

Integraatio

– sosiaali- ja terveystalvelujen uudistamisen ydintä

Helena Taskinen & Anneli Hujala

Johdanto

Sosiaali- ja terveystalvelujen integraatio tai integrointi on ollut viime vuosien julkisen ja poliittisen keskustelun yleinen puheenaihe niin Suomessa kuin monissa muissakin maissa. Kyseessä on siis hyvin kansainvälinen ilmiö. Sosiaali- ja terveystalvelujen integrointi ei kuitenkaan ole uusia asia tai vain viime vuosien ilmiö. Erilaisia ja sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän eri tasoihin kohdentuvia integroinnin tapoja on ollut käytössä jo vuosikymmeniä (Taskinen 2005; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2017). Integrointi/integraatio on myös ollut jo vuosikymmeniä vahva ja moninäkökulmainen tutkimusalue. Tästä yhtenä osoituksena ovat esimerkiksi aihealueen

kansainväliset tieteelliset lehdet: *International Journal of Integrated Care*, *Journal of Integrated Care*, *Journal of Interprofessional Care* ja *International Journal of Care Coordination*. Mutta mitä itse asiassa integraatiolla tai integroinnilla oikein tarkoitetaan?

Tässä artikkelissa tarkastelemme integraation eli sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen teoreettisia lähtökohtia ja periaatteita sekä sen käytännön toteuttamisen haasteita Suomessa. Pohdimme aihetta erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien koordinoinnin näkökulmasta. Nostamme integraation lisäksi esiin myös keskustelua valinnanvapaudesta. Valinnanvapaus on integraation rinnalla kansainvälisestäikin keskeinen sosiaali- ja terveysalan uudistumisen suuntaus, joka voi joko tukea tai haastaa asiakaslähtöistä palvelujen yhteensovittamista.

Integraatio ilmiönä ja käsitteenä

Integroinnin käsitteen (nykykielessä usein integraatio) juuret ovat jo varhaisissa organisaatioteorioissa. Esimerkiksi Sirkka Sinkkonen, Helena Taskinen ja Sari Rissanen (2017) tuovat julkaisussaan esille, että jo Fayol (1916) sekä Gulick ja Urwick (1937) käyttivät organisaatioiden ja johtamisen analyyseissään ja tutkimuksissaan käsitteitä eheyttämisen, yhdentämisen (*integration*) ja yhteensovittamisen (*coordination*) sekä vastakkaisia ilmiöitä kuvaavia käsitteitä eriytyminen (*differentiation*), erikoistuminen (*specialization*) ja työnjako (*division of labour*). Kuitenkin vasta Lawrencen ja Lorschin (1967) teos toi nämä kompleksisten organisaatioiden kaksi keskeistä rakennepiirrettä ja käsitettä – integroituminen ja differentioituminen – näkyvämmiin esille organisaatio- ja johtamistutkimukseen. (Sinkkonen ym. 2017, 106.)

Yksinkertaisesti ilmaistuna integrointi tarkoittaa siis yhden-
tämistä, yhdentymistä, eheyttämistä tai liittämistä. Teoreettisina käsitteinä integrointi ja koordinointi ovat toistensa lähikäsitteitä ja niitä käytetään usein toistensa synonyymeina. Koordinointi voidaan

ymmärtää myös yhdeksi integrointikeinoksi. Tällöin integroinnilla olisi koordinoitua laajempi merkitys: sillä viitataan laajempaan ilmiökenttään kuin koordinoinnilla. (Kodner & Speuwenberg 2002; Kodner 2009; Tepponen 2009; Sinkkonen ym. 2017).

Integroinnin ilmiökentän ja käsitteen tarkastelun näkökulmat ovat moninaiset; integraatiolla voidaan siten tarkoittaa hyvin monenlaisia tai monitasoisia asioita (mm. Armitage, Suter, Oelke & Adair 2009; Kodner 2009; Fisher & Elnitsky 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa kyseessä ovat erilaiset toimet ja ratkaisut, joiden avulla pyritään yhdentämään tai eheyttämään hyvinvointipalvelujen rakenteita ja toimintoja. Taulukossa 1 on kuvattu keskeisiä tutkimuksissa ja teoreettisessa kirjallisuudessa tunnistettuja integroinnin ulottuvuuksia.

Taulukko 1. Integraatio-käsitteen jäsentämisen ulottuvuuksia

Normatiivinen integraatio <i>(normative integration)</i>	Järjestelmätason integraatio <i>(system integration)</i>	Funktionaalinen integraatio <i>(functional integration)</i>
Jaetun/yhteisen normatiivisen viitekehityksen luominen ja ylläpitäminen (esim. arvot, kulttuuri, visio ja missio)	Koko järjestelmää koskeva horisontaalinen ja/tai vertikaalinen yhdyntäminen <ul style="list-style-type: none"> • esim. poliittiseen päätöksentekoon ja lainsäädäntöön perustuva laaja yhteiskuntatason rakenteiden yhdistäminen • horisontaalinen (vaakataso, samalla tasolla olevat) • vertikaalinen (pystytaso, hierarkkinen järjestys) 	Keskeisten tukitoimintojen yhdenmukaistaminen (esim. johtaminen, tietojärjestelmät ja rahoitus)
	Organisaatiotason integraatio <i>(organisational integration)</i>	
	Organisaatioiden välinen ja/tai tietyn organisaation eri yksiköiden välinen yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> • esim. sopiminen, strategiset liittoumat, organisaatioiden yhdistämiset 	

Taulukko 1 jatkuu

<p>Ammattilaistason integraatio (<i>professional integration</i>) Eri ammattiryhmien ja ammattilaisten välinen yhteistyö ja kumppanuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • jaettu osaaminen, roolit, vastuut kokonaisvaltaisen ja katkeamattoman hoidon toteuttamiseksi 	
<p>Asiakastason integraatio (<i>clinical integration</i>) Koordinoiva yhteistyö asiakasprosessin tasolla</p> <ul style="list-style-type: none"> • asiakaslähtöinen, asiakkaiden hoitoon ja palveluun liittyvä eri ammattilaisten välinen yhteistyö sekä asiakkaan ja ammattilaisen välinen yhteistyö 	

(Nolte & McKee 2008; myös Leutz 1999; Delnoij, Klazinka & Glasgow 2002; Fulop, Mowlem & Edwards 2005; Axelsson & Bihari Axelsson 2006; Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels 2013, Valentijn 2015; van der Klauw, Molema, Grooten & Vrijhoef 2014; Sinkkonen ym. 2017)

Integraatiota voidaan toteuttaa eri tasoilla, kuten järjestelmien, organisaatioiden ja ihmisten toiminnan tasoilla. Näin ollen integraatiota on mahdollista jäsenellä makro-, meso- ja mikrotasoilla tapahtuviksi ilmiöiksi. Integraatiota voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, miten yhteneväisiä ovat toimintaa ohjaavat säännöt ja normit. Tällä normatiivisella integraatiolla tarkoitetaan myös muun muassa yhteisiin tai jaettuihin arvoihin, visioihin ja kulttuurisiin käytänteisiin liittyviä tekijöitä, joilla organisaatioiden, yksiköiden ja ammattilaisten toimintaa pyritään yhtenäistämään. Esimerkkejä normatiivisen integraation haasteista ovat organisaatiokulttuurien erot tai eri ammattikuntien erilaiset toimintalogiikat. Funktionaalinen integraatio puolestaan viittaa siihen, miten erilaisia toimintoja tai tehtäviä yhdenmukaistetaan, jotta ne mahdollistaisivat ja tukisivat eri organisaatioiden ja toimijoiden koordinoitua toimintaa ja päätöksentekoa (esim. Valentijn ym. 2013, 2015). Hyvänä esimerkkinä viimeksi mainitusta ovat esimerkiksi potilas- ja asiakastietojärjestelmät, joilla toimintaa pyritään integroimaan, mutta jotka tosin vielä

nykyisin ovat suurelta osin erilaisia eri toimijoilla (ks. Saranto, Kinnunen, Jylhä & Kivekäs 2020 tässä julkaisussa). Tietojärjestelmien erilaisuus ja pirstaloituminen voi näin ollen olla jopa eri toimijoiden yhteistyötä ja palvelujen toiminnallista integrointia vaikeuttava tekijä, mikä on todettu myös lukuisissa integrointitutkimuksissa (Ling, Brereton, Conklin, Newbould & Roland 2012; Auschra 2018; Sinervo & Keskimäki 2019). Kuitenkin sekä funktionaalisen että normatiivisen integraation pyrkimyksenä on mahdollistaa järjestelmä-, organisaatio-, ammattilais- ja asiakastason integrointi (ks. esim. Fulop ym. 2005; Valentijn 2015).

Koko yhteiskunnan tasolla (makrotaso) integraatio tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveysala yhdistettäisiin koko palvelujärjestelmän tasolla. Tällaista järjestelmätason integraatiota eli sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämistä tavoiteltiin Juha Sipilän hallituksen laajassa sote-uudistuksessa (Sote- ja maakuntauudistus 2019).

Organisaatiotason (mesotason) integraatiosta on kyse, kun esimerkiksi kunnan aiemmin erillisinä toimineet sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään hallinnollisesti saman katon alle, jolloin ne muodostavat yhden kokonaisuuden. Mikrotason integrointi (tai koordinointi) puolestaan voi tarkoittaa sote-palvelujen yhteensovittamista joko työntekijän tai asiakkaan näkökulmasta. Ammattilais-tason integraatiosta esimerkkeinä ovat muun muassa moniammatilliset tai monitoimijaiset tiimit ja erilaiset muut yhteistyön muodot. Asiakastason integraatiota on esimerkiksi se, että palveluohjaaja koordinoi tietyn asiakkaan eri palvelut mahdollisimman sujuvasti niin, että ne muodostavat asiakkaalle kokonaisuuden, sujuvan ja saumattoman palveluketjun. Asiakkaalle palvelut muodostaisivat tällöin yhden yhtenäisen ja jatkuvan kokonaisuuden.

Erityisesti kansallisessa sote-keskustelussa on viime vuosina käytetty käsitettä toiminnallinen integraatio, myös palveluintegraatioksi nimettynä (Halme & Tiirinki 2019; THL 2020). Toiminnallinen integraatio (*operational integration*) viittaa integraatioon käytännön toimintana. Käsite avautuu parhaiten vertaamalla sitä hallinnolliseen

(tai rakenteelliseen) integraatioon. Hallinnollisessa integraatiossa kaikki palvelut on koottu saman hallintorakenteen alle. Hallinnollinen integraatio ei kuitenkaan aina takaa sitä, että palvelut toteutuisivat käytännössä asiakaslähtöisesti. Toiminnallisessa integraatiossa lähtökohtana onkin se, miten yhtenäiseksi tai hajanaiseksi palvelut muodostuvat nimenomaan asiakkaan näkökulmasta. Oikea-aikaisuus, tarveperustaisuus, asiakaslähtöisyys ja saumattomuus ovat keskeisiä tekijöitä. (Halme & Tiirinki 2019). Toiminnallinen integraatio voi perustua hallinnollista ja rakenteellista integraatiota ”väljemään” yhdistämiseen ja se voi tapahtua eri palveluntarjoajien vapaa-muotoisemman yhteistyön kautta. Moniammatillisten, organisaatio-rajat ylittävien tiimien toiminta, palveluohjaus, asiakassuunnitelma ja asiakaslähtöisten palvelupolkujen tai palvelukokonaisuuksien määrittäminen ovat tyypillisiä toiminnallisen integraation toteuttamistapoja. Henkilökohtainen budjetti voisi puolestaan toimia esimerkkinä asiakkaan itsensä toteuttamasta toiminnallisesta integraatiosta. Halmeen ja Tiirinkin (2019) mukaan toiminnallinen integraatio jää usein rakenteiden kehittämisen varjoon.

Yksi keskeinen integraatio käsitteen jäsentelyn ulottuvuus on jako vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon (mm. Leichsenring 2004; Axelsson & Bihari Axelsson 2006). Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan palvelujärjestelmän eri (hierarkian) tasoilla toimivien palvelujen integrointia, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integrointia. Horisontaalinen integraatio puolestaan viittaa saman tason palvelujen, kuten esimerkiksi kunnan sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon palvelujen yhtenäistämiseen (saumaton palvelukokonaisuus).

Integraatiota voidaan jaotella myös sen mukaan, kuinka tiivistä yhdentymisen on. Bengt Ahgren ja Runo Axelsson (2005) ovat jaotelleet integraation asteet jatkumona täydellisestä erillään olostä (*full segregation*) kytköksen tai sidosteisuuden (*linkage*) kautta verkostojen koordinointiin (*co-ordination in networks*) ja edelleen yhteistyöhön (*co-operation*) ja päätyen täydelliseen yhdentymiseen (*full*

integration). Myös Stephen Davidson (1976, 119–121) on analysoinut yhteistyökäsitteistöä hieman vastaavasti yhteistyön tiiviiden mukaisesti jaotellen. Tutkija kuvasi yhteistyökäsitteistöä jatkumona alkaen vuorovaikutuksesta ja päättyen yhdentymiseen. Vuorovaikutus on hänen määrittelyssään lähinnä keskustelua ja ideoiden vaihtoa. Seuraava jatkumon vaihe on yhteistyö, jolla tutkija tarkoittaa organisaatioiden yhdessä työskentelyä. Yhteistyötä leimaa kuitenkin tässä vaiheessa epävirallisuus. Yhteistyön vaihetta seuraa yhteensovittaminen sisältäen muodolliset ja määritellyt tehtävät. Organisaatioiden suhde ei kuitenkaan ole vielä kiinteä. Tätä vaihetta seuraa liittoutuminen, johon liittyy tavoitteiden ja tehtävien määrittelyä sekä myös jo muodollinen rakenne. Viimeinen jatkumon vaiheista, yhdentyminen, tarkoittaa uutta, muodollista organisaatiota. (ks. myös Taskinen 1995.)

Rakenteiden ja toimintamallien uudistamisen lisäksi Suomen soite-integraatiokin liittyy siis hyvin monenlaisiin asioihin, kuten tietojärjestelmiin, organisaatiokulttuuriin, johtamiseen, palvelukonsepteihin, palveluajatteluun, talouteen, laadukulttuuriin, ammatillisiin koulutusjärjestelmiin ja asiakas/potilasymmärrykseen (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017). Myös se, kuinka tiivis integraatio on kyseessä milläkin yhdentymisen osa-alueella, voi vaihdella.

Integrointi käytännössä – paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat

Sosiaali- ja terveystalujen integraatiota eli palvelujen yhdistämistä tarvitsevat erityisesti sellaiset asiakkaat ja potilaat, joilla on monenlaisia terveydellisiä tai sosiaalisia (esim. toimeentuloon liittyviä) ongelmia (Goodwin 2015; Kuluski, Ho, Parminder & Nelson 2017; Rijken, Struckmann, van der Heide, Hujala, Barbabella, van Ginneken & Schellevis 2017; Hujala & Lammintakanen 2018; Ylitälo-Katajisto 2019; Kivelä 2020; Koivisto & Tiirinki 2020). Tällaiset

ihmiset tarvitsevat palveluja eri tahoilta: he joutuvat käymään terveyskeskuksessa, sairaalassa – usein myös sairaalan eri poliklinikoilla ja osastoilla. Lisäksi he voivat tarvita apua ja tukea myös sosiaalitoimesta, KELASTA tai työvoima- ja kuntoutuspalveluista. Tällaisten eri tahojen ”yhteisten” asiakkaiden kannalta nykyinen sote-järjestelmä ei ole toimiva. Kirsti Ylitalo-Katajiston (2019) tutkimuksessa korostui erityisesti tarve asiakkaiden yksilöityyn sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoamiseen, mikä edellyttää monialaista sote-tietoa ja tiedon liikkumista eri toimijoiden välillä.

Palvelujärjestelmän sisällä eri alojen erikoistuminen on johtanut liialliseen eriytymiseen. Jokainen taho vastaa vain tiettyyn tarpeeseen, eikä yhteisasiakkaan hoidon tai palvelun jatkuvuus paikasta toiseen siirryttäessä toteudu. Asiakasta niin sanotusti pallotellaan tai juoksetetaan ”luukulta toiselle”.

Paljon erilaisia palveluja tarvitsevilla yhteisasiakkaalla tarkoitetaan siis asiakasta tai potilasta, joka tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja monesta eri paikasta samaan aikaan. Sipilän hallituksen sote-uudistuksen lakivalmisteluissa (HE15/2017) suunniteltuja maakuntia velvoitettiin tunnistamaan paljon palveluja käyttävät asiakkaat ja suunnittelemaan palvelukokonaisuuksia heidän tarpeidensa mukaan. Kyseistä asiakasryhmää määriteltiin seuraavasti: *”Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat monesti sellaisia, jotka hyötyvät laaja-alaisesti yhteen sovitetuista palveluista ja erityisesti palveluista, joilla pystytään ennaltaehkäisemään tai koordinoimaan paremmin kustannuksiltaan raskaiden korjaavien palvelujen käyttöä.”* (HE16/2018)

Asiakkaan pitäisikin olla keskeinen lähtökohta, kun sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota suunnitellaan. Aiemmin mainitun laajan kansallisen sote-uudistuksen valmisteluissa palvelujen integraatioon sisällytettiin muun muassa seuraavia asioita (HE16/2018):

- asiakkaan saama palvelu on eheä, oikea-aikainen, jatkuva ja saumattomasti toteutettu kokonaisuus

- sujuvissa palvelukokonaisuuksissa erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon keinoja ja osaamisia yhdistetään joustavasti asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamiseksi
- turvataan palvelujen ja hoidon jatkuvuus
- tarpeisiin vastaaminen tapahtuu mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla
- ihminen pulmineen kohdataan yksilönä ja kokonaisuutena.

Näissä määrittelyissä asiakaslähtöisyyttä korostettiin, mutta tuotiin esiin myös kustannusten ja vaikuttavuuden näkökulmaa.

Mitä sosiaali- ja terveystalouden uudistamisessa integroidaan?

Integraatio ei ole Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa uusi asia, vaan sitä on tehty eri tavoin jo ainakin neljän viime vuosikymmenen aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista integrointia eli sosiaali- ja terveystoimien yhdistämistä, on toteutettu jo 1970-luvulta lähtien 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain mahdollistamana. Tämän lain ohjaamana perustettiin myös terveyskeskukset, jotka olivat 1970-luvun suomalainen innovaatio ja myös hyvä esimerkki ensimmäisistä askeleista kohti integraatiota (Taskinen 2005; Kokko 2009; myös Lehto 2012). Verrattuna moniin muihin eurooppalaisiin järjestelmiin tšekäläiset terveyskeskukset (jotka nykyään ovat usein nimeltäänkin sosiaali- ja terveyskeskuksia tai hyvinvointikeskuksia) ovat moniammatillista yhteistyötä mahdollistavia keskittymiä ilmentäen ammattilastason integraatiota: asiakas voi saada monen eri alan ammattilaisen apua yhdestä ja samasta paikasta (esimerkiksi moniammatilliset kuntoutustiimit). Omassa kodissaan asuvien vanhusten kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on toinen toimiva käytäntö (ks. esim. Tepponen 2009). Kun aiemmin ikääntyneen ihmisen kotona saattoi käydä peräkkäin kotipalvelun ja koti-

sairaanhoidon työntekijöitä, toinen auttamassa ruokailussa ja toinen annostelemassa lääkkeit, nyt molemmat hoituvat yhdellä käynnillä. Myös erilaiset kuntoutus- ja kotiutustiimit toimivat monissa paikoissa integraation periaatteilla yli erilaisten ammatti- ja organisaatio-tasojen. Näistä edellä mainituista toimivista esimerkeistä huolimatta sosiaali- ja terveystalv palvelujen yhteistyö saattaa terveystalvkeskuksissa kuitenkin edelleen olla melko vähäistä tai käytännössä muuten haasteellista (ks. esim. Jolanki, Tynkkynen & Sinervo 2017; Sinervo & Keskimäki 2019).

Integraatiota on siis toteutettu Suomessa jo pitkään sekä paikallisesti että alueellisesti, mutta vastuu on ollut kullakin kunnalla ja/ tai alueella. Ylin hallintohan on Suomessa jo ollutkin integroitu: meillä on yksi sosiaali- ja terveystalvministeriö. Monissa muissa maissa nämä hallinnonalat on jaettu eri ministeriöiden vastuulle. Tämä oli- kin maassamme hyvin varhainen valtion hallinnon eli makrotason integrointi, yhteinen valtakunnallinen ohjausyksikkö sosiaali- ja terveystalvministeriöhän perustettiin jo vuonna 1968.

Sipilän hallitus: Maakuntien leveät hartiat

Mitä uutta keväällä 2019 kaatuneen sote-uudistuksen piti tuoda tähän tilanteeseen? Suunniteltu sote-uudistus olisi tarkoittanut rakenteellisella tasolla myös mittavaa maantieteellistä muutosta. Nykyisten noin 300 kunnan sijaan 18 maakuntaa olisi ollut vastuussa sekä sosiaali- että terveystalv palvelujen järjestämisestä. Joissakin maakunnissa kaikki kolme siloa (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja sosiaalityö) onkin jo laitettu saman katon alle julkisten palvelujen osalta. Esimerkiksi 1.1.2017 aloittaneessa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä, joka tällä hetkellä on kuntien omistama julkinen organisaatio, järjestetään keskitetysti sekä sosiaalityöhuollon, perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut 7000 ammattilaisen voimin yli 200 000 asukkaalle.

Paikallisten rakenteiden osalta uudistus olisi tuonut nykyisten terveyskeskusten paikalle sosiaali- ja terveyskeskukset. Monissa kunnissa toimii tosin jo aiemmin yhdistetty sosiaali- ja terveyskeskus. Tällainen sosiaali- ja terveystoimen paikallinen hallinnollinen yhdistäminen on ollut mahdollista jo vuodesta 1972 (ks. esim. Taskinen 2005; Kokko 2009).

Erityistä valmisteilla olleessa integraatiossa oli se, että se olisi kohdistunut myös sosiaalihuoltoon. Kun muualla maailmalla puhutaan integraatiosta (integroidusta hoidosta, *integrated care*), kyse on usein vain terveydenhuollon sisäisistä muutoksista. Integraatiota toteutetaan saman tason palvelujen horisontaalisena yhdentymisenä esimerkiksi perusterveydenhuollon sisällä tai vertikaalisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Se, että myös sosiaalitoimi olisi koko yhteiskunnan tasolla uudistuksessa mukana, on harvinaisempaa. Poikkeuksena tässä suhteessa on esimerkiksi Skotlanti, tosin sikäläisenkin integraation onnistumista on kritisoitu (Kaehne, Birrell, Miller & Petch 2017, ks. myös van Duijn, Zonneveldt, Montero, Minkman & Nies 2018).

Sipilän hallituksen sote-uudistussuunnitelmiin sisältyi integraation lisäksi valinnanvapaus. Valinnanvapauden toteutuessa nämä uudenlaiset sote-keskukset olisivat voineet olla joko julkisia tai yksityisiä toimijoita. Näiden 'lähipalveluja' tuottavien sote-keskusten alkuperäinen idea oli, että sekä so- että te-palvelut olisivat asiakkaan saatavissa samassa pisteessä. Jo suunnitteluvaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnin näkökulmasta valinnanvapaus ja yksityisten tulo verorahoilla tuetuille markkinoille sekoitti suunnitelmat samasta pisteestä saatavista sote-palveluista. Koska lakeihin perustuva sosiaalitoimen päätösvaltaa ei voitu tai haluttu (ainakaan vielä) jakaa yksityisille toimijoille, sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi olisi tässä suhteessa jäänyt vaillinaiseksi. Suunnitelmissa sote-keskuksiin olikin jäämässä vain neuvonta ja ohjaus ja 'raskas' sosiaalitoimi olisi siirtynyt kunnilta maakuntien vastuulle.

Suunnitellun sote-uudistuksen osalta avoimeksi jäikin, olisiko sote-keskusten eli lähipalvelujen tasolla integraatiota lopulta tapahtunut lainkaan vai olisivatko so- ja te-palvelut olleet vain terveyspalveluihin kohdistuneen valinnanvapauden myötä asiakkaan näkökulmasta entistäkin erillisempiä. Keskustelua herätti myös nykyisten terveyskeskusten toiminnan muuttuminen, jos lähipalvelut olisi rakennettu uudelleen uudenlaisten – julkisten tai yksityisten – sote-keskusten varaan. Olisiko esimerkiksi neuvoloiden ja muiden terveyskeskuksien yhteydessä jo olevien toimintojen yhteys sote-keskuksiin heikentynyt, jos ne olisi siirretty maakuntien vastuulle? Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (ns. hyte) ja sivistystoimi, eli koulut ja kouluterveydenhuollon palvelut, oli tarkoitus jättää kuntien vastuulle. Tämä olisi tarkoittanut sitä, että entisten so- ja te-siilojen paikalle olisi muodostunut uudenlaisia siiloja, joiden välille olisi taas tarvittu uudenlaisia siltoja. Uutena käsitteenä soten rinnalle muodostuikin käsite 'sisote' viittaamaan sivistystoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön tarpeisiin. Uusia rajapintoja olisi muodostanut myös se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kaavailtiin jäävän edelleen kuntien vastuulle, siis erilleen 'sotesta'. Monissa hallituksen kärkihankkeissa (esim. LAPE) tosin tehtiinkin kehittämistyötä uusien siilorajojen muodostumisen ehkäisemiseksi.

Omat haasteensa eri tasojen integrointikysymysten rinnalle tuovat taulukossa 1 mainitut funktionaalinen ja normatiivinen integraatio. Erityisesti asiakas/potilastietojärjestelmien erillisuus on yksi keskeinen monissa tutkimuksissakin tunnistettu ongelma (mm. Ling ym. 2012; Auschra 2018; Sinervo & Keskimäki 2019). Aiemmassa sote-uudistuksessa oli tarkoitus ottaa käyttöön yhteiset asiakastietojärjestelmät maakuntien sisällä, alussa ainakin julkisten toimijoiden osalta. Useiden maakuntien alueella tehtiinkin tähän suuntaan tähtääviä tietohallinnon järjestelmien uudistuksia. Asiakkaan liikkuessa maakuntien rajojen yli asiakastieto ei vielä silti siirtyisi mutkattomasti. Rahoitusjärjestelmien osalta on jo pitkään puhuttu niin sanotuista maakuntien ”leveämmistä hartioista”, joilla on pyritty

takaamaan uudistuksen yksi keskeinen tavoite, yhdenvertainen ja tasapuolinen pääsy riittäviin palveluihin eri puolilla maata. Normatiivisen integraation haasteet, kuten erilaisten organisaatiokulttuurien yhdenmukaistuminen, tulevat olemaan ajankohtaisia siinä vaiheessa, kun sote-uudistuksen varsinainen toimeenpano kentällä joskus alkaa tapahtua.

Rinteen/Marinin hallitus: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus

Kaiken kaikkiaan vuosien 2015–2019 hallituksen suunnittelema sote-integraatio näyttäytyi hyvin palvelujärjestelmä- ja organisaatiolähtöisenä ilmiönä. Lähtökohtana myös Antti Rinteen/Sanna Marinin hallituksen kauden (2019–) sote-uudistuksessa on koko maata koskeva järjestelmätason integraatio: sosiaali- ja terveydenhuollon erillisten siilojen yhdistäminen siten, että nämä kaksi toimisivat yhtenä kokonaisuutena. Rinteen/Marinin hallitus on kuitenkin lähtenyt liikkeelle hyvin erilaisesta näkökulmasta kuin edeltäjänsä. Hallitusohjelman ensimmäisessä sote-uudistusta koskevassa avauksessa uudistamisen keskiöön nostettiin nykyisten (julkisten) terveyskeskusten kehittäminen monipuolisiksi sosiaali- ja terveyskeskuksiksi. Tavoitteena on vahvistaa perustason palveluja ja siirtää toiminnan painopistettä ennaltaehkäisevään työhön. Tätä tavoitetta toteutetaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa, jossa on tarkoituksena perustaa Suomeen laaja-alaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia, ”*jotta ihmiset saavat tarvitsemansa avun yhdellä yhteydenotolla*” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019).

Ohjelman tarkoituksena ”*on ottaa käyttöön uudenlainen, laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, joka rakentuu ihmisten tarpeiden mukaisesti*”. Tämä tarkoittaa rakenteellista ja hallinnollista integraatiota, ei kuitenkaan välttämättä yhteistä rakennusta, saman katon alla olemista. Ohjelma korostaa ”*palvelujen sisäistä integraatiota*” oleellisen tärkeänä tavoitteena. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation todetaan toteutuvan, kun sosiaalihuolto ja terveyden-

huolto ovat toistensa vahvat kumppanit. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022, 13.) Kumppanuus viittaa vahvaan ja sitoutuneeseen yhteistyöhön, jota luonnehtii luottamus. Ohjelmassa korostetaan myös laajemman ja monitoimijaisen/monialaisen yhteistyön ja integroinnin tarvetta, kuten erityistason sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä esimerkiksi KELA:n, sivistystoimen, pelastustoimen ja TE-hallinnon kanssa (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022, 14). Tässä ohjelmassa on tarkoitus edistää integraatiota muun muassa seuraavilla tavoilla:

- vahvistetaan alueellista monialaista ja monitoimijaista yhteistyötä mukaan lukien erityistason palveluiden tuominen perustasolle ja eri hallinnonalojen yhteistyötä
- kehitetään asiakas- ja palveluohjausta matalan kynnyksen integroituneena palveluna
- uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa, tehtävärakenteita ja toimintatapoja sekä vahvistetaan moniammatillista tiimityötä
- otetaan käyttöön maakunnan määrittelemiä palveluketjuja ja -kokonaisuuksia
- edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakas- ja palvelusuunnitelmien käyttöönottoa
- varmistetaan toimivat yhteistyömallit ja -käytännöt eri hallinnonalojen yhteisasiakkaille
- kehitetään yhteentoimivia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.

Kuten edellisen hallituksenkin suunnitelmissa palvelujärjestelmä pohjaisi edelleen maakuntarakenteeseen: *”Palveluja kehitetään ohjelmassa niin, että ne voidaan ottaa käyttöön hallitusohjelman mukaisessa sote-rakenteessa eli tulevissa maakunnissa.”* Ohjelma tähtää myös *”sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistamiseen ja ihmislähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen”*. Ihmislähtöisyys ilmenee ohjelmassa muun muassa seuraavan lausuman muodossa: *”Sote-uudistuksessa kuunnellaan tarkasti ihmisten tarpeita, ja*

hoitotakuuta tiukennetaan, jatkossa ihminen pääsee viikossa tarvitsemaansa hoitoon.”

Nähtäväksi jää, miten uudella, vielä suunnitteluasteella olevalla Marinin hallituksen sote-uudistuksella pystytään toteuttamaan asiakkaiden tarpeisiin perustuvaa integraatiota (Sote-uudistus 2020). Esimerkiksi haasteet kunnille jäävän sivistystoimen ja maakuntien (hyvinvointialueiden) vastuulle siirrettävän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteyksistä (tai uusista rajoista) ovat vastaavanlaisia kuin edellisessäkin uudistuspyrkimyksessä.

Integraation ja valinnanvapauden yhdistäminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisessa on jo pitkään perimmäisenä tavoitteena ollut asiakkaan aseman, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Näihin tavoitteisiin on pyritty parantamalla asiakaslähtöisyyttä kahdella keskeisellä tavalla: 1) palveluiden yhteensovittamisella eli integraatiolla ja 2) lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta palveluissa (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016a). Kansalaisten ja asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen on integraation ohella ollut siis toinen keskeinen sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseen liittyvä tavoite. Integraatio on ollut sote-uudistuksen keskeinen tavoite jo pitkään, mutta valinnanvapaus on tullut mukaan vasta viime vuosina (ks. Lehto, Sinervo & Tynkkynen 2016). Valinnanvapautta ja sen suhdetta integraatioon voidaan tarkastella sekä myönteisestä että kriittisestä näkökulmasta.

Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio voidaan Lehdon ja työryhmän (2016) mukaan nähdä toiminnan ohjaamisen keinoina, jotka molemmat tavoittelevat toiminnan laadun, tehokkuuden ja asiakaskeskeisyyden parantamista. Näiden kahden keskeisen tavoitteen yhdistämisessä kyseiset tutkijat näkevät myös haasteita: valinnanvapauden toimeenpanon valintojen ja integraation toimintamallien

sisäiset logiikat voivat tuottaa toisilleen täysin vastakkaisia tai osin samansuuntaisia lopputuloksia. (Lehto ym., 2016.) Tähän samaan viittaa myös Sinervo tutkijaryhmineen (2016a) pohtiessaan asiakkaan valinnanvapauden ja integraation taustalla olevia, osin erilaisia lähtökohtia. Asiakkaan valinnanvapaudessa korostuu eri tuottajien välinen kilpailu, joka perustuu markkinoilla tapahtuvaan palvelujärjestelmän ohjaukseen, sen sijaan palveluiden integraatiolla tavoitellaan hoidon jatkuvuutta ja ammattilaisten välistä lisääntyvää moniammatillista yhteistyötä (Sinervo ym. 2016a). Toisaalta Lehtonen, Hiilamo, Erhola, Arajärvi, Huttunen, Kananoja, Kekomäki, Pohjola, Tainio, Lillrank, Saxell, Silander ja Vartiainen (2018) näkevät, että valinnanvapaus voisi periaatteessa edistää integraatiota, mikäli markkinoille syntyy integroituja palvelukokonaisuuksia ja mikäli asiakkaat suosivat niitä valinnoissaan.

Valinnanvapaus on nähty yhtenä keinona lisätä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin asioihin (Karsio & van Aerschoot 2017). Sitran vuonna 2016 toteuttamassa tutkimuksessa, joka kohdistui valinnanvapauskokeilun alueella asuviin kansalaisiin, neljäsosa vastaajista piti valinnan mahdollisuutta tärkeänä, mutta terveystalouksissa selkeästi tärkeimpinä tekijöinä korostuivat kuitenkin nopea hoitoon pääsy sekä tehokas ja kokonaisvaltainen palvelu. Myös palvelun läheistä sijaintia pidettiin valinnanvapautta tärkeämpänä. (Luotonen 2017.) Myös Sinervon ja työryhmän (2016b) tutkimuksessa tuli esille, että asiakkaat pitivät hoitopaikan valintaa ja varsinkin hoitavan ammattilaisen valintaa tärkeänä. Mutta kun asiakkaita pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä tekijää terveydenhuollon kehittämiseksi, tärkeimpinä korostuivat kuitenkin palveluiden sujuvuus, peruspalveluiden vahvistaminen, yhdenvertainen saatavuus, yhtenäiset käytännöt ja kustannuskuri. (Sinervo ym. 2016b.)

Valinnanvapaudella voidaan kuitenkin tarkoittaa hyvin erilaisia asioita. Sipilän hallituksen tavoitteena olleeseen sote-uudistukseen liittyen sillä tarkoitettiin perusterveydenhuollon palvelujen (hoidon) tuottajan eli hoitopaikan valintaa julkisen, yksityisen ja kolmannen

sektorin (säätiöt, järjestöt) välillä. Jo nykyisin Suomessa on voimassa rajoitettua valinnanvapautta: esimerkiksi terveyskeskuksen voi valita oman kunnan tai kuntayhtymän sisällä jo nyt. Tämä oli mahdollista vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain perusteella. Valinnanvapaus laajeni edelleen vuoden 2014 alussa (Terveydenhuoltolain 48 §); tällöin kuntalaisten oli mahdollista valita julkisen perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon osalta hoitopaikkansa. Valinnanvapauden mahdollistajia ovat myös esimerkiksi henkilökohtainen budjetti sekä palvelusetelit, joilla asiakas voi ostaa tuetusti palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Erityisesti palveluseteli on ollut jo vuosia yksi väline lisätä asiakkaan valinnanvapautta. Palvelusetelilaki (L569/2009) lisäsi asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia ja paransi näin palvelujen saataavuutta. (Karsio & van Aerschot 2017.)

Jonsson, Parhiala, Sinervo, Aalto, Seppälä, Kärkkäinen ja Väyrynen (2017) ovat jäsentäneet keskeisiä valinnanvapauden edellytyksiä seuraavasti: 1) asiakkaat tuntevat oikeutensa valita eri palveluntuottajien ja -yksiköiden välillä sekä tietävät, kuinka valinta käytännössä tehdään, 2) asiakkailla on riittävästi valinnan vaihtoehtoja, jotta valintojen tekeminen olisi mielekästä, 3) asiakkailla on saatavilla ajantasaista, ymmärrettävää ja luotettavaa vertailutietoa valinnan vaihtoehtoista sekä 4) raha seuraa asiakasta oikeudenmukaisesti ja joustavasti valitulle tuottajalle. Pirhonen ja Pulkki (2016) korostavat edellä mainittujen tekijöiden lisäksi valinnanvapauden toteutumisen edellytyksenä myös 5) asiakkaan kykyä valita (ks. kuvio 1).

Valinnanvapautteen liittyvä tieto ja tietämys on olennainen lähtökohta yksilön valinnanvapauden toteutumisen kannalta. Junnila, Sinervo, Aalto, Jonsson, Hietapakka, Keskimäki, Pekurinen, Seppälä, Tynkkynen ja Whellams (2016) korostavat todellisen valinnanvapauden toteutumisessa olevan keskeistä, että kansalaisilla ja asiakkailla on mahdollisuus punnita valinnan vaihtoehtoja eri lähteistä saatavan monipuolisen tiedon pohjalta (ks. myös Kuusinen-James 2016). Tiedon tulisi olla vertailukelpoista koskien palvelun sisältöä, laatua

ja saatavuutta. Myös tieto asiakastyytyväisyydestä ja hoitotuloksista on valintaan vaikuttavaa. (Junnila ym. 2016.) Sinervon ja työryhmän (2016b) tutkimuksessa todettiin, että vertailutietoa palveluiden laadusta tai saatavuudesta ei kuitenkaan ole riittävästi tarjolla. Luotosen (2017) mukaan vertailutieto saattaa myös olla niin hankalassa muodossa, ettei sitä käytetä. Vertailutiedon lähestyttävyyttä ja ymmärrettävyyttä parantamalla voitaisiin sen käyttöäkin lisätä (Luotonen 2017; ks. myös Jokinen, Rintamäki, Saloranta, Joensuu & Rannisto 2019).

Valinnanvapaus:

Perusta/lähtökohtana:

- korostettu tärkeänä arvona itsessään
- palvelun tuottajien välinen kilpailu
- => parempi palvelun laatu ja saatavuus

Tavoite

- asiakaslähtöisyyden parantaminen
- palvelun laadun parantaminen
- palvelun vaikuttavuuden parantaminen

Toimivuus edellyttää...

- on vaihtoehtoja, mistä valita
- tietoa vaihtoehdoista ja asiakkaan tietoon perustuvaa valintaa
- asiakkaalle on saatavilla palvelun laadun vertailutietoa
- asiakkaat pystyvät vertailemaan hoidon laatua ja saatavuutta
- kykyä tehdä valintoja

Valinnanvapauteen kohdistunut kritiikki

- ovatko asiakkaat kiinnostuneita valitsemaan
- huonokuntoiset tai monisairaat asiakkaat eivät kykene vertailemaan palvelun laatutietoja tai tekemään valintoja
- kilpailuttaminen siirretään asiakkaan vastuulle

(Lähteet: Sinervo ym. 2016a; Pirhonen & Pulkki 2016)

Kuvio 1. Valinnanvapaus tiivistettynä

Suomessa valinnanvapauteen liittyviä suunnitelmia ja tavoitteita on usein verrattu Ruotsin tilanteeseen. Ruotsissa valinnanvapauden soveltaminen on ollut voimassa noin kymmenen vuotta ja siitä saadut kokemukset ovat kahtalaisia (ks. taulukko 2). Valinnanvapausuudistuksen on esimerkiksi todettu parantaneen palvelujen maantieteellistä saavutettavuutta suurimmalla osalla väestöstä (Tynkkynen, Saloranta & Keskimäki 2016).

Taulukko 2. Terveystalveluihin liittyvä valinnanvapaus joissakin Pohjoismaissa sekä Alankomaissa ja Englannissa

Maa	Valinnanvapauden ilmeneminen
Ruotsi	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 potilaslaki laajensi valinnanvapauden koskemaan koko maata niin perusterveydenhuollon kuin avosairaanhoidon lääkäripalveluiden osalta => kansalainen voi valita palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta => järjestämisvastuussa olevalla kunnalla tai maakäräjillä on kokonaisvastuu toiminnasta ja siitä informoisesta
Norja	<ul style="list-style-type: none"> • Kansalaisella oikeus valita, mille perusterveydenhuollon lääkärielle listautuu => perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon • Erikoissairaanhoidossa potilaalla oikeus valita hoitopaikka kaikista maan julkisista sairaaloista sekä niistä yksityisistä tuottajista, joiden kanssa palveluita järjestävät neljä aluetta ovat tehneet sopimuksen • Potilas- ja asiakaslaki takaa potilaalle oikeuden vapaaseen valintaan ja valintaa tukevaan informaatioon => Norjan kansallinen terveystalvelu-yhteisö ylläpitää uudistettua verkkopalvelua <i>Helsenorge.no</i>. => tietoa vaihtoehtoisista hoitopaikoista, jonoista, odotusajoista ja hoidon laadusta
Tanska	<ul style="list-style-type: none"> • Perusterveydenhuollon valinnanvapaudella pitkät perinteet • Valinnanvapaus perustuu potilaan aktiiviseen listautumiseen haluamalleen lääkärielle <p>Kaksi tapaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ryhmä 1: (yli 98 % asukkaista), potilaalla ei ole asiakasmaksuja => listautuvat perusterveydenhuollon lääkärielle => toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon • Ryhmä 2: maksavat perusterveydenhuollossa asiakasmaksuja ja voivat hakeutua myös erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetekäytäntöä • Erikoissairaanhoidossa potilas voi valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista

Taulukko 2 jatkuu

Englanti	<ul style="list-style-type: none"> • Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä (<i>National Health Service, NHS</i>) kattaa koko väestön palvelut verorahoitteisesti, palvelut asiakkaille maksuttomia • Kansalainen voi valita lääkäriaseman ja siellä mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan => erikoislääkärille pääsee vain yleislääkärin lähetteellä • Kansalaiset voivat valita palveluita eri julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta • Terveydenhuollossa valinnanvapauteen liittyvät käytännöt ovat yhtenäisiä ja kaikkia palveluntuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit
Alankomaat	<ul style="list-style-type: none"> • Valinnanvapaus keskeinen terveystalouden toteuttamisen päämäärä • Sairausvakuutusjärjestelmä, kahdentyyppisiä vakuutuksia => kansalainen voi valita vakuuttajansa ja vakuutuspaketin • 1) vakuutus, jossa voi käyttää vain vakuutusentajan listaamien palveluntuottajien palveluja ja jossa tästä aiheutuvat kulut korvataan täysimääräisesti • 2) käyttäjä voi valita palveluntuottajan vapaasti, mutta vakuutus korvaa hoidosta aiheutuvat kulut vain enimmäismäärään saakka potilaan vastatessa kuluista enimmäiskorvauksen yli meneviltä osin

(Sinervo ym. 2016a; Ahgren 2010; Chydenius, Saarinen & Tynkkynen 2016; Jonsson, Nykänen, Pohjola, Junnila, Hietapakka, Liukko, Parhiala, Nuorteva & Whellams 2016; Burström, Burström, Nilsson, Tomson, Whitehead & Winblad 2017; Luotonen 2017)

Valinnanvapauden rajoitteeksi voi muodostua se, että varsinkin eri tavoin heikommassa asemassa olevat asiakasryhmät eivät kykene hyödyntämään valinnanvapautta. Tällöin riskinä voi olla palvelujen muotoutuminen niiden käyttäjäryhmien mukaan, jotka sitä osaavat hyödyntää. Huolena on ollut myös se, että valinnanvapaus voisi lisätä eri alueiden välistä eriarvoisuutta. (ks. Junnila & Whellams 2016.) Erityisesti paljon eri palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden palvelujen integrointi ja valinnanvapaus saattavat aiheuttaa joitakin haasteita. Lehtonen kirjoittajaryhmineen (2018) tuo esille valinnanvapauteen liittyviä ongelmia. He näkevät vaarana, että sellaisten asiakkaiden ja potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty valinnanvapautta käyttämään, palvelutarpeet eivät tule yhdenvertaisesti tyydytetyksi verrattuna henkilöihin, jotka pystyvät valinnanvapautta hyödyntämään. Paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden näkökulmasta integraation toteutumisen uhkana on myös nähty tilanne, jossa valinnanvapauden seurauksena luodaankin palvelumarkkinat,

joilla ei myydä integroituja palvelukokonaisuuksia vaan asiakas joutuisi valitsemaan itselleen palveluntarjoajan jokaiseen tarvitsemaansa hoitotapahtumaansa erikseen (Lehto ym. 2016). Asiakkaat ovat kritisoineet myös valinnan perustaksi tarvittavan tarpeellisen ja relevantin tiedon saatavuutta (esim. Aalto, Elovainio, Tynkkynen, Reissell, Vehko, Chydenius & Sinervo 2018). Ruotsissa valinnanvapausmallien tutkimuksissa kritiikki on kohdistunut siihen, että valinnanvapaus voi muuttaa terveydenhuoltojärjestelmää aiempaa hajanaisemmaksi, mikä saattaa vaikeuttaa myös eri palvelujen tuottajien välistä hoidon integraatiota (Ahgren 2010; ks. Chydenius, Saarinen & Tynkkynen 2016; Burström ym. 2017; Luotonen 2017).

Valinnanvapaus on joka tapauksessa sote-integraatioon läheisesti liittyvä asia. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdentyminen pelkästään julkisella sektorilla ei vielä varmista asiakkaiden palvelujen yhteensovittamista, koska yksityinen sektori on asiakkaalle tietysin ehdoin valittavissa oleva vaihtoehto tälläkin hetkellä, etenkin terveystalouksissa. Integraatiota tarvitaan joka tapauksessa jollakin tavalla paitsi julkisten palvelujen sisällä, myös julkisten ja yksityisten palvelujen välillä. Integraation tiiviiden aste ja toteuttamistapa voivat vaihdella, mutta esimerkiksi tiedon kulku (tietojärjestelmien yhteensopivuus) ja läheteiden joustava kulku palveluntarjoajalta toiselle on varmistettava myös julkisen ja yksityisen sote-sektorin välillä.

Pohdinta: Kohti ihmislähtöistä integraatiota

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet integraation teoreettisia periaatteita suhteessa suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden uudistamiseen. Integraatio on sekä teoreettisesti että käytännössä hyvin monimuotoinen ilmiö. Integraatiota tarvitaan ja toteutetaan monilla eri tasoilla lähtien makrotason järjestelmämuutoksista aina yksittäisen asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisen hoidon tai palvelun sujuvaan toteuttamiseen. Sote-integraation perimmäinen tavoite on asiakkaan palvelujen yhteensovittaminen, ja erityisesti eri tahoilta paljon erilai-

sia palveluja tarvitsevat ihmiset ovatkin integraation keskeinen kohderyhmä. Integroitua ja ihmislähtöistä orientaatiota pidetään kansainvälisesti sosiaali- ja terveysjärjestelmien kestäväen kehittämisen avaintekijänä (WHO 2016).

Ihmislähtöisyys, suomalaisittain tutummin asiakaslähtöisyys (Laitila 2010; Järnström 2012; ks. myös Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020 ja Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020 tässä julkaisussa), näyttäytyy eri tavoin integraation suunnittelussa ja toteutuksessa. Sen pitäisi kuitenkin olla punainen lanka, joka ohjaa toimijoita integraatiopyrkimysten kaikilla tasoilla ja kaikissa vaiheissa. Kansainvälinen sote-integraatiota edistävä toimija *International Foundation for Integrated Care* (IFIC) visiona on, että korkealaatuinen, ihmislähtöinen ja integroitu hoiva olisi kaikkien ihmisten saatavilla; tavoitteena mahdollistaa ihmisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisyyden maksimointi (IFIC 2019). Integraatioon liittyville erilaisille toimijoille, kuten poliitikoille, palvelujen järjestäjille, johtajille, sote-ammattilaisille ja tavallisille kansalaisille, integraation arvot ja tavoitteet saattavat kuitenkin merkitä hyvin erilaisia asioita.

Käytännön sote-integraatiokeskustelua seuratessa tuntuu joskus siltä, että asiakaslähtöisyys integraation ydinajatuksena on vaarassa jäädä muiden, kilpailevien arvojen ja tavoitteiden varjoon. Toisaalta integraatiota ja sen vaikuttavuutta ei kannata myöskään pitää itsesäänselvyytenä (Nolte & Pitchforth 2014; Raleigh, Bradsley, Wistow, Wittenberg, Erens & Mays 2014). Ihmislähtöisen sote-integraation suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaankin jatkossa yhä enemmän keskustelua integraatiota ohjaavista arvoista (ks. esim. Zonneveld, Driessen, Stüssgen & Minkman 2018) sekä ymmärrystä moniulotteisesta, eri toimijoiden näkökulmat huomioivasta vaikuttavuuden arvioinnista.

Lähteet

- Aalto Anna-Mari, Elovainio Marko, Tynkkynen Liina-Kaisa, Reissell Eeva, Vehko Tuulikki, Chydenius Miisa & Sinervo Timo 2018. What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 46, 463–470.
- Ahgren Bengt 2010. Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* 96, 91–97.
- Ahgren Bengt & Axelsson Runo 2005. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care* 5(31), e01.
- Armitage Gail D., Suter Esther, Oelke Nelly D. & Adair Carol E. 2009. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 9(17), 1–11.
- Auschra Carolin 2018. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated care* 18(1), 1–14.
- Axelsson Runo & Bihari Axelsson Susanna 2006. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 21, 75–88.
- Burström Bo, Burström Kristina, Nilsson Gunnar, Tomson Göran, Whitehead Margaret & Winblad Ulrika 2017. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health* 16(29), 2–10.
- Chydenius Miisa, Saarinen Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa 2016. Terveystalvelujen valinnanvapaus eduskuntapuolueiden ohjelmissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53, 242–257.
- Davidson Stephen M. 1976. Planning and coordination of social services in multiorganizational contexts. *Social Service Review* 50(1), 117–137.
- Delnoij Diana, Klazinka Nieg & Glasgow Kulu I. 2002. Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care* 2(1), 1–4.
- van Duijn Sarah, Zonneveldt Nick, Montero Alfonso Lara, Minkman Mirella & Nies Henk 2018. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International Journal of Integrated Care* 18(6), 1–13.
- Fayol Henry 1916. *Industrial and general administration*. Pitman, London.
- Fisher Michael P & Elnitsky Christine 2012. Health and social services integration: A review of concepts and models. *Social Work in Public Health*, 27(5), 441–468.
- Fulop Naomi, Mowlem Alice & Edwards Nigel 2005. *Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere*. London, The NHS Confederation. <https://pdfs.semanticscholar.org/>

- org/0802/a075618541d1293351d56bod8bc2d7032862.pdf?_ga=2.100776065.1295626436.1571211859-239167454.1571211859
- Goodwin Nick 2015. How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. *International Journal of Integrated Care* 15(29).
- Gulick Luther & Urwick Lyndall F. (toim.) 1937. *Papers on the scientific administration*. Columbia University Press, New York.
- Halme Saija & Tiirinki Hanna 2019. *Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita. Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla*. Työpäpaperi 27/2019, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-398-4>
- HE15/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170015>
- HE16/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016#idp446595344>
- Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön*. Onnistu sote-integraatioissa -tutkimushankkeen raportti. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätö, Julkaisu 12/2018. <https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/>
- Jokinen Esa, Rintamäki Timo, Saloranta Anna, Joensuu Johanna & Rannisto Pasi-Heikki 2019. *Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon toteutuminen sote-palveluissa palvelusetelilainsäädännön kautta* (VARVO). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:53, Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-780-2>
- Jolanki Outi, Tynkkynen Liina-Kaisa & Sinervo Timo 2017. Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care* 25 (4), 7–255.
- Jonsson Pia Maria, Nykänen Eeva, Pohjola Pasi, Junnila Maijaliisa, Hietapakka Laura, Liukko Eeva, Parhiala Kimmo, Nuorteva Leena & Whellams Anne 2016. *Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystalouksissa. Kuvauksia eräistä Euroopan maista*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 6/2016, Helsinki. Verkkojulkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-630-8>
- Jonsson Pia Maria, Parhiala Kimmo, Sinervo Timo, Aalto Anna-Mari, Seppälä Timo T., Kärkkäinen Jukka & Väyrynen Riikka 2017. *Palvelusetelikokeilun arviointikehikko*. Valtioneuvoston selvitys-

- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 46/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-413-9>
- Junnila Majjaliisa & Whellams Anne 2016. Valinnanvapauteen liittyvät uskomukset. Teoksessa Junnila Majjaliisa, Hietapakka Laura & Whellams Anne (toim.) *Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 11/2016, Helsinki, 26–36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-681-0>
- Junnila Majjaliisa, Sinervo Timo, Aalto Anna-Mari, Jonsson Pia Maria, Hietapakka Laura, Keskimäki Ilmo, Pekurinen Markku, Seppälä Timo T., Tynkkynen Liina-Kaisa & Whellams Anne 2016. *Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa*. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Päätösten tueksi 2/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-637-7>
- Järnström Sanna 2012. *“En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni” Etnografinen tutkimus asiakuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrissessa sairaalassa*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tampereensis 1635, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kaehne Axel, Birrell Derek, Miller Robim & Petch Alison 2017. Bringing integration home policy on health and social care integration in the four nations of the UK. *Journal of Integrated Care* 25(2), 84–98.
- Karsio Olli & van Aerschoot Lina 2017. Vanhuspalvelut ja valinnanvapaus – johtavien viranomaisten näkemyksiä palvelusetelistä. *Gerontologia* 31(3), 163–178.
- Kivelä Kirsi 2020. *Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1549, Oulun yliopisto, Oulu.
- Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni: osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 267–293.
- van der Klauw Denise, Molema Hanneke, Grooten Liset & Vrijhoef Hubertus 2014. Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care* 14(21), e024.
- Kodner Dennis L. 2009. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13 Special Issue, 6–15.
- Kodner Dennis L. & Spreeuwenberg Cor 2002. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2(14), e12.
- Koivisto Juha & Tiirinki Hanna (toim.) 2020. Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut –

- väliraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 4/2020, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-459-2>
- Kokko Simo 2009. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *International Journal of Integrated Care* 9(25).
- Kuluski Kerry, Ho Julia W., Parminder Kaur Hans & Nelson Michelle 2017. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care* 17(4), 1–11.
- Kuusinen-James Kirsi 2016. *Setelipeliä: Tutkimus palveluseteliä säännöllisessä kotihoidossa käyttävien iäkkäiden henkilöiden valinnanvapaudesta*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2016:32, Helsinki.
- L569/2009. *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>
- L1326/2010. *Terveydenhuoltolaki*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laitila Minna 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 31, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Lawrence Paul R. & Lorsch Jay W. 1967. *Organizations and environments. Managing differentiation & integration*. Harvard University, Boston.
- Lehto Juhani 2012. Mitä perusterveydenhuolto potee? Teoksessa Anttonen Anneli, Haveri Arto, Lehto Juhani & Palukka Hannele (toim.) *Yksityisen ja julkisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere University Press, Tampere, 370–391.
- Lehto Juhani, Sinervo Timo & Tynkkynen Liina-Kaisa 2016. Valinnanvapaus ja integraatio – Terveidenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1, 53–69.
- Lehtonen Lasse, Hiilamo Heikki, Erhola Marina, Arajärvi Pentti, Huttunen Jussi, Kananoja Aulikki, Kekomäki Martti, Pohjola Anneli, Tainio Hanna, Lillrank Paul, Saxell Tanja, Silander Katariina & Vartiainen Pirkko 2018. Valinnanvapaus SOTE-uudistuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 55, 78–87.
- Leichsenring Kai 2004. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4(3).
- 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.
- Ling Tom, Brereton Laura, Conklin Annalinj, Newbould Jennifer & Roland Martin 2012. Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English integrated care. *International Journal of Integrated Care* 12(24).

- Luotonen Niilo 2017. *Valinnanvapaus asukkaan ehdoilla – Suomen edellytykset Ruotsin kokemusten ja kansainvälisen tutkimustiedon valossa*. HANKEN CENTRE FOR CORPORATE GOVERNANCE -tutkimusraportti, Sitra. https://www.sitra.fi/julkaisut/valinnan_vapaus-asukkaan-ehdoilla/
- Nolte Ellen & McKee Martin 2008. Integration and chronic care: a review. In Nolte Ellen and McKee Martin (eds.) *Caring for people with chronic conditions A health system perspective*. The European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England.
- Nolte Ella & Pitchforth Emma 2014. *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Technical Report. World Health Organization, Copenhagen, Denmark. <http://researchonline.lshtm.ac.uk/2530944/>
- Pirhonen Jari & Pulkki Jutta 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusarvojen jäljillä – avuntarpeen ja riippuvuuden tunnistaminen vanhuspalveluissa. *Janus* 24(3), 251–264.
- Raleigh Veena, Bardsley Martin, Smith Paul, Wistow Gerald, Wittenberg Raphael, Erens Bob & Mays Nicholas 2014. *Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care*. Final report, PIRU (Policy Innovation Research Unit) Publication 2014-8. http://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/IC_and_support_Pioneers-Indicators.pdf
- Rijken Mieke, Struckmann Verena, van der Heide Iris, Hujala Anneli, Barbabella Francesco, van Ginneken Ewout & Schellevis François. On behalf of the ICARE4EU consortium. 2017. *How to improve care for people with multimorbidity in Europe?* Policy Brief 23, Health systems and policy analysis. European Observatory on Health systems and Policies, Brussels. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/337585/PB_23.pdf?ua=1
- Ristolainen Hanna, Roivas Päivi, Mustonen Erja & Hujala Anneli 2020. Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveystalvelu*. Tampere University Press, Tampere, 241–266.
- Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari, Jylhä Virpi & Kivekäs Eija 2020. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveystalvelu*. Tampere University Press, Tampere, 179–212.
- Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki 2016a. Johdanto. Teoksessa Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016, Helsinki, 13–27. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9>

- Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki 2016b. Johtopäätökset. Teoksessa Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016, Helsinki, 115–124. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9>
- Sinervo Timo & Keskimäki Ilmo 2019. Palveluintegraatiota käytännössä, Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 84(4), 425–433.
- Sinkkonen Sirkka, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2017. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*, 3. uudistettu painos. Sanoma pro, 105–128.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, verkkosivut. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/stm-tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma-kayntiin-nyt-panostetaan-peruspalveluihin- (Luettu 29.10.2019)
- Sote-uudistus 2020. <https://soteuudistus.fi/etusivu>
- Taskinen Helena 1995. *Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö koulutuksen ja työelämän haasteena*. Licensiaatin tutkimus, Kuopio yliopisto, Kuopio.
- Taskinen Helena 2005. *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 126, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Tepponen Merja 2009. *Kotihoiton integrointi ja laatu*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- THL 2020. *Sote-palvelujen integraatio*. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio> (Luettu 8.9.20 20)
- Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:3, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>
- Tynkkynen Liina-Kaisa, Saloranta Anna & Keskimäki Ilmo 2016. Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Teoksessa Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016, Helsinki, 33–44. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9>
- Valentijn Pim P., Schepman Sanneke M., Ophelij Wilfrid & Bruijnzeels Marc A. 2013. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 13(22), 1–12.

- Valentijn Pim P. 2015. *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care*. Dissertation Tilburg University, The Netherlands. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn_Rainbow_16_12_2015.pdf
- Virtanen Petri, Smedberg Jari, Nykänen Pirkko & Stenvall Jari 2017. *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. <https://vnk.fi/fi/julkaisu?pubid=16201>
- WHO World Health Organization 2016. Framework on Integrated, People-Centered Health Services. Report by the Secretariat. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf
- Ylitalo-Katajisto Kirsti 2019. *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöitysosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1540, Oulun yliopisto, Oulu.
- Zonneveld Nick, Driessen Naomi, Stüssgen René A.J., & Minkman Mirella M.N. 2018. Values of integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4).