairaanhoidonpalvelujen painotus ja sekä haasteet peruspalvelujen saatavuudessa. (HE 15/2017; Luukkonen 2018, 56; Rissanen 2019.) Kustannusten nousun hillitsemiseksi edellä mainittuihin epäkohtiin onkin tärkeä puuttua. Sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla pyritään vastaamaan edellä mainittuihin haasteisiin, samalla lisäten hoidon laatua, tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä.

Tämän kandidaatintutkielman pohjalta voidaan todeta, että palveluintegraatiolla voidaan vastata sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän pirstaloituneeseen luonteeseen ja lisätä ammattilaisten välistä yhteistyötä. Suomessa Keskimäki ja Sinervo (2019) tutkivat integraatiota edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkimuksen mukaan yhteistyö vaatii ammattilaisten välistä luottamusta, jota toisten työntekijöiden ja heidän työnsä tunteminen edesauttoi. Tämä on linjassa Daltonin et al. (2019) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan ammattilaisten välinen yhteistyö vaatii avointa kommunikaatiota sekä selkeitä tavoitteita. Myös integraation johtamisen tärkeyttä korostettiin useammassa lähteessä (Breton ym. 2019; Dalton ym. 2019). Suunniteltaessa Sote-uudistuksen käytännön toteutusta tuleekin huomioida riittävä käytännön tason integraation johtaminen samalla antaen aikaa luottamuksen rakentumiselle ja synnylle eri ammattilaisten välille.

Sosiaali- ja terveyspalveluintegraation avulla pyritään myös hoidon laadun ja tehokkuuden parantamiseen (Luukkonen 2018, 56). Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla voidaan vastata näihin tarpeisiin, mutta tavoitteet täyttyvät vasta, kun integraatio on saatu toimimaan käytännön tasolla. Ammattilaisten yhteistyön toiminen käytännön palveluprosesseissa mahdollistaa todelliset ja pysyvät muutokset hoidon laadussa ja tehokkuudessa. (Ahgren & Axelsson 2011; Goodwin 2016; Heeringa ym. 2020.) Tässäkin korostuu eri ammattilaisten välisen yhteistyön tärkeys, jonka kehittymistä ja rakentumista tulee tukea koko integraatioprosessin ajan.

Kandidaatintutkielmassa esitetyt kansainväliset tutkimustulokset palveluintegraatiosta ovat pääosin positiivisia. Tätä tukee myös Keskimäen et al. (2018) tutkimus, jonka alustavien tulosten mukaan sekä terveydenhuollon ammattilaiset, että asiakkaat ovat olleet tyytyväisi integraatioon tuomiin muutoksiin. Suomessa jo tehdyt integraatiokokeilut myös osoittavat, että vertikaalisen ja horisontaalisen integraation toteuttaminen on mahdollista.

Tutkielmassa on korostettu sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän muutoksen tarvetta, lyhyesti kuvattu jo aiemmin tehtyjä muutoksia sekä käsitelty valmisteilla olevaa uudistusta. Tutkielman aihe onkin erittäin ajankohtainen ja keväällä 2019 maakunta- ja sote-uudistus sai kansallisesti laajaa mediahuomiota nousten tarkastelun ja kritiikin kohteeksi. Tämän vuoksi on tärkeä nostaa myös esille, että vaikka muutos on välttämätön sosiaali- ja terveydenhuollon kantokyvyn vuoksi, niin Suomen terveydenhuollon laatu on edelleen OECD-maiden huippua ja väestö luottaa palvelujärjestelmään toimivuuteen. Erholan (2020) mukaan neljä viidestä suomalaisesta luottaa terveyspalvelujen toimivuuteen.

Sote-uudistus on saanut mediahuomiota ja kritiikkiä myös sen ”paikallaan junnaamisesta” (YLE 2019). Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että huonosti tai väärin toteutettu sosiaali- ja terveyspalveluintegraatio saattaa aiheuttaa muuan muassa erikoissairaanhoidon liikakäyttöä, medikalisoitumista, terveydenhuollon ylivaltaa ja sosiaalialan erityisosaamisen hukkumista. Myös Ruotsissa huolena on ollut erikoissairaanhoidon aseman tarpeeton vahvistuminen integraation myötä. (Markkanen & Puro 2011, 16; Ahgren & Axelsson 2011.) Edellä mainittujen syiden vuoksi uudistusta onkin tärkeä pilotoida, arvioida ja kehittää ennen valtakunnallista toimeenpanoa, jota onkin jo kansallisesti tehty.

Kandidaatintutkielman pohjalta voidaan todeta, että palveluintegraatiolla on positiivisia vaikutuksia hoidon laatuun, kustannusvaikuttavuuteen ja työntekijöiden väliseen yhteistyöhön (Ahgren & Axelsson 2011; Goodwin 2016; Heeringa ym. 2020.) Tämän vuoksi integroitua toimintamallia tulisi hyödyntää esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa, vaikka sote-uudistus ei toteutuisi näkyisessä aikataulussaan. Tämä on keskeistä, sillä mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat nousseet työikäisen väestön sosiaali- ja terveysongelmien keskiöön ja tutkimusten mukaan edellä mainittuja palveluja tarvitsevat asiakkaat tarvitsevat usein sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja. (Kähärä 2015; Viertiö ym. 2017; Suvisaari ym. 2017, 85; Halme & Tiirinki 2019.)

Kandidaatintyössä on noussut esiin, että jo nykyisellään henkilöstövaje ja henkilöstön epätasainen maantieteellinen jakautuminen lisäävät eriarvoisuutta ja että tulevaisuudessa väestön hoivan ja hoidon tarve tulevat kasvamaan väestön ikääntyessä. (Manderbacka ym. 2012; Erhola 2020). Tämän perusteella voidaankin todeta, että hoitohenkilöstöä tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan nykyistä enemmän. Kuitenkin kevättalvella 2020 Suomessakin puhjennut COVID-19-pandemia on noussut otsikoihin paitsi pandemian vakavuuden ja levinneisyyden vuoksi, myös terveydenhuoltohenkilöstön jaksamisen ja puutteellisten suojavarustusten vuoksi (YLE 2020). Uutisointi ei ole asettanut terveydenhuoltoa ammattina erityisen houkuttelevaan asemaan, joten on mielenkiintoista nähdä, millainen vaikutus pandemialla ja nykyisellä uutisoinnilla on alalle hakeutumisessa ja alalla pysymiseen.

Tässä kandidaatintutkielmassa on esitetty kansainvälisiä tutkimustuloksia eri maissa toteutetuista integraatiokokeiluista ja -yrityksistä. Kokeiluja ei ole kuitenkaan verrattu toisiinsa, sillä eri maiden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät eroavat osin suurestikin toisistaan ja vertailu olisi vaatinut syvempää perehtymistä jokaisen integraatiokokeilun tai –yrityksen taustoihin. Tutkimustuloksiin on viitattu asianmukaisesti, joten lukijan on helppo perehtyä alkuperäistutkimuksiin.

Tutkimustietoa sosiaali- ja terveyspalveluintegraation käytännön toteutuksesta ja tuloksista on tällä hetkellä vain niukasti saatavilla, vaikka integraatio käsitteenä ei olekaan tuore. Tämä johtuu merkittävästi siitä, että integraatioprosessien tutkiminen on pitkäaikaista ja vaativaa (Markkanen & Puro 2011, 18). Erilaisia integraatiokokeiluja ja -yrityksiä tehdään jatkuvasti niin Suomessa kuin maailmalla, joten tulevaisuudessa aiheen tutkimustieto tulee varmasti

lisääntymään. Tämän kandidaatintutkielman jatkotutkimusaiheena on valmisteilla olevan sote-uudistuksen toteutuminen ja toteutuksen arviointi.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tämä kandidaatintutkielma toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, sillä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) ohjeiden mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Kandidaatintutkielma toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, joten tutkimuslupia ei tarvittu tutkielman toteuttamiseksi. Tutkielman kaikissa vaiheissa huomioitiin rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus. Kandidaatintutkielman lähdekirjallisuutena käytettiin niin kotimaista kuin kansainvälistä kirjallisuutta ja tutkimustietoa, jotka lisäävät työn luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Kuitenkin arvioitaessa kandidaatintutkielman tulosten yleistettävyyttä tulee huomioida, että aiheesta on saatavilla vielä niukasti tutkimustietoa. Kaikki työssä käytetyt lähteet ovat yleisesti saatavilla ja käytettyyn kirjallisuuteen on viitattu asianmukaisesti. Tutkielman tekemisessä huomioitiin prosessin aikana saatu palaute kandidaatinohjaajalta sekä vertaisarvioijilta.

Kandidaatintutkielman lähdekriittisyyden toteutumiseksi lähdeaineistoista arvioitiin niiden ajankohtaisuus, aitous ja alkuperä ja lähdemateriaali valittiin objektiivisesti. Tutkielmassa pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoretta lähdemateriaalia, mutta lähdemateriaalin rajallisuuden vuoksi työhön otettiin mukaan yksi tutkimus 2000-luvun alkupuolelta. Tutkielmassa haluttiin nostaa esiin tutkimuksia, jotka käsittelivät eri puolilla maailmaa tehtyjä integraatiokokeiluja ja -yrityksiä, sillä sosiaali- ja terveyspalveluintegraatiolla on yritetty vastata sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin myös muualla kuin Suomessa. Kandidaatintutkielmassa kuvataankin saatuja tuloksia Australiasta, Kiinasta, Norjasta, Quebecista, Ruotsista, Suomesta, Sveitsistä ja Yhdysvalloista.

8. LÄHTEET:

Ahgren B & Axelsson R. 2011. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. International Journal of Integrated care. 2011;11 Spec Ed(Special 10th Anniversary Edition):e007. DOI: 10.5334/ijic.566

Auschra C. 2018. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. International Journal of Integrated care. 2018;18(1):5 DOI: 10.5334/ijic.3068

Breton M, Wankah P, Guillette M, Couturier Y, Belzile L, Gagnon D, et al.. 2019. Multiple Perspectives Analysis of the Implementation of an Integrated Care Model for Older Adults in Quebec. International Journal of Integrated Care. 2019;19(4):6. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.4634

Dalton H, Read DMY, Booth A, Perkins D, Goodwin N, Hendry A, et al. 2019. Formative Evaluation of the Central Coast Integrated Care Program (CCICP), NSW Australia. International Journal of Integrated Care. 2019;19(3):15. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.4633

Erhola M, Jormanainen V, Kovasin M, Rissanen P & Keskimäki I. 2020. Suomen terveydenhuolto muuttuvassa toimintaympäristössä. Yhteiskuntapolitiikka 2020; (85):1

Finlex. Erikoissairaanhoitolaki. 30.12.2010/1328. (Viitattu 19.3.2020) https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062

Finlex. Kuntalaki. 10.4.2015/410. (Viitattu 21.4.2020) https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410

Finlex. Sairausvakuutuslaki. 21.12.2004/1224. (Viitattu 26.4.2020) https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224#O2L2P3

Finlex. Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301. (Viitattu 19.3.2020) https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301#Lidp447288144

Finlex. Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. (Viitattu 18.3.2020) https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Gilles I, Filliettaz SS, Berchtold P & Peytremann-Bridevaux I. 2020. Financial Barriers Decrease Benefits of Interprofessional Collaboration within Integrated Care Programs: Results of a Nationwide Survey. International Journal of Integrated Care. 2020;20(1):10. (Viitattu 19.4.2020) http://doi.org/10.5334/ijic.4649

Goodwin N. 2016. Understanding Integrated Care. International Journal of Integrated Care. 2016;16(4):6. (Viitattu 18.4.2020) http://doi.org/10.5334/ijic.2530

Hallituksen esitys 15/2017. (Viitattu 18.3.2020) https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_15+2017.aspx

Halme S & Tiirinki H. 2019. Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita. Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla. Työpaperi 27/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heeringa J, Mutti A, Furukawa MF, Lechner A, Maurer KA & Rich E. 2020. Horizontal and Vertical Integration of Health Care Providers: A Framework for Understanding Various Provider Organizational Structures. International Journal of Integrated Care. 2020;20(1):2. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.4635

Heikinheimo M, Huttunen J, Kekomäki M, Kontula K, Mustonen P, Raivio K & Rapola J. 2017. Ehdotettu valinnanvapausmalli uhkaa palvelujärjestelmämme perusteita. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2017;133(21):1975-1976

Helminen S, Sarkeala T, Enroth L, Hervonen A & Jylhä M. 2012. Vanhoista vanhimpien terveys ja elämäntilanne – tuloksia vuoden 2010 Tervaskannot 90+ -tutkimuksesta. Gerontologia 2012; 26(3), 2012, 162-171

Hujala A & Lammintakanen J. 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 12/2018.

Hujala A, Taskinen H, Oksman E, Kuronen R, Karttunen A & Lammintakanen J. 2019. Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö. Yhteiskuntapolitiikka 2019;(84):5-6

Jolanki O, Tynkkynen L-K & Sinervo T. 2017. Professionals' views of integrated care. International Journal of Integrated Care 2017;25 (4), 247–255

Jäntti A. 2017. Mihin kuntaa tarvitaan tulevaisuudessa? – Kunta elämisen edellytyksiä luovana itsehallinnollisena paikallisyhteisönä. Teoksessa: Nyholm I, Haveri A, Majoinen K & Pekola-Sjöblom M (toim.) Tulevaisuuden kunta, ACTA 264. Suomen Kuntaliitto, Tampereen yliopisto, Valtiovarainministeriö. Helsinki 2017. s. 56-68.

Keskimäki I, Sinervo T & Koivisto J. 2018. Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. Public Health Panorama. 2018; (4): 4. 491-735

Keskimäki I. 2019. Sosiaali- ja terveydenhuollon muutos haastaa henkilöstön ja johdon osaamista. Yhteiskuntapolitiikka 2019;(84):4. s.36

Kuntaliitto. 2019. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset euroa/asukas. (Päivitetty 11.10.2019) https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/tilastot-ja-erillisselvitykset/kuntien-sosiaali-ja-terveydenhuollon-nettokustannukset-euroaasukas

Kuusisto L, Liimatainen S, Liimatainen T, Mäkinen S & Rautalammi S. 2017. Integraatio. Pirkanmaa 2019, pientyöryhmä. (Viitattu 19.4.2020) https://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/Integraatio-27.04.17-pienty%C3%B6ryhm%C3%A4n-esitys.pdf

Kähärä K. 2015. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa Tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä. Akateeminen väitöskirja Tampereen yliopisto. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/97879/978-951-44-9866-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Liang D, Mei L, Chen Y, Zhou P, Yang X & Huang J. 2020. Building a People-Centred Integrated Care Model in Urban China: A Qualitative Study of the Health Reform in Luohu. International Journal of Integrated Care. 2020;20(1):9. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.4673

Luukkonen J. 2018. Matkalla maakunnallisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tutkimus maakunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymien syntyprosesseista. Akateeminen väitöskirja. Tampere yliopisto.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R & Elovainio M. Mitä tyydyttymätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 2012;(49): 4-12

Matikainen T. 2017. Rahoitusperiaate ja sen toteutuminen tulevaisuuden kunnassa. Teoksessa: Nyholm I, Haveri A, Majoinen K & Pekola-Sjöblom M (toim.) Tulevaisuuden kunta, ACTA 264. Suomen Kuntaliitto, Tampereen yliopisto, Valtiovarainministeriö. Helsinki 2017. s. 85-102.

Markkanen O & Puro M. 2011 Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon muutostarpeisiin. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus raportteja 31. Jyväskylä: Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.

Meklin P & Pekola-Sjöblom M. 2012. Parasta Artun mitalla ||. Arviointia kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta ja kehittämispotentiaalista kunnissa ARTTU-ohjelman tutkimusten havaintojen pohjalta. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 23. Suomen kuntaliitto 2012.

Muuri A, Manderbacka K, Vuorenkoski L & Keskimäki I. 2008. Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 2008;(73): 4

Niemelä J & Kivipelto M. 2019. Asiakaslähtöinen palvelupolkumalli tulevaisuuden sote-keskusten lähtökohdaksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 37/2019.

Niemelä M, Kokkinen L, Pulkki J, Saarinen A & Tynkkynen L-K (toim.) 2015. Terveydenhuollon muutokset: Politiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere University Press, Tampere

Niemi A, Ranta S, Kuosmanen P, Rajala J, Torkki P & Jämsén A. 2015. Toiminnan integraatio kuuluu soten ytimeen. Lääkärilehti 2015;(44); 70, s. 2930-2931

Niiranen V & Kinnunen J. 2010. Sosiaali- ja terveyspalvelut hyvinvoinnin kentässä. Teoksessa Kaarakainen M, Niiranen V & Kinnunen J (toim.) Rakenteet muuttuvat, mihin suuntaan? Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. ACTA 219. Helsinki: Kuntaliitto

Niiranen V, Puustinen A, Zitting J & Kinnunen J. 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakenneuudistuksissa. Acta 245. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Nuutinen M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2017;(133): 1283–1290

Raivio K. 2006. Paras hanke Suomea muokkaamassa. Yhteiskuntapolitiikka 2006;(71):2. 186-192.

Rissanen P. 2019. Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa: asiantuntija-arvio, syksy 2018. Päätösten tueksi 2/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/handle/10024/137729

Rissanen S & Lammintakanen J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa: Rissanen S & Lammintakanen J (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: SanomaPro. s.15-38

Romøren TI, Torjesen DO & Landmark B. 2011. Promoting coordination in Norwegian health care. International Journal of Integrated Care. 2011;11(Spec 10th Anniversary Ed):e127. doi:10.5334/ijic.581

Sinervo, T & Keskimäki I. 2019. Palveluintegraatiota käytännössä Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? Yhteiskuntapolitiikka 2019;(84): 425-433.

Sinervo L-M & Meklin P. 2017. Riittävätkö tulevaisuuden kunnan rahat? Teoksessa: Nyholm I, Haveri A, Majoinen K & Pekola-Sjöblom M (toim.) Tulevaisuuden kunta, ACTA 264. Suomen Kuntaliitto, Tampereen yliopisto, Valtiovarainministeriö. Helsinki 2017. s. 69-84

Sinkkonen S, Taskinen H & Rissanen S. 2015. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa: Rissanen S & Lammintakanen J (toim.).
Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: SanomaPro. s. 105-128

Sote-palvelujen integraatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. (Päivitetty 1.11.2017.) https://www.thl.fi/en/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio

Steele Gray C, Zonneveld N, Breton M, Wankah P, Shaw J, Anderson GM & Wodchis WP. 2020. Comparing International Models of Integrated Care: How Can We Learn Across Borders? International Journal of Integrated Care, 2020; 20(1): 14, 1–15. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.5413

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Sairaanhoitovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita: 2012:34 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74101

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Kuntien vastuulla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät. (Luettu 24.11.2019) http://stm.fi/terveyspalvelut

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Sosiaalipalvelut. (Luettu 19.3.2020.) https://stm.fi/sosiaalipalvelut

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Ohjelma ja hankeopas. (Luettu 13.3.2020.) https://soteuudistus.fi/documents/16650278/20529791/Tulevaisuudensote-hakuopas.pdf/3ef1557c-feab-845b-799f-092e123fd67f/Tulevaisuudensote-hakuopas.pdf

Suvisaari J, Viertiö S, Solin P & Partonen T. 2018. Mielenterveys. Raportissa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K & Koskinen S. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tjerbo T & Kjekshus L. 2005. Coordinating health care: lessons from Norway. International Journal of Integrated Care. 2005;(5): e28. doi:10.5334/ijic.142

Torkki P, Leskelä R-L, Karjalainen S & Mecklin J-P. 2019. Sote-palveluiden kehittäminen edellyttää kokonaiskustannusten ja vaikuttavuuden arviointia. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2019;(135): 423–425

Valtioneuvosto. 2020. Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus. (viitattu 26.4.2020) https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus

Viertiö S, Partanen A, Kaikkonen R, Härkänen T, Marttunen M & Suvisaari J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015. Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2017;(133):292–300 https://tuhat.helsinki.fi/ws/portalfiles/portal/96751570/duo13545.pdf

Virtanen P, Smedberg J, Nykänen P ja Stenvall J. 2017. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017.

YLE. 2019. Pysyykö sote-kone tällä kertaa ilmassa? (Viitattu 26.4.2020) https://yle.fi/uutiset/3-11123636

YLE. 2020. Suojavarusteet paikoin loppumassa – kertakäyttöisiä käsidesipulloja pestään, HUSissa hengityssuojainten käyttöä alettu valvoa. (Viitattu 26.4.2020) https://yle.fi/uutiset/3-11268965

Ylitalo-Katajisto K, Tiirinki H, Turkki L & Suhonen M. 2018. Asiakasprofiilien tunnistaminen hyvinvointikeskuksen suunnitteluvaiheessa. Focus Localis. 2018;(2).