



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Susanna Saarinen

Tavoitteena tulevaisuuden Sote-keskus

Sosiaalihuollon näkökulma sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatioon

Johtamisen akateeminen yksikkö
Julkisjohtaminen, pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2022

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Susanna Saarinen		
Tutkielman nimi:	Tavoitteena tulevaisuuden Sote-keskus: Sosiaalihuollon näkökulma sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatioon		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Julkisjohtaminen		
Työn ohjaaja:	Paula Rossi		
Valmistumisvuosi:	2022	Sivumäärä:	73

TIIVISTELMÄ:

Tämä pro gradu -tutkielma tarkastelee ajankohtaista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, joka painottuu katsomaan uudistusta sosiaalihuollon näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiä ovat: Millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota tavoitellaan, ja mitä yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia löytyy, joissa integraatio nähdään tarpeellisena?

Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, sosiaalihuoltoa ja moniammatillista yhteistyötä taustoittavista luvuista. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus luvussa käydään läpi uudistusta, hyvinvointialueita ja palveluintegraatiota. Sosiaalihuolto luvussa tarkastellaan sosiaalipalveluita ja sosiaalialan johtamisen erityispiirteitä. Moniammatillinen yhteistyö sote-integraation toteuttamisen menetelmänä luvussa teemoiksi nousee hallinnon uudistus, muutokset organisaatioissa, moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen sekä muutosjohtaminen.

Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen empiirinen tutkimus. Tutkimuksen aineisto koostuu 21 hyvinvointialueen laatimista rakenne- ja hankesuunnitelmista, joilla tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksia rakennetaan. Aineiston analyysimetodina on käytetty sisällönanalyysia, jossa on hyödynnetty aineistolähtöisen ja teorialähtöisen analysoinnin yhdistelmää. Tutkimustuloksissa keskeisiksi teemoiksi integraation tavoittelemisen kohdalla nousee institutionaalinen logiikka ja työ, moniammatillisuus, verkostoyhteistyö, sosiaalihuollon näkyväksi tekeminen ja muutosjohtaminen. Palvelukokonaisuuksien osalta keskeisiksi teemoiksi muodostuu lasten-, nuorten- ja perheiden palvelut, aikuisten palvelut, ikäihmisten palvelut sekä mielen-terveys- ja päihdepalvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytetty moniammatillista yhteistyötä, jota voidaan verrata integraatioon. Tutkimustuloksista on havaittavissa, että uudistuksella haetaan laajempaa kokonaisuutta yhteistyön eri muodoista, joilla pystytään paremmin vastaamaan asiakkaiden kasvaviin palvelutarpeisiin. Johtopäätöksissä todetaan muutosjohtamisen olevan tärkeää integraation toteuttamisessa, kun sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio on muodostamassa uudenlaisen työskentely- ja toimintatapakulttuurinsa.

AVAINSANAT: hallinnon uudistus, sote-uudistus, hyvinvointialue, sosiaalihuolto, sosiaalipalvelut, integraatio, muutosjohtaminen

Sisällys

1	Johdanto	4
1.1	Tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja rakenne	6
2	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus	8
2.1	Sote-uudistus	8
2.2	Hyvinvointialueet	10
2.3	Palveluintegraatio	12
2.4	Kansainvälisiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiokokeiluja	16
3	Sosiaalihuolto	19
3.1	Sosiaalipalvelut	19
3.2	Sosiaalialan johtamisen erityispiirteet	19
4	Moniammatillinen yhteistyö sote-integraation toteuttamisen menetelmänä	23
4.1	Hallinnon uudistus	23
4.2	Muutokset organisaatioissa	28
4.3	Moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen	31
4.4	Muutosjohtaminen	34
5	Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineisto	38
5.1	Tutkimusmenetelmä	38
5.2	Tutkimusaineiston kerääminen	39
5.3	Tutkimusaineiston analysointi	41
5.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
6	Tutkimustulokset	44
6.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tavoitteet	44
6.2	Asiakastarpeisiin pohjautuva palveluintegraatio	49
6.3	Sote-organisaatioiden toimintakulttuuri muutoksessa	52
7	Johtopäätökset	55
	Lähteet	66

1 Johdanto

Suomessa on siirrytty hallinnon uudistamisessa hallinnollisista rakenteista kohti julkisten palvelujen kehittämisen suuntaan (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 96). Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) palvelujärjestelmän uudistaminen tuli 2010-luvulla hallinnon uudistamisen keskeiseksi aiheeksi, ja sitä alettiin toteuttamaan erilaisilla kuntakentän uudistamishankkeilla ja -projekteilla (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 41). Ensiaskel reformille oli kunta- ja palvelurakenne uudistus, Paras-hanke 2000-luvulla, minkä jälkeen se on ollut eri hallitusten kokoonpanon aikana jatkuvana aiheena (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 41). Vuosina 2011–2015 Jyrki Kataisen ja Alexander Stubbin hallitukset keskittyivät erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen, ja sen jälkeen uudistusta alettiin viedä entistä voimakkaammin eteenpäin.

Juha Sipilän hallitus vuosina 2015–2019 jatkoi uudistuksen läpiviemistä, mutta epäonnistui keväällä 2019 eduskunnan hyväksynnän saamisessa uudistussuunnitelmilleen. Tämän jälkeen Antti Rinteen hallitus jatkoi uudistuksen läpivientiä ja lopulta Sanna Marinin hallituksen aikana sote-uudistus saatiin voimaan. Eduskunta hyväksyi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistuksen keskeiset lait, ja tasavallan presidentti Sauli Niinistö vahvisti ne 29.6.2021 (Sote-uudistus, 2022c). Uudistusta koskeva lainsäädäntö tuli voimaan 1.7.2021 (Valtiovarainministeriö, 2022).

Maakunta – Sote-uudistus on Suomen julkisen hallinnon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudistamishanke, joka muuttaa kuntien tehtäviä ja julkishallinnon rakenteita. Uudistuksessa tehdään muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, tuottamiseen ja rahoitukseen (Valtiovarainministeriö, 2022). Sote-palveluiden järjestämisvastuu siirtyy tammikuun 2023 alusta uusille hyvinvointialueille, joita on 21. Uudennaan alue tekee tässä poikkeuksen, sillä sen erillISRatkaisun mukaisesti alueelle muodostetaan neljä hyvinvointialuetta (Valtiovarainministeriö, 2022).

Suomessa on meneillään poikkeuksellisen laaja palvelurakenteen uudistus. Uudistuksen tarpeellisuutta on perusteltu palvelujärjestelmän haasteilla, jotka ovat erilaisia eri

puolilla Suomea. Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudessa on nähty olevan ongelmia erityisesti väestöä menettävillä, ikääntyvillä alueilla. Toiminnan painopistettä on lähedetty siirtämään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Keskeisenä tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sote-palvelut kaikille, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin sekä hillitä kustannusten kasvua (Valtioneuvosto, 2022).

Hyvinvointialueet ovat uusia julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Rahoitus perustuu valtion rahoitukseen. Valtiovarainministeriö vastaa hyvinvointialueiden perustamisesta, hallintoa, rahoitusta ja henkilöstöä sekä omaisuusjärjestelyjä koskevan lainsäädännön valmistelusta ja täytäntöönpanon ohjauksesta (Valtiovarainministeriö, 2022). Kuntien ja kuntayhtymien sote-henkilöstö tulee siirtymään liikkeenluovutuksilla hyvinvointialueiden työntekijöiksi vuonna 2023 (Valtiovarainministeriö, 2022). Uudistuksen myötä on tarkoitus perustaa laaja-alaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia, sotekeskuksia, jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköjä, ja ne tarjoavat julkisesti rahoitettuja sosiaalihuollon peruspalveluja ja perusterveydenhuollon palveluja sekä mahdollisesti näitä täydentäviä palveluja (Kanta, 2022).

Sote-palvelut tulevat muodostamaan maakunnan sisällä oman organisaationsa ja johtamisjärjestelmänsä, joissa tavoitteena on yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen (Pakarinen & Kananoja, 2017, s. 471). Tämä luo edellytykset sille, että organisaatioiden johtajat eivät voi enää toimia pelkästään oman alansa sisällön tuntemisen kanssa, vaan heidän on johdettava organisaatiota generalistin tavoin (Niiranen ja muut, 2010, s. 77; Syväjärvi & Pietiläinen, 2016, s. 12). Virtanen ja muut (2017, s. 2) toteavat Suomen sote-uudistuksen olevan kansainvälisesti ainutlaatuinen toimenpide, sillä näin kokonaisvaltaisesta systeemisestä sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta, joka toteutetaan integraation periaatteella, on maailmalta vähän tutkimusnäyttöä.

Rakenneuudistus vaikuttaa toimintaan ja johtamiseen, sillä uudistus tulee vaikuttamaan poliittiseen johtamiseen, organisaatioiden ylimpiin johtamistehtäviin, keskijohtoon sekä lähiesimiesten johtotehtävään. Johtamisen keskeinen tehtävä tulee olemaan muutoksen johtaminen, jota tarvitaan toiminnan, prosessien ja ihmisten johtamiseen. Uudistuvan organisaation johtaminen edellyttää nojautumista nykyisten rakenteiden johtamista käsiteltävään tietoon. (Pakarinen & Kananoja, 2017, s. 471–473.)

1.1 Tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja rakenne

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen palvelujen integraatiota eli yhteensovittamista. Tutkimusaihe on ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä, koska se koskee koko väestöä. Tutkijan ennako-oletuksena on, että sote-organisaatioissa on tehty ja tehdään moniammatillista yhteistyötä, mikä pohjautuu teoriakirjallisuuteen ja tutkijan omaan työkokemukseen sosiaalityön kentältä. Tutkijan kiinnostuksen kohteena on, mitä uutta sote-uudistus tuo ja mitä integraatiolla tavoitellaan. Tutkimus rajautuu tutkimaan uudistusta sosiaalihuollon näkökulmasta.

Tutkimusasetelmalla tarkoitetaan kokonaisuutta, mikä rakentuu tutkimusongelmasta, teoreettisesta viitekehyksestä, empiirisestä aineistosta ja aineiston menetelmistä sekä analyysimeteodeista (Vuori, 2021). Teoreettisen viitekehyksen tarkoituksena on esittää jäsennellysti tutkimuksen kannalta oleelliset teoriat ja käsitteet (Alasuutari, 2011, s. 60; Juhila, 2021). Tämä tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, jossa empiirinen aineisto analysoidaan tutkimuksen teoreettiselta viitekehyksen pohjalta.

Tutkimuksen tavoitteena on hakea vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota tavoitellaan?
- Mitä yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia löytyy, joissa integraatio nähdään tarpeellisena?

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä ja teoreettisia lähtökohtia. Tutkimuksen teoreettista viitekehystä käsitellään

luvuissa kaksi, kolme ja neljä. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat hallinnon uudistus, sote-uudistus, hyvinvointialue, sosiaalihuolto, sosiaalipalvelut, integraatio ja muutosjohtaminen. Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu 21 hyvinvointialueen laatimista rakenne- ja hankesuunnitelmista, joilla tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksia rakennetaan. Suunnitelmat ovat julkisia dokumentteja. Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineisto esitetään luvussa viisi ja tutkimustulokset luvussa kuusi. Luku seitsemän käsittää johtopäätökset.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

2.1 Sote-uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on Suomen yksi merkittävimmistä hallinnollisista uudistuksista, jossa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta. Uudistuksen tavoitteena on turvata hyvinvointialueen asukkaille yhdenvertaiset sote-palvelut sekä pelastustoimen palvelut, parantaa palvelujen saatavuutta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata syntyvyyden laskun ja ikääntymisen aiheuttamiin haasteisiin sekä hillitä kustannusten kasvua (Sote-uudistus, 2022f).

Toimintarakenteita muuttamalla on tarkoitus luoda asiakasta palvelevia palvelukokonaisuuksia, joissa tavoitteena on kehittää perus- ja erityistason palvelujen yhteentoimivuutta sekä palvelujen saumattomuutta. Hyvinvointialueen järjestämiä julkisia palveluja ovat muun muassa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihuolto, mielen-terveys- ja päihdepalvelut sekä vammaispalvelut (Sote-uudistus, 2022f). Uudistuksen tavoitteena on vähentää tarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kohdistamalla painopistettä enemmänkin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, jota tehdään hyvinvointialueiden ja kuntien välisellä yhteistyöllä (Sote-uudistus, 2022f).

Uudistus koskettaa oleellisella tavalla kuntien toimintaa ja taloutta, sillä se vaikuttaa kuntien tehtäviin, kuntia koskevaan rahoitukseen, verotusoikeuteen ja valtionosuusjärjestelmään, omaisuuteen, velkoihin ja sopimuksiin sekä henkilöstöön (Sote-uudistus, 2022g). Kuntien työntekijämäärä tulee vähentymään merkittävästi, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen henkilöstö siirtyy hyvinvointialueiden palvelukseen. Kuntien vastuulta poistuu väestön ikääntymiseen ja sairastavuuteen liittyvät kustannukset sekä niistä aiheutuvat kuntatalouteen kohdistuvat riskit (Sote-uudistus, 2022g).

Toiminnan yleisestä ohjaamisesta, suunnittelusta ja kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Ministeriö, hallinnonalan laitokset ja virastot sekä valvontaviranomaiset

ohjaavat säädös-, resurssi- ja informaatio-ohjauksen keinojen avulla sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, palveluiden tuottamista ja yksittäisiä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Uudistuksen johdosta ollaan siirtymässä uudenlaiseen ohjaukseen, sillä jatkossa ohjaaminen kohdistuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Tavoitteena on, että ohjaus perustuu enemmän ministeriön ja palveluiden järjestäjän väliseen luottamukseen ja vuorovaikutuksen vahvistamiseen, jossa ensiarvoisen tärkeää on yhteinen tietopohja ja ymmärrys palvelujen tilasta. (Sote-uudistus, 2022e.)

Valtiovarainministeriön tehtävänä on vastata alueiden perustamista, hallintoa, rahoitusta ja henkilöstöä sekä omaisuusjärjestelyjä koskevan lainsäädännön valmistelusta ja täytäntöönpanon ohjauksesta (Valtiovarainministeriö, 2022). Hyvinvointialueita on yhteensä 21. Poikkeuksen tekee Uusimaa, sillä sen erilliskäytön mukaisesti maakunnan alueelle muodostetaan neljä hyvinvointialuetta (Valtiovarainministeriö, 2022). Helsingin kaupungilla tulee jatkossakin säilymään sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu (Valtiovarainministeriö, 2022).

Uudistuksen keskeiseksi tavoitteeksi nousee integraatio, jonka tavoitteena on yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon voimat niissä tilanteissa, kun sosiaaliset olosuhteet, hyvinvointi ja terveys kytkeytyvät toisiinsa (Koivisto ja muut, 2020). Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi työ- ja toimintakyvyn muutokset, yksinäisyys, turvattomuus, syrjäytyminen, pitkäaikaissairaudet, hoivan tarve, mielenterveyden ongelmat, päihteet, perhe- ja lähisuhdeväkivalta, elämänhallinta ja jaksaminen arjessa. Koiviston ja muiden (2020) mukaan tavoitteena on, että integraatiosta tulevat eniten hyötymään asiakkaat, jotka tarvitsevat samanaikaisesti useita sosiaali- ja terveyspalveluita. Ominaista on, että asiakkaiden ongelmien ja oireiden syyt ovat moninaisia ja niiden ratkaisut edellyttävät moniammatillista yhteistyötä, joilla tavoitellaan asiakkaan tarpeita vastaavia palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja.

2.2 Hyvinvointialueet

Hyvinvointialue määritellään kunnista ja valtiosta erilliseksi julkisoikeudelliseksi yhteisöksi, jolla on itsehallinto alueellaan. Hyvinvointialuekonserni koostuu hyvinvointialueesta tytäryhteisöineen (Sote-uudistus, 2022d). Hyvinvointialueen toiminta pitää sisälleen hyvinvointialueen ja hyvinvointialuekonsernin toiminnan sekä omistukseen, sopimukseen ja rahoittamiseen perustuvan toiminnan (Sote-uudistus, 2022d). Alueen tehtävänä on järjestää sille laissa säädetyt tehtävät, joita ovat tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestäminen.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä lain tarkoituksena (612/2021) on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa. Muut keskeiset lait koskevat voimaantumia ja toimeenpanoa, maakunta- ja hyvinvointialuejakoa, maakuntien hallinnon ja talouden järjestämistä, maakuntien rahoitusta sekä kuntien valtionosuusjärjestelmän muuttamista (Sote-uudistus, 2022c).

Alue voi ottaa tehtäväkseen myös alueellaan sen lakisääteisiä tehtäviä tukevia tehtäviä, joita voivat olla lakisääteisiin tehtäviin liittyvä kansainvälinen toiminta ja hyvinvointialueiden keskinäinen edunvalvonta. Tämän lisäksi hyvinvointialueella on lupa harjoittaa vähäriskistä liiketoimintaa alueellaan tai yhdessä toisen hyvinvointialueen kanssa, mikäli tämä tukee lakisääteisten tehtävien toteuttamista. Hyvinvointialue sopii alueensa kuntien kanssa sen hoidettavaksi tulevat kuntien vapaaehtoiset tehtävät, mikäli kunnat ovat osoittaneet tehtävien hoitamiseen rahoituksen ja ne liittyvät alueen tehtävälleen. Alueilla on yhteistoiminta mahdollisuus, sillä ne voivat sopimuksesta hoitaa tehtäviään yhdessä. Yhteistoiminnan muodoiksi on määritelty yhteinen toimielin, yhteinen virka, sopimus viranomaistehtävän hoitamisesta ja hyvinvointiyhtymä. (Sote-uudistus, 2022d.)

Alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten luodaan viisi yhteistyöaluetta, jotka ovat Pohjois-Suomen, Itä-Suomen, Sisä-Suomen, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen yhteistyöalue. Näiden alueiden tehtäviin kuuluu vastata yhteistyön sisällöstä

sekä tarvittavista hallinnollisista päätöksistä, joita yhteistyön toteuttaminen ja rahoittaminen vaativat. Hyvinvointialueiden tulee laatia samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien kanssa keskinäinen yhteistyösopimus valtuustokausittain. Yhteistyösopimuksella varmistetaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö sekä yhteensovitetään alueiden lakisääteisten tehtävien toteutuminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaaminen. (Sote-uudistus, 2022h.)

Hyvinvointialueille siirtyy kunnista ja kuntayhtymistä liikkeenluovutuksilla noin 173 000 sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen työntekijää (Valtiovarainministeriö, 2022). Tämän lisäksi hyvinvointialueiden työntekijöiksi siirtyvät kuntien opetustoimesta opiskeluhoollon kuraattorit ja psykologit sekä kunnan tukipalveluiden työntekijät, mikäli heidän tehtävistään kohdistuu vähintään puolet kunnan sosiaali- tai terveydenhuollon tai pelastustoimen palveluihin (Valtiovarainministeriö, 2022).

Hyvinvointialueen pakolliset toimielimet ovat aluevaltuusto, aluehallitus, tarkastuslautakunta, kansalliskielilautakunta kaksikielisellä hyvinvointialueella ja saamen kielen lautakunta Lapin hyvinvointialueella (Sote-uudistus, 2022b). Aluevaltuustolla on ylin päätösvalta ja sen tehtäviin kuuluu vastata alueen toiminnasta ja taloudesta kuten muun muassa lähipalvelujen järjestämisestä, talousarviosta ja -suunnitelmista sekä jäsenten valitsemisesta toimielimiin (Sote-uudistus, 2022a). Valtuutetut ja varavaltuutetut valitaan alueella pidettävissä aluevaaleissa, toimikausi on neljä vuotta (Sote-uudistus, 2022b).

Aluevaltuusto asettaa aluehallituksen, joka johtaa hyvinvointialueen toimintaa, hallintoa ja taloutta (Sote-uudistus, 2022b). Aluevaltuusto asettaa myös hyvinvointialueen muut toimielimet sekä valitsee hyvinvointialuejohtajan, jonka tehtävänä on johtaa aluehallituksen alaisena alueen hallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa (Sote-uudistus, 2022b). Suomen ensimmäiset aluevaalit järjestettiin 23.1.2022. Hyvinvointialueiden aluevaltuustot aloittivat toimintansa 1.3.2022 (Sote-uudistus, 2022a).

Alueiden toiminta perustuu suurimmaksi osaksi valtion rahoitukseen, joka on yleiskatteellista. Rahoitus jaetaan alueiden asukkaiden laskennallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden perusteella. Rahoitus määräytyy osittain myös asukasmäärän mukaisesti sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerien perusteella. Pelastustoimen osalta rahoitukseen vaikuttavat myös alueelliset riskitekijät. (Valtiovarainministeriö, 2022.)

2.3 Palveluintegraatio

Sosiaali- ja terveystalouden integraatio on laaja ja monitahoinen muutos, johon sisältyy sekä rakenteiden ja hallinnon että myös organisaatiotason suhteiden ja ihmisten välisen yhteistyön uudistamista. Integroitua yhteistyötä tarvitaan, kun asiakas tarvitsee paljon erilaisia sosiaali- ja terveystalouden palveluja. Kekoni ja muut (2019, s. 35–39) toteavat, että Suomen palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja siilomainen, joten sote-uudistuksen tavoitteena on muuttaa tätä hajanaisuutta sosiaali- ja terveystalouden palveluiden integraatiolla. He painottavat, että oleellista tässä on eri toimijoiden tekemä saumaton yhteistyö toistensa kanssa, jotta yhteisasiakkaiden hoito ja palvelu muodostuu laadukkaaksi ja tehokkaaksi. Tämän saavuttaminen vaatii kaikkien osapuolten sitoutumista sekä myös sektori- ja organisaatiotason ylittämistä.

Heinämäki (2011, s. 14) tuo esiin, että integraatio eli yhdentyminen nousee esiin tilanteissa, jossa aikaisemmin on vallinnut erilaistuminen. Hän toteaa, että Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotarve pohjautuu historiaan, jossa on luotu erillisiä paradigmoja, lähestymiskulmia ja käsitteitä sekä järjestelty yhteistä kompleksista toimintaympäristöä eri tavoin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erillisestä kehityksestä on tavoiteltu kohti yhteistä sekä valtionhallinnossa että kuntien toiminnassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöstä löytyy monia integroinnin tarvetta luovia piirteitä kuten väestön ikä-, sairaus-, koulutus- ja ammattirakenteiden muutokset, väestön palvelutarpeiden muutokset sekä kasvaneet palveluodotukset ja -vaatimukset (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 80). Sinkkonen ja muut (2012, s. 81) toteavat, että nämä

tekijät ovat synnyttäneet sosiaali- ja terveysaloilla painetta kehittää palvelujen sisältöä, palvelutarjontaa ja -rakenteita sekä myös palveluja tuottavia organisaatioita, ohjausta ja johtamista. Tämä on johtanut siihen, että sote-alalla on alettu lisätä erilaisia yhteistoiminnan muotoja kuten verkostoitumista.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytetty moniammatillista yhteistyötä, jota voidaan verrata integraatioon. Virtasen ja muiden (2017, s. 26) mukaan integraatiota on tavoiteltu sosiaali- ja terveyspalvelujen arkityössä, jossa on kiinnitetty huomiota potilas- ja asiakaslähtöisyyteen. He mainitsevat, että integraatiota on myös tavoiteltu, kun paikallisia organisaatorakenteita on uudistettu, esimerkiksi sosiaalitoimen ja terveydenhuollon yksiköitä fuusioimalla sekä erilaisilla paikallisilla ja valtakunnallisilla ohjelmilla, kuten 2000-luvun sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmat. Näiden lisäksi he tuovat esiin, että 2000-luvulla yhdistettiin sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluintegraatiota, jolloin hallinnollisesti erilliset sosiaalilautakunnat ja terveyslautakunnat yhdistettiin sosiaali- ja terveyslautakunniksi.

Rissanen ja Lammintakanen (2012, s. 19) toteavat, että sosiaali- ja terveyspalvelujen erottaminen voidaan yleensä nähdä, mutta vanhuspalvelujen, päihdepalvelujen ja mielenterveyspalvelujen sijoittaminen sosiaali- tai terveyspalveluihin ei ole yksiselitteistä. Sinkkosen ja muiden (2012, s. 81) mukaan palveluja on useimmiten tarkasteltu yhteisenä alueena, koska kummallakin palvelulla on näissä tapauksissa merkittävä rooli. He tuovat esiin, että integroinnin tarvetta lisää myös informaation sekä tietotekniikan ja sen sovellutusten nopea kasvu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.

Toimenpiteistä huolimatta Suomen palvelujärjestelmä on kuitenkin jäänyt hyvin pirstaleiseksi, joten tarve palvelujärjestelmän systeemiseen uudistamiseen on olemassa (Virtanen ja muut, 2017, s. 26). Virtanen ja muut (2017, s. 18) toteavat, että palveluintegraatiosta etsitään apua sosiaali- ja terveydenhuollossa esiin nouseviin monimutkaisiin ongelmiin ja tekijöihin. Näitä ovat muun muassa taloudellisten resurssien niukkuus,

julkisten palvelujen korkeat kustannukset ja tehottomuus, sosiaali- ja terveystalouden heikko laatu ja hoidon jatkuvuuden puutteet, palvelujen päällekkäisyys sekä palvelujen saatavuuden ongelmat.

Munday (Heinämäki, 2011, s. 15) on tarkastellut eurooppalaisia palveluintegraation linjauksia, jossa sosiaalipalveluita on integroitu toisen palvelualueen kanssa. Mundayn mukaan palveluintegraation perusteluina voidaan erottaa neljä tekijää, jotka ovat:

- Yhtenäiset palvelut tuottavat palvelun käyttäjälle parhaan hyödyn erityisesti silloin, kun asiakkaalla on moninaisia ja pitkäkestoisia palvelutarpeita
- Resurssien käytön tehostaminen, tiedonkulun varmistaminen ja palvelutyytyväisyyden lisääminen
- Asiakkaan osallisuus ja oikeudet toteutuvat paremmin kuin erillisissä palveluissa
- Integraation myötä syntyy taloudellista tehokkuutta sekä laajemmat sosiaali- ja terveystaloudelliset mahdollistavat paremmin erityisten palveluiden tarpeet.

Virtanen ja muut (2017, s. 42) nostavat esiin, että integraation toteutumisessa asiakaslähtöinen palvelukulttuuri on välttämätön edellytys. Tällöin sen voidaan nähdä olevan sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioiden keskiössä tulee olla asiakas- ja potilastarpeiden ymmärtäminen sekä palvelujen käyttäjien mukaan ottaminen palvelujen uudistamiseen.

Stenvallin ja Virtasen (2021, s. 96–97) mukaan palveluyhteiskunta voidaan määritellä ihmiskeskiseksi, jossa asiakas tai palveluiden käyttäjä on toiminnan keskiössä. Heidän mukaansa palveluperusteinen toimintamalli pohjautuu ajatukseen eri palveluista muodostuvien palveluekosysteemien yhteisestä arvonluomisesta, jonka voidaan nähdä tuovan yhteiskunnallista hyvää, mutta myös synnyttävän uudenlaisia mahdollisuuksia palveluliiketoiminnan näkökulmasta katsottuna. Palveluperusteisen toimintalogiikan myötä julkinen politiikka ja hallinto kytkeytyvät muuhun yhteiskuntaan. Palveluajattelu mahdollistaa sen, että reformeja voidaan yrittää toteuttaa siitä näkökulmasta, että asiakas tarpeineen on keskiössä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2022b) mukaan uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sovitetaan yhteen muodostamalla asiakasryhmien palvelutarpeisiin vastaavia palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja. Palvelukokonaisuus on määritelty asiakkaan palvelutarpeeseen tai asiakasryhmän tarpeisiin perustuvasta palveluiden kokonaisuudesta, jota voi järjestää, tuottaa ja toteuttaa yksi tai useampi toimija. Palveluketjulla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, joka rakentuu tietyille asiakasryhmälle tarkoitettuista peräkkäisistä tai osin samanaikaisesti toteutuvista palveluista. Palvelupolku määritetään asiakkaan palvelutarpeeseen perustuvaksi suunnitelmalliseksi kokonaisuudeksi, joka toteutuu asiakkaan tarpeiden mukaan ja se voi muodostua useista eri palveluista.

Uudistuksen toteuttamista tavoitellaan palveluiden vertikaalisen ja horisontaalisen integraation kautta (Airaksinen ja muut, 2016, s. 275). Puska (2020, s. 109) toteaa, että vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan erikois- ja peruspalvelujen integraatiota, kun taas horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan terveys- ja sosiaalipalvelujen integroimista samaan systeemiin. Hänen mukaansa toiminnallisen integraation edut ovat palvelujen järjestäminen ilman hallinnollisia raja-aitoja, asiakkaiden sujuva liikkuminen palvelujen välillä sekä henkilöstön kuuluminen samaan yhteiseen organisaatioon.

Virtanen ja muut (2017, s. 6) kirjoittavat, että palveluintegraatio voidaan määritellä tarkoittavan yhtenäistä palvelukokonaisuutta, joka voi toteutua ns. matalan kynnyksen paikoista kuten perhetyö ja digitaaliset palvelut, erityistason palveluiden kautta esimerkiksi vammaispalvelu ja lastensuojelu sekä vaativan tason palveluiden kautta kuten lastenpsykiatria. Tämä palvelukokonaisuus nimetään vertikaaliseksi integraatioksi. Horisontaalisella integraatiolla puolestaan tarkoitetaan kahden erillisen sosiaali- ja terveydenhuollon profession tai organisaatioiden välisten palveluiden yhdistämistä, jolla pystytään vastaamaan asiakkaan palvelutarpeeseen (Virtanen ja muut, 2017, s. 6).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2022b) mukaan tavoitteena on, että palveluintegraation perustana käytetään segmentointia, jossa väestöä ja asiakkuuksia jaotellaan

samankaltaisten palvelutarpeiden perusteella. Segmentoinnin perusteina voidaan käyttää ikää tai elämänvaihetta (esim. lapsiperheet, työikäiset, ikääntyneet), palvelujen tarpeen määrää (esim. laajasti palveluja tarvitsevat ja harvoin asioivat) sekä tuen tarpeen määrää (esim. apua tarvitsevat asioinnissa ja omatoimisesti asioivat).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2022b) mukaan segmentit jaotellaan ominaisuuksien perusteella pysyviin ja muuntuviin. Pysyvät segmentit pohjautuvat alueen väestössä tai asiakkuuksissa ilmeneviin yleisiin ominaispiirteisiin kuten elämänvaiheeseen. Muuntuvat segmentit puolestaan perustuvat alueen ilmiöihin kuten esimerkiksi nuorten osattomuus ja niiden ominaisuuksiin kuuluu, että ne voivat ajan kuluessa ja oikeanlaisten palveluiden myötä hävitä tai ne muuttavat muotoaan.

2.4 Kansainvälisiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiokokeiluja

Virtanen ja muut (2017, s. 20–26) kirjoittavat, että eri maissa sosiaali- ja terveydenhuolto kohtaa samankaltaisia ongelmia kuin mitä Suomessakin on, sillä asiakkaiden sairauksien hoito on siirtynyt akuutista hoidosta pitkäaikais- ja monisairauksien hoitoon. Tämä on synnyttänyt tarpeen eri alojen integraatiolle. He tuovat esiin, että Suomi on ollut kansainvälisesti vertaillen edistyksellinen integraation läpiviennissä. Suomessa integraatioon on kiinnitetty huomioita 15 vuoden aikana paljon ja nähtävissä on, että Länsi-Euroopan eri maissa on toteutettu samankaltaisia kehityskuvioita kuin Suomessa on tehty jo vuosien ajan.

Integraatio on nähty keinona, jolla sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut voidaan uudistaa asiakaslähtöisellä tavalla, sekä sillä on nähty olevan vaikutuksia palveluketjujen saumattomuuteen, palveluprosessien tehostamiseen ja palvelun laadun parantamiseen (Virtanen ja muut, 2017, s. 48). Fichtenberg ja muut (2020) kirjoittavat, että tutkimuksista saatujen tietojen perusteella on todettavissa, että sosiaaliset tekijät vaikuttavat ihmisten terveyteen, joten tarpeelliseksi on nähty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdistäminen. He tuovat esiin, että integroinnin on todettu hyödyntävän niitä asiakkaita ja potilaita, jotka tarvitsevat molempia palveluita. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuolto voivat

täydentää toistensa palveluita, sekä keskinäisellä yhteistyöllä saavutetaan laajempi tietämys moniongelmaisista asiakkaista.

Fichtenberg ja muut (2020) toteavat, että olemassa on suhteellisen vähän julkaistua tietoa siitä, miten ja kuinka integraatio käytännössä toimii, joten ammattilaisilla ei ole kokemuksia onnistumisista tai epäonnistumisista. Heidän mukaansa tarvitaan lisää tutkimustietoa integraation tehokkuudesta ja kustannustehokkuudesta, jotta pystytään parhaiten rakentamaan luotettava ja tehokas yhteistyö kahden eri sektorin välille. He mainitsevat, että haasteita integraatiolle asettaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden erilaiset järjestelmät ja henkilöstö, asetetut prioriteetit sekä kieli. Haasteelliseksi on nähty myös molempien organisaatioiden hajanaisuus ja monimutkaisuus.

Weil (2020) tuo esiin Yhdysvalloissa toteutettuja integraatiokokeiluja, joissa erilaisten ohjelmien ja projektien kautta on kokeiltu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdistämistä. Integraation toteuttamisista on saatu lupaavia tuloksia. Palveluiden integraatiota on käytetty muun muassa ikääntyvien ihmisten, päihdeongelmaisten äitien sekä rintamaveteraanien hoidon parissa. Palveluiden yhdistämisessä on käytetty sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä.

Weil (2020) kertoo Oreganossa toteutetusta yhteistyökokeilusta, jonka kohderyhmänä oli raskaana olevat naiset, äitiys ja päihdeongelma. Raskaana oleville naisille järjestettiin vertaistukea, terveydenhuollon palveluja ja sosiaalipalveluita. Tuloksista kävi ilmi, että moniammatillisen yhteistyön turvin lasten sijaishuolto ja lastensuojeluilmoitukset vähenivät lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana.

Yhdysvalloissa Area Agencies on Aging (AAAs) on tuottanut sosiaalipalveluja ikääntyneille amerikkalaisille jo 50 vuoden ajan (Weil, 2020). Weilin (2020) mukaan tutkimustulosten perusteella on ollut nähtävissä, että mikäli AAAs on vakiinnuttanut yhteistyötään sairaaloiden kanssa, on tämä vähentänyt asiakkaiden sairausvakuutuskuluja. Palveluiden yhdistämisestä ovat hyötäneet myös hoitokodeissa asuvat rintamaveteraanit. Lisäksi

maaseutujen haja-asutusalueille suunnatuissa rintamaveteraanien hoitokodeissa asuvien monisairaiden veteraanien sairaalakäynnit ja ensiapukäynnit vähenivät vuosina 2016–2019.

Fichtenberg ja muut (2020) kirjoittavat, että integraatiokokeiluja on viety suurimmaksi osaksi eteenpäin terveydenhuollon sektorin prioriteettien pohjalta. He toteavat, että tärkeätä on, että sosiaali- ja terveydenhuolto nähdään tasavertaisina ja priorisoitavat asiat koskevat kumpaakin sektoria. Lisäksi ensiarvoisen tärkeää on tarve tunnistaa sosiaalisten tekijöiden vaikutukset ihmisten terveyteen, sillä yhdistämällä oikeanlaiset palvelut, voidaan kohentaa yksilöllistä ja väestön terveyttä.

3 Sosiaalihuolto

Sosiaalihuollon toimintojen keskipisteenä ovat asiakaslähtöisyys, hyvinvoinnin edistäminen, ennaltaehkäisevä työ ja varhainen tukeminen (Helminen, 2020, s. 6). Nämä tekijät edellyttävät sosiaalihuollon henkilöstöltä suunnitelmallista työskentelyä, sosiaalisten ongelmien synnyn ehkäisemistä ja oikea-aikaisten sosiaalipalvelujen tarjoamista ongelmien ilmaannuttua (Helminen, 2020, s. 6).

3.1 Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelut on määritelty sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Sosiaalihuoltolain 14 §:n mukaan hyvinvointialueen sosiaalipalveluina on järjestettävä sen sisältöisinä ja siinä laajuudessa kuin tässä tai muussa laissa säädetään. Sosiaalipalveluita ovat sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu, kotihoito, asumispalvelut, laitospalvelut, liikkumista tukevat palvelut, päihdetyö, mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta sekä lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta. (SHL 14 §.)

Erityislainsäädännön perusteella tarjottavia sosiaalipalveluita ovat muun muassa vammaispalvelut, kehitysvammaisten erityishuolto, toimeentulotuki, lastensuojelu, kuntouttava työtoiminta, lapsen huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvä sovittelu, perhehoito, omaishoidontuki sekä kotouttamiseen liittyvät tehtävät (SHL 14 §). Lisäksi on järjestettävä sosiaalipäivystys, johon voi saada yhteyden ympäri vuorokauden, jonka turvin kii-reelliset sosiaalipalvelut järjestetään (SHL 29 §).

3.2 Sosiaalialan johtamisen erityispiirteet

Julkisella sektorilla on merkittävä rooli suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä sosiaali- ja terveysjohtaminen on hakenut perusmuotoaan julkishallinnosta (Rissanen & Hujala, 2012, s. 63). Johtamisympäristönä julkinen hallinto ja julkiset organisaatiot edustavat pysyvyyttä, hierarkkisia rakenteita ja staattista organisaatiomallia (Rissanen & Hujala, 2012, s. 63). Sosiaalialan johtamisen kehityksen voidaan nähdä edenneen

julkisen sektorin johtamisen yleisien kehityspiirteiden mukaisesti. Johtamiseen ja käytäntöihin ovat vaikuttaneet klassiset organisaatio- ja johtamisteoriat kuten byrokratiateoria, tieteellinen liikkeenjohto ja ihmissuhteiden koulukunta. Alan toimintakenttä ja ammatillinen identiteetti ovat kuitenkin tuoneet johtamiskäytäntöihin yksilöllisiä piirteitä, joiden myötä alan johtamisopit ovat muokkautuneet omanlaisekseen ja saaneet omia erityispiirteitään. (Niiranen ja muut, 2010, s. 61–65; Sullivan, 2016, s. 553–554.)

Niirasen ja muiden (2010, s. 35) mukaan sosiaalialan rakenteet, organisointi ja ohjaus ovat muovautuneet 1990-luvun ja 2000-luvun alun lainsäädännön ja itsehallintoreformien myötä, jotka ovat vaikuttaneet alan johtamiseen. Lisäksi he mainitsevat, että teknologista järjestelmää on kehitetty sosiaalialan tarpeita vastaaviksi, sekä verkostomainen johtaminen ja henkilöstön osaaminen on nostettu johtamisen keskiöön. Sosiaalihuollon johtamisella vaikutetaan työn organisointiin, palveluiden kehittämiseen ja toteuttamiseen, toiminnan laatuun sekä vaikuttavuuteen ja tuloksellisuuteen, henkilöstön hyvinvointiin ja työyhteisön luottamukseen (Talentia, 2022).

Sosiaalialan tehtävät ovat lakisääteisiä. Niirasen ja muiden (2010, s. 14–20) mukaan toiminnalta edellytetään tehokkuutta ja vaikuttavuutta, sillä alalla on samanaikaisesti pehdyttävä osaamisen, strategisen ajattelun ja tiedolla johtamisen kysymyksiin. He tuovat esiin, että johtamisen määrittelyllä olevan päätöksentekoa, voimavarojen hankkimista, ohjaamista, asioiden järjestämistä ja vastuun jakamista. Johtamisen haasteet ovat monella tapaa eettisesti jännitteisiä, sillä johtajat kohtaavat työssään yhteiskunnassa vallitsevia eettisiä näkemyksiä sosiaalipalveluiden tavoitteista ja perusteista sekä asiakastyön mukana tuomiin eettisiin ristiriitoihin (Sinkkonen & Laulainen, 2010, s. 226; Sullivan, 2016).

Niiranen ja muut (2010, s. 13) toteavat, että strategisen johtamisen näkökulmasta katsottuna johtamisosaaminen voidaan jakaa johtamisalueeksi ja -taidoiksi. Heidän mukaansa strategiseen johtamiseen sisältyy yhteistyökyky poliittisen ja toiminnallisen

johdon välillä, johtajan oman toimialueen kokonaisuuden, organisaatioiden ja järjestelmien sekä toimintamekanismien tunteminen. Lisäksi johtamiseen sisältyy osaamisen johtaminen ja taito tiedolla johtamiseen, valmius käyttää tietoa päätöksenteon tukena sekä vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaito.

Luonteenomaista johtamiselle on poliittinen tulosvastuu, lakisidonnaisuus, oikeudenmukaisuus, toiminnan avoimuus ja läpinäkyvyys. Johtamisessa tulee ottaa huomioon niin yhteiskunnalliset perustehtävät kuin taloudellisesti kestävä toimintamallit. (Niirinen ja muut, 2010, s. 15–20.) Sosiaali- ja terveydenhuollon odotetaan olevan tuottavaa ja vaikuttavaa, sillä niiden tulisi tuottaa käytettävissä olevilla resursseilla runsaasti palveluja sekä tuotetuilla palveluilla tulisi olla positiivisia hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia ihmisten elämään (Valtonen, 2012, s. 55; Sullivan, 2016, s. 556).

Johtamisella vaikutetaan palveluiden laatuun ja asiakasturvallisuuteen. Johtamisella on merkittävä ja tärkeä rooli siihen, miten sosiaalipalveluilla pystytään vaikuttamaan heikossa asemassa olevan asiakkaan elämäntilanteeseen. Johtajalta edellytetään tunteista sosiaalihuollon asiakkaiden moninaisuudesta, jotta hän voi päättää resurssien kohdentamisesta sekä myös tietämystä, millaista osaamista työntekijöillä tulee olla, jotta hän kykenee kehittämään palveluita (Talentia, 2022). Johtamisella vaikutetaan siihen, miten asiakasturvallisuus toteutuu sosiaalipalveluissa, eli miten palvelut järjestetään ja toteutetaan siten, että asiakkaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus toteutuu (Talentia, 2022).

Johtajalta edellytetään tilivelvollisuutta, julkisten varojen tehokasta käyttöä, mikä muodostuu politiikan, talouden ja viranomaistoiminnan kokonaisuudesta. Sosiaalialan talouden johtamisessa keskeistä on julkinen intressi, vastuullisuus asiakkaiden hyvinvoinnista ja julkisten varojen käytöstä. Talous asettaa johtajille reunaehdot, joiden varassa toimintaa koskevat ratkaisut on tehtävä. Johtajat tasapainoilevat ristiriitojen kanssa, sillä he joutuvat harkitsemaan, miten parhaiten kykenevät hallitsemaan käytettävissä olevien taloudellisten voimavarojen ja sosiaalialan perustehtävien toteuttamisessa vaadittavien

resurssien välisen suhteen. Johtajien velvollisuuteen kuuluu ottaa vastuu oman organisaationsa talousarvion suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. (Niiranen ja muut, 2010, s. 46–53.)

Sosiaalialan organisaatiot ovat monien toimijaverkostojen, erilaisten osajien ja asiantuntijoiden muodostamia, sillä verkoston muodostavat erilaiset sidosryhmät, asiakkaat, kansalaiset, poliittiset päättäjät, henkilöstö ja yhteistyökumppanit (Alhanen ja muut, 2019, s. 10; Niiranen ja muut, 2010, s. 25). Rissanen ja Lammintakanen (2012, s. 9) toteavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset edellyttävät johtajilta yhä enemmän laajaa ymmärrystä koko sosiaali- ja terveydenhuollosta ja sen verkostoituvasta toimintatavasta sekä myös alan johtamisen erityispiirteistä. Lisäksi he mainitsevat, että johtajan tulee ymmärtää palvelujärjestelmä ja sen loogiikka, sillä näiden tuntemus auttaa onnistumaan johtamistyössä.

Uudistusten yhteydessä julkisia sosiaalialan organisaatioita ja alan johtajia haastavat resurssien ja kehittyvien toimintaympäristöjen erilaiset ristipaineet. Organisaatiot ja johtajat ovat kohtaamassa muutoksia työssä, toimintatavoissa, yhteistyötavoissa ja toimintaympäristössä. Pakarinen ja Kananoja (2017, s. 471–472) kirjoittavat, että yhteiskunnan ja koko maailman muutokset heijastuvat sosiaalihuoltoon, joten palveluiden käyttäjien muuttuvat tilanteet ja tarpeet edellyttävät yhä enemmän tarpeen yhdistää monenlaista osaamista. Tämän myötä tarve eri ammattilaisten väliselle yhteistyölle kasvaa.

4 Moniammatillinen yhteistyö sote-integraation toteuttamisen menetelmänä

4.1 Hallinnon uudistus

Uudistus eli reformi tarkoittaa toisin muodostamista, uudelleen tekemistä, muuttamista ja parantamista, ja niihin liitetään yleensä lupaus positiivisuudesta (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 29). Julkisen sektorin uudistus kuvastaa tavoitteellista ja harkittua julkisen sektorin organisaatioiden rakenteen ja prosien muutosta, minkä tavoitteena on organisaatioiden toimintaprosessien kehittäminen (Niiranen ja muut, 2010, s. 39). Temmeksen (2003, s. 228) mukaan hallinnon uudistamisen voidaan katsoa olevan toimintaa, joka muodostuu tietoisista teoista, sillä niiden tavoitteena on muuttaa julkisen hallinnon rakenteita ja prosesseja, jotta ne toimisivat paremmin.

Hallintoreformien ominaisuuksiin kuuluu, että niiden on luotava arvoa, jonka kautta seuraa niiden merkityksellisyys (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 30). Stenvallin ja Virtasen (2021, s. 30) mukaan julkisen toiminnan arvo kytkeytyy yhteiskuntaan, jossa hyötyjä tarkastellaan kansalaisten tai palveluiden käyttäjien asetettujen tavoitteiden kautta. He toteavat, että julkisen toiminnan määritellään tuottavan arvoa, kun asiakkaat ja kansalaiset kokevat saavansa siitä hyötyä itselleen ja se näkyy omassa hyvinvoinnissa tai terveydessä.

Airaksinen ja muut (2016, s. 240) kirjoittavat, että uudistaminen voidaan määritellä toiminnaksi, jolla tavoitellaan erilaisia asioita kuten esimerkiksi sisäisen toimintakyvyn vahvistamista. Tällä tarkoitetaan hallintokoneiston kykyyn kehittää ja toteuttaa poliittisia päämääriä ja tavoitteita. Hallinnon uudistamisen tavoitteeksi voidaan tuoda myös hallinnon ulkoisen toimintakyvyn parantaminen, joka määritellään kyvyksi toimia mahdollisimman hyvin suhteessa kansalaisten ja yhteiskunnan asettamiin vaatimuksiin (Airaksinen ja muut, 2016, s. 240).

Stenvall ja Virtanen (2021, s. 27–32) tuovat esiin, että reformeihin sisältyy sekä hallittavuutta että hallitsemattomuutta. Hallittavuudessa on kyse siitä, että reformeja voidaan johtaa ja niihin voidaan vaikuttaa. Heidän mukaansa hallintoreformeille on kuitenkin ominaista, että ne ovat hallitsemattomia ja niissä tapahtuu yllätyksellisiä asioita. Tämä johtuu siitä, että reformeja viedään läpi kompleksisessa ja monimutkaisessa asioiden ja ilmiöiden keskinäisriippuvaisessa toimintaympäristössä. Reformien ei tarvitse olla yksityiskohtaisesti suunniteltuja vaan hyväksyttävää on, että strategisessa toteutuksessa niiden tavoitteita kyetään muuttamaan, kun olosuhteet reformien toteuttamiselle muuttuvat. Tämä tulee esiin myös sote-uudistuksessa, sillä uudistusta on pidetty jo valmisteluvaiheessa puutteellisena, mikä kuvastuu siinä, ettei näin massiivista ehdotusta voi hallita kovin yksityiskohtaisesti.

Vartolan (2004, s. 55–57) mukaan reformit voidaan ymmärtää tietoisina tekoina, joiden tavoitteena on järjestää asiat niin, että ne vastaisivat tulkintaa yhteiskunnassa tapahtuneista muutoksista. Airaksinen ja muut (2016, s. 239–240) toteavat, että hallinnon uudistamisessa voidaan nähdä olevan kyse tarpeesta, jossa hallinto mukautetaan paremmin vastaamaan yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin. Tämä johtuu siitä, että toimintaympäristössä tapahtuvat yhteiskunnalliset muutokset johtavat hallintoa muutokseen. He mainitsevat, että toimintaympäristön muutostekijät, tulevaisuuden haasteet ja hyvinvointipalveluiden turvaaminen merkitsevät, että julkinen hallinto pyrkii eri tavoin sopeuttamaan toimintaansa vallalla oleviin ja tuleviin olosuhteisiin.

Julkisen hallinnon organisaatiot ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivään maailmaan, joten toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset määrittävät toiminnan sisällöt, julkisen hallinnon rakenteita ja johtamista (Nyholm ja muut, 2016, s. 199). Julkisen hallinnon toimintaympäristö on usealla tavalla kompleksinen. Toimintaympäristössä tapahtuvat kehityskulut ja ilmiöt ovat monitahoisia, sillä ne kytkeytyvät toisiinsa ja monimutkaistavat yksittäisten sekä laajempien ilmiöiden, tai niiden syy- ja seuraussuhteiden täsmällistä selittämistä ja määrittelyä (Nyholm ja muut, 2016, s. 199).

Stenvall ja Virtanen (2021, s. 16) tuovat esiin ihmiskeskeisen hallinnon uudistamisen, jolla he tarkoittavat hallinnon uudistamisen tapaa, joka ottaa lähtökohdakseen ihmisten toiminnan hallinnon uudistamisessa. Heidän näkemyksensä mukaan hallinnon uudistaminen palvelee aina ihmistä ja se voi liittyä parempiin julkisiin palveluihin kuten sote-uudistuksen tavoitteena on. Stenvallin ja Virtasen (2021, s. 50) mielestä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmää ei tulisi pelkästään nähdä ylhäältä alas vietävänä reformihankkeena vaan systeemisenä järjestelmäkokonaisuutena, ihmiskeskeisenä reformina ja palvelujen käyttäjien osallisuutta tukevana prosessina sekä johtamisen näkökulmasta. Uudistuksen merkityksellisyys ja arvo jää vähäiseksi, jos uudistusta ei kyetä muokkaamaan siihen suuntaan, että se aidosti edistää erilaisten palvelujen toisiinsa kytkeytymistä eli palveluintegraatiota ja sitä toteutetaan ihmisiä osallistavana prosessina.

Instituutiot ovat rakenteita, joissa käytetään valtaa (Airaksinen ja muut, 2012, s. 22). Instituutio tarkoittaa Morganin (1997, s. 493) mukaan kaikkia niitä vakiintuneita toimintamalleja ja -muotoja kuten tavat ja tottumukset, äänettömät sopimukset ja rutiinit, jotka luovat yleiset puitteet toimijoiden valinnoille. Instituution nähdään olevan sellaista sosiaalista järjestystä tai vakiintuneita toimintamalleja, jotka ovat saavuttaneet tietyn vakiintuneisuuden asteen, ja ne organisoivat inhimillistä toimintaa ennakoitavasti ja luotettavasti. Instituutiot sanelevat mikä on sopivaa tai epäsopivaa käytöstä, mikä on oikein tai väärin sekä myös selittävät, oikeuttavat ja legitimoivat yksilöiden ja organisaatioiden toimintaa. (March & Olsen, 2005, s. 4; Streeck & Thelen, 2005, s. 9–10.)

Airaksinen ja muut (2012, s. 13) määrittelevät instituution järjestelmäksi, joka muodostuu virallisista hallintosäännöistä ja toimintaohjeista sekä sosiaalisesti rakentuneista käyttäytymissäännöistä, jotka voivat olla kuvausta virallisista säännöistä tai instituution ulkopuolisista vaikutteista. Heidän mukaansa instituutiot on kuvattu myös kestäviksi kulttuurisiksi, normatiivisiksi ja säänteleviksi rakenteiksi, jotka tuovat pysyvyyttä ja merkityksellisyyttä sosiaaliseen järjestelmään. Airaksinen ja muut (2012, s. 21–22) toteavat, että organisaatio voi saada instituution aseman, mikäli se kykenee vastaamaan yhteiskunnassa nousevaan järjestäytymisen tarpeeseen. He mainitsevat, että toimintoja

yhdistettäessä tulee saavuttaa legitimizeetti organisaation sisällä oman henkilöstön keskuudessa niin, että päätöksentekijöillä on henkilöstön mandaatti. Tällöin myös itse päätökset voidaan nähdä legitiimeinä.

Instituutioita muodostetaan ja uudistetaan jatkuvasti suurten joukon toimiessa omien intressiensä tarjoamista lähtökohdista, omien sitoumustensa ja vallanlähteidensä puitteissa (Streeck & Thelen, 2005, s. 16). Organisaatioista vastaavat toimijat sekä toimijat, joita varten instituutiot on perustettu, muokkaavat instituutiota (Streeck & Thelen, 2005, s. 16). Smets ja Jarzabkowski (2013) sekä myös Koskela-Huotari ja Vargo (2016) kirjoittavat institutionaalisesta työstä. Kun palveluekosysteemissä toimijat yhdistelevät resursseja, kuten esimerkiksi tietoja ja taitoja uusilla tavoilla, tapahtuu samaan aikaan myös instituutioiden ja institutionaalisten järjestelmien uudelleen järjestelyä, jota kutsutaan institutionaaliseksi työksi. Institutionaalisisessa työssä yksilöt ja organisaatiot pyrkivät luomaan, ylläpitämään ja hajottamaan erilaisia instituutioita ja institutionaalisia järjestelmiä.

Sotarauta ja Mustikkamäki (2011) toteavat, että institutionaaliseksi yrittäjiksi kutsutaan niitä, jotka käyttävät osaamistaan ja valtaansa viedäkseen eteenpäin instituutioiden muutosta. Nordin ja Jalonen (2015, s. 123–124) tuovat esiin, että institutionaalisen yrittäjyyden teoria voidaan nähdä vakiintumattoman toiminnan kategoriana, jossa tavoitteena on vanhojen rakenteiden muuttaminen, sekä uuden toimintamallin syntyminen institutionaalisen kehikon sisällä. Toiminta voi olla strategista ja päämäärätietoista tai ympäristön vaatimukseen sopeutuvaa, joka antaa mahdollisuuden yksittäisten toimijoiden innovatiivisuudelle olemassa olevien instituutioiden muuttamiselle tai uudenlaisen toiminnan kehittämiseksi.

Nordinin ja Jalosen (2015, s. 124) mukaan uusinstitutionalistisella kehikolla tarkoitetaan kollektiivista toimintaa, jota tapahtuu vakaiden ja toistuvien käyttäytymismalleja omaavien instituutioiden kautta. Kiinnostuksen kohteena ovat viralliset rakenteet sekä epäviralliset tavat ja tottumukset, jotka osaltaan muokkaavat instituutioiden toimintaa osana

instituutioiden ja yksilöiden välistä vuorovaikutusta. Institutionaalisen kehikon ilmene-
mismuotoon vaikuttaa sen rakenteelliset ominaisuudet, jotka voivat olla virallisia kuten
julkishallinnon virasto tai epävirallisia kuten organisaatioiden vuorovaikutusverkostot.
Muodolliset instituutiot järjestävät organisaatioidensa toimintaa yhtenäiskulttuurin,
normien ja asenteiden kautta. Uusi institutionalismi puolestaan keskittyy organisaatioi-
den sijaan instituution toimintaa määrittäviin sääntöihin, jotka saavat muotonsa dynaa-
misesta ympäristöstä. (Nordin & Jalonen, 2015, s. 124.)

Kallion (2015a, s. 138–139) mukaan institutionaalinen logiikka viittaa käsitykseen, joka
määrittää toimijoiden symboliuniversumia eli institutionaalinen logiikka on yhteydessä
ominaispiirteisiin ja identiteettiin sekä ohjaa sitä, kuinka toimijat luovat merkityksiä ym-
päriöivästä todellisuudesta. Hän toteaa myös, että yksi institutionaalisen logiikan tarkoi-
tus on tutkia yhteiskuntaa instituutioiden välisenä järjestelmänä, jossa jokaisella insti-
tuutiolla on oma tärkeä logiikkansa. Suuret organisaatiokokonaisuudet kuten julkinen
hallinto sisältää itsessään monia erilaisia institutionaalisia käytäntöjä (Stenvall ja muut,
2016, s. 34).

Kallio (2015a) on tutkinut sairaala- ja yliopisto-organisaatioiden muutosta tehokkuuspai-
neen seurauksena, jossa tehokkuuspaine on seurausta kasvavista kustannuksista, hyvin-
vointivaltion rahoituspohjan kriisistä sekä ideologiasta, joka ohjaa julkisorganisaatioita
ottamaan mallia yritysmaailman toimintatavoista. Kallion (2015b, s. 94–95) mukaan käy-
tännössä tehokkuuspainetta luovat väestön ikääntyminen, jatkuvasti kehittyvät hoito-
mahdollisuudet, sekä paine omaksua liike-elämässä käytettyjä toiminta- ja johtamismal-
leja. Hän toteaa, että yliopistojen ja sairaaloiden tapaisia organisaatioita on tavanomai-
sesti koordinoitu muodollisessa koulutuksessa saatujen taitojen sekä ammattiin sosiaa-
listamisen avulla. Tällaista organisaatioiden toimintaa voidaan kutsua perinteiseksi, pro-
fessionaalisuutta korostavaksi institutionaaliseksi logiikaksi.

Kallio (2015b, s. 95) toteaa, että organisaation institutionaalinen logiikka on yhteydessä
sen ammattikuntien ominaispiirteisiin ja identiteettiin, jolloin se ohjaa sitä, kuinka

toimijat muodostavat merkityksiä ympäröivästä todellisuudesta. Hänen mukaansa pelkkä lainsäädännön muutos ei vielä aiheuta institutionaalisen logiikan muutosta, sillä ammattilaiset ovat ammattiin sosiaalistamisen kautta oppineet virallisen ja epävirallisen toiminnan suhteen ja haluavat noudattaa keskeisissä päätöksissään ammattikuntansa omaa normistoa. Lisäksi hän toteaa, että tehokkuuspaineen myötä ulkoapäin tuodut uudet säädökset eivät yleensä johda päättäjien haluamaan muutokseen vaan yksinomaan yhdenlaiseen kaksoiskriteeristön omaksumiseen. Tällöin yksillä kriteereillä osoitetaan oman organisaation hallinnon tavoitteena olevaa tuloksellisuutta ja laatua, toisilla kriteereillä puolestaan ammattikunnan itse asettamaa tuloksellisuutta ja laatua.

Institutionaalinen logiikka sisältää ne vakiintuneet periaatteet, jotka ohjaavat toimijoita käyttäytymään ja toimimaan tietyllä tavalla. Sen tarkoituksena on jäsentää ajattelua ja luoda raamit toimijoiden käyttäytymiselle. Institutionaalinen logiikka on tiiviisti yhteydessä toimijoiden käyttäytymiseen ja uskomussysteemeihin, jonka kautta se kytkeytyy organisaatioiden kulttuuriin. (Stenvall ja muut, 2016, s. 33–34.) Institutionaalisen logiikan muutos tapahtuu, kun ulkoinen paine muutokseen yhdistyy esimerkiksi institutionaalisten yrittäjien toimintaan (Kallio, 2015b, s. 95). Institutionaalisisina yrittäjinä voivat sote-organisaatioissa toimia organisaatioiden johtajat, joilla on riittävästi kykyä ja resursseja uusien instituutioiden synnyttämiseksi ja vanhojen muuttamiseksi.

Stenvall ja muut (2016, s. 34) kirjoittavat, että hallintoideologia institutionaalisisena logiikkana pitää yllään jatkuvuutta ja uudistumista. He toteavat, että julkisten organisaatioiden kohdalla tämä kohdistuu yleensä kustannuksiin. Julkisten organisaatioiden odotetaan tuottavan mahdollisimman paljon hyvinvointia tuottavaa arvoa verrattuna käytettävissä oleviin kustannuksiin nähden. Ajattelutapa saattaa johtaa tehottomaksi koetun palvelujärjestelmän uusimiseen, josta on nyt myös kyse sote-uudistuksessa.

4.2 Muutokset organisaatioissa

Muutos voidaan määritellä uudeksi tavaksi organisoida ja työskennellä, jossa muutoksella yritetään saada asioita toisenlaiseksi kuin ne ovat (Myllymäki, 2017, s. 20;

Pirinen, 2014, s. 15; Ponteava, 2010, s. 13). Muutos edellyttää jatkuvaa sopeutumista ja uudistumista (Ponteava, 2010, s. 20). Siirtymät kohti tuntematonta nähdään ongelmallisina, koska silloin muutoksen laadun määrittelemine on vaikeaa (Valpola, 2004, s. 15). Yllätyksellisyys kuuluu aina organisaatiomuutosten toteutukseen, koska kaikkea ei ole mahdollista etukäteen tietää tai asioita suunnitella, vaan asiat selviävät toteutuksen kuluessa (Valpola, 2004, s. 15).

Organisaatioiden suurin muutos on organisaatioiden yhdistäminen (Ponteava, 2010, s. 13). Valpolan (2004, s. 14–24) mukaan organisaatioiden yhdistymisessä on kyse organisaation selkeyttämisestä, halusta vähentää organisaatiotasoja, sekä yhdistymiseltä odotetaan kustannussäästöjä, jolloin yhdistymisestä pyritään löytämään ratkaisuja tähän. Organisaatioiden yhdistämisessä toiminnot siirretään yhteiseen organisaatioon. Tavoitteena on saada aikaan integroitu järjestelmä, jolloin voidaan hyödyntää eri alojen asiantuntijaosaamista ja muodostaa kokonaisuus, jossa pystytään tarpeelliseen ja joustavaan yhteistyöhön sekä palvelemaan asiakasta paremmin. Uusi yhteinen organisaatio tarvitsee yhteiset arvot, johtamiskäytännöt ja liiketoiminnalliset ratkaisut. (Valpola, 2004, s. 14–24.)

Yhdistyneet organisaatiot tuovat mukaan oman kulttuurinsa ja toimintatapansa sekä myös erilaiset johtamis- ja toimintatyylinsä, joten samalla yhdistyvät erilaiset ammatilliset kulttuurit, jolloin on tarpeen opetella toisten kieltä ja tapaa puhua asioista (Valpola, 2004, s. 21). Organisaation kulttuuriin vaikuttaa ammatillinen tausta ja toimiala, sillä eri asiantuntijat tuovat mukanaan omat asiantuntijatyötehtävilleen ominaiset käsitteet ja ammattislangin (Valpola, 2004, s. 151). Arikoski ja Sallinen (2007, s. 16–17) tuovat esiin, että muutoksen edessä oleva asiantuntijaryhmä joutuu luopumaan vanhasta ja opettelemaan uutta, sekä myös tarpeen tullen uudistamaan omaa ammatti-identiteettiään. Heidän mukaansa on myös tärkeätä, että eri alueiden asiantuntijat työskentelevät aidosti yhdessä, jolloin ryhmän jäsenet joutuvat kertomaan selkokielellä tiedoistaan, mutta myös kuulevat toistensa osaamista.

Muutostilanteessa uusiutumista tapahtuu sekä johtamisessa että itse työn teossa. Mattilan (2007, s. 15–18) mukaan muutokseen ryhtyvä organisaatio koostuu hierarkiaa kuvaavasta rakennekaaviosta, prosessien kuvauksista, sopimuksista ja rajapinnoista asiakkaisiin, omistajiin ja viranomaisiin. Hän toteaa myös, että organisaatioon liittyy aina saannattomia sitoumuksia, sekä se on kulttuurinsa ja jäsentensä piirteiden säätelemä. Organisaatiomuutoksen tavoitteena on työntekijöiden käyttäytymisen, asenteiden ja toimintatapojen muuttaminen, joten johtamiselta tämä edellyttää pitkäjänteisyyttä ja johdonmukaisuutta (Pirinen, 2014, s. 14).

Esimiehen tavoitteena on saada työntekijä sitoutumaan muutokseen, mikä edellyttää esimieheltä erilaista johtamista muutoksen eri vaiheissa. Muutoksissa voidaan erottaa kolme perusvaihetta, jotka ovat muutosvastarinta, vanhan poisoppiminen ja uuden oppiminen eli muutoksen toteuttaminen. (Arikoski & Sallinen, 2007, s. 68; Mattila, 2007, s. 19; Valpola, 2004, s. 35.) Onnistunut muutos edellyttää muutoksen tarpeen määrittelyn, yhteisen näkemyksen luomisen, muutoskyvystä huolehtimisen, ensimmäiset toimenpiteet ja ankkuroinnin käytäntöön (Valpola, 2004, s. 29).

Organisaatiokulttuurissa on kyse ihmisyyhteisöistä, jotka sopeutuvat ja liittyvät jatkuvasti rakenteellisiin puitteisiin, mutta myös sosiaaliseen ympäristöön (Mattila, 2007, s. 35). Kulttuuri on opittua ja se myös muutettavissa, joten onnistuneessa muutosjohtamisessa kulttuuri on nostettava jo alkuvaiheessa esiin (Mattila, 2007, s. 35). Mattila (2007, s. 39–41) tuo esiin, että vanhat organisaatiot ovat usein turvallisia, ahkeruutta ja yhteisöllisyyttä arvostavia, mutta kankeita muuttumaan. Muutosta vastustavaa kulttuuria leimaa byrokraattisuus, paternalistisuus ja autoritaarisuus. Hän toteaa myös, että pitkät työsuhteet vahvistavat organisaatioon sitoutumista ja luovat syväosaamista, mutta samaan aikaan ne estävät uudenlaisia kokeiluja ja oppimista muilta toimialoilta.

Osa muutoksista, kuten sote-uudistus, on luonteeltaan sellaisia, ettei niihin henkilöstö pysty vaikuttamaan. Suurissa ja kompleksissa muutoksissa, joissa muutoksella on vaikutusta ihmisiin, rakenteisiin ja järjestelmiin korostuu sekä asioiden että ihmisten hyvä

johtaminen (Kallankaari, 2019, s. 110–111). Sosiaali- ja terveysalan sektori elää jatkuvassa kehityksessä, johon vaikuttaa tutkimustiedon lisääntyminen ja yhteiskunnan kehitys. Jatkuva kehittäminen sote-sektorilla on osa laatujohtamista, palveluiden parantamista, asiakastyytyväisyyttä, tehokkuutta, tuottavuutta, henkilöstön osaamista, toiminnan laatua, johtamista, kehittämistä sekä kohti parempia ja turvallisempia työskentelyolosuhteita ja -tapoja (Kallankaari, 2019, s. 203).

4.3 Moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyön tärkeys otettiin vahvasti esiin 1990-luvun alussa, jolloin alettiin painottamaan toimijoiden työskentelyä fyysisesti lähekkäin ja yhteistyön tekemistä yli organisaatorajojen (Mönkkönen ja muut, 2019, s. 8). Sosiaali- ja terveyspalveluissa yhteistyötä tehdään eri ammattiryhmien ja organisaatioiden kesken. Yhä useammin muodostetaan sellaisia palveluita, jotka eivät rajoitu vain sosiaali- ja terveyspalveluihin, sillä palvelut pyritään muodostamaan monimuotoista hyvinvointia ja elämänhallintaa tukevista toiminnoista (Niiranen, 2012, s. 106). Moniammatillisessa verkostoyhteistyössä uuden tiedon tuottaminen, ja sen yhdistäminen aiempaan tietoon vaativat ymmärrystä moniammatillisen työn erityispiirteistä (Niiranen, 2012, s. 104). Moniammatillinen yhteistyö edellyttää ammattirajojen ylittämistä, keskinäisen asiantuntemuksen kunnioittamista ja yhtenäisiä tulkintoja.

Moniammatillinen yhteistyö määritellään sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa tarkoituksena on huomioida asiakkaan kokonaistilanne (Isoherranen, 2005, s. 14). Yhteistyössä korostuu asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen (Isoherranen, 2005, s. 14). Yhteisessä asiakastilanteessa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Vuorovaikutuksessa olevat asiantuntijat muodostavat yhteisen tavoitteen ja käsityksen vaadittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisuisista. Keskusteluun on mahdollista pyytää myös asiakas itse, omainen tai läheinen, jolloin kaikilla osallistujalla on mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon.

Asiakaslähtöinen työote tarvitsee joustavuutta ja rajojen ylityksiä. Asiakkaan elämäntilanteen hahmottaminen kokonaisuudessaan ja palveluprosessin seuraaminen edellyttävät verkostoitumista (Isoherranen, 2005, s. 32). Tänä päivänä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on hyvin kompleksinen ja koostuu monista toimijoista, minkä johdosta tiiviistä yhteistyötä vaaditaan. Moniammatillisuutta voi olla verkostojen yhteistoiminta, viranomaisten keskinäinen yhteistyö tai organisaatioiden sisäinen ja ulkoinen yhteistyön muoto (Kekoni ja muut, 2019, s. 15–17). Niiranen (2012, s. 97) toteaa, että verkosto voi koostua esimerkiksi julkisen, yksityisen ja järjestöjen verkostossa, jolloin on tarve eri ammattiryhmien osaamisesta ja palvelujen kokonaisuudesta. Hän tuo esiin myös, että verkostoja yhdistää jokin asia tai tavoite, ja ne voivat sisältää samojen tai eri ammattiryhmien työtä eri organisaatioissa.

Kekoni ja muut (2019, s. 29–34) kirjoittavat, että työntekijät joutuvat kohtaamaan erilaisia toimintakulttuureja ja työtapoja, kun organisaatioita ja palveluja yhdistetään rakenteellisten muutosten yhteydessä. Heidän mukaansa moniammatillisen työskentelyn tavoitteena on saada aikaan riittävä yhteisymmärrys siitä, mikä on työprosessin tavoite, miten siihen pyritään ja kuka on vastuuhenkilö asian eteenpäin viemisessä. Tämä vaatii toimijoiden keskinäistä luottamusta, jotta aikaansaadaan uusi yhteinen ymmärrys asiasta.

Nordin ja Jalonen (2015, s. 128) toteavat, että verkoston toimintaa edistävät toisiaan tukevat mekanismit, luottamus ja identiteetti. Luottamus mahdollistaa erilaisista taustoista (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) tulevien toimijoiden yhteistyön, kun puolestaan identiteetin tehtävänä on ohjata toimijoiden käyttäytymistä niin, että toiminnalla on hyvinvointisektorin erityispiirteet. Heidän mukaansa luottamus synnyttää yhteistoimintaa ja helpottaa kommunikointia, jolloin yhteinen identiteetti ja toimijoiden keskinäinen luottamus vahvistuu.

Nordin ja Jalonen (2015, s. 125) tuovat esiin, että verkostoituminen voidaan nähdä organisaatioiden tai yksilöiden välisenä vuorovaikutussuhteena tai organisaatioiden sisäisenä

rakenteena, jossa verkostoituminen osoittaa organisaation strategista suunnanhakemista. Heidän mukaansa organisaatioiden välinen verkostoituminen tarkoittaa erillisten ja itsenäisten organisaatioiden välillä olevia yhtenäisiä tekijöitä, joiden turvin ne pyrkivät yhteistyöhön saavuttaakseen jonkin kokonaisuuden. Organisaatiot ovat itsenäisiä, mutta niiden toiminnan suunnittelu ja toteuttaminen tapahtuvat yhteisiin tavoitteisiin ja päämääriin perustuen.

Organisaatioiden sisäinen verkostoituminen voi näkyä tilanteissa, joissa yksittäinen organisaatio muuttaa toimintojaan joustavammaksi poistamalla sisäisiä hierarkioita. Tällöin tavoitteena on organisaation sisäisen tiedonkulun ja yhteistoiminnan parantamisen kautta kehittää omaa toimintaansa. Ominaista verkostolle on niiden monikeskeisyys, joka tulee esiin niiden jäsenten samanaikaisena yhteistyönä monen eri toimijan kanssa. Verkostojen muodostumisen taustalla on halu yhdistää eri toimijoiden osaamis- ja tietoresursseja, joiden avulla pyritään toteuttamaan yhteiset tavoitteet. (Nordin & Jalonen, 2015, s. 125–126.)

Tiimit nähdään yleensä pääasiallisena muotona organisoida moniammatillista yhteistyötä (Isoherranen, 2005, s. 15). Yhdessä työskentelyssä puhutaan yhteisestä, jaetusta merkityksestä, jonka aikaansaavat onnistunut tiedon kokoaminen ja yhteinen keskustelu (Isoherranen, 2005, s. 15). Tämä edellyttää vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja tietoa pyrkimistä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa tiedon ja eri näkökulmien yhdistäminen tuottaa enemmän kuin yksittäisen asiantuntijan (Isoherranen, 2005, s. 15). Isoherranen (2005, s. 71–74) mukaan moniammatilliset tiimit voivat toimia virallisina tiiminä, jolloin niillä on vakiintuneet kokoonpanot. Tiimit ovat tällöin osa jotakin tiettyä organisaatiota, niillä on selkeät ja sovitut toimintaperiaatteet, sekä niiden jäsenyys ja johtajuus on määritelty. Lisäksi hän mainitsee, että yhteinen potilas- ja asiakastietojärjestelmä on oleellinen osa tiimiä, sillä sosiaali- ja terveysalalla yhteisen tärkeän tiedon saatavuus on osa tiimityön rakenteita.

Fitzgerald ja muut (2002) toteavat, että uusien toimintatapojen käyttöönotto osaksi jo olemassa olevia käytäntöjä edellyttää muutoksen hyväksymistä. Heidän mukaansa ongelmia muutoksessa aiheuttaa tavoitteisiin kohdistuvat erimielisyydet, toimintatapojen ja toimintakulttuurin väliset erot. Tämä tulee erityisesti esiin hyvinvointipalvelujen kontekstissa, sillä niiden moninaisuuden johdosta uusien toimintatapojen omaksuminen ja leviäminen on hidasta. Nordin ja Jalonen (2015, s. 135) kertovat, että Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman verkostomainen toimintatapa ei ole edennyt ilman hankaluuksia, sillä vuodesta 2007 lähtien on ollut ongelmia toimintatapojen juurruttamisessa. Heidän tutkimuksessaan tuli kuitenkin ilmi, että tutkimukseen osallistuneet totesivat, että verkoston avulla saadaan aikaan hyvinvointia paremmin kuin toimimalla erillisinä organisaatioina.

4.4 Muutosjohtaminen

Systemisessä toimintaympäristössä toimiminen edellyttää, että hallinnon reformien johtaminen huomioi sekä asioiden johtamisen (management) että ihmisten johtamisen (leadership) (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 112). Johtamistaito pohjautuu kyvykkyyteen hahmottaa kokonaisuuksia, mutta myös tietoisuutta siitä, millaisista elementeistä tämä kokonaisuus syntyy (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 112).

Sote-uudistuksen rakenneuudistus tulee vaikuttamaan kaikkiin sosiaalialan johtamisen osa-alueisiin, sen rakenteeseen, sisältöön ja osaamiseen. Kuntien hyvinvointipalveluiden uudistamisen tavoitteena on muodostaa monialaisia, perinteiset organisaatio- ja ammattikuntarajat ylittäviä organisaatioita. Tämä luo edellytykset sille, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajat eivät voi enää toimia pelkästään oman alansa sisällön tuntemisensa kanssa vaan heidän on johdettava organisaatiota generalistin tavoin. Johtamisjärjestelmässä on olennaista yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen. (Niiranen ja muut, 2010, s. 74–77; Pakarinen & Kananoja, 2017, s. 471.)

Johtamisen kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot muodostavat haastavan ja vaikean toimintaympäristön, sillä se muodostuu useista eri asiantuntijoista.

Johtamiselta odotetaan hyvää yleistä johtamisosaamista, mutta myös erityisiä osaamisvaatimuksia isojen verkostomaisten organisaatioiden takia. Verkostomaisissa organisaatioissa johtaminen edellyttää etäjohtamista, mutta huomioon tulee ottaa mitä asioita voi hoitaa etänä, ja mitkä asiat puolestaan vaativat henkilökohtaista vuorovaikutusta (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 95). Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joten johtajalta edellytetään johdettavana olevan substanssialueen tuntemusta.

Rakenneuudistus vaikuttaa poliittiseen johtamiseen, organisaatioiden ylimpiin johtamistehtäviin, keskijohtoon ja lähiesimiesten johtotehtävään. Keskeinen johtamistehtävä tulee olemaan muutoksen johtaminen, jota tarvitaan toiminnan, prosessien ja ihmisten johtamiseen. Rakenneuudistus edellyttää tukeutumista nykyisten rakenteiden johtamista käsiteltävään tietoon. Sote-uudistuksen alkuvaiheessa muutokset koskevat rakenteita ja taloutta, sillä näiden tavoitteiden toteutuminen edellyttää suuria muutoksia organisaatioiden työkäytännöissä, yhteistyösuhteissa, johtamisessa sekä työn seurannassa ja arvioinnissa. (Pakarinen & Kananoja, 2017, s. 471–476.)

Stenvall ja Virtanen (2021, s. 107) tuovat esiin hallintoreformien johtamisen mikroympäristön, jolla tarkoittavat sitä, miten reformien kohteena tai toteuttajina olevia julkisia organisaatioita johdetaan, tai miten reformien toteuttamisessa huomioidaan asiakkaiden mukaanotto. Heidän mukaansa mikroympäristö koostuu julkisen hallinnon yksittäisistä organisaatioista, kuten kuntakenttä paikallisena julkisena hallintona ja sote-uudistuksen myötä syntyneet hyvinvointialueiden organisaatiot. He toteavat, että julkisen politiikan mikroympäristöissä toteutetaan käytännöntasolla ihmiskeskeisen johtamisen idea, jossa kyse on organisaatiotasolla tapahtuvasta toiminnasta, ja jossa julkishallinnon päätöksentekijät, johtajat, työntekijät ja asiakkaat kohtaavat toisiaan.

Kallankaari (2019, s. 16–17) toteaa, että organisaatiossa muutosta toteuttavat yleensä organisaation työntekijät, joten muutoksen johtamisessa tulee huomioida ihmisten johtamisen tarpeet. Hän tuo esiin, että organisaation laaja ja kompleksinen muutos

vaikuttaa sekä ihmisiin että järjestelmiin, joten tämä edellyttää vankkaa muutosjohtamista, jossa yhdistyy asioiden ja ihmisten johtaminen. Stenvallin ja Virtasen (2021, s. 106) mukaan johtaminen on yksi tärkeimmistä onnistumisen tai epäonnistumisen tekijöistä, kun hallinnon reformeja toteutetaan. He toteavat, että reformeissa onnistuminen vaatii erityisesti muutosjohtamisen taitoa, sillä johtamistyössä on pystyttävä saamaan organisaatiossa työskentelevät ihmiset yhteistyöhön muutostavoitteen saavuttamiseksi.

Stenvall ja Virtanen kirjoittavat (2021, s. 113–114), että yhteiskunnallisen ilmiön ratkaiseva ja merkityksellinen hallinnon reformi muodostaa johtamiselle tavoitteellisen toimintaympäristön. Tällöin reformijohtamisen suunnannäyttäjänä toimii selkeät ja jaetut hallinnolliset reformitavoitteet, jotka asettavat kriteeristön reformien kohteena olevien ongelmien ratkaisemiselle. Merkittäväksi tekijäksi nousee taito reformien johtamiseen, sillä reformeissa ja muutoksissa tulee olla tietoinen siitä, minkälaisia käytäntölogiikoita tarvitaan, jotta hallitsematon ja kaoottinen pystytään muuttamaan järjestykseksi ja hallituksi (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 32). Hallintoreformien tavoitteena on, että käytäntölogiikat ovat mahdollisimman yhdenmukaisia, koska käytännöt tuovat tehokkuutta ja taloudellisuutta toimintaan (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 33–34). Niiden johtamisessa on oleellista tuntea merkitykselliset käytännöt ja niihin vaikuttavat systeemiset tekijät, koska ihmiskeskeistä reformia johdetaan tekemisen ja käytäntöjen keskeltä (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 35).

Oleellista on, että muutosprosessissa organisaation johto, keskijohto ja esimiehet toimivat ja viestivät samankaltaisesti, koska silloin tämä tukee henkilöstöä muutoksessa ja lisää muutosmyönteisyyttä (Mattila, 2007, s. 112; Ponteva, 2010, s. 18). Mattilan (2007, s. 28–32) mukaan onnistuneessa muutosjohtamisessa viestintä- ja henkilöstövaikutusten aikaansaaminen myös kytkeytyy tiiviisti itse hankkeen operatiiviseen ja taloudelliseen johtamiseen. Hän toteaa myös, että transformationaalinen eli muutoskeskeinen johtaja tähtää muutokseen sekä organisaatiokulttuurissa että organisaation jäsenten perusasenteissa, arvoissa ja uskomuksissa.

Muutosjohtamisen tärkeimpiä elementtejä ovat tiedottaminen ja viestintä. Muutosviestinnän tavoitteena on vuoropuhelun aikaansaaminen, joten kielellä on suuri merkitys viestinnässä. Dialogin aikaansaaminen on välttämätöntä, kun muutoksella tavoitellaan uusia toimintatapoja, rakenteita ja uudenlaista yhteistyötä. Onnistunut yhdistyminen edellyttää aktiivista viestintää ja aitoa dialogia, yhteistä visiota ja priorisoitua toimintasuunnitelmaa sekä yhteisen kielen luomista. (Myllymäki, 2017, s. 85; Pirinen, 2014, s. 117; Valpola, 2004, s. 16.)

Nordin ja Jalonen (2015, s. 136) tuovat esiin, että strategia on organisaatioiden väline hallita epävarmuutta ja jatkuvasti muuttuvaa toimintaympäristöä. Strategian avulla organisaatiot pyrkivät toiminnan pitkäjänteiseen ja johdonmukaiseen ohjaamiseen. Heidän tutkimuksessaan tuli esiin, että strateginen kehystäminen nähtiin yhtenä vastauksena sote-uudistuksen tuomaan epävarmuuteen. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat pitivät tärkeänä yhteisen tahtotilan syntymistä, ja myönteisen ilmapiirin luomista uudistukselle.

Johtaminen on oleellinen tekijä palveluintegraation onnistumiselle, jossa muutoksen läpiviennissä keskiössä ovat keskijohto ja lähiesimiestaso. Virtasen ja muiden (2017, s. 51–54) mukaan onnistumisen edellytyksenä on, että poliittisella johdolla ja virkamiesjohdolla on yhteinen käsitys palveluintegraation tarpeesta, tavoista ja keinoista. Lisäksi he mainitsevat, että henkilöstö puolestaan rakentaa palveluorganisaation palvelukulttuurin, joten ensiarvoisen tärkeää on, miten henkilöstöä johdetaan integraation tavoitteita kohti.

5 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineisto

Tässä luvussa tuodaan esiin tutkimuksen toteutus tutkimusmenetelmän, aineiston keruun, aineiston analyysin ja tutkimuksen luotettavuuden osalta.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen empiirinen tutkimus. Hirsjärvi ja muut (2007, s. 157–160) toteavat, että laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, jossa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja löytämään tosiasioita. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysia, jossa tutkijan tavoitteena on paljastaa ennalta arvaamattomia seikkoja. Lähtökohtana on aineiston yksityiskohtainen tarkastelu, jossa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina.

Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 25) kertovat, että laadullista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi, koska kohteena olevaa ilmiötä voidaan ymmärtää tai selittää. Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotakin ilmiötä, ymmärtämään tietynlaista toimintaa tai luomaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 74). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena voi olla esimerkiksi uuden tiedon hankinta, ymmärryksen syventäminen, ilmiön kuvaaminen ja tulkitseminen, tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan tekeminen (Puusa & Juuti, 2020, s. 77).

Teoria on keskeisessä osassa, kun tehdään laadullista tutkimusta, sillä tavoitteena on, että aineiston tuottama tieto saatetaan vuoropuheluun aiemman teoreettisen tiedon kanssa (Puusa & Juuti, 2020, s. 82). Teorian turvin tarkastellaan sekä aineistoa että tutkimuksen kokonaisuutta, sekä se toimii aineistonkeruun menetelmänä (Puusa & Juuti, 2020, s. 83). Tärkeää on, että aineistoa tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja valitun kysymyksenasettelun kannalta olennaista (Alasuutari, 2011, s. 32). Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on tavoitella aineiston saturaatiota eli kylläntymistä, joka voidaan yleistää tulosten yleistettävyyteen

aineiston alkaessa toistaa itseään (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 74). Tässä tutkimuksessa käytetään analyysimenetelmänä sisällönanalyysia, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä.

5.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Laadullinen tutkimus on empiiristä, mikä perustuu erilaisiin aineistoihin ja niiden analyysiin (Juhila, 2021). Hirsjärvi ja muut (2007, s. 161–162) toteavat, että laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnassa suositetaan metodeja, joissa tutkittavien ääni pääsee esiin. Tällaisia metodeja ovat muun muassa erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. Kvalitatiiviset tutkimustyytit ryhmitellään mielenkiinnon kohteen mukaisesti eli kielen piirteiden, säännönmukaisuuksien etsimisen, tekstin tai toiminnan merkityksen ymmärtämisen tai reflektion kautta. Tämän jaottelun perusteella tutkimus on fenomenologinen, sillä tutkijan tavoitteena on löytää teemoja tekstin merkityksen ymmärtämiseksi.

Erilaisista dokumenteista kerätty tieto on yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä, joka voidaan jakaa yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 71). Jonkin instituution tai organisaation tarpeesta syntyvistä institutionaalisista dokumenteista osa on julkisia ja osa taas ei (Alastalo & Vuori, 2021). Instituutiot tuottavat paljon erilaisia julkisia dokumentteja kuten suunnitelmia, raportteja, selvityksiä ja strategioita (Alastalo & Vuori, 2021).

Tämän tutkimuksen aineistoksi on valikoinut joukkotiedotuksen julkaisut, institutionaaliset dokumentit. Dokumentit ovat julkisia dokumentteja hyvinvointialueiden laatimista alueellisista rakenne- ja hankesuunnitelmista, joiden avulla tulevaisuuden sote-keskuksia rakennetaan. Aineisto on saatavilla sote-uudistus Innokylän verkkosivustolta. Verkkosivustolle on koottu uudistukseen liittyvät ohjelmat ja hankkeet, joiden kehittämistyötä voi seurata Innokylässä.

Tutkijan tavoitteena oli löytää sote-uudistukseen liittyviä dokumentteja, joista löytyy konkreettista tietoa siitä, miten uudet hyvinvointialueet tavoittelevat tulevaisuuden sote-keskuksia. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 ohjelma ja hankeopas on sosiaali- ja terveysministeriön laatima ohjelmaopas, jonka tavoitteena on tukea maakuntia valmistelemaan ja ottamaan käyttöön uudenlainen, laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2020) mukaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmalle on asetettu viisi tavoitetta:

- ”Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea- aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen
- Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennalta ehkäisevään työhön
- Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
- Palveluiden monialaisuuden ja yhteenkuuluvuuden varmistaminen
- Kustannusten nousun hillitseminen.”

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa toteutetaan hyvinvointialueiden kehittämishankkeilla, jotka rahoitetaan valtionavustuksilla vuosina 2020–2022 (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020). Hyvinvointialueiden toiminnan kehittämisessä ja palvelujen järjestämisen tukena on myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, joka arvioi vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä Suomessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022a).

Tutkimuksen aineistoksi valikoitui julkiset dokumentit 21 hyvinvointialueen laatimista alueellisista rakenne- ja hankesuunnitelmista, joiden turvin rakennetaan tulevaisuuden sote-keskuksia. Hankkeissa hyödynnetään Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa, THL:n arviointiraportteja, alueiden muuta kehittämistyötä ja aikaisempia sotevalmisteluja. Alueet ovat keskenään erilaisia, joten ne ovat myös sote-uudistuksessa eri tilanteessa ja alueet etenevät uudistuksessa omaan tahtiinsa. Alueet tekevät omat ratkaisunsa ja muodostavat omanlaisensa sosiaali- ja terveyskeskuksen.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Laadullinen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, jotka Alasuutari (2011, s. 32) nimeää havaintojen pelkistämiseksi ja arvoituksen ratkaisemiseksi. Havaintojen pelkistämisen voi jakaa kahteen eri osaan. Ensimmäiseksi aineistoa tarkastellaan vain tietyistä teoreettisesta metodologisesta näkökulmasta, jossa koko teksti pelkistyy raakahavainnoiksi. Pelkistämisen toisessa vaiheessa karsitaan edelleen havaintomäärää havaintojen yhdistämisellä, johon päästään etsimällä havaintojen yhteinen piirre tai nimittäjä, joka tältä osin sopii koko aineistoon. Havaintojen yhdistämisessä tarkoituksena on, että aineistossa ajatellaan olevan esimerkkejä samasta ilmiöstä. Analyysin toinen vaihe, arvoituksen ratkaiseminen, on tutkimustulosten tulkintaa, jossa tutkija tekee merkitystulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari, 2011, s. 32–35.)

Aineiston analysointiprosessin eteneminen sisältää useita eri vaiheita aineiston käsitteilystä johtopäätöksiin (Hirsjärvi & Hurme, 2014, s. 143). Analyysissa eritellään ja luokitellaan aineistoa, jonka jälkeen pyritään luomaan synteesi eli kokonaiskuva ja esittämään tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä (Hirsjärvi & Hurme, 2014, s. 144). Dokumenttien analyysissa voidaan käyttää sisällönanalyysia, jolloin tarkoituksena on kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 90). Analyysin tarkoituksena on luoda aineistosta kokonaisuus, minkä pohjalta on mahdollista tuottaa perusteltu tulkinta, sekä tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä (Puusa, 2020, s. 148). Pyrkimyksenä on saada hajanaisesta aineistosta tiivistä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota sisältävä kokonaisuus, jonka avulla tutkija pystyy tekemään johtopäätöksiä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Puusa, 2020, s. 149).

Puusa (2020, s. 152–153) toteaa, että laadulliselle tutkimukselle on tunnusomaista havaintojen luokittelu, jota voidaan kutsua myös teemoitteluksi. Teemoittelun tarkoituksena on aineiston analyysivaiheessa tarkastella niitä piirteitä, jotka ovat yhteisiä tutkimusaineistolle. Aineistoa yhdistelemällä pyritään löytämään eri luokkien väliltä samankaltaisuuksia. Teemat voivat muodostua kolmella eri tavalla. Teemat voivat olla

etukäteen suunniteltuja, aineiston keruuvaiheessa määriteltyjen teemojen mukaisia tai aineistosta havaitaan uusia teemakokonaisuuksia.

Analyysi voidaan aloittaa aineistolähtöisesti, minkä jälkeen analyysin edetessä sitä ohjaava ajatus nostetaan työn teoreettisesta viitekehyksestä (Puusa, 2020, s. 151). Teorialähtöinen analyysi on perinteinen analyysimalli, jossa aineiston analyysia ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella muodostettu käsitejärjestelmä (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 81–82). Tutkimuksen teoreettisessa osassa muodostetaan valmiiksi kategorioita, teemoja, joihin aineisto suhteutetaan ja etsitään aineistosta sisältöjä niitä kuvaavista lausumista (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 81). Tämän tutkimuksen aineiston analyysimetodina on käytetty sisällönanalyysia, jossa on hyödynnetty aineistolähtöisen ja teorialähtöisen analysoinnin yhdistelmää.

Tutkimusaineiston läpikäymisen jälkeen aineisto käytiin uudestaan läpi ja pelkistettiin tutkimuskysymysten perusteella. Teemoittelun avulla aineistosta etsittiin tutkimusongelman kannalta oleellisia teemoja, joiden perusteella pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tutkimusaineistosta haettiin samankaltaisuuksia, koska uudistuksen tavoitteille on asetettu kansalliset tavoitteet, jotka voidaan yleistää koskemaan kaikkia alueita. Suunnitelmista löytyi teemoja, jotka liittyvät integraation tavoittelemiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin palvelukokonaisuuksiin, joissa keskinäisen yhteistyön koetaan olevan tärkeää ja välttämätöntä.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Juuti ja Puusa (2020, s. 175) kirjoittavat, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tuoda esiin kolmen toisiinsa kytkeytyvän käsitteen avulla, jotka ovat uskottavuus, luotettavuus ja eettisyys. Uskottavuus tulee näkyviin siinä, että lukijat hyväksyvät tutkimuksen tulokset tosiksi, ja heille syntyy luottamus siihen, että tutkimuksen aineisto on kerätty asianmukaisesti ja analysoitu tarkoin. Luotettavuuteen vaikuttaa se, miten tutkija on kyennyt valitsemaan ja käyttämään oikeanlaisia menetelmiä ratkaistakseen

tutkimusongelman ja toteuttaakseen tutkimuksen. Eettisyys merkitsee sitä, että tutkija on noudattanut eettisiä periaatteita koko tutkimusprosessin ajan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tekemä huolellinen kaikkien eri vaiheiden selonteko tutkimuksen toteuttamisesta. Hirsjärven ja muiden (2007, s. 227–228) mukaan keskeistä aineiston analyysissa on luokittelujen tekeminen, jossa tutkimuksen lukijalle tulee kertoa luokittelun syntymisen alkujuuret ja luokittelujen perusteet. Tutkimustulosten tulkinnassa tutkijan tulee kertoa, millä perusteella hän esittää tulkintoja, mihin johtopäätökset perustuvat.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös käsiteparin reliabelius ja validius avulla (Hirsjärvi ja muut, 2007, s. 226). Reliabelius eli toistettavuus tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, kun validius puolestaan tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä vastata siihen tarkoitukseen, mitä sen on juuri tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ja muut, 2007, s. 226).

Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi olivat oikea valinta tutkimuksessa kuvaamaan hyvinvointialueiden laatimia tavoitteita tulevien sote-keskusten muodostamisessa, koska sillä saatiin tuotua tavoitteiden moninaisuutta ja samankaltaisuutta esiin. Tutkimukseen saatiin riittävä tutkimusotanta eli kaikkien 21 hyvinvointialueen hanke- ja rakennesuunnitelmat, joilla saatiin esiin tutkimustulosten toistettavuus. Tutkimuksen eettisyys ilmenee siinä, että tutkimusaineisto koostui julkisesta dokumenttiaineistosta. Aineistoa käsiteltiin yleisellä tasolla, eikä yksittäinen alue tai kunta tule esiin. Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja yhtäläisyyksiä esittäviä teemoja, ja näin ollen tulokset voitiin käsitellä yleisellä tasolla.

6 Tutkimustulokset

Hyvinvointialueiden suunnitelmista löytyi teemoja, jotka liittyvät tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksenä oleviin integraation tavoittelemiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin palvelukokonaisuuksiin, joissa keskinäisen yhteistyön koetaan olevan tärkeää ja välttämätöntä. Toistuviksi teemoiksi integraation tavoittelemisen kohdalla nousi institutionaalinen logiikka ja työ, moniammatillisuus, verkostoyhteistyö, sosiaali- huollon näkyväksi tekeminen ja muutosjohtaminen. Palveluintegraation alle koottiin suunnitelmista ilmi käydyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudet, joissa yhteistyötä tarvitaan. Palvelukokonaisuudet olivat lasten-, nuorten- ja perheiden palvelut, aikuisten palvelut, ikäihmisten palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut.

6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tavoitteet

Hyvinvointialueiden suunnitelmista kävi ilmi, että uudistuksen päämääränä on siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden painopiste ennaltaehkäisevään työhön ja tarjota asiakkaille varhaisen vaiheen tuki. Tavoitteena on parantaa asiakkaiden hyvinvointia ja vähentää asiakkaiden raskaampaa palveluntarvetta, kun tarjotaan heti tukea riskien tunnistamisen jälkeen. Asiakkaiden tilanteet voivat johtua esimerkiksi huonoista elintavoista tai sosiaalisista syistä. Uudistuksella tavoitellaan ammattilaisten saumatonta yhteistyötä, sekä pyritään vähentämään palveluiden siiloutumista, päällekkäisyyttä ja pirstaleisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupolkua yhtenäistämällä.

Suunnitelmissa todettiin, että uudistuksen vision mukaan luodaan tulevaisuuden sote-keskukset, jotka toimivat moniammatillisesti, verkostomaisesti ja digitaalisesti, ja joiden avulla pystytään paremmin ja joustavammin vastaamaan asiakkaiden moninasiin tarpeisiin. Tulevaisuuden sote-keskuksiin on tarkoitus integroida sosiaalipalveluista sosiaali- huollon ohjaus ja neuvonta, varhaisen tuen palvelut, palvelutarpeen arviointi, toimeentulotuen ja taloudellisen tuen palvelut sekä muuta viranomaistyötä. Tavoitteena on, että ajoissa tunnistetaan sosiaalihuollon tarpeessa olevat asiakkaat ja osataan ohjata heidät

tarvittavien palvelujen piiriin. Vastavuoroisesti sosiaalihuollon asiantuntijoilla on mahdollisuus saada työnsä tueksi terveydenhuollon asiantuntijuutta.

Uudistuksen myötä tapahtuu organisaatiomuutos, jossa sosiaali- ja terveyshuolto siirretään yhteiseen organisaatioon. Hyvinvointialueiden suunnitelmissa todettiin, että yhteenliittymisen myötä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut tulevat linkittymään tiiviimmin yhteen, kun ne ovat saman organisaation alla. Tavoitteena on saada sote-keskuksille yhteiset toimitilat, jossa keskiöön nousee toimintatapojen uudistaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn muoto tulee olemaan monialainen, sillä perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon yhdistyminen muuttaa, lisää ja laajentaa henkilöstön osaamistarpeita. Suunnitelmissa nostettiin esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjako ja tehtäväsällöt tullaan selkeyttämään ja sovittamaan moniammatilliseen tiimityöhön ja integroituihin prosesseihin.

Suunnitelmissa nostettiin esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmana on tiedon siiloutuminen ja hajanaisuus, koska tieto on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä hajallaan. Tämä aiheuttaa sen, että ammattilaisten on vaikea saada kokonaiskuvaa asiakkaan palveluiden käytöstä, joten uudistuksella tavoitellaan tämän pirstaleisuuden kokoaamista yhtenäiseksi. Tulevaisuuden sote-keskusten yhteistyön lisäämiseksi nähdään tarve yhdenmukaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamista, sekä tietojärjestelmän parantamiseksi tarvitaan yhteisiä käsitteitä ja tietomalleja sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluiden ja toimijoiden välillä.

Hyvinvointialueiden suunnitelmissa kerrottiin, että pyrkimyksenä on kehittää sosiaali- ja terveystoimen yhteinen asiakkuudenhallintajärjestelmä. Uudenlainen tiedonhallinta on välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö näkee ja hallitsee asiakkaiden palvelupolkuja. Tämä mahdollistaa ammattilaisille holistisen näkemyksen asiakkaan tilanteesta. Sote-organisaation digitaalisilla palveluilla on tarkoitus luoda toiminnalle

uudet toimintatavat, sillä yhteistä tietopohjaa sovelletaan asiakkaan palveluiden ja palveluketjujen johtamiseen.

Suunnitelmissa kerrottiin digitalisaation kehittämisestä, joka nähdään keinona parantaa palvelujen saatavuutta haja-asutusalueilla, joissa julkiset palvelut ovat kaukana. Uudistuksessa luodaan yhteinen sähköinen alusta, joka toimii asiakkaalle yhden luukun periaatteella. Sähköinen alusta tarjoaa asiakkaalle tarvittavan tiedon eri palveluista ja sen kautta asiakkaalle mahdollistetaan useita yhteydenottoja. Tavoitteena on luoda matalan kynnyksen monialainen asiakasohjaus, palvelutarpeen arviointi, jossa asiakkaan sosiaaliset ja terveydelliset tarpeet tullaan huomioimaan.

Moniammatillisuuden myötä sote-organisaatioihin on muodostumassa uudenlainen toimintalogiikka. Sote-organisaatiot tulevat muodostamaan uudenlaisen työtoiminnan ja työkuulttuurin, jossa tapa ajatella ja toimia on toisin aikaisempaan verrattuna. Uudistuksen läpiviemiseen tarvitaan keskinäistä vuoropuhelua, yhteistyötä ja yhteistä näkemystä eri toimijoiden ja sidosryhmien välillä. Tämä edellyttää ammattilaisten keskinäistä luottamusta ja eri ammattiryhmien työn tuntemisen opettelua.

Suunnitelmissa tuotiin esiin, että hyvinvointialueiden sote-keskusten toiminnassa tul- laan vahvistamaan alueellista monialaista yhteistyötä. Tavoitteena on osallisuuden ja yhteistyön lisääminen eri toimijoiden kanssa, jossa luodaan yhteiset käytännöt julkisten, yksityisten ja järjestöjen kesken. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan tuottamisessa on tarkoitus hyödyntää kuntien sivistyspalveluita ja muita kunnan palveluita, kolmannen sektorin, järjestöjen, yhdistysten, yritysten, seurakuntien sekä tutkimus ja koulutusorganisaatioiden toimintaa. Näiden lisäksi myös alueen asukkaat ja asiakkaat otetaan mukaan toiminnan kehittämiseen, sillä heidän kauttaan saadaan konkreettista käytännön tietoa palveluiden sujuvuudesta ja toimivuudesta.

Suunnitelmissa todettiin, että asiakkaan tuen tarpeen arviointi on tarkoitus tehdä monialaisissa yhteistyöverkostoissa. Tavoitteena on, että sote-keskusten ammattilaiset

tulevat toimimaan tiiviissä yhteistyössä toistensa kanssa moniammatillisissa tiimeissä yli hallintorajojen, ja toiminta integroidaan sote-keskusten ulkoisiin verkostoihin. Suunnitelmissa nähtiin tärkeänä, että yhteistyö eri alojen asiantuntijoiden välillä muodostuisi joustavaksi, ja kunkin ammattiryhmän osaamista osataan hyödyntää tarpeen mukaan. Moniammatillisen tiimityön odotetaan lisäävän verkostomaisuutta, yli sektorirajojen välistä yhteistyötä ja eri professioiden välistä vuorovaikutusta. Tulevaisuuden sote-keskusten tiimin muodostavat lääkärit, hoitotyön osaajat, sosiaalityön ja sosiaalihuollon ammattilaiset, psykologit, ravitsemusterapeutit ja eri kuntoutusalojen asiantuntijat. Tarvittaessa asiantuntijoiden konsultaatiot voidaan toteuttaa etänä, mikäli kaikki tiimin jäsenet eivät ole fyysisesti läsnä samassa toimipisteessä.

Suunnitelmien mukaan uudistuksen tavoitteena on, että asiakkaalle rakentuu palvelun ja hoidon tarvetta vastaava yksilöllinen oma tiimi. Tiimiin voi kuulua ammattilaisia perusterveydenhuollosta, sosiaalihuollosta, työllisyyspalveluista, ikäihmisten palveluista, perhekeskuksesta, kolmannen sektorin työntekijöistä ja asiakkaan läheisistä. Paljon palveluita tarvitseville asiakkaille nimetään omatyöntekijä, yhteyshenkilö, joka valikoituu asiakkaan pääasiallisen palvelutarpeen mukaan. Omatyöntekijän tehtävänä on koordinoita asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuutta, kartoittaa asiakkaan kokonaistilanne sekä tarvittaessa konsultoida muita tiimin jäseniä. Paljon palveluita tarvitseville asiakkaille laaditaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakassuunnitelma.

Hyvinvointialueiden suunnitelmista ilmeni, että sosiaali- ja terveydenhuollon integroiminen edellyttää sosiaalihuollon näkökulman vahvempaa mukaantuloa uudistuksen kokonaisuuteen ja sen tiiviistä tulemistä osaksi sote-keskusten toimintaa. Tavoitteena on sosiaali- ja palveluohjauksen integroiminen osaksi sote-keskusten palvelua, sekä tuoda sosiaalipalvelut näkyväksi ja keskeiseksi osaksi sote-keskusten toimintaa. Suunnitelmien mukaan tämä edellyttää sosiaalipalveluiden roolin ja tehtävien selkiyttämistä. Tulevaisuuden sosiaalihuollon palvelut on tarkoitus toteuttaa etäpalveluina, fyysisinä palveluina ja liikkuvina palveluina.

Suunnitelmien mukaan tavoitteena on saada sosiaalityön osuus näkyväksi osaksi sote-keskusten monialaisia tiimejä. Moniammatillisuuden myötä on tarkoitus vahvistaa asiakkaan sosiaalihuollon palvelutarpeen varhaista tunnistamista terveydenhuollossa. Sosiaalityön osalta suunnitelmissa mainitaan tarpeet kehittää aikuissosiaalityön tukimuotoja, ennaltaehkäisevää työtettä sekä jalkautuvaa ja etsivää työtä tulee vahvistavaa, jotta tarve korjaaville palveluille vähenee. Sosiaalityön jalkautuvalla menetelmällä tavoitellaan palvelujärjestelmän ulkopuolelle jääneitä, avun tarpeessa olevia asiakkaita.

Hyvinvointialueiden suunnitelmien mukaan pyrkimyksenä on, että tulevaisuuden sote-keskuksissa tarjotaan sosiaalityön tukea ja asiantuntemusta matalalla kynnyksellä esimerkiksi aikuissosiaalityön palveluiden tarjoamista ilman ajanvarausta. Keskeisenä ajatuksena on vahvistaa matalan kynnyksen palveluita ja kotiin vietäviä palveluita. Tätä tavoitellaan työkäisten ja taloussosiaalityön palveluissa, Kelan kanssa tehdään yhteistyötä toimeentulotukea hakevien ihmisten palvelutarpeen varmistamisessa ja palvelujen tarjoamisessa, sekä sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajien palvelut kohdistetaan erilaisiin ryhmätoimintoihin ja vakiintuneisiin kokoontumispaikkoihin.

Suunnitelmissa mainittiin erilaisia sosiaalityön työmuotoja, joiden avulla tuetaan asiakkaan elämäntilannetta osana asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Yhtenä työmuotona tuotiin esiin taloussosiaalityö, jonka avulla asiakkaan on mahdollista saada tukea taloudellisiin haasteisiin ja ratkaisujen etsimiseen. Yhteisösosiaalityötä tavoitellaan yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, missä haetaan yhteisöjen tukea asiakkaan tueksi. Tämän odotetaan vähentävän sosiaalitoimen palveluiden tarvetta. Suunnitelmissa kerrottiin myös, että tavoitteena on kehittää ja vahvistaa rakenteellisen sosiaalityön mallia, jolloin sosiaalityötä tehdään niissä kumppanuuksissa, joita asiakkaan elämäntilanteet edellyttävät, kuten esimerkiksi yhteistyön tekeminen varhaiskasvatuksen ja koulujen oppilashuollon kanssa.

6.2 Asiakstarpeisiin pohjautuva palveluintegraatio

Hyvinvointialueiden suunnitelmissa todettiin, että uudistuksen päätavoite on lisätä asiakkaiden hyvinvointia pääsemällä palveluihin. Tarkoituksena on tarjota asiakkaalle matalan kynnyksen palveluita, vahvistetaan peruspalveluiden integraatiota, palvelujen digitalisointia ja monikanavaista asiointia. Tulevaisuuden sote-keskuksessa asiakkaalle turvataan peruspalveluissa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovitettuja palveluita.

Suunnitelmien mukaan tavoitteena on, että sosiaali- ja terveystyö ja muut palvelut tulevat muodostamaan kokonaisuuden asiakasryhmän palvelutarpeeseen pohjautuen. Palvelukokonaisuuksiin kuuluvat lasten, nuorten, perheiden, aikuisten ja ikäihmisten sosiaali- ja terveystyö, joihin sisältyy perus-, erityis- ja vaativan tason julkiset ja yksityiset palvelut sekä yhdyspinnat kuntien, järjestöjen ja valtion palveluiden kanssa. Sote-keskuksen palvelunkehittämisen lähtökohtana on asiakkuussegmentointi, jossa ydinprosessi tulee muodostumaan asiakkaaksi tulosta, paljon palveluita tarvitsevien tuesta, satunnaisesti palveluja tarvitsevien tuesta sekä riskiryhmien etsimisestä ja tunnistamisesta.

Suunnitelmissa kerrottiin, että uudistuksessa haetaan laajempaa kokonaisuutta yhteistyön eri muodoista, jotta toiminnalle saadaan ”leveämmät harteet asiakkaiden auttamisessa”. Tavoitteena on, että asiakkaalle ei muodostuisi yksittäisiä useita asiakaskäyntejä. Tulevaisuuden sote-keskusten tarve on vastata ikääntyneiden sekä lasten, nuorten ja perheiden kasvaviin palvelutarpeisiin. Keskeisimmiksi palvelukokonaisuuksiksi esitettiin lasten-, nuorten- ja perheiden palvelut, ikääntyneiden palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut kaikissa ikäluokissa. Palvelut on tarkoitus toteuttaa moniammatillisesti.

Hyvinvointialueiden suunnitelmien mukaan asiakkuuksien ohjaus ja neuvonta aloitetaan matalan kynnyksen palvelupisteissä, joissa asiakasohjauksen ja palveluohjauksen kautta on tarkoitus huomioida asiakkaan tilanne monialaisesti. Uudistuksen lähtökohtana on tavoite siirtää palveluiden painopistettä erikoissairaanhoidosta perustasolle ja sosiaalihuollossa varhaiseen tukeen ja matalan kynnyksen palveluihin. Tavoitteena on, että

asiakkaan palvelutarpeen arviointi toteutetaan kokonaisvaltaisesti, jossa asiakkaan avun tarve katsotaan sekä sosiaalipalvelujen että terveystarpeiden näkökulmasta. Mikäli asiakkaan asiaa ei pystytä ratkaisemaan matalan kynnyksen palveluissa, asiakas ohjataan sen kautta oikean palvelun piiriin.

Suunnitelmissa todettiin, että tarkoituksena on laatia kokonaiskuva mielenterveys- ja päihdepalveluista yhteistyössä erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja ostopalveluiden kesken, sekä sopia palveluketjun välisestä yhteistyöstä sosiaali- ja terveydenhuollon ja perus- ja erityistason kesken. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä perustasolla että erityistasolla tavoitteena on huomioida asiakkaan perhe kokonaisvaltaisesti varhaisessa vaiheessa, ja ottaa perhe mukaan palvelujen suunnitteluun. Lapset puheeksi -teema on yleisesti käytettävissä kaikissa palvelukokonaisuuksissa, joten lapset puheeksi -menetelmäkoulutusta ja toimintamallia jalkautetaan palveluihin, joissa aikuisilla todetaan mielenterveyden, päihteidenkäytön tai muun terveydentilan muutosta. Tämän mallin tavoitteena on ennaltaehkäistä perheen ongelmia.

Yhdeksi suureksi kokonaisuudeksi suunnitelmissa muodostui lapsiperheiden perus- ja erityistason palveluiden integraatio, jossa muodostetaan perhekeskus. Perhekeskustoimintamalli on lasten-, nuorten- ja perheiden palvelukokonaisuus, mikä on tarkoitus integroida osaksi sote-keskusta, ja jossa integroituu koko perheen tuki hyvinvointialueen ja kuntien välisissä palveluissa. Perhekeskuksen on tarkoitus muodostua monialaiseksi toimintaympäristöksi, jossa toimivat verkostonomaisesti sosiaali- ja terveydenhuolto, erityispalvelut (erikoissairaanhoido ja lastensuojelu), kunnat, järjestöt, yritykset ja seurakunnat.

Suunnitelmien mukaan perhekeskusmallin tavoitteena on, että asiakkaan varhainen tuki toteutetaan perhekeskuspalveluiden ja alueen perhekeskusverkoston kautta. Perhekeskuksen toimintaympäristö tulee laajentumaan, sillä verkostoyhteistyötä ja palveluja tarjotaan varhaiskasvatukseen, perusopetukseen ja kouluihin. Mallin tavoitteena on tehdä

systemaattista yhteistyötä järjestöjen sekä paikallisten ja alueellisten toimijoiden kanssa. Tarkoituksena on myös vahvistaa asiakkaiden osallisuutta ja mukaantuloa.

Suunnitelmissa tuotiin esiin, että perhekeskustoimintamallissa on tarkoitus kehittää perhe- ja eroneuvontaa, vanhemmuuden tukea, kotipalvelua, perhetyötä, kasvatus- ja perheneuvontaa, perhesosiaalityötä ja sosiaaliohjausta. Perhekeskuksen tavoitteena on muodostaa moniammatillisen tuen palveluverkosto, jonka avulla pystytään tarjoamaan lapsille, nuorille ja perheille tarkoitettuja hyvinvointia, terveyttä, kasvua ja kehitystä edistäviä palveluita sekä varhaista tukea, hoitoa ja kuntoutusta. Suunnitelmissa mainittiin myös, että lasten ja nuorten päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteistyötä tehdään perus- ja erikoistason välillä. Yhteistyöhön otetaan mukaan myös oppilas- ja opiskeluhuolto.

Sosiaalityön ja terveyspalveluiden yhteistyön lisäämistä tavoitellaan suunnitelmien mukaan työikäisten palvelukokonaisuuksissa, joissa tarkoituksena on tehdä monialaista verkostomaista yhteistyötä kuntien, työllisyyspalvelujen, järjestöjen ja Kelan kanssa. Aikuisosiaalityön, terveydenhuollon ja työllisyyspalvelujen yhteisillä toimintamalleilla pyritään vaikuttamaan asiakkaiden työllistymiseen ja työkykyyn vaikuttaviin tekijöihin. Lisäksi suunnitelmissa mainittiin lastensuojelun systeemisen mallin juurruttaminen, sekä tarkoitus on vahvistaa erityispalveluiden kuten vammaispalveluiden saatavuutta ja yhteyttä peruspalveluihin.

Hyvinvointialueiden suunnitelmissa korostui väestön ikääntyminen, joka nostaa kotihoidon palvelutarpeen kasvua. Ikääntyneiden palvelut on tarkoitus integroida terveyspalveluiden, sosiaalipalveluiden ja kolmannen sektorin kesken. Tavoitteena on kehittää ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluita, jotta ikääntyneiden on mahdollista asua kotona mahdollisimman pitkään tarvittavien palvelujen turvin. Kokonaisuus palveluista on tarkoitus luoda julkisen sektorin, yksityisten toimijoiden ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyönä. Palveluiden yhteistyöverkosto muodostetaan kotihoidon, kotisairaalan, palveluasumisen ja vuodeosastojen kesken, sekä yhteistyöhön otetaan mukaan asiakas itse, omaiset, läheiset ja vapaaehtoistoimijat.

Suunnitelmissa todettiin, että asiakkuudenhallinnan keinona on sote-keskusten pääasiakasvirtojen tunnistaminen eli sosiaalihuollon asiakkaat, terveydenhuollon asiakkaat ja monialaista palvelua tarvitsevat asiakkaat. Toiminnan lähtökohtana on tunnistaa, onko asiakas yksittäisen palvelun asiakas vai pitkäkestoisempaa tukea tarvitseva, jolloin hyödynnetään tarvelähtöistä asiakkuussegmentointia. Monipalveluasiakkaille eli yhteisille sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon asiakkaille laaditaan yhteinen asiakassuunnitelma ja nimetään omatyöntekijä koordinoitusti. Sosiaalihuollon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla omatyöntekijän on tarkoitus toimia asiakkaan elämäntilanteen vaikuttajana ja turvata osaltaan asiakkaan tuen jatkuvuus.

Hyvinvointialueiden suunnitelmien mukaan uudistuksen oletuksena on, että monialaisella työllä voidaan vaikuttaa erityisesti paljon palveluita käyttävän asiakaskunnan määrään ja palvelutarpeen vähentymiseen. Palveluiden integraatiossa tavoitteena on vastata paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin, jossa tavoitteena on huomioida asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Uudistuksen avulla tavoitellaan monialaisesti yhteensovitettuja eri tukimuotoja, sekä tarkoituksena on päästä palveluissa saumattomuuteen, kun asiakas siirtyy esimerkiksi lasten ja nuorten palveluista aikuisten palveluihin.

6.3 Sote-organisaatioiden toimintakulttuuri muutoksessa

Suunnitelmissa kerrottiin, että hyvinvointialueet tulevat rakentamaan uudet organisaatiot ja johtamismallit, mikä edellyttää pidempiaikaista kehittämistä sekä jatkuvaa muutosten eteenpäin viemistä. Kyseessä on iso muutos, johon tarvitaan kehitysmyönteinen ilmapiiri ja yhteinen kaikkien ymmärrettävissä oleva visio, johon jokainen organisaation jäsen voi sitoutua. Organisaatiolta tämä edellyttää myönteistä yleistä ja avointa ilmapiiriä, sillä edessä on uuden oppiminen. Uudistus on kokonaisuutena kompleksinen, sillä se muuttaa muotoaan, mikä on ominaista sosiaali- terveydenhuollon kentällä, jossa työkennellä on moninaisten ongelmien parissa. Uudistuksen läpiviemisessä on näin ollen hyväksyttävää, ettei kaikki ole heti valmista.

Suunnitelmissa mainittiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat raskaita liikuteltavia, sillä niissä on syvään juurtunut toimintakulttuuri. Muutosjohtamisen tärkeys nousi suunnitelmissa esiin, sillä uudistuksen myötä organisaatioiden toimintakulttuuri tulee muuttumaan. Uudistuksessa tarvitaan johdolta osaavaa muutosjohtamista, jotta muutos saadaan vietyä läpi. Johdon tulee puolestaan tukea lähiesimiehiä, joiden tehtävänä on tukea työntekijöitä tässä muutoksessa. Suunnitelmissa tuotiin esiin myös, että hyvinvointialueiden johtajilta vaaditaan kokonaisuuksien johtamista, joka edellyttää laajaa tietopohjaa. Tietojohtamisen vahvistamisen myötä saavutetaan valmiudet toimintaympäristön muutokseen.

Hyvinvointialueiden suunnitelmissa kerrottiin, että muutosjohtamisella tavoitellaan organisaatioiden toimintakulttuurin uudistamista edistävää ja yhteistyötä rakentavaa tapaa. Muutostyössä tullaan panostamaan työn uudelleen organisointiin, systeemiseen työtoteeseen ja monialaisten tiimien muodostamiseen. Tavoitteena on yhdenmukaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon työkäytäntöjä ja palveluketjuja monialaisiksi toimintamalleiksi, sekä lisäksi on nähty tarve sopia yhteisistä pelisäännöistä yhteistyölle.

Suunnitelmissa kerrottiin, että moniammatillisuus ei tule tapahtumaan automaattisesti, vaan muutos tulee edellyttämään ammattilaisten yhdessä tekemistä ja vastuunkantoa, jossa huomioon tulee ottaa toinen ammattilainen, jonka kanssa yhteistyötä ei ole välttämättä aikaisemmin ollut. Kehittämisessä on oleellista tuntee muiden ammattilaisten työtä, palvelupolkuja ja palveluprosesseja, luoda selkeät vastuu- ja tehtäväjaot eri ammattilaisten kesken. Suunnitelmissa tuotiin esiin myös, että tarvitaan kehittämistä, jotta perustason palveluissa saadaan tukea erikoissairaanhoidosta.

Hyvinvointialueiden suunnitelmissa todettiin, etteivät sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat tunne riittävästi toistensa palveluita, joten tarvitaan osaamisen lisäämisen vahvistamista monialaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, kun palveluita integroidaan. Toimintakulttuurin muutos vaatii osaamisen kehittämistä, jossa vahvistetaan eri ammattialojen yhteistä osaamista, kehitetään työparityöskentelyä ja opitaan

työskentelemään yhdessä toisen ammattilaisen kanssa. Integroituminen edellyttää sosi-
aali- ja terveydenhuollon järjestäjien keskinäisen luottamuksen ja motivaation synnyttä-
mistä, minkä pohjalta päästään palveluiden yhteiseen kehittämiseen.

7 Johtopäätökset

Suomessa on jo pidemmän ajan käyty keskustelua sosiaali- ja terveyspalvelujen riittämättömyydestä, sillä ne eivät ole yhdenvertaisia asiakkaille ja eivät vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Kasvaneet sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, väestön ikääntyminen, asiakkaiden moniongelmaisuus ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrä ovat johtaneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamiseen. Niukat resurssit edellyttävät, että syntyneisiin ongelmiin yritetään vastata kestävällä, tehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla, joten palvelujen kokonaisvaltainen uudistaminen ja palvelujärjestelmän integroiminen on nähty tarpeelliseksi.

Tämän tutkielman tarkoituksena oli tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta keskittyen sosiaalihuollon näkökulmaan. Hyvinvointialueet tulevat kuntien asemasta vuoden 2023 alusta alkaen vastaamaan väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta. Uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot yhdistyvät, joten tulevaisuuden sote-keskukset muodostavat yhteisen organisaation ja johtamisjärjestelmän.

Sosiaalialan tehtävät pitävät sisällään ihmisten erilaisia elämäntilanteita ja ongelmia, joten alan asiantuntijuudella on merkitystä johtamisessa. Johtamisessa joudutaan kohtaamaan ihmisten moniongelmaisia tilanteita. Tilanteet ovat vaikeasti hahmotettavissa, ne muuttuvat nopeasti ja eikä niihin ole yhtä ainoata ratkaisua. Ratkaisut joudutaan tekemään sen hetkisen tiedon varassa, joista tavoitteena on valita paras mahdollinen ratkaisu tilanteeseen.

Tutkimus toteutettiin saatavilla olevien julkisten hyvinvointialueiden hanke- ja rakenne-suunnitelmien avulla, joiden pohjalta etsittiin vastauksia, miten uudistusta tavoitellaan. Dokumenttiaineiston pohjalta pyrittiin vastaamaan tutkielman tutkimuskysymyksiin, jotka olivat: Millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota tavoitellaan, ja mitä yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia löytyy, joissa integraatio nähdään tarpeellisenä? Saatua dokumenttiaineistoa analysoitiin sisällönanalyysin ja

teemoittelun kautta. Teoreettinen viitekehys muodostui sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvästä teoriasta ja käsitteistä sekä aiemmista tutkimuksista, joiden avulla pyrittiin tulkitsemaan tutkimustuloksia. Tutkimuksen keskeisiksi teemoiksi hyvinvointialueiden suunnitelmista nousi integraation tavoittelemisen kohdalla institutionaalinen logiikka ja työ, moniammatillisuus, verkostoyhteistyö, sosiaalihuollon näkyväksi tekeminen ja muutostojohtaminen. Yhteisien palvelukokonaisuuksien teemoiksi vuorostaan nousi lasten, nuorten ja perheiden palvelut, aikuisten palvelut, ikäihmisten palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on laaja ja kompleksinen kokonaisuus, mikä edellyttää johtajilta, työntekijöiltä ja muilta sidosryhmiltä vahvaa sitoutumista uudistuksen toteuttamiseen ja läpiviemiseen. Tehtyjen suunnitelmien avulla pohjatyö on tehty ja tavoitteet asetettu, joita lähdetään käytännön toteuttamisessa tavoittelemaan hyvinvointialueilla vuoden 2023 alusta. Myös lähtökohdat organisaatioiden yhdistymiselle on asetettu, joiden kautta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen organisaation muodostamista lähdetään toteuttamaan. Hyvinvointialueiden toiminnalle on asetettu yhteiset kansalliset tavoitteet, mutta dokumenttiaineiston mukaan kukin alue tulee rakentamaan omanlaisensa hyvinvointialueen toimintamuodon ja etenee uudistuksen eteenpäin viemisessä omaa tahtia. Käytännön työ tulee vasta osoittamaan, miten yhdistymistavoitteita saavutetaan ja millaiseksi palvelujärjestelmä muodostuu.

Hallinnon uudistuksen tavoitteena on muuttaa julkisen hallinnon rakenteita ja prosesseja, jotta ne toimisivat paremmin (Temmes, 2003, s. 228). Hallintoreformien ominaisuuksiin kuuluu arvon tuottaminen, jonka kautta seuraa niiden merkityksellisyys (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 30). Julkisen toiminnan kohdalla sen määrittellään tuottavan arvoa, kun asiakkaat saavat siitä hyötyä itselleen, mikä näkyy omassa hyvinvoinnissa ja terveydessä (Stenvall & Virtanen, 2021, s. 30). Tätä tavoitellaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Tavoitteena on parantaa kansalaisten tuen ja avun tarvetta yhdistämällä sosiaali- ja terveydenhuolto yhteiseen organisaatioon, jotta julkinen sektori pystyisi

tehokkaammin ja paremmin vastaamaan kansalaisten kasvaviin tarpeisiin. Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että integraation myötä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten institutionaalinen työ tulee muuttumaan, työnkuva muuttuu moniammatillisuutta korostavaksi ja verkostotyöksi, sosiaalihuollolta edellytetään näkyvämpää roolia ja uudistus edellyttää hyvää muutosjohtamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat muodostuneet kummankin ammattikunnan muodollisessa koulutuksessa saatujen taitojen ja ammattiin sosiaalistumisen kautta, jota voidaan kutsua perinteiseksi, professionaalisuutta korostavaksi institutionaaliseksi logiikaksi (Kallio, 2015b, s. 94–95). Institutionaalinen logiikka sisältää ne vakiintuneet periaatteet, jotka ohjaavat toimijoita käyttäytymään ja toimimaan tietyllä tavalla muodostaen raamit toimijoiden käyttäytymiselle (Stenvall ja muut, 2016, s. 33–34). Dokumenttiaineistosta kävi ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin on syntymässä uudenlainen toimintalogiikka. Organisaatioihin muodostuu uusi työtoiminta ja työskulttuuri, jossa tapa ajatella ja toimia on toisin aikaisempaan verrattuna.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat hierarkkisia organisaatioita, joissa on hyvin juurtuneet ja omanlaisensa toimintatapa, työskulttuuri, johtamistapa, kieli ja käsitteet. Kun toimijat yhdistelevät tietoja ja taitoja uusilla tavoilla, tapahtuu samaan aikaan myös instituutioiden ja institutionaalisten järjestelmien uudelleenjärjestelyä, jota kutsutaan institutionaaliseksi työksi (Smets & Jarzabkowski, 2013; Koskela-Huotari & Vargo, 2016). Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että hyvinvointialueiden myötä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, ja siinä toteutuva institutionaalinen työ tulee muuttumaan ja muotoutumaan toisenlaiseksi, kuin mitä se tällä hetkellä on erillisissä organisaatioissa ja kunnissa. Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui kuva siitä, miten integraation myötä uusi organisaatio saa uudenlaisen työskentely- ja toimintatapakulttuurinsa, jossa yhdistetään kummankin organisaation ominaisuuksia, mutta myös luodaan uusia tapoja uudeksi yhteiseksi tavaksi ja toiminnaksi.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että uutta institutionaalista työtä yhteisessä organisaatiossa tavoitellaan yhteisillä toimitiloilla, ammattilaisten työnjakoa ja tehtäväsisältöjä selkeyttämällä, sovittamalla työ moniammatilliseen tiimityöhön ja integroituihin palveluihin. Tämän lisäksi tavoitteena on yhdenmukaistaa kirjaamista ja kehittää yhteinen asiakkuudenhallintajärjestelmä, jotta tieto on kaikkien ammattilaisten saatavilla. Tutkimustuloksista ilmeni, että työnkuva tulee muuttumaan myös digitaalisuuden myötä. Digitaalisuutta tullaan tulevaisuuden sote-keskuksissa hyödyntämään entisestään. Tavoitteena on luoda yhteinen sähköinen alusta, josta asiakas voi yhden luukun periaatteella saada tarvitsemansa tiedon eri palveluista, ja minkä kautta mahdollistetaan asiakkaalle useita yhteydenottotapoja.

Teoreettisen viitekehyksen mukaan yhdistyneet organisaatiot tuovat mukaan oman kulttuurinsa ja toimintatapansa sekä myös erilaiset johtamis- ja toimintatyylinsä. Yhdistymisen myötä yhdistyvät erilaiset ammatilliset kulttuurit, jolloin muodostuu tarve opetella toisten kieltä ja tapaa puhua asioista (Valpola, 2004, s. 21). Kulttuuriin vaikuttaa ammatillinen tausta ja toimiala, sillä eri asiantuntijat tuovat mukanaan omat asiantuntijatehtävilleen ominaiset käsitteet ja ammattislangin (Valpola, 2004, s. 151). Muutoksen edessä oleva henkilöstö joutuu luopumaan vanhasta, opettelemaan uutta ja myös uudistamaan omaa ammatti-identiteettiään (Arikoski & Sallinen, 2007, s. 16).

Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui kuva siitä, miten tavoitteena on vanhojen rakenteiden muuttaminen sekä uuden toimintamallin syntyminen sosiaali- ja terveydenhuollon institutionaalisen kehikon sisällä. Integroimisella pyritään muuttamaan organisaation työtä kokonaisuudeksi, jossa aiemmin kaksi erillistä organisaatiota muodostavat tulevaisuudessa yhteisen organisaation. Tämä edellyttää jokaiselta organisaation jäseneltä uudistusmielisyyttä ja yhteistä tahtotilaa luoda yhteinen uusi organisaatio, jossa löytyy yhteinen kieli, työ- ja toimintatapakulttuuri. Työntekijöiltä tämä tulee edellyttämään kokonaisvaltaista näkemystä työhön, jossa tulee oppia tuntemaan eri ammattilaisten työnkuvia ja palvelu mahdollisuuksia, jotta työntekijä pystyy hallitsemaan myös omaa työtään.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä nousi esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisuutta ja verkostoyhteistyötä pidetään tärkeänä kokonaisuutena, sillä alan toimintaympäristö on hyvin kompleksinen ja koostuu useista eri toimijoista (Isoherranen, 2005, s. 32; Kekoni ja muut, 2019, s. 15–17; Niiranen, 2012, s. 97). Yhteistyössä korostuu eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot, jotka integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Tiimit ovat yleinen muoto organisoida moniammatillista yhteistyötä (Isoherranen, 2005, s. 15). Sosiaali- ja terveystalalla yhteisen tärkeän tiedon saatavuus on osa tiimityön rakenteita, joten yhteinen potilas- ja asiakastietojärjestelmä on oleellinen osa tiimiä (Isoherranen, 2005, s. 71–74). Verkostolle on ominaista monikeskeisyys, joka tulee esiin niiden jäsenten samanaikaisena yhteistyönä monen eri toimijan kanssa (Nordin & Jalonen, 2015, s. 126). Verkostojen muodostumisen taustalla on halu yhdistää eri toimijoiden osaamis- ja tietoresursseja, joiden avulla pyritään toteuttamaan yhteiset tavoitteet (Nordin & Jalonen, 2015, s. 126).

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että tulevaisuuden sote-keskusten toiminnassa vahvistetaan moniammatillisuutta ja alueellista monialaista verkostoyhteistyötä, jossa on tarkoitus luoda yhteiset käytännöt julkisten, yksityisten ja järjestöjen kesken. Toiminnan tuottamisessa pyritään lisäämään yhteistyötä eri toimijoiden kesken, jossa hyödynnetään kuntien sivistyspalveluita ja muita palveluita, kolmannen sektorin, järjestöjen, yhdistysten, yritysten, seurakuntien sekä tutkimus ja koulutusorganisaatioiden toimintaa. Tavoitteena on, että moniammatillista yhteistyötä tehdään tiimeissä yli hallintorajojen ja toiminta integroidaan sote-keskusten ulkoisiin verkostoihin.

Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui kuva siitä, että julkisen sektorin kantokyky ei enää yksinään riitä kansalaisten kasvaviin palvelutarpeisiin, joten yhteistyön tekeminen sote-keskusten ulkopuolisten tahojen kanssa nähdään aivan välttämättömänä. Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että asiakkaan tilanne ei tule olemaan vain yhden ammattilaisen varassa, vaan vastuu jaetaan tiimin kesken. Tämä tulee esiin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla, sillä asiakkaan tukemista jaetaan tiimin sisällä ja yhdessä muodostetaan kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta. Tavoitteena on koota

asiakkaan tarvitsema oma tiimi, johon voi kuulua ammattilaisia perusterveydenhuollosta, sosiaalihuollosta, työllisyyspalveluista, ikäihmisten palveluista, perhekeskuksesta, kolmannen sektorin työntekijöistä ja asiakkaan läheisistä.

Dokumenttiaineistosta saadun kuvan perusteella voidaan todeta, että tutkimustuloksista oli havaittavissa samankaltaisuutta teoreettisessa viitekehyksessä tuotuihin asioihin moniammatillisuudesta ja verkostoyhteistyöstä. Tulevaisuuden sote-keskuksissa moniammatillisuus ja verkostotyö tulee olemaan enemmänkin uusi tapa tehdä työtä ja erityisesti niissä asiakastilanteissa, joissa esiintyy moniongelmaisuutta. Yhteistyön turvin pyritään löytämään ratkaisu asiakkaan ongelmatilanteeseen, sillä usein asiakkaiden elämäntilanteiden ymmärtäminen vaatii laaja-alaista tietämystä, eikä välttämättä sijoitu vain yhden ammattialan alueelle. Moniammatillisen yhteistyön kautta on mahdollisuus saada näkyviin useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Yhteistyön tekeminen voidaan nähdä ammattilaisten voimavarana, sillä silloin vastuu asiakkaan tilanteesta jakaantuu useamman ammattilaisen kesken, eikä ole vain yksittäisen työntekijän vastuulla.

Tutkimustuloksista ilmeni, että integraatio edellyttää sosiaalihuollon näkökulman vahvempaa mukaantuloa uudistuksen kokonaisuuteen. Tavoitteena on sosiaali- ja palveluhajauksen integroiminen osaksi sote-keskusten palvelua, sekä saada sosiaalityön osuus näkyväksi osaksi sote-keskusten monialaisia tiimejä. Moniammatillisuuden myötä on tarkoitus vahvistaa asiakkaan sosiaalihuollon palvelutarpeen varhaista tunnistamista terveydenhuollossa. Teoreettisen viitekehysten mukaan sosiaalihuollon keskiössä on asiakkaan hyvinvoinnin edistäminen, ennaltaehkäisevä työ ja varhainen tukeminen (Helminen, 2020, s. 6). Sosiaalihuollon henkilöstöltä tämä edellyttää suunnitelmallista työskentelyä, sosiaalisten ongelmien synnyn ehkäisemistä ja oikea-aikaisten sosiaalipalveluiden tarjoamista asiakkaalle ongelmien synnyttyä (Helminen, 2020, s. 6).

Kansainvälisiä integraatiokokeiluja on viety suurimmaksi osaksi eteenpäin terveydenhuollon sektorin prioriteettien pohjalta (Fichtenberg ja muut, 2020). Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui vastaavanlainen kuva, sillä suunnitelmissa näkyy vahvemmin ja

selkeämmin terveydenhuollon uudistamisen näkökulma kuin sosiaalihuollon, vaikka yhteistä organisaatiota ollaan kehittämässä ja uudistamassa. Tämä edellyttää tietoista kertomista sosiaalipalveluista sekä sosiaalihuollon ja sosiaalityön eri toiminta- ja työmuodoista, joiden avulla asiakasta autetaan ja tuetaan. Yksinään tämä ei kuitenkaan riitä, vaan yhtä lailla sosiaalihuolto tarvitsee tietoa terveydenhuollon toiminnasta ja palveluista yhteisissä moniammatillisissa asiakastilanteissa.

Sosiaalihuollon kentällä tehdään hyvin laaja-alaisesti verkostoyhteistyötä asiakkaiden tilanteissa. Nousee ajatus siitä, että onko sosiaalihuollon helpompi ymmärtää moniammatillisuuden ja integroimisen tavoite, koska heidän toimenkuvassaan asiakkaan tilannetta ja avun tarvetta arvioidaan useammasta eri näkökulmasta ja tavoitteena on muodostaa kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tuen tarpeesta. Terveydenhuolto keskittyy useimmiten asiakkaan tilanteessa yhteen osa-alueeseen, jota pyritään ratkaisemaan, mutta kokonaisuus ei välttämättä tule esiin. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla tarvitaan kumpaakin osa-aluetta, joten tämä edellyttää tasapuolista suhtautumista ja kiinnostusta toista ammattiryhmää kohtaan. Yhteisen organisaation hioutuminen yhtenäiseksi kokonaisuudeksi vaatii kuitenkin aikaa ennen kuin eri palvelut ja toimintamuodot tulevat tutuiksi.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lähtökohta asiakkuuden hallinnan keinona on sote-keskusten pääasiakasvirtojen tunnistaminen eli sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja monialaista palvelua tarvitsevat asiakkaat. Tarkoituksena on tunnistaa, onko asiakas yksittäisen palvelun asiakas vai pitkäkestoisempaa tukea tarvitseva, jolloin hyödynnetään tarvelähtöistä asiakkuussegmentointia. Teoreettisen viitekehyksen mukaan palveluintegraation perustana käytetään segmentointia, jossa väestöä ja asiakkuuksia jaotellaan samankaltaisten palvelutarpeiden perusteella (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022b). Segmentoinnin perusteina voidaan käyttää ikää tai elämänvaihetta esimerkiksi lapsiperheet, työikäiset ja ikääntyneet tai tuen tarpeen määrää (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022b). Tämä jaottelu tulee näkyviin dokumenttiaineistosta saaduissa tutkimustuloksissa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että sote-keskusten palvelukokonaisuuksiin kuuluvat ihmisen elämänkaaren mukaisesti lasten, nuorten, perheiden, aikuisten ja ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut. Palveluihin sisältyy perus-, erityis- ja vaativan tason julkiset ja yksityiset palvelut sekä yhdyspinnat kuntien, järjestöjen ja valtion palveluiden kanssa. Tuloksista ilmeni, että keskeisimpiä palvelukokonaisuuksia tulevat olemaan lasten-, nuorten- ja perheiden palvelut, ikääntyneiden palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut. Tuloksista löytyy yhtymäkohtia teoriassa esiin tulleisiin kansainvälisiin integraatiokokeiluihin, joissa on pyritty lisäämään erilaista yhteistyötä ja verkostotyötä (Weil, 2020). Näissä tavoitteena on ollut turhien lääkärikäyntien korvaaminen ennaltaehkäisevillä palveluilla, sekä yhteistyötä on tehty lapsi- ja perhepalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa (Weil, 2020). Tavoitteena on ollut myös väestön mahdollisimman pitkään kotona asuminen palveluiden turvin (Weil, 2020).

Teoreettisen viitekehyksen kautta nousi esiin, että vanhuspalvelujen, päihdepalvelujen ja mielenterveyspalvelujen sijoittaminen sosiaali- ja terveyspalveluihin ei ole yksiselitteistä (Rissanen & Lammintakanen, 2012, s. 19). Niitä on yleensä tarkasteltu sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteisenä alueena, koska kummallakin on merkittävä rooli näissä (Rissanen & Lammintakanen, 2012, s. 19). Tutkimustuloksena tuli esiin, että juuri mielenterveys- ja päihdepalveluista on tarkoitus laatia kokonaiskuva yhteistyössä erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja ostopalvelujen kesken, sekä sopia palveluketjun välisestä yhteistyöstä sosiaali- ja terveydenhuollon ja perus- ja erityistason kesken. Tavoitteena on huomioida myös asiakkaan perhe kokonaisvaltaisesti varhaisessa vaiheessa ja ottaa perhe mukaan palvelujen suunnitteluun. Lapset puheeksi -teema on jalkautettu kaikkiin palvelukokonaisuuksiin, jossa tarkoituksena on ennaltaehkäistä perheen ongelmia. Tuloksista ilmeni myös, että ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluita on tarkoitus kehittää integroimalla palvelut terveyspalveluiden, sosiaalipalveluiden ja kolmannen sektorin kesken, jotta kotona asuminen mahdollistuu mahdollisimman pitkään.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että yhdeksi suureksi kokonaisuudeksi on muodostumassa lapsiperheiden perus- ja erityistason palveluiden integraatio, jossa muodostetaan perhekeskustoimintamalli. Perhekeskuksessa on tarkoitus toimia verkostomaisesti sosiaali- ja terveydenhuolto, erityispalvelut, kunnat, järjestöt, yritykset ja seurakunnat. Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui käsitys, että tässä mallissa näyttää laajemmalti toimivan verkostomainen ja monialainen työote, koska perheen tilanteet ulottuvat monelle eri sektorille. Tavoitteena on, että yhteistyötä tehdään kaikkien niiden kanssa, jotka oleellisesti liittyvät perheen tilanteeseen sekä aktivoidaan asiakkaiden osallisuus. Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui kuva siitä, että erityistason palveluita, kuten lastensuojelun osuutta on tarkoitus pyrkiä vähentämään, kun perheen ongelmatilanteisiin päästään mahdollisimman aikaisessa vaiheessa vaikuttamaan ja ehkäisemään perheen tilanteen eskaloituminen.

Dokumenttiaineiston pohjalta voidaan todeta, että uudistuksen tavoitteena on parantaa asiakastyytyvyyttä, jotta asiakkaat saavat nopeampaa ja parempaa palvelua. Dokumenttiaineiston pohjalta nousi käsitys siitä, että mallia sovelletaan integroinnissa, sillä tuloksista ilmeni, että palveluiden integraation tavoitteena on huomioida asiakkaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Uudistuksen myötä pyritään saumattoon muuteen, jotta asiakas voi joustavasti siirtyä palvelusta toiseen, sekä asiakkaan asia hoidetaan yhden luukun periaatteella, josta asiakas ohjataan oikean palvelun piiriin. Tämä edellyttää ammattilaisten saumatonta ja joustavaa yhteistyötä.

Teoreettisessa viitekehyksessä tuotiin esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen myötä johtajat eivät voi toimia enää pelkästään oman alansa sisällön tuntemisensa kanssa. Johtajien on johdettava organisaatiota generalistin tavoin, jossa yhteensoviteen sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen (Niiranen ja muut, 2010, s. 77; Pakarinen & Kananoja, 2017, s. 471; Syväjärvi & Pietiläinen, 2016, s. 12). Keskeinen johtamistehtävä tulee olemaan muutoksen johtaminen, jota tarvitaan toiminnan, prosessien ja ihmisten johtamiseen (Kallankaari, 2019, s. 16–17; Pakarinen & Kananoja, 2017, s. 471–476). Muutosjohtamisen taito korostuu hallinnon uudistuksia tehtäessä, sillä organisaation

työntekijät on saatava yhteistyöhön muutostavoitteen saavuttamiseksi, mutta se on myös tärkeätä palveluintegraation onnistumiselle, jossa keskiössä ovat keskijohto ja lähiesimiestaso (Virtanen ja muut, 2017, s. 51–54).

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta muutosjohtamisen tärkeys integraation toteuttamisessa. Tuloksista selvisi, että muutosjohtamista tarvitaan toimintakulttuurin muuttamisessa. Muutostyö tulee kohdistumaan työn uudelleen organisointiin, systeemiin työskenntely tapaan ja monialaisten tiimien muodostamiseen, sekä muutosjohtamista tarvitaan myös palvelupolkujen ja palveluprosessien tuntemisen lisäämisessä.

Dokumenttiaineiston pohjalta muodostui kuva muutosjohtamisen tärkeydestä, sillä uudistus on kompleksinen ja muuttaa muotoaan koko ajan. Muutosjohtamisen tarve tulee olemaan useamman vuoden ajan ennen kuin uusi yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio saavuttaa pysyvämmän ja vakiintuneen tilanteen. Tämä edellyttää niin johtajilta kuin ammattilaisiltakin keskeneräisyyden hyväksymistä ja ikään kuin kaaoksen reu- nalla elämistä. Edessä on uuden aloitus, vaikka työ sinällään ei muutu, mutta se muuttaa muotoa ja toimintaympäristöä toisenlaiseksi. Hyvää muutosjohtamista tarvitaan, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon saadaan luotua yhteistä tahtotilaa, motivaatiota ja sitoutumista muutoksen läpiviemiseen, mikä on edellytys myös palveluiden yhteiselle kehittämiselle.

Lopuksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on vaikuttaa palveluiden hajanaisuuteen, lisääntyneisiin kustannuksiin sekä varmistaa yhdenvertaiset palvelut asiakkaille. Haasteita uudistuksen eteenpäin viemisessä tuovat sosiaali- ja terveydenhuollon pitkään jatkunut henkilöstövaje, joka koskettaa koko maata sekä se, etteivät alueet ole yhdenvertaisessa asemassa palveluiden saavutettavuuden ja saatavuuden suhteen. Uudistus ei muuta näitä perusongelmia, vaan haasteet tulevat olemaan hyvinvointialueilla samat kuin tällä hetkellä kunnissakin.

Suomessa on alueita, joissa on paljon haja-asutusta ja pitkät välimatkat palveluiden piiriin sekä myös puutetta palvelutarjonnasta. Tähän on lähdetty etsimään ratkaisua digitaalisista palveluista ja jalkautuvista palveluista. Digitaalisuudella tavoitellaan palveluiden parempaa saatavuutta, mutta se myös vähentää ammattilaisten sijaintiriippuvuutta ja parantaa työvoiman saantia. Yhtymäkohtia löytyy tämän ajan etätyökulttuurin, joka on jäänyt koronapandemian myötä yleiseksi työtavaksi aloilla, joissa tämä on mahdollista. Työ ei ole enää sidottu yhteen paikkaan ja fyysisiin asiakastapaamisiin, vaan osa tapauksista voidaan hoitaa etäkäynteinä ja työntekijöiden välisinä etäkonsultaatioina. Oman haasteensa tuo kuitenkin asiakkaat, jotka eivät syystä tai toisesta pysty käyttämään tai hyödyntämään etäpalveluita.

Teoriakirjallisuudessa ja sote-uudistuksen selvityksissä on tuotu esiin, että sosiaalityön johtaminen tulee muuttumaan. Uudenlaisesta sosiaalityön johtamisesta ei ole vielä tässä vaiheessa tietoa, joten jatkotutkimuksen paikkana voisi olla mahdollisuus selvittää miten johtaminen on muuttunut. Jatkotutkimuksen paikka on myös siinä, miten integraatio on onnistunut vai onko sosiaali- ja terveydenhuolto jääneet erillisiksi yhtenäisestä organisaatiostaan huolimatta. Mielenkiintoista on myös nähdä, miten hyvinvointialueiden ja kuntien välinen yhteistyö tulee tulevaisuudessa toimimaan.

Nähtäväksi jää, miten integraatio tulee käytännössä vastaamaan palveluiden tuottamiseen ja saavutetaanko sillä odotettua ja toivottua hyötyä. Edellytyksenä on kuitenkin onnistunut muutosjohtaminen, sekä organisaation ja työntekijöiden sitoutuminen muutokseen. Toivottavaa on, että muutoksen ja haasteiden keskellä syntyy niin johdon kuin ammattilaisten kesken yhteinen tahtotila ja motivaatio uudistuksen eteenpäin viemiseen, sekä toive paremmista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Lähteet

- Airaksinen, J., Laine, T.K., Kyösti, A., Markkola, A., Härkönen, H., Afflekt, A., Lehtola, J. & Paananen, H. (2012). *Kuntauudistus prosessina. Institutionaalinen johtajuus kuntamuutoksessa*. Valtiovarainministeriö. Noudettu 10.5.2022 osoitteesta https://vm.fi/documents/10623/307637/26612623_2012_Kuntauudistus_prosessi19150878.pdf
- Airaksinen, J., Haveri, A., Pekkola, E., Nyholm, I. & Stenvall, J. (2016). Julkisen hallinnon kehittämisen trendit ennen, nyt ja tulevaisuudessa. Teoksessa I. Nyholm, J. Stenvall, J. Airaksinen, E. Pekkola, A. Haveri, K. af Ursin & S. Tiihonen (toim.), *Julkinen hallinto Suomessa* (s. 237–295). Tietosanoma.
- Alastalo, M. & Vuori, J. (2021). Dokumentit. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkösikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Noudettu 19.7.2022 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/dokumentit/>
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Vastapaino.
- Alhanen, K., Lavila, P., Kangas, M., Lamppula, T. & Petrelius, P. (2019). *Systeemisen lastensuojelun johtaminen lastensuojelussa: Opas esimiehille ja johtajille*. Opas 45:2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-417-2>
- Arikoski, J. & Sallinen, M. (2007). *Vastarinnasta vastarannalle - johda muutos taitavasti*. Työterveyslaitos.
- Fichtenberg, C., Delva, J., Minyard, K. & Gottlieb, L.M. (2020, huhtikuu). Health And Human Services Integration: Generating Sustained Health And Equity Improvements. *Health Affairs*, 39(4). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01594>
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M. & Hawkins, C. (2002, joulukuu). Interlocking Interactions: The Diffusion of Innovations in Health Care. *Human Relations*, 55 (12), 1429–1449. Noudettu 10.5.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/33041209_Interlocking_Interactions_The_Diffusion_of_Innovations_in_Health_Care

- Heinämäki, L. (2011). *Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalvet 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa*. Raportti 41:2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Helminen, J. (2020). *Sosiaaliohjaus -lähtökohtia ja käytäntöjä*. Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita* (13.painos). Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2014). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus.
- Isoherranen, K. (2005). *Moniammatillinen yhteistyö*. WSOY.
- Juhila, K. (2021). Laadullinen tutkimus ja teoria. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietotarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Noudettu 6.7.2022 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullinen-tutkimus-ja-teoria/>
- Juuti, P. & Puusa, A. (2020). Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 173–176). Gaudeamus.
- Kallankaari, S. (2019). *Muutoksen johtaminen arjessa. Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Duodecim.
- Kallio, T.J. (2015a). *Ammattilaisbyrokratiat tehokkuuden aikakaudella. Tasapainoilua asiantuntijaeetoksen ja tehokkuuspaineiden välillä* [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Juvenes Print. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9729-2>
- Kallio, T.J. (2015b). Tehokkuuspaine ja julkisen sairaalaorganisaation institutionaalisen logiikan muutos. *Erikoislääkäri* 3:2015, 94–96. Noudettu 11.5.2022 osoitteesta https://sely.fi/wp-content/uploads/2016/09/EL32015_94.pdf
- Kanta. (2022). *Käsite: sote-keskus*. Noudettu 25.3.2022 osoitteesta <https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/vocabulary/5deffdd9-14bf-4e5c-b1d7-b001cd52619e/concept/57fcd1e0-9bdf-4276-92a9-e21cd1bbf32b>
- Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa K.

- Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.), *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (s. 15–46). Gaudeamus.
- Koivisto, J., Liukko, E. & Tiirinki, H. (2020, 15. kesäkuuta). *Palvelukokonaisuudet ja -ketjut rakentavat sote-integraation*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Noudettu 2.4.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/-/palvelukokonaisuudet-ja-ketjut-rakentavat-sote-integraation>
- Koskela-Huotari, K. & Vargo, S.L. (2016, maaliskuu). Institutions as resource context. *Journal of Service Theory and Practice*, 26(2), 163–178. Noudettu 30.4.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/294275839_Institutions_as_resource_context
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612*. Finlex.
Noudettu 1.4.2022 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>
- March, J.G. & Olsen, J.P. (2005, tammikuu). Elaborating the "New Institutionalism". *Working Paper No. 11*, 1–28. Arena. Noudettu 30.4.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/5014560_Elaborating_the_New_Institutionalism
- Mattila, P. (2007). *Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen*. Talentum.
- Morgan, K.J. (1997, heinäkuu). The Learning Region: Institutions, Innovation and Regional Renewal. *Regional Studies*, 31(5), 491–503. Noudettu 3.6.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/24087279_The_Learning_Region_Institutions_Innovation_and_Regional_Renewal
- Myllymäki, R. (2017). *Muutosjohtamisen opas. Johda muutosta, jotta muutos ei johtaisi sinua*. Academy.
- Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (2019). Johdanto. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.), *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (s. 7–14). Gaudeamus.
- Niiranen, V., Seppänen-Järvelä, R., Sinkkonen, M. & Vartiainen, P. (2010). *Johdaminen sosiaalialalla*. Gaudeamus.

- Niiranen, V. (2012). Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 97–107). Sanoma Pro.
- Nordin, P. & Jalonen, H. (2015). Hyvinvointiverkosto institutionaalisisena yrittäjyytenä. Tapaustutkimus Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman toteuttajaverkostosta. *Hallinnon tutkimus* 34(2), 123–142. Noudettu 10.5.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/279929447_Hyvinvointiverkosto_institutionaalisisena_yrittajyytena_Tapaustutkimus_Pohjois-Pohjanmaan_hyvinvointiohjelman_toteuttajaverkostosta
- Nyholm, I., Airaksinen, J. & Haveri, A. (2016). Julkisen hallinnon uudistamista säätelevät toimintaympäristömuutokset ja kehittämisimpulssit. Teoksessa I. Nyholm, J. Stenvall, J. Airaksinen, E. Pekkola, A. Haveri, K. af Ursin & S. Tiihonen (toim.), *Julkinen hallinto Suomessa* (s. 197–236). Tietosanoma.
- Pakarinen, T. & Kananoja, A. (2017). Sosiaalihuollon ja sosiaalityön johtaminen. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.), *Sosiaalityön käsikirja* (s. 471–484). Tietosanoma.
- Pirinen, H. (2014). *Esimies muutoksen johtajana*. Talentum.
- Ponteva, K. (2010). *Onnistu muutoksessa*. WSOYpro.
- Puska, P. (2020). *Sote ja sen pitkä kaari*. Into.
- Puusa, A. (2020). Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 145–156). Gaudeamus.
- Puusa, A. & Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen olemus. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 75–85). Gaudeamus.
- Rissanen, S. & Hujala, A. (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 61–78). Sanoma Pro.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (2012). Johdanto. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 9–11). Sanoma Pro.

- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (2012). Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 13–29). Sanoma Pro.
- Sinkkonen, M. & Laulainen, S. (2010). Sosiaalialan johtajien kohtaamat eettiset ristiriidat. *Janus*, 18(3), 225–242. Noudettu 14.9.2022 osoitteesta <https://journal.fi/janus/article/download/50570/15318>
- Sinkkonen, S., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2012). Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 79–96). Sanoma Pro.
- Smets, M. & Jarzabkowski, P. (2013, syyskuu). Reconstructing institutional complexity in practise: A relational model of institutional work and complexity. *Human Relations* 66(10), 1279–1309. Noudettu 30.4.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/256668337_Reconstructing_institutional_complexity_in_practice_A_relational_model_of_institutional_work_and_complexity
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301*. Finlex. Noudettu 27.3.2022 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>
- Sotarauta, M. & Mustikkamäki, N. (2011). Institutional Entrepreneurship Relay for Science – Based Innovation. How Did World Class Regenerative Medicine Come about in Tampere, Finland? *Sente Working Papers*, 31:2011. University of Tampere. Noudettu 10.5.2022 osoitteesta https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/65321/institutional_entrepreneurship_relay_2011.pdf?sequence=1
- Sote-uudistus. (2022a). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. Hyvinvointialueet. *Aluevaalit*. Noudettu 13.8.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/aluevaalit>
- Sote-uudistus. (2022b). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. Hyvinvointialueet. *Hyvinvointialueen johtaminen*. Noudettu 13.8.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueen-johtaminen>

Sote-uudistus. (2022c). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Lainsäädäntö. Noudettu 15.3.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/lainsaadanto>

Sote-uudistus. (2022d). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Hyvinvointialueet. *Mikä on hyvinvointialue?* Noudettu 16.11.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/mika-on-hyvinvointialue>

Sote-uudistus. (2022e). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Hyvinvointialueet. *Ohjaus ja neuvottelut.* Noudettu 16.11.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/ohjaus-ja-vuorovaikutus>

Sote-uudistus. (2022f). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Uudistus lyhyesti. Noudettu 16.11.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti>

Sote-uudistus. (2022g). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Hyvinvointialueet. *Vaikutukset kuntiin.* Noudettu 16.11.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/vaikutukset-kuntiin>

Sote-uudistus. (2022h). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Hyvinvointialueet. *Yhteistyöalueet.* Noudettu 16.11.2022 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/yhteistyöalueet>

Stenvall, J., af Ursin, K., Tiihonen, S., Nyholm, I. & Airaksinen, J. (2016). Julkisen

hallinnon kehitys Suomessa. Teoksessa I. Nyholm, J. Stenvall, J. Airaksinen, E. Pekola, A. Haveri, K. af Ursin & S. Tiihonen (toim.), *Julkinen hallinto Suomessa* (s. 31–68). Tietosanoma.

Stenvall, J. & Virtanen, P. (2021). *Ihmiskeskeinen hallinnon uudistaminen.*

Hallintoreformien toteutus monimuuttokunnassa yhteiskunnassa. Tietosanoma.

Streeck, W. & Thelen, K. (2005). Introduction: Institutional Change in Advanced

Political Economies. Teoksessa W. Streeck & K. Thelen (toim.), *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies* (s. 1–39). Oxford University Press.

Sullivan, W.P. (2016). Leadership in Social Work: Where Are We? *Journal of Social*

- Work Education*, 52(51), 551–561. Noudettu 14.9.2022 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/305157440_Leadership_in_Social_Work_Where_Are_We
- Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V. (2016). Kohti inhimillistä ja tehokasta sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamista. Teoksessa V. Pietiläinen & A. Syväjärvi (toim.), *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 11–28). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0344-0>
- Talentia. (2022). *Sosiaalihuollon johtamisen rakennuspalikat*. Noudettu 14.9.2022 osoitteesta <https://www.talentia.fi/tyoelamainfo/sosiaalihuollon-johtamisen-rakennuspalikat/>
- Temmes, M. (2003). Hallintouudistusten epäonnistumiset, -syyt ja seuraukset. *Hallinnon tutkimus*, 22(3), 227–243. Noudettu 12.5.2022 osoitteesta <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/100352/57889>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022a). Ajankohtaista. Tiedote (22.11.2021). *THL on arvioinut hyvinvointialueiden sote-palvelut – nyt julkaistavat raportit tukevat uusien alueiden palvelujen kehittämistä*. Noudettu 12.7.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/-/thl-on-arvioinut-hyvinvointialueiden-sote-palvelut-nyt-julkaitavat-raportit-tukevat-uusien-alueiden-palvelujen-kehittamista>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022b). Sote-uudistus. Palvelujen tuottaminen. *Sote-palvelujen integraatio*. Noudettu 12.7.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Valpola, A. (2004). *Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot*. WSOY.
- Valtioneuvosto. (2022). *”Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan”*. 3.6.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus. Noudettu 15.3.2022 osoitteesta <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>

- Valtiovarainministeriö. (2022). *Sote-uudistus muuttaa kuntien tehtäviä ja julkishallinnon rakenteita*. Noudettu 1.3.2022 osoitteesta <https://vm.fi/sote-uudistus>
- Valtonen, H. (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 46–59). Sanoma Pro.
- Vartola, J. (2004). *Näkökulmia byrokraatiaan*. Tampereen yliopisto.
- Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. (2017, 10. tammikuuta). *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa*. [Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017.] Valtioneuvosto. Noudettu 23.3.2022 osoitteesta <https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=16201>
- Vuori, J. (2021). Tutkimusasetelman rakentaminen. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietotarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Noudettu 6.7.2022 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusasetelma/tutkimusasetelman-rakentaminen/>
- Weil, A.R. (2020, huhtikuu). Integrating Social Services And Health. *Health Affairs*, 39,(4). <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.00180>