

VAASAN YLIOPISTO
FILOSOFINEN TIEDEKUNTA

Carita Liljamo

**PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄ ASIAKAS SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIOSSA**

Tutkimuskohteena Parempi Arki- hanke

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2017

SISÄLLYSLUETTELO

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	3
TIIVISTELMÄ:	5
1. JOHDANTO	7
2. PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄ ASIAKAS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	10
2.1 Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa	10
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluja käyttävä asiakas	14
2.2.1 Paljon palveluja käyttävä asiakas terveydenhuollossa	15
2.2.2 Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaalihuollossa	20
2.3 Organisaatiokulttuurin vaikutus palvelukokonaisuuksien kehittämiseen	23
2.3 Asiakaslähtöisten palvelujen tuottaminen vaatii muutosta	26
3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIOLLA PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVIEN ASIAKKAIDEN PALVELUKOKOINAISUUDET HALLINTAAN	28
3.1 Integraatio	28
3.2 Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio	30
3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus Suomessa	31
3.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation haasteet	33
4. TUTKIMUKSEN METODOLOGIA	38
4.1 Kvantitatiivinen tutkimus	38
4.2 Tutkimuskohde ja aineiston keruu	38
4.3 Aineiston analyysi	39
5. TUTKIMUSTULOKSET	41
5.1 Taustatiedot	41
5.2 Asiakasryhmät	42
5.3 Herätteiden esiintyvyys otoksessa	43

5.4 Paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden herätteiden vertailu	45
5.5 Herätteiden esiintyvyys sosiaali- ja terveydenhuollossa	46
5.6 Paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden herätteiden esiintyvyys ja palvelujen käytön riippuvuus sosiaali- ja terveydenhuollossa	48
6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	53
6.1 Integraatio näyttäytyy monella tasolla	54
6.2 Herätteiden esiintyvyys ja asiakkaiden tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	57
6.3 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti	62
6.4 Yhteenveto	63
LÄHDELUETTELO	67
LIITTEET	
LIITE 1. Tunnistamisen herätteet	78
LIITE 2. Tunnistamisen herätteiden arviointilomake	79

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.	8
Kuvio 2. Integraation tasot.	29
Kuvio 3. Vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio.	31
Taulukko 1. Vastaajien ammattiryhmät.	42
Taulukko 2. Tutkimuksen asiakasryhmät.	43
Taulukko 3. Herätteet, jotka esiintyvät >50 kertaa.	44
Taulukko 4. Herätteiden esiintyvyys paljon palveluja käyttävillä ja ei käyttävillä asiakkailla.	45
Taulukko 5. Herätteiden esiintyvyys sosiaali- ja terveydenhuollossa.	47
Taulukko 6. Herätteiden esiintyvyys ja palvelujen käytön riippuvuus sosiaali- ja terveydenhuollossa.	49

VAASAN YLIOPISTO**Filosofinen tiedekunta****Tekijä:**

Carita Liljamo

Pro gradu -tutkielma:Paljon palveluja käyttävä asiakas
sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa – Tutkimus-
kohteena Parempi Arki- hanke**Tutkinto:**

Hallintotieteiden maisteri

Oppiaine:

Sosiaali- ja terveystieteiden maisteri

Työn ohjaaja:

Pirkko Vartiainen

Valmistumisvuosi:

2017

Sivumäärä: 80

TIIVISTELMÄ:

Suomessa on käynnissä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio eli rakenneuudistus. Integraation keskeisinä tavoitteina ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisuuden lisääminen, saatavuuden parantaminen sekä kustannustehokkuuden lisääminen. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat aiheuttavat suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista ja lisäksi nämä palvelut ovat pirstaleisia, kaoottisia ja niissä kamppaillaan monien ongelmien kanssa. Parempi Arki- hankkeessa kehitettiin vuosien 2015- 2017 aikana kotona asuvien paljon sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelukokonaisuuksia. Keskeiseksi kehittämisessä nousi asiakkaiden tunnistaminen, johon kehitettiin moniammatillisesti tunnistamisen herätteitä ja joita pilotoitiin ammattilaisten toimesta. Tässä tutkimuksessa käytettiin pilotoinnista saatua aineistoa ja etsittiin vastauksia siihen, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla tarkoitetaan sekä millaisilla herätteillä voidaan tunnistaa paljon palveluja käyttäviä asiakkaita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi vertailtiin sitä, että tunnistavatko ammattilaiset asiakkaita eri herätteiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä arvioitiin, soveltuvatko kehitetyt tunnistamisen herätteet paljon palveluja käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen.

Kyseessä on kvantitatiivinen tutkimus (n=417), jossa arvioitiin yhteisasiakkaiden tunnistamista arviointilomaketta hyödyntäen asiakkaan pysyessä anonyyminä. Tutkimus toteutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimesta Väli-Suomen alueella. Aineisto ajettiin Webropol-ohjelmaan ja analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Keskeisimmät tulokset osoittivat, että herätteiden esiintyvyydessä ilmenee eroja kun vertaillaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä sekä paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden välillä. Kun puolestaan tarkastellaan herätteiden esiintyvyyttä ja riippuvuutta palvelujen käytön suhteen, voidaan todeta, että paljon palveluja käyttäviä asiakkaita tunnistettaessa on syytä kiinnittää huomiota seuraaviin herätteisiin: epäily mielenterveysongelmasta, käytöshäiriöt/aggressiivisuus, asiakkaan tilanteesta herää huoli, useat käynnit eri työntekijöillä, sairauslomat sekä käyntien ja varausten runsas määrä. Parempi Arki- hankkeessa kehitetyt tunnistamisen herätteet soveltuvat paljon palveluja käyttävien aikuisten asiakkaiden tunnistamiseen, mutta vaativat vielä kehittämistä. Integraation näkökulmasta on tärkeää, että paljon palveluja käyttäviä asiakkaita arvioidaan kokonaisvaltaisesti palvelusta riippumatta. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistaminen ja palvelujen kehittäminen onkin tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tavoitteisiin pääsemiseksi.

AVAINSANAT: Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, paljon palveluja käyttävä asiakas/potilas, asiakkaan tunnistaminen

1. JOHDANTO

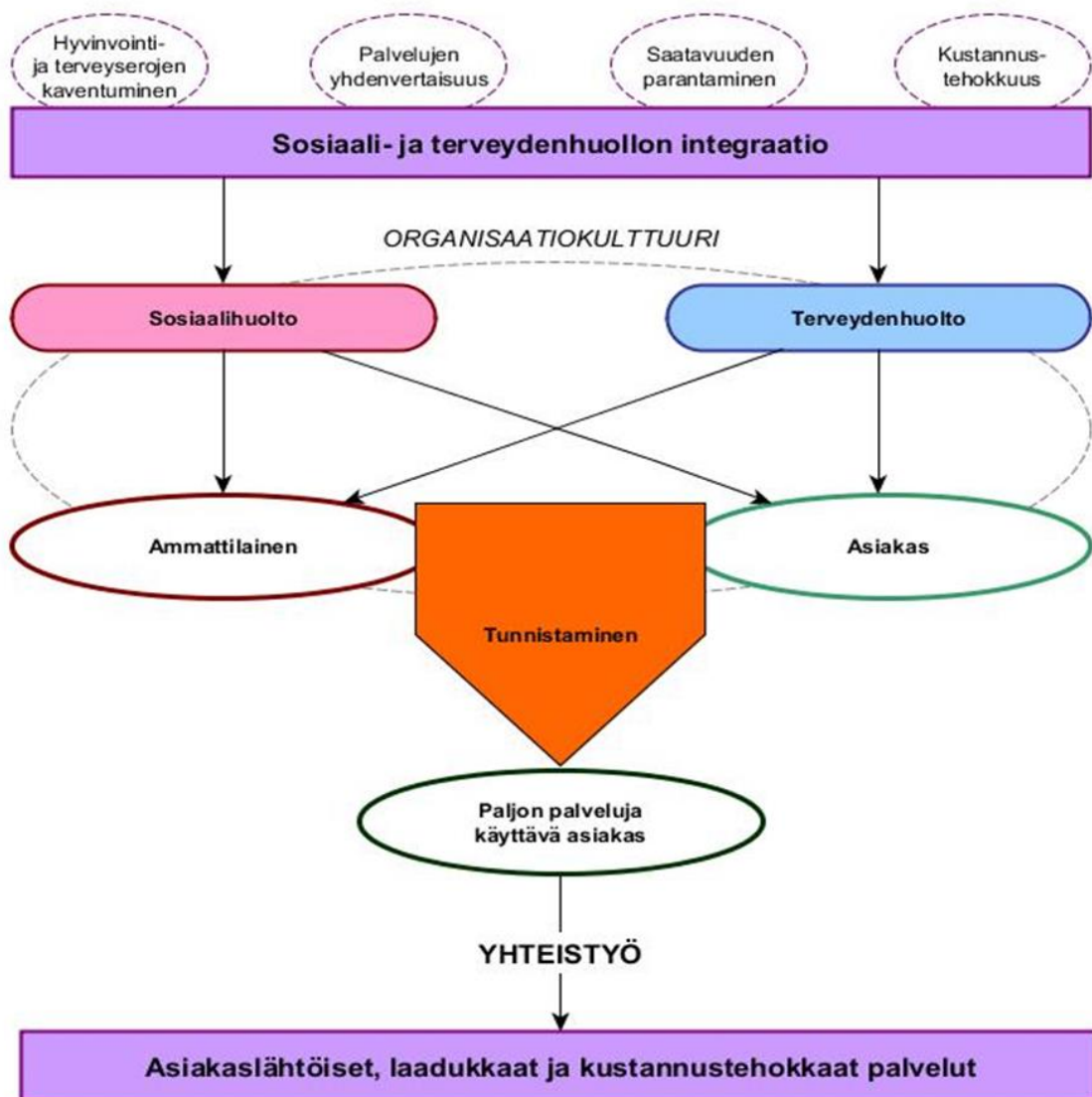
Suomessa on käynnissä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, jolla tavoitellaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumista, palvelujen yhdenvertaisuuden, saatavuuden sekä kustannustehokkuuden parantamista. Tämän lisäksi uudistuksella tavoitellaan integroitua palveluja, joissa asiakas on keskiössä. Suomen hallitus on julkaissut linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolle. Linjaukset koskevat järjestämisen, rahoituksen, tiedon liikkuvuuden, palveluketjuja sekä tuotannollista integraatiota. Tulevaisuudessa yksi taho vastaa palvelujen järjestämisestä ja rahoitus kulkee sen kautta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016d; Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tekevät yhä edelleen työtä asiakkaan hyväksi omissa siiloissaan ja siksi palvelut ovat hallitsemattomia, pirstaleisia sekä organisaatiolähtöisiä. (Craig, Glaseroff, Lindsay, Nolan, Ramsay, Sevin & Whittington 2014: 4) Ammattilaiset eivät hahmota asiakkaan palvelukokonaisuutta ja asiakas ei välttämättä saa palveluja, jotka tukisivat hänen arjessa selviämistä. Organisaatioissa onkin usein syvällä tietynlainen kulttuuri, johon tulee kiinnittää huomiota rakennemuutoksessa. Uudistus vaatii toimijoilta toimintatapojen ja organisaatiokulttuurin tarkastelua sekä muutosta organisaatiolähtöisistä palveluista kohti asiakaslähtöisiä palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on paljon asiakkaita, jotka tarvitsevat ja käyttävät monia eri palveluja yhtäaikaisesti. Näiden asiakkaiden palveluissa on vaarana hoitoketjujen katkeaminen, sillä kokonaisuuden hallinta on usein hapan ja kuormittaa sekä asiakasta että ammattilaista. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999:11–12.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella paljon palveluja käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tunnistamiseen liittyviä seikkoja hyödynnettäväksi käynnissä olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Integraatio koskee suurta määrää työntekijöitä, mutta erityisesti asiakkaita. Erityisesti paljon sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja palvelujen suunnitelmallisuuteen on syytä panostaa, sillä saamalla haltuun nämä asiakkaat, voimme tuottaa asiakaslähtöisiä ja kustannustehokkaita palveluja. Tunnistamista on ajan saatossa

kehitetty, mutta silti paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistaminen on vielä lapsenkengissä (Martikka & Männikkö 2017.)

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen keskeisinä käsitteinä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, paljon palveluja käyttävä asiakas sekä niiden tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi teoriassa sivutaan organisaatiokulttuuria ja ammattilaisten välisiä eroja osana sitä. Näitä käsitteitä on kuvattu aiempien tutkimusten avulla. Kuviossa 1. on kuvattu tutkimuksen teoreettinen viitekehys.



Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

Tässä tutkimuksessa kiinnitetään erityinen huomio paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ammattilaisten arvioimana Parempi Arki- hankkeessa. Hankkeessa on pilotoitu kehitettyjä tunnistamisen herätteitä, joita analysoimalla etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa herätteistä on käytetty termiä tunnistamisen kriteerit tai ennustekijät, mutta tässä tutkimuksessa niistä käytetään heräte-käsitettä.

Tutkimuksella pyritään löytämään vastauksia siihen, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla yleisesti tarkoitetaan sekä tarkastella paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamista eri vertailuasetelmissa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edellä mainittujen lisäksi tutkimuksella arvioidaan hankkeessa kehitettyjen herätteiden soveltuvuutta tunnistamiseen. Vastauksia etsitään seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Mitä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla tarkoitetaan?
2. Millaisilla herätteillä voidaan tunnistaa paljon palveluja käyttäviä asiakkaita sosiaali- ja terveydenhuollossa?
3. Tunnistavatko ammattilaiset asiakkaita eri herätteiden avulla sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa?
4. Soveltuvatko kehitetyt tunnistamisen herätteet paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen?

2. PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄ ASIAKAS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkeää ymmärtää mitä tarkoitetaan asiakkaalla, asiakkuudella ja asiakaslähtöisyydellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjästä tuli asiakas 1990-luvulla uuden julkisjohtamisen saadessa jalansijaa. Tämän jälkeen onkin puhuttu asiakkaista, kuluttajista, palvelujen käyttäjistä, osallisista sekä käytetty monia muita käsitteitä asiakkaista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan puhua erityisestä asiakkuudesta, sillä asiakkaalla on yleensä terveydellisiä tai sosiaalisia ongelmia ja tarpeita, toisin kuin esimerkiksi liiketalouden asiakkaalla. (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011: 15.)

Yksilöstä käytetään monia nimityksiä erityisesti julkisissa palveluissa. Vaikka asiakastermin käyttö on lisääntynyt, kuulee yhä puhuttavan veromaksajasta, käyttäjästä, kansalaisesta sekä jopa asianomaisesta. Tarkasteltaessa asiakkuutta ja kansalaisuutta, voidaan todeta, että niissä on eroa. Kansalaisuudessa korostuu edelleen yhteiskunnallinen yhteisötyyppinen ajattelu, kun taas asiakkuudessa asiakas näyttäytyy yksilönä, joka on kiinnostunut pääasiassa häneen liittyvistä asioista. (Alford 2002: 337–346; Ohrakämmen 2015: 8.)

Asiakkaiden määritelmä on siis moninainen. Asiakkaalla voidaan tarkoittaa joko henkilöä, henkilöryhmää tai organisaatiota. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas määritellään palvelujen vastaanottajaksi tai mikäli hänellä on terveydellisiä ongelmia, potilaaksi. Asiakas on palveluihin hakeutuva käyttäjä, jolla on aktiivinen rooli, omavastuu sekä valinnanvapaus. Terveydenhuollossa potilas on puolestaan usein passiivisessa roolissa. (Savilampi & Sumukari 2015: 9.) Valkaman (2012: 43–45) mukaan asiakas on palvelun tai tuotteen vastaanottaja, joka tarvitsee tuotetta tai palvelua sekä hyötyy siitä ja on valmis maksamaan saamastaan hyödystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas on kuitenkin erityinen ja erilainen. Näillä asiakkailla voi olla elämänhallintaan liittyviä puutteita ja perusturvan tarkoitus on paikata niitä. Tämä vaatii ammattilaisilta osaamista ja ym-

märrystä siitä, että palvelujen saamiselle asetetut kriteerit täyttyvät asiakkaiden kohdalla. Asiakas on näissä palveluissa yleensä riippuvuussuhteessa ammattilaiseen, jonka työssä korostuu vahva ammatillisuus. Valta asiakkaan ja ammattilaisen välillä voikin siis jakautua epätasaisesti.

Tarkasteltaessa asiakuutta sosiaalityössä, asiakas nähdään siellä hyvin erityisenä. Käsitys asiakkaasta on moninainen, sillä se muodostuu arvoasetelmista, moraalikäsitteistä, yhteiskunnallisista sidoksista sekä arkielämän tulkinnoista. Asiakkaalla on usein hyvinvointipalveluissa erilainen merkitys kuin kaupallisissa palveluissa. Asiakas on markkinoiden ja kaupankäynnin näkökulmasta kuluttaja, jolloin asiakas toimii aktiivisena osapuolena ja hänen näkemyksensä ohjaavat palvelujen tuottamista. Hyvinvointipalveluissa puolestaan tavoitteena on asiakkaan kulutuksen minimointi ja aktiivinen asiakas voidaan kokea hankalaksi asiakkaaksi. (Laitinen & Pohjola 2010: 19–21.) Ruchin (2010: 8, 17.) mukaan sosiaalityössä asiakkaat ovat usein paljon tukea tarvitsevia ja moniongelmaisista. Heidän elämänsä on epävarmaa ja siihen sisältyy usein erilaisia kriisitilanteita. Tämä puolestaan johtaa siihen, että sosiaalityössä ammattilaiset kohtaavat monenlaisia tunteita kohdatessaan asiakkaitaan. Tämä saattaa tehdä työstä henkisesti kuormittavaa.

Valinnanvapaus tulee lisääntymään hyvinvointipalveluissa erityisesti integraation myötä. Tämän vuoksi asiakas on usein myös kuluttaja. Kuluttajana asiakkaalta edellytetään tiedollisia, taidollisia sekä taloudellisia resursseja. Näiden puute voi johtaa siihen, että asiakkaat eivät aina saa tarvitsemiaan palveluja, vaan voivat pahimmassa tapauksessa pudota palvelujen väliin. (Haverinen, Kuronen & Pösö 2014: 10.)

Asiakkaan asemaa on aina hyvä pohtia organisaatiossa, sillä se määräytyy nykypäivänä valitettavan usein organisaation ja palvelujen tuottajan ehdoilla. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelujen saatavuutta ja laatua määrittävät ammattilaiset ja asiakkaan asema jää taka-alalle. Julkisissa palveluissa onkin pelkona se, että asiakkaat vaativat enemmän palveluja kuin mitä ammattilainen heille voidaan tarjota. (Scrivens 1995:125; Niemi 2006: 9.)

Asiakkuudella tarkoitetaan yhteistyötä, joka on alkanut tietyssä aikana tietyllä tavalla ja sillä on aina jokin suunta. Asiakassuhde on jatkuva, mutta se muuttuu jatkuvasti. Lisäksi sillä on taipumus syventyä, kasvaa ja kehittyä tai sitten se voi etäännyä ja päättyä. Asiakskohtaaminen onkin aina erilainen ja samanlaista kohtaamista ei koskaan ole. (Pyyhtiä 2009: 13.) Asiakkuus voi riippua myös erilaisista tilanteista ja siksi asiakkaita voidaan jakaa sen perusteella, että hakeutuuko asiakas palvelujen piiriin vapaaehtoisesti, etsiikö palveluja vai joutuuko niihin vastoin tahtoaan. Toisinaan ammattilaiset joutuvat etsimään keinoja saadakseen asiakkaat palvelujen piiriin. Tämä saattaa vaikuttaa ristiriitaiselta, sillä onhan useimmiten tavoitteena palvelujen vähentäminen. (Valkama 2012: 45.)

Asiakkuuksien tunnistaminen on myös sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeää, joskaan ei helppoa. On kuitenkin tärkeää, että sekä asiakkaat että ammattilaiset löytävät oikeat palvelut sekä tarvittaessa tunnistavat tarpeet niiden muutoksille. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyjärjestelmä tarjoaa usein kuitenkin samoja palveluja kaikille riippumatta asiakkaan tilanteesta. Tämän vuoksi on noussut tarve räätälöidä palvelut yksilötasolla asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutussuhteessa. Tulevaisuudessa tarvitaan erilaisia vaihtoehtoja erilaisille asiakkaille ja siksi tarvitaan myös luokittelua ja asiakkuuksien ryhmittelyä. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki 2014: 134–136.) Jotta oikeat palvelut tuotetaan oikeille asiakkaille, on tärkeää lähteä liikkeelle siitä selvityksestä, keitä palvelujen asiakkaat ovat ja millaisia odotuksia ja tarpeita heillä on sekä tunnistaa näiden asiakkaiden erityispiirteitä. (Outinen ym. 1999: 26.)

Asiakaslähtöisyys on usein sosiaali- ja terveydenhuollossa arvoperusta, sillä asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä, jolla on vajeita ja heikkouksia. Asiakaslähtöisyydessä korostuvat asiakkaan tarpeet, jolloin organisaation tarpeiden tulisi jäädä takalalle. Asiakaslähtöisyydessä yksi keskeinen seikka onkin palvelusuhteen jatkuminen yhteisymmärryksessä ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Tämä yhteisymmärrys vaatii aina asiakasymmärrystä eli riittävää tietoa asiakkaiden tarpeista ja tilanteista. Tämä turvaa sen, että palveluja voidaan kehittää oikeaan suuntaan. Asiakasymmärryksen vastaparinä voidaan pitää asiakkaiden palveluymmärrystä eli asiakkaiden tietoa ja käsitystä palveluista ja niiden tarjoajan roolista erityisesti kumppanina. (Virtanen ym. 2011: 18.)

Voidaan myös todeta, että erityisesti julkisessa järjestelmässä tiedon hankkimiselle asiakkaan tarpeista ja kiinnostuksen kohteista annetaan liian vähän arvoa. Päätöksenteko tulee tarvitsemaan riittävästi tietoa asiakkaiden tarpeista ja kiinnostuksen kohteista ja siksi toimintaa on uskallettava altistaa käyttäjien arvioinnille. Onkin olemassa kaksi näkökulmaa, jotka liittyvät asiakkaiden osallisuuteen. Nämä ovat uusliberalistinen ja demokraattinen. Uusliberalismissa pyritään lisäämään kuluttajien ja kansalaisten vaikutusvaltaa organisaation uudistamisessa, kun taas demokraattisessa näkökulmassa esille nostetaan asiakkaiden ääni ja valtaistaminen. (Hänninen, Julkunen, Hirsikoski, Högnabba, Paananen, Romo & Thomasén 2007: 9–10.)

Asiakaslähtöinen palvelu lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeista ja tavoitteista, joihin pääsemiseksi ammattilainen ja asiakas yhdessä dialogin avulla punnitsevat tarjolla olevia palveluja, joita asiakas tarvitsee onnistuakseen. Asiakas ja hänen läheisensä toimivat asiantuntijoina, joka perustuu yleensä kokemukseen. Kokemus puolestaan liittyy yleensä sairastumiseen, arjessa selviytymiseen sairauden kanssa sekä palvelujärjestelmässä toimimiseen. (Holmberg-Marttila, Kuronen, Laiho & Oksman 2015: 7–8.)

Sosiaalityössä asiakaslähtöisyyden perustana on asiakkaan näkökulman huomioiminen, jolle välttämätöntä on yhteinen kieli ja ihmisen kunnioittaminen. Voidaan kuitenkin todeta, että sosiaalityössä onkin yhä jatkuvasti kehitettävä asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää palvelua, sillä toimintamallit perustuvat tällä hetkellä pitkälti hallinnollis-rationaalsiin säädöksiin, vallinneisiin käytäntöihin sekä työntekijöiden asiantuntijuuteen. Asiakaslähtöinen palvelu vaatii jatkuvaa asiakaskulttuurin tarkastelua, jotta sosiaalityö voi tuottaa aidosti asiakkaan lähtökohdista lähtevää palvelua. (Laitinen & Pohjola 2010: 45–46.) Jotta voidaan tuottaa asiakaslähtöisiä palveluja, tulee työntekijällä olla myös taitoa tunnistaa asiakkaiden ja tilanteiden muuttuminen sekä osaamista muuttaa myös omia toimintatapoja näissä tilanteissa. (Binnie & Titchen 1999: 16)

Asiakaslähtöisyyden tarkastelua sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat lisänneet palvelujärjestelmään liittyvät muutospaineet. Taustalla on siilomainen ja pirstaleinen palvelujärjestelmä. Tästä johtuen asiakaslähtöisiä palveluja kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollossa niin julkisella, yksityisellä kuin kolmannellakin sektorilla. Asiakaslähtöisyys

ei kuitenkaan ole yksinkertainen käsite, sillä eri sektoreiden yhteistyön puute hankaloittaa yhteistä ymmärrystä tästä käsitteestä. On siis löydettävä yhteinen näkemys eri sektoreiden välillä, jotta palveluja voidaan tuottaa syvemmän asiakasymmärryksen pohjalta. (Koivunen 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee kiinnittää huomiota asiakkaiden kasvaviin tarpeisiin ja odotuksiin, sillä asiakaslähtöisyys tulee korostumaan yhä enemmän tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Se mahdollistaa kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden lisäämisen sekä tyytyväisyyden saavuttamista sekä asiakkaan että ammattilaisen näkökulmasta. (Virtanen 2011: 8–9.)

Asiakaslähtöisyydelle on olemassa myös monia haasteita. Erityisesti paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluissa kokonaisuuden hahmottamisen kannalta on ongelmallisinta se, että vastuun ottaminen eri sektorien palvelujen väliltä puuttuu. Onkin tärkeää tarkastella sektorirajoja ylittäviä prosesseja, jotka korostuvat juuri edellä mainitun asiakasryhmän kohdalla. (Koivuniemi ym. 2014: 127–131.)

Asiakasprofiloinnin avulla voidaan parantaa asiakaslähtöisiä palveluja. Seuraavassa kappaleessa kuvataan paljon palveluja käyttäviä asiakkaita aikaisempien tutkimustulosten pohjalta ja pyritään luomaan kuva tästä asiakasryhmästä.

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluja käyttävä asiakas

Paljon palveluja käyttäviä asiakkaita on tutkittu monesta eri näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. On tutkittu palvelujen käytön määrää, palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia sekä näiden asiakkaiden profiilia. Seuraavissa kappaleissa nostetaan esiin tutkimustuloksia paljon palveluja käyttäviin asiakkaisiin ja heidän profilointiinsa liittyen.

Kun puhutaan paljon palveluja käyttävistä asiakkaista, voidaan synonyymina heistä käyttää nimitystä palvelujen suurkäyttäjät tai avainasiakkaat. Tämän lisäksi voidaan pu-

hua myös kalliista asiakkaista. Onkin vaikea löytää yhtä määritelmää, jolla asiakas voidaan katsoa paljon palveluja käyttäväksi asiakkaaksi. Voidaan kuitenkin todeta, että näillä asiakkailla on yleensä monia sairauksia, korkea ikä sekä heikko sosiaalinen asema. (Niemelä & Alahuhta 2016.)

Campbell ja Rolandin (1996: 79) mukaan on tärkeää analysoida palvelujen suurkäyttäjiä, jotta voitaisiin paremmin ymmärtää palvelujen käyttöön liittyviä tekijöitä. Esimerkiksi terveydenhuollossa palvelujen käyttöön eivät vaikuta ainoastaan lääketieteelliset syyt tai asiakkaan kokemana terveydentila ja oireilu. Siihen vaikuttavat myös palvelujen saatavuus ja yksilön taipumus käyttää niitä.

2.2.1 Paljon palveluja käyttävä asiakas terveydenhuollossa

Terveydenhuollon suurkäyttäjiä on tutkittu Suomessa jo 1960 -1970 luvun taitteesta saakka ja niiden pohjalta voidaan nostaa esille piirteitä, jotka korostuvat suurkäyttäjän profiilissa. Yleensä suurkäyttäjä on raitis, ylipainoinen nainen sekä usein heillä oli herkästi oireileva suolisto. Opitut palvelujen käyttötottumukset lisäävät terveyspalvelujen käyttöä sekä kuoleman pelko ja huono asiakastyytyväisyys ovat myös tyypillisiä näille asiakkailla. Tämä johtuu siitä, asiakas ei koe saavansa vastauksia kysymyksiinsä eikätulleensa kuulluksi tai autetuksi vastaanotolla. Aiemmin ennustetekijöinä on pidetty myös ikää, kroonista somaattista sairautta, psyykkistä stressiä ja sairautta, sosioekonomista asemaa sekä moniongelmaisuutta. (Koskela 2008: 41–44, 198–206; Koskela, Ryyänen & Soini 2010: 55–61.)

Terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan paljon palveluja käyttävät asiakkaat voidaan jakaa kahteen asiakastyypiin. Näitä ovat asiakkaat, jotka tarvitsevat palveluja ja hyötyvät näistä. Kuvaava esimerkki näistä asiakkaista ovat monisairaant henkilöt. Toista asiakastyypistä voidaan puolestaan kuvailla paljon palveluja käyttäväksi asiakkaiksi, jotka eivät hyödy käyttämistään palveluista. Silti tämän tyyppin asiakkaat hakeutuvat toistuvasti palvelujen piiriin. Tarkasteltaessa suurkäytön syitä, voidaan niitä nostaa esille mo-

nia. Näitä ovat somaattiset sairaudet, psyykkiset oireet, sosiaaliset taustatekijät, naissukupuoli ja asiakkaan ikä. (Martikka & Männikkö 2017.)

Fyysiset ja psyykkiset sairaudet, somatisoiti, moninaiset ongelmat sekä kriisit ovat myös yleisimpiä kuvaajia terveystalvelujen suurkuluttajilla Karlssonin, Joukamaan, Lahden, Lehtisen ja Kokki-Saamisen (1997: 157–166) mukaan. Kokko (1990) puolestaan nostaa tutkimuksessaan esille neljä yhteistä tekijää, jotka lisäävät terveystalvelujen käyttöä. Nämä ovat tiedon etsiminen ja sen hyödyntäminen oman terveyden edistämiseen, riippuvuussuhde terveydenhuollon auktoriteettiin, krooniset sairaudet sekä taipumus somatisointiin ja sairauden pelkoon.

Paljon palveluja käyttäviä asiakkaita on tutkittu terveydenhuollossa myös palvelutarpeen keston näkökulmasta. Asiakkaat, joiden palvelujen tarve on pitempiaikaista, kärsivät somaattisista ja psykiatrisista ongelmista ja heillä on yleensä paljon lääkkeitä käytössä. (Smits, Brouwer, ter Riet & van Weert 2009: 36.)

Oulaisissa tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että suurkäyttäjiä ovat kahdeksan tai sitä useamman kerran vuoden aikana terveystalvelukeskuslääkärillä käyneet potilaat. 6,8 % potilaista teki tässä tutkimuksessa 23,5 % käynneistä. Suurkäyttäjillä todettiin erilaisia kroonisia sairauksia, sairauden pelkoa ja epämääräisiä fyysisiä oireita. Vaikka näillä asiakkailla on usein mielenterveysongelmia, hakeutuvat he useimmiten vastaanotolle vatsaoireiden tai tukielinvaivojen vuoksi. Suurkäytön taustalla on siis terveydellisiä, psykososiaalisia ja sosiaalisia tekijöitä ja siksi tämä potilasryhmä onkin haasteellinen. Se vaatii lääkäriltä laaja-alaista ja perusteellista perehtymistä potilaaseen. Tutkimuksessa todettiin, että on tarpeen kehittää uusia toimintatapoja tämän ryhmän hoitamiseksi. (Jyväjärvi 2001: 92; Nyman & Jäppinen. 2015: 419.)

Helsingin kaupungin terveystalvelukeskuksessa on tutkittu vuonna 2011 terveystalvelukeskuksen avosairaanhoidon lääkärin ja hoitajan vastaanottojen sekä hoitopuhelujen suurkäyttöön liittyviä tekijöitä. Tämän perusteella suurkäyttäjäksi luokitellaan henkilöt, joilla oli seitsemän käyntiä tai puhelua vuodessa. Näiden käyntien syinä olivat ylähengitystieinfektio, masennus, ahdistus, verenpaine-tauti ja diabetes. (Nyman & Jäppinen 2015: 4.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella on tutkittu myös erikoissairaanhoidon potilaiden kokonaiskustannuksia, jotka kertyvät useilta erikoisaloilta ja monesta diagnoosista. Tutkimustulos osoittaa, että erikoissairaanhoidossa kustannukset jakautuvat epätasaisesti kuten jo aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu. Erikoissairaanhoidon kustannukset kertyvät potilailta, jotka käyttävät monen erikoisalan palveluja. Erityisesti tämä näkyy niiden potilaiden kohdalla, jotka kuuluvat eniten palveluja käyttäneeseen 15 % kahtena peräkkäisenä vuotena. Tyypillistä näille asiakkaille on, että heillä on jokin pitkäaikaissairaus ja monilla jopa kuusi muuta päädiagnoosia. Tärkeää onkin kiinnittää huomiota hoitoketjujen parempaan koordinointiin erikoissairaanhoidossa sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Leskelä, Silander, Komssi, Koukkula, Soppela ja Lehtonen 2015: 2865–2872.)

Nordic Healthcare Groupin Oululle tekemässä tutkimuksessa 10 % asiakkaista käyttää 81 % sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Kun tarkastellaan näitä kalleimpia asiakkaita ja heidän palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia voidaan todeta, että näistä kustannuksista 38 % syntyy terveyspalveluja käyttäviltä asiakkailta ja 62 % niiltä asiakkailta, jotka käyttävät myös sosiaalipalveluja eli yhteisasiakkailta. Suurimmat kustannukset aiheuttivat vanhuspalveluiden asiakkaat, somaattista erikoissairaanhoidoa käyttäneet, päihdepalveluiden käyttäjät sekä psykiatrisia erikoissairaanhoidon käyttävät asiakkaat. Tutkimusten mukaan kallein 10 % tarvitsee neljää palvelua yhtä aikaa, kun muu väestö tarvitsee keskimääräisesti yhtä. Tämä suuntaus näkyy muuallakin Suomessa. Pääkaupunkiseudulla alle 10 % kerryttää 80 % kustannuksista ja Turun alueella 25 % aiheuttaa 70 % kustannuksista. (Leskelä, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013: 3163; Niemelä & Alahuhta 2016.)

Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat usein ikääntyneitä, naisia ja heillä on enemmän pitkäaikaissairauksia muihin käyttäjiin verrattuna. Lisäksi kolmanneksella näistä käyttäjistä esiintyy monta päällekkäistä ongelmaa. (Vedsted & Christensen 2005.) Kuoleman läheisyys on myös yksi keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöä määrittävä tekijä. Se vaikuttaa eri tavalla eri-ikäisillä ja myös eri palveluissa. Vanhuksin kohdalla iän on todettu vaikuttavan viimeisenä kahtena elinvuotena palvelujen käyttöön. Dementiaa sairastavilla palvelujen käyttö eroaa ei-dementiaa sairastavista. He käyttävät

esimerkiksi pitkäaikaishoitoa yli yhdeksän kertaa todennäköisemmin ja heillä on enemmän sairaala-päiviä kuin ei-dementiaa sairastavilla. (Forma 2011: 10.)

Tarkasteltaessa puolestaan monialaista työkykyä ja kuntoutustarvetta pitkäaikaistyöttömillä, monilla tähän kohderyhmään kuuluvilla on työkyky merkittävästi heikentynyt mielenterveysongelmien vuoksi. Todetut sairaudet tai tyydyttämättömät hoidon tai kuntoutuksen tarpeet eivät tulleet tunnistetuiksi tai hoidetuksi peruspalveluissa asiakkaan mielestä. Voidaankin todeta, että sosiaali- terveys- ja työvoimapalvelut eivät vastaa kaikkein heikoimmassa asemassa olevan väestön tarpeisiin tänä päivänä. (Kerätär 2016: 82.)

Ruotsalaisissa tutkimuksissa sosiaalisten ongelmien on havaittu myös olevan yhteydessä yleislääkärin vastaanoton suurkäyttöön ja että suurkäyttäjiä on eniten alimmassa sosiaali-ryhmässä. Palvelujen sijainnilla on todettu olevan merkitystä palvelujen käyttöön, jolloin lähellä sijaitsevat palvelut lisäävät niiden käyttöä. Ruotsissa 10 % yleislääkärin vastaanotolla kävijöistä tekevät 30–50 % käynneistä. Erityisenä ryhmänä voidaan pitää maahanmuuttajia, jotka käyttävät enemmän palveluja kuin muu väestö. Tämä on havaittavissa sekä Suomessa että Ruotsissa. (Nyman & Jäppinen 2015: 5.)

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa on todettu, että 10 % käyttää 69 % terveydenhuollon kustannuksista. Lisäksi tässä tutkimuksessa todettiin, että potilaita tulisi profiloida enemmän sekä tarkastella heidän palvelujensa käyttöä, jotta hoitoa ja ennaltaehkäisyä voitaisiin kohdentaa oikein. (Berk & Monheit 2001: 9–18.)

Aalto-yliopiston, Oulun yliopiston ja Oulun ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutetussa JYVÄ- hankkeessa nousi esille, että paljon palveluja käyttävillä asiakkailla on monialainen sosiaali- ja terveyssektorin yhdistävä palvelutarve. Pitkäaikaissairaudet ovat riskitekijä palvelujen käytön lisääntymiselle. Koska paljon palveluja käyttävillä asiakkailla on monialainen palvelutarve, heidät tulisi tunnistaa entistä paremmin, jotta voidaan tuottaa hyvin koordinoituja palveluja. Tämä puolestaan johtaa kustannusten hillintään, ja on tultu tilanteeseen, että on tehtävä sektorirajat ylittävää yhteistyötä. Yhteishenkilö tai koordinoiva työntekijä on havaittu tarpeelliseksi sekä ammattilaisten että

asiakkaan mielestä. Tässäkin tutkimuksessa ammattilaiset ovat kuvanneet paljon palveluja käyttäviä asiakkaita ja niiden kuvausten perusteella ryhmä voidaan jakaa kahteen ryhmään. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat, joiden palvelujen tarve on perusteltua, ovat usein monisairaita, moniongelmaisia ja somatisoijia. Monisairailta potilailta voi olla erilaisia sairauksia, kuten diabetes, reuma ja syöpä ja kun taas moniongelmaiset ovat sosiaalitoimen, mielenterveystyön tai päihdetyön asiakkaita. Edellä mainittujen ongelmien lisäksi heillä on huono taloudellinen tilanne tai he ovat rikoskierteessä. Asunnottomuus, työttömyys tai työkyvyttömyys ovat myös tyypillisiä näille asiakkaille. Somatisoijat kärsivät usein kuoleman tai sairauden pelosta tai heidän elämäänsä liittyen paljon tiedostamattomia ongelmia. Toinen ryhmä on toistuvasti paljon palveluja käyttävät, jotka eivät hyödy kaikista käyttämistään palveluista. Näillä henkilöillä on alentunut kyky huolehtia itsestään eri syistä, kuten heikkolahjaisuuden, ongelmanratkaisukyvyttömyyden tai periytyneen asiakkuuden vuoksi. Riippuvuusongelmaiset luokitellaan myös tähän ryhmään. Riippuvuutta voi ilmetä lääkkeisiin, pähteisiin tai yksinkertaisesti palvelujärjestelmää kohtaan. Yksinäisyys ja sosiaalisten kontaktien puute näkyy myös erityisesti tässä asiakasryhmässä. (Niemelä & Alahuhta 2016.) Edellä mainittujen lisäksi asiakkaan huono sosio-ekonominen asema heikentää usein terveydentilaa sekä lisää palvelutarvetta. (Carr-Hill, Rice & Roland 1996) Sosio-ekonominen asema näyttäytyy myös Suomessa erityisesti siten, että kaikista heikoimmassa asemassa olevilla asiakkaila on kaksinkertainen riski tulla erikoissairaanhoidon asiakkaaksi. (Manderbacka, Arffman & Keskimäki 2014: 4)

Päijät-Hämeessä on tutkittu paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen tarvetta ja palvelujen käyttöä. Selkeästi erottuva ryhmä on henkilöt, joilla on suuri palvelujen tarve ja palvelujen käyttö on runsasta. Nämä asiakkaat hyötyvät palvelujen koordinoimisesta ja erityistoimenpiteistä, joiden avulla estetään palvelutarpeen lisääntyminen. Terveydenhuollossa nämä paljon palveluja käyttävät asiakkaat käyvät paljon lääkärin vastaanotolla ja myös muissa palveluissa. Erityisen haasteen muodostavat asiakkaat joilla ei kuitenkaan ole niin suurta tarvetta palvelujen käytölle kuin he käyttävät. Tämän käytön taustalla saattaa olla monenlaisia eri syitä, kuten yksinäisyyttä, perhe-ongelmia, päihteitä, mielenterveysongelmia, ongelmia työelämässä tai somaattisia sairauksia. On tärkeää löytää ratkaisuja näille asiakkaille, jotta ns. turhat käynnit vähenevät ja resurssit

voidaan ohjata muihin tarpeellisiin palveluihin. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että tunnistamiseen on kiinnitettävä huomiota. Tunnistamisen keinoiksi kirjattiin pitkä sairauskerromus, puuttuva hoitosuunnitelma, asiakkaalla on paljon käyntejä hoitosuunnitelmasta riippumatta, asiakkaan tuttuus, runsaat päivystyskäynnit sekä paljon muiden eri palvelujen käyttöä. (Wilèn 2015: 6–9.)

2.2.2 Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaalihuollossa

Paavilainen ja Finck (2008) ovat nostaneet esille lapsen kaltoinkohteluun liittyviä riskitekijöitä laatiessaan hoitosuosituksia aiheeseen liittyen. Riskitekijöitä on tarkasteltu useammasta näkökulmasta eli lapsen, vanhemman ja perheen näkökulmasta. Mikään ei selitä yksiselitteisesti kaltoinkohtelua, vaan aina on tarkasteltava kokonaisuutta lapsen ja perhetilanteen osalta. Riskitekijöiden kasaantuminen lisää kaltoinkohtelun mahdollisuutta ja siksi riskitekijöitä kannattaa pitää mielessä. Seuraavassa esitetään niitä riskitekijöitä, joihin kannattaa kiinnittää erityisesti huomiota. Näitä ovat vanhemman masennus, alkoholin käyttö ja perheväkivalta sekä äidin eristyneisyys, psykologiset ja kommunikaatio-ongelmat. Taloudelliset seikat, kuten pienituloisuus, sosiaalisen tuen puute, itse koettu kaltoinkohtelu, perheen monilapsisuus sekä yksihuoltajuus lisäävät myös mahdollisuutta kaltoinkohtelulle. Äidin alhainen koulutus, raskaudenajan neuvolakäyntien laiminlyönti, tupakointi, naimattomuus sekä lapsen alhainen syntymäpaino voivat olla myös riskitekijöitä kaltoinkohtelulle.

Sosiaali- ja terveydenhuolto eroavat usein toisistaan tarkasteltaessa asiakkuuksia. Sosiaalihuollossa palvelut järjestetään lähes aina asiakkaan tarpeista lähtien ja usein ne liittyvät elämän pulmatilanteisiin. Näitä ovat taloudellinen tilanne, sosiaalipalveluihin ja etuuksiin liittyvä neuvonta, päihdeongelma, perhe-elämän kriisit, työ ja koulutus, asuminen tai asunnottomuus sekä monet muut seikat. Yhdistäväksi tekijäksi näille voidaan kuitenkin nimittää tarveharkintainen palvelu. (Juhila 2008: 20.) Sosiaalipalvelut järjestetään jokapäiväisestä elämästä selviämisen tueksi. Asumiseen liittyvä tuki ja taloudellinen tuki kuuluvatkin keskeisesti sosiaalipalvelujen järjestämisvastuulle. Sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy ja osallisuuden lisääminen sekä väkivallasta aiheutuvan tuen tarve korostuvat sosiaalipalveluissa. Äkilliset kriisitilanteet lisäävät tuen tarvetta, kuten

myös lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukeminen. Päihteisiin ja mielen-terveysongelmiin sekä muista sairauksista tai vammasta aiheutuva tuen tarve on keskeistä sosiaalipalveluissa. Fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpito vaatii tukea, jota sosiaalipalvelut tarjoavat sekä asiakkaalle, mutta myös omaisille ja läheisille. Sosiaalihuollossa palvelujen tarve tulee aina arvioida tekemällä palvelutarpeen arvio. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Palvelujen käytön tarkastelu perustuu yleensä sosiaalihuollossa vallitsevien ajattelumallien mukaisiin luokituksiin, ryhmittelyihin sekä piirteiden korostamiseen. Asiakasta voidaan kuvata jollakin diagnoosinkaltaisella nimikkeellä, kuten esim. läheisriippuvuus, itsemurhariski, adhd-oireisto tai muu selviytymistä kuvaava tekijä. Asiakkaan kuvausta voidaan tehdä myös ongelmailmaisujen avulla eli asiakas voi olla toimeentulotukiasiakas, asunnoton, lastensuojeluasiakas tai muun ongelma-alueen edustaja. Tässä piilee kuitenkin vaarana se, että elämän muut osa-alueet jäävät edellä mainittujen pimennoon. Sosiaalihuollossa asiakkaita voidaan ryhmitellä myös erottavien piirteiden pohjalta, jotka yleensä liittyvät fysiologisiin vaikeuksiin, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Yksi luokittelu voi puolestaan liittyä asiakkaan taustaan, yksilöhistoriaan ja menneisyyteen. Tästä esimerkkinä voidaan mainita päihdetausta, rikosrekisteri sekä muut näiden kaltaiset seikat. Asiakasluokittelua voidaan tehdä myös asiakkaan arvioidun ennusteen mukaan eli hänen mahdollisuuksiaan tulkitaan etukäteen ja apua tarjotaan sen pohjalta. Yhteenvedona voidaan kuitenkin todeta, että asiakkaiden luokittelu sosiaalihuollossa perustuu yleistyksiin asiakasryhmistä ja heihin liittyvistä asioista ja on mahdollista, että asiakas jää kategorian edustajaksi ja yksilön todellisuus omassa elämäntilanteessa jää taka-alalle. Luokittelun vastakohtana onkin asiakkaan ymmärtäminen ajattelevana, tuntevana ja toimivana yksilönä, jota tulisi kuulla. (Laitinen & Pohjola 2010: 33–35.)

Voidaan todeta, että suhteellisen pieni osa ihmisistä käyttää suurimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista ja tämän vuoksi on etsittävä uusia innovatiivisia palveluja, joilla voidaan hillitä niiden suurta käyttöä. Palvelujen hallinta ja hyvä suunnittelu ovat erityisen tärkeitä seikkoja, jotta voidaan tuottaa asiakkaille elämänlaatua parantavia

palveluja. Lisäksi tarvitaan tietoa riskitekijöistä, jotta palvelujen suurkankäyttöä voidaan ennaltaehkäistä riittävän ajoissa. (Lappalainen 2015: 72–74.)

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa vuonna 2017 otetaan vahvasti kantaa monisairaiden ja paljon perusterveydenhuollon palveluja käyttävien palvelujärjestelmän laatuun ja kustannuksiin. Lausunnossa todetaan, että vuonna 2014 Suomen terveydenhuollon menot olivat 19,5 miljardia euroa ja sosiaaliturvamenot 52,5 miljardia euroa. Kertomuksessa tuodaan esille, että 10 % näiden palvelujen piirissä olevista aiheuttaa 70–80 % sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Valtiontaloudellinen merkitys on suuri ja mikäli asiakkaiden terveydentila vielä heikkenee, johtaa se yhä enenevien kustannusten nousuun. Paljon palveluja käyttävien kustannuksia ei ole järjestelmällisesti selvitetty koko maassa. Lisäksi näitä asiakkaita ei tunnisteta riittävästi, sillä edelleen maassamme asiakassegmentointi perustuu tauti- ja diagnoosiluokitukseen. Paljon palveluja käyttäviä asiakkaita tulisi tarkastella kuitenkin omana ryhmänä, ja heidän tunnistamiseensa tulisi olla selkeät kriteerit. Nykyisin tunnistaminen tapahtuu ammattilaisten asiantuntemuksen avulla sekä käyntikertojen määrää seuraamalla. Lisäksi pienillä paikkakunnilla asiakkaat tunnetaan ja sen vuoksi ei ole koettu olevan tarvetta systemaattiselle, kriteereihin perustuvalla tunnistamiselle. Jotta paljon palveluja käyttävät osattaisiin tunnistaa, tarvitaan selkeää ohjeistusta tunnistamisen yhdenmukaistamiselle. (Martikka & Männikkö 2017.) On myös muistettava, että paljon palveluja käyttävät asiakkaat eivät ole välttämättä yhtenäinen ryhmä, sillä erilaisten asiakasryhmien tarpeiden välilläkin on eroja. Monilla heistä on vaikeita ja monimutkaisia ongelmia, joiden hoitaminen lisää kustannuksia. Tärkeää onkin tarkastella paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluja uusien työmenetelmien ja hoito-ohjelmien kautta eri ammattilaisten välisenä yhteistyönä. Yhteistyö vaatii erityisesti ammattilaisten välistä tiimityöskentelyä sekä tiedon, taidon ja asenteiden yhtäläistämistä. (Forum för välfärd 2015: 12–17.)

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että terveydenhuollossa on tutkittu paljon palveluja käyttäviä asiakkaita enemmän kuin sosiaalihuollossa. Sosiaalihuollossa palvelut ovat usein taas tarveharkintaisia ja nojaavat lakiin. On kuitenkin tärkeää tehdä asiakkuuksien tarkastelua paljon palveluja käyttävien asiakkaiden osalta, sillä se auttaa näiden asiakkaiden tunnistamista ja heidän palvelujensa koordinoitua. Tunnistamisen tärkeys maini-

taan monissa tutkimuksissa, mutta miten se voidaan systemaattisesti toteuttaa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla on haasteellista. Siihen vaikuttavat monet seikat, joista yksi on organisaatiokulttuuri.

2.3 Organisaatiokulttuurin vaikutus palvelukokonaisuuksien kehittämiseen

Mentäessä kohti sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta, on tärkeää nostaa esille myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiokulttuuri, jolla on vaikutusta paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja heidän kokonaisvaltaisten palvelujen räätälöimiseen. On hyvä ymmärtää mitä organisaatiokulttuuri tarkoittaa ja mitä merkitystä sillä voi olla asiakkaan palveluihin.

Organisaatio määritellään monella tavalla. Organisaatio on ihmisen aikaan saama kokonaisuus ja sitä pidetäänkin usein itsestään selvänä. (Scott 2003: 27) Organisaatiot ovat alun alkaen olleet rationaalisesti suunniteltuja järjestelmiä, mutta muuttuneet ajan saatossa sosiaalisiksi yhteisöiksi. (Juuti, Rannikko & Saarikoski 2004: 24.)

Organisaatiokulttuurilla taas tarkoitetaan niitä toimintanormeja ja perusarvoja, jotka vallitsevat organisaation jäsenten keskuudessa. Scheinin (1985) mukaan organisaatiokulttuuri on kokoelma perusolettamuksia, jotka ovat kehittyneet tietyssä ryhmässä sen oppiessa hallitsemaan ongelmiaan ja sopeutumaan niihin. Koska nämä oletukset ovat toimineet ryhmässä hyvin, pidetään niitä pätevinä ja ne opetetaan myös uusille ryhmän jäsenille oikeana tapana käsittää ja kokea ongelmat. Keskeistä määritelmässä on se, että ryhmässä jaetut näkemykset perusolettamuksista perustuvat oppimiseen ja kulttuuria ylläpidetään vai, jos sitä pidetään oikeana. Vallitseva kulttuuri opetetaan yleensä myös ryhmän uusille jäsenille. (Jacobsen & Thorsvik 2008.)

Schein on mallintanut organisaatiokulttuurin tasoja ja ilmenemismuotoja. Hänen mallinsa on edelleen yksi käytetyimmistä. Organisaatiokulttuuri voidaan jakaa kolmeen tasoon eli 1) näkyviin rakenteisiin, toiminnallisiin ilmiöihin ja ihmisten aikaansaannoksiin eli artefakteihin, 2) arvoihin ja normeihin ja 3) pohjimmaisiiin perusoletuksiin. Näkyvät ra-

kenteet voi organisaation jäsen helposti kuvata ja nämä näyttäytyvät myös vierailijalle helposti. Arvot ja normit voidaan käsitellä tietoisuuden tasolla, mutta se vaatii yhteistä arvopohdintaa ja niiden määrittelyä sekä pohdintaa, miten se näkyy toiminnassa. Pohjimmaisets perusolettamukset ovat sitten jo syvätason käsityksiä ja uskomuksia. Niillä on yleensä pitkä historia organisaatioissa työskentelevien keskuudessa ja ajan kuluessa niistä on tullutkin itsestään selvyyksiä ja siksi niitä on kovin vaikea muuttaa. (Schein 1987; Schein 2004: 32–35)

Organisaatiokulttuuri ohjaa ja säätelee tiedostamattomalla tasolla organisaation tunnepohjaisia ja kognitiivisia puolia. Organisaatiokulttuuri näkyy henkilöiden käyttäytymisessä, johtamisessa, rakenteissa, tavoitteissa, päätöksenteossa sekä keinoissa ja toiminnan mittaamisessa. Organisaatiokulttuuri ilmenee epävirallisina sääntöinä hyväksyttävästä käytöksestä sekä syvällisinä, eettisinä linjauksina hyvästä ja oikeasta käytöksestä organisaatioissa. (Ahonen & Pohjanheimo 2002: 10; Jacobsen & Thosvik 2008; Davidsson 2009: 7.)

Organisaatiolähtöisyys on tyypillistä tämän päivän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille. Tämän vuoksi asiakkaan tarpeet jäävät usein taka-alalle tuottaessa heille palveluja. Rakennemuutoksen tavoitteena onkin luoda yli sektorirajojen ulottuva visio, joka auttaa tuottamaan asiakaslähtöisiä palveluita. Visio tarvitsee kuitenkin yhteistä näkemystä toimijoiden välillä asiakkaan tarpeista, kyvyistä ja ominaisuuksista. (Virtanen ym. 2011: 10.)

Organisaatiokulttuuri on muuttumassa ja uudelle kulttuurille on ominaista, että ihmisille on yhä tärkeämpää tulla kuulluksi ja nähdyksi yksilöinä ja ihmisinä. Arvopohjan merkitys korostuu entisestään, kuten myös mielekäs organisaatiokulttuuri. Organisaatiokulttuuri tulee muuttumaan ja sitä voidaan muuttaa asettamalla uusia tavoitteita sekä toimintamalleja. Kulttuurin muutos tapahtuu yksilöiden asenteiden ja käyttäytymisen muutoksen kautta. Muutoksen tavoitteena on maksivoiva työympäristö ja sitä kautta työntekijöiden paras suoritus. Työntekijä on vastuullinen ja häntä johdetaan vastuun ja onnistumisen kautta. Haasteeksi nouseekin lähitulevaisuuden muutoksissa se, miten yksilölli-

nen muutos saadaan tapahtumaan samanaikaisesti- ja suuntaisesti koko organisaatiossa. (Järvinen 2014: 79–95.)

Voidaan todeta, on olemassa suuri joukko asiakkaita, jotka käyttävät sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluita. Leskelä ym. (2013: 3163–3169) ovat Oulussa tehdyssä tutkimuksessa todenneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ei pysty enää vastaamaan paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeisiin. Lisäksi sosiaalipalvelujen asiakkaat aiheuttavat enemmän kustannuksia, kuin pelkkiä terveystalveluja käyttävät asiakkaat. Siiloutunut toimintamalli on yksi kustannusten lisääjä ja onkin tärkeää, että ongelmaan pureudutaan palvelukokonaisuudella, jossa vastuutahoksi on määritelty yksi taho. Tarvitaan verkostomaista ajattelua ja palveluiden tuottamista ja vastuuttamista niiden välillä. Painopistettä on syytä siirtää myös ennaltaehkäisyyn, jotta kustannustehokkuutta voidaan lisätä. Samaan tulokseen on tullut myös amerikkalainen Institute for Healthcare Improvement (IHI), jonka mukaan nykyiset palvelut ovat edelleen pirstaleisia ja asiakkaiden ja ammattilaisten resursseja tuhlaavia. Palvelut tuotetaan liikaa organisaatiolähtöisesti ja asiakkaan tarpeet jäävät valitettavan usein huomioimatta. (Craig ym. 2014: 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarjoavat sekä julkinen, yksityinen että kolmas sektori. Näillä kaikilla on omat perinteensä lähestyä myös asiakkuutta. Siihen vaikuttavat kunkin sektorin historia ja toimintakulttuuri. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen vaatiikin raja-aitojen madaltamista eri sektoreiden väliltä. (Virtanen ym. 2011: 9.) Yhteistyö eri ammattilaisten välillä saattaa yhteen myös erilaisten ammattikuntien edustajia, filosofioita ja ideologioita. Nämä erot voivat toimia myös esteinä tehokkaalle yhteistyölle. Tämä ero on nähtävissä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, sillä ammattilaiset kokevat, että heidän ammatilliset arvot ja kulttuuri on uhattuna. Luottamus ja kunnioitus tai niiden puute voivat vaikuttaa ammattilaisten välillä yhteistyön onnistumiseen. (Cameron, Lart, Bostock & Coomber 2014: 230–232.)

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus vaikuttaa laaja-alaisesti organisaatioiden rakenteisiin ja kulttuuriin. Sen lisäksi, että muutos vaikuttaa organisaatiossa toimivien tehtäviin ja toimintaan, on sillä erityinen vaikutus asiakkaisiin, jotka

käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Eri ammattiryhmien ja toimialojen kulttuurit vaikuttavat siihen, että asiakkaan tarpeet ja ongelmat nähdään eri tavoin. Tämän nähdään vaikeuttavan myös moniammatillista yhteistyötä. Tulevassa rakenneuudistuksessa voidaankin törmätä kulttuurien väliseen problematiikkaan eli haaste voi olla se, kenen toimintatavat ja kulttuuri otetaan käyttöön uudistuksessa. (Taskinen 2005: 161; Kopio 2015: 29–32.) Saumattomien palveluketjujen rakentamisessa on tärkeää ymmärtää ja toteuttaa moniammatillisuutta. Asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen, on tarkasteltava palveluketjujen saumattomuutta asiakkaan näkökulmasta ja tuotettava palvelut välttämättä katkoksia, päällekkäisyyksiä, turhaa odottamista, palvelutyhjiöitä sekä sovittava vastuut eri toimijoiden välillä. (Outinen ym. 1999: 11–12.) Moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyön rooli tulee tulevaisuudessa korostumaan. Viime vuosina painopiste sosiaali- ja terveydenhuollossa on ollut asiantuntijuudessa. Tämä on aiheuttanut sen, asiakkaan tilannetta tarkastellaan usein vain oman asiantuntijuuden näkökulmasta. Uusien palvelujen ja uusien ratkaisujen kehittäminen vaatii kuitenkin asiantuntijuuden yhdistämistä ja horisontaalista rajoja ylittävää tarkastelua. (Launis 1997:124–126.) Mönkkösen (2007:130) mukaan verkostotyötä pidetään työmuotona, jossa hyödynnetään eri toimijoiden näkemyksiä toimien asiakkaan, läheisten ja viranomaisten kanssa yhteistyössä aina asiakkaan eduksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla toimittaessa, ilmenee monia ongelmia, jotka liittyvät lainsäädäntöön, tietojärjestelmiin, vaitiolovelvollisuuteen, mutta myös organisaatiokulttuuriin. Mainittakoon tästä esimerkkinä asiakastiedon siirtäminen, joka voi yksikön kulttuurista tai työtavoista riippuen siirtyä mutkattomasti tai hyvinkin hankalasti. (Martikka & Männikkö 2017: 21.)

2.3 Asiakaslähtöisten palvelujen tuottaminen vaatii muutosta

Tässä kappaleessa kokoon yhteen edellisten kappaleiden keskeisimmän sanoman liittyen asiakas ja asiakaslähtöisyys käsitteisiin. Yhteenveto perustuu aikaisempiin tutkimuksiin. Asiakkaan määritelmä on siis muuttunut viime vuosikymmeninä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja siihen liittyy moninaisia käsityksiä. Asiakas voi olla palvelujen

käyttäjänä aktiivisessa tai passiivisessa roolissa riippuen esiintyvistä ongelmista ja palvelutarpeesta. (ks. Virtanen ym.2011: 15.) Asiakas on yleensä sosiaali- ja terveydenhuollossa erityisessä asemassa omine hyvinvointivajeineen. Hyvinvointipalveluiden tavoitteena onkin usein palvelutarpeen minimointi. Asiakkaat, jotka tarvitsevat paljon eri toimijoiden palveluja, ovat vaarassa pudota näiden palvelujen väliin ja siksi onkin tärkeää jatkaa asiakkuuksien tarkastelua ja ryhmittelyä. Tämä puolestaan mahdollistaa parempien palvelukokonaisuuksien räätälöimisen päällekkäisyyksien välttämiseksi ja palveluketjujen sujuvoittamiseksi. (ks. Haveri ym. 2014: 10).

Asiakslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensä arvoperusta. Se vaatii ymmärrystä sekä ammattilaiselta että asiakkaalta. Asiakkaan tarpeet ja tavoitteet on syytä asettaa keskiöön suunniteltaessa palvelukokonaisuuksia. Ammattilaisen ja asiakkaan dialogin avulla voidaan kartoittaa nämä asiakkaan tarpeet ja räätälöidä palvelut yhdessä (ks. Holmberg-Marttila ym. 2015: 7–8). Tämän lisäksi tarvitaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja ymmärrystä asiakslähtöisyydestä, sillä muuten on mahdotonta purkaa siilomaista ja pirstaleista palvelujärjestelmää (ks. Koivunen 2017). Yhteistyö eri sektoreiden välillä tulee korostumaan tulevassa rakenneuudistuksessa vaatien organisaatiokulttuurien filosofoiden ja ideologioiden yhdistämistä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä (ks. Cameron ym. 2014: 230–232; Koivuniemi ym. 2014: 127–131).

Organisaatiokulttuuria ohjaavat toimintanormit ja perusarvot ja sen muutos tapahtuu yksilön asenteiden ja käyttäytymisen muutoksen kautta. Nykyiset rakenteet ja organisaatiokulttuuri ovatkin uuden edessä mentäessä kohti rakenneuudistusta eli integraatiota. Integraatiota, sen mahdollisuuksia ja haasteita käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIOILLA PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVIEN ASIAKKAIDEN PALVELUKOKOINAISUDET HALLINTAAN

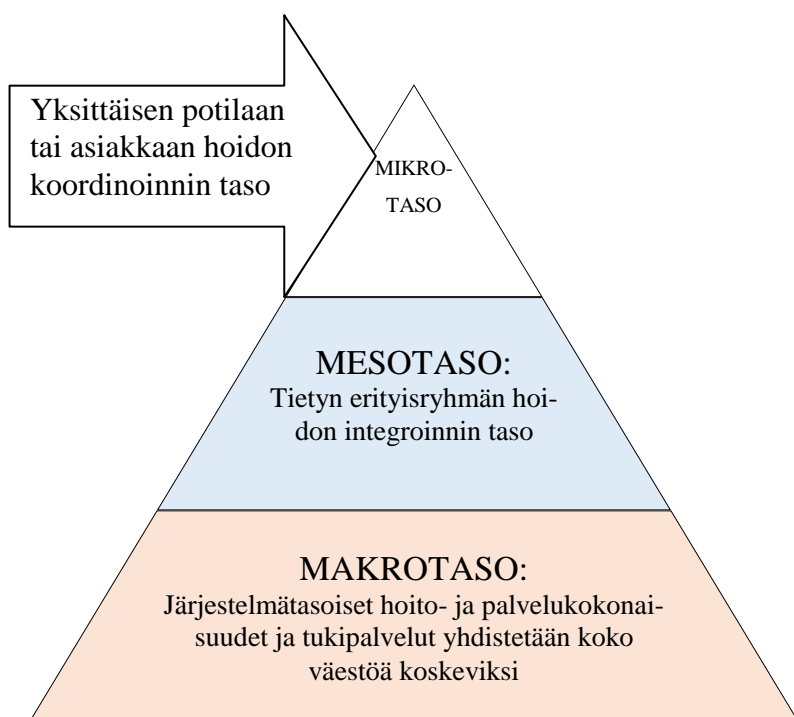
Suomessa käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus eli integraatio on välttämätön, jotta voimme tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollossa yhä asiakaslähtöisempiä, laadukkaampia ja kustannustehokkaampia palveluja. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluja on syytä nostaa myös integraatiossa erityistarkasteluun erityisesti asiakkaiden tunnistamisen ja palvelujen räätälöimisen näkökulmasta. Tämä vaatii eri toimijoiden yhteistyötä ja organisaatiokulttuurin yhdistämistä asiakaslähtöisten palveluiden varmistamiseksi. Tässä luvussa tarkastellaan integraatiota käsitteenä, sen piirteitä ja haasteita käynnissä olevassa rakenneuudistuksessa liittyen tutkimuksen kohteena olevien asiakkaiden palvelujen kehittämiseen.

3.1 Integraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa toteutetaan integraatiota eri tasoilla, asteilla sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti. Integraatiolla tarkoitetaan sitä, kun kaksi erillään olevaa yhdistetään yhdeksi kokonaisuudeksi. Puhuttaessa palveluintegraatiosta palvelut integroidaan toisiinsa siis joko horisontaalisesti tai vertikaalisesti. (Markkanen & Puro 2011: 6.) Integraatioon liittyy myös muita määritelmiä, mutta yleisesti sillä tarkoitetaan eheyttämistä, yhteen sovittamista tai yhdistämistä. (Niemi, Ranta, Kuosmanen, Rajala, Torkki & Jämsén 2015: 2930–2931) Kaikki lähtee liikkeelle aina yhteensovittamisesta, joka on integraation keskiössä. Se tarkoittaa hallinnollista sekä organisaatioiden että palveluprosessien integraatiota. (Erhola, Vaarama, Pekurinen, Jonsson, Junnila, Hämäläinen, Nykänen & Linnosmaa 2014: 40.)

Munday (2007: 29–30) luokittelee palvelujen integraation kahdeksaan eri asteeseen. Näillä asteilla arvioidaan moniammatillisten tiimien yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyden toteutumista. Seuraavassa on kuvattu asteiden tasoja em. asioiden näkökulmasta. Kahdeksannella asteella yhteistyö on niukkaa ja organisaatiolähtöinen ajattelu korostuu, kun taas asteella seitsemän yhteistyötä tehdään välttämättömän tarpeen edessä. Moniamma-

tillisten tiimien yhteistyö eri asiakokonaisuuksien ympärillä korostuu asteella kuusi. Tällä tasolla yhteistyö ei ole tuloksellista ja yhteistyön ristiriitojen käsittely ei ole sujuvaa. Siirryttäessä asteelle viisi, yhteistyö on suunniteltua ja jatkuvaa ja asteella neljä organisaatiot ovat jo mukana palvelujen yhteissuunnittelussa. Tällä tasolla myös palveluprosessit ja asiakkaan suunnitelmat tehdään yhdessä. Tämän avulla päästään kohti strategisia kumppanuuksia eli tasolle kolme. Palvelujen integroiminen saman organisaation ja päätöksenteon alaisuuteen tapahtuu tasolla kaksi. Tällä tasolla asiakas tietää, miten ja mistä saa palveluita. Taso yksi on jo sitten täydellisen integraation taso. Tällöin voidaan puhua asiakaslähtöisestä toiminnasta.



Kuvio 2. Integraation tasot (mukaillen Niemi ym.2015: 2930–2931).

Integraatiota tapahtuu eri tasoilla, kuten makrotasolla, mesotasolla ja mikrotasolla (kuvio.2). Makrotasolla integraatiolla tarkoitetaan järjestelmätasoisien hoito- ja palvelukokonaisuuksien ja tukipalveluiden yhdistämistä koko väestöä koskeviksi. Mesotasolla puolestaan toimitaan tietyn erityisryhmän hoidon integroinnin tasolla ja mikrotasolla

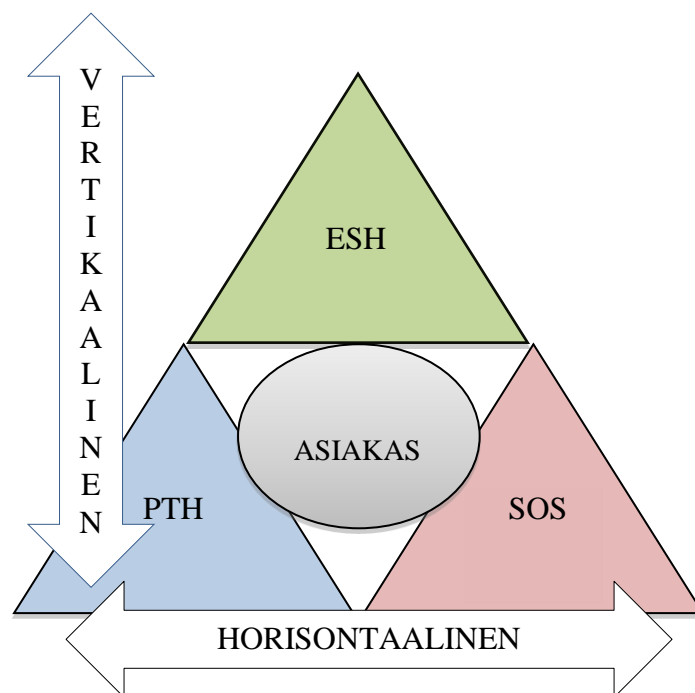
yksittäisen potilaan tai asiakkaan hoidon koordinoinnin tasolla. (Niemi ym. 2015: 2930–2931.)

3.2 Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio

Integraatio jaetaan rakenteelliseen ja toiminnalliseen integraatioon. Rakenteellinen integraatio tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa päätöksenteon, johtamisen, rahoituksen ja palveluiden koontia yhdelle vastaavalle järjestäjälle. Tällä tavoin pyritään varmistamaan palvelujen yhdenvertaisuus ja saatavuus. (Erhola ym. 2014: 40.)

Rakenteellinen integraatio jakautuu vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon. Esimerkkinä vertikaalisesta integraatiosta voidaan mainita asiakkaan siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai toisinpäin. Horisontaalisessa integraatiossa puolestaan sovitetaan yhteen saman tason palveluita. Tästä voidaan esimerkkinä mainita saumaton perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen palvelukokonaisuus. (Erhola ym. 2014: 42–43; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016c.)

Toiminnallinen integraatio puolestaan tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut luovat toiminnallisen kokonaisuuden. Käytännön tasolla se tarkoittaa perinteisten toiminta- ja ammattirajoja ylittävää kokonaisuuksien muodostamista. Jotta palvelut voidaan järjestää uudella tavalla, tarvitaan hyvää johtamista sekä ammattilaisten mukaan ottamista. Se, että Suomessa monet toimijat ovat yhdistäneet sosiaali- ja terveydenhuollon saman hallinnon alaisuuteen, ei riitä toiminnallisen integraation toteuttamiseen, vaan tarvitaan todellista yhteistyötä ja kokonaisuuksien luomista. (Erhola ym. 2014: 42–43.)



Kuvio 3. Vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio (mukaiillen Erhola ym. 42–43).

Suomessa on totuttu hyvin vertikaaliseen eli siiloutuneeseen palvelutuotantoon. Sosiaalipalveluissa vertikaalinen integraatio tulee esille palveluiden kansallisena, alueellisena ja paikallisena yhteensovittamisena, kun taas terveydenhuollon puolella integraatio näkyy ehkäisevän työn, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamisena. Horisontaalisella integraatiolla puolestaan tarkoitetaan sitä, että eri linjassa tuotetut palvelut kytketään toisiinsa vastaamaan yhteisten asiakkaiden tarpeita. (Markkanen & Puro 2011: 6.)

3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus Suomessa

Koska ihmisten hyvinvointiin liittyy monenlaisia ongelmia, vaatii niiden hoitaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa huomion kiinnittämistä asiakaslähtöisiin palveluihin ja niiden yhteensovittamiseen. Niiden avulla voimme tuottaa laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita. Aidon integraation vaatimuksena onkin voimavarojen oikea ohjaaminen kohti yhteisiä tavoitteita. (Erhola ym. 2014: 40.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus on hyvä esimerkki integraatiosta. Suomessa käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus sekä aluehallinto-uudistus ovat suurimpia uudistuksia, mitä maamme historiassa on ollut. Sillä on monia vaikutuksia. Sen avulla uudistetaan hallintoa ja toimintatapoja ja se koskettaa lukuisaa joukkoa työntekijöitä, mutta erityisesti kansalaisia. Integraation tavoitteena on vähentää julkisen talouden kestävyysvajetta 3 miljardia euroa. Suurimmat muutokset liittyvät rahoitukseen, ohjaukseen sekä verotukseen. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä sekä muista alueellisista tehtävistä vastaa maakunta. Tähän saakka vastuuta on kantanut kunta, jonka tehtävä tulee myös muuttumaan uudistuksen myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtionvarainministeriö 2016.)

Julkinen hallinto järjestetään jatkossa kolmella tasolla eli valtion, maakunnan ja kunnan tasolla. Muutoksen avulla vähennetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien organisaatioiden määrää. Tehtävät siirtyvät 190 vastuuviranomaiselta 18 itsehallintoalueelle, jotka pohjautuvat maakuntajakoon. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä siirtyy siis kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille. Palvelujen monipuolisuus lisääntyy sisältäen myös yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja itsehallintoalueiden oman tuotannon lisäksi. Uudistuksen tavoitteena on lisätä myös kansalaisten valinnanvapautta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä tarkoittaa, että käyttäjä voi itse valita palvelujen tuottajan. (Valtioneuvosto 2015.) Muutoksen tavoitteena on mahdollistaa asiakkaalle vaikutusmahdollisuuksia, parantaa palveluihin pääsyä sekä niiden laatua ja kustannustehokkuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016.)

Suomen hallitus on julkaissut linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolle. Linjaukset koskevat järjestämisen, rahoituksen, tiedon liikkuvuuden, palveluketjuja sekä tuotannollista integraatiota. Tulevaisuudessa yksi taho vastaa palvelujen järjestämisestä ja rahoitus kulkee sen kautta. Tiedon integraatio tarkoittaa sitä, että tiedon on liikkuttava eri palveluiden tuottajien välillä ja siirtyminen palvelusta toiseen tapahduttava jouhevasti. Tuotannollisella integraatiolla pyritään varmistamaan tarpeenmukaiset kokonaisuudet palvelutuotannossa. Näiden linjausten syvimpänä tavoitteena on asiakaslähtöinen palveluintegraatio. Tämä tarkoittaa asiakkaan tarpeisiin vastaamista sekä asi-

akkaan kuulluksi tulemista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016d.) Rakennemuutos vaatii muutosjohtajuutta sekä henkilöstöltä ja heidän edustajiltaan osallistumista toimeenpanon suunnitteluun sekä valtakunnan että maakunnan tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016.)

Lait ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa vahvasti. Keskeisiä lakeja ovat perustuslaki 731/1999, sosiaalihuoltolaki 1301/2014, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 ja terveydenhuoltolaki 1326/2010. Kun tarkastellaan eri lakien sisältöjä, korostuvat niissä asiakaslähtöisyys, asiakkaiden osallistaminen ja roolin vahvistaminen sekä toimijoiden välisen yhteistyön merkitys. Arvoina laeissa korostuvat erityisesti yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistus luokin haasteita nykylainsäädännölle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.) Voidaan todeta, että nykyinen lainsäädäntö aiheuttaa osaltaan ongelmia myös palvelujen yhteensovittamisessa. Erityisesti työntekijöiden olisi tunnettava eri lakien sisältöjä asiakkaan tilanteen kokonaisuuden hahmottamiseksi, sillä muuten palvelut eriytyvät ja asiakkaan asema heikkenee. (Saikkonen, Blomberg, Karjalainen & Kivipelto 2015: 27.)

3.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation haasteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon liittyy haasteita, jotka johtuvat usein erilaisista toiminta-alueista. Asiakkaiden luokuttaminen ja väliinputoaminen toiminta-alueiden välillä on tänä päivänä hyvin tyypillistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Asiakkaat saavat usein palvelun ja hoidon liian myöhään johtuen monista seikoista. Hoitoketjujen katkeaminen ja tiedon kulun vaikeus eri toimijoiden välillä on haaste sosiaali- ja terveydenhuollon onnistuneelle integraatiolle. Näitä ongelmia voidaan ehkäistä ottamalla käyttöön yhteisiä palvelutarpeen arviointimalleja, konsultaatio- ja lähetekäytäntöjä sekä asiakassuunnitelmia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016d.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation onnistumiselle on siis monia vaatimuksia. Organisaation päämäärä ja tavoitteet nousevat keskeisiksi onnistumisen kannalta. Se voi

olla haasteellista ja erityisesti tämä ilmenee operatiivisella tasolla. Operatiivisella tasolla on siis tärkeää ymmärtää erilaiset roolit ja vastuut. Joustavuuden avulla voidaan puolestaan parantaa organisaation reagointikykyä esimerkiksi palvelutuotannon muuttamisessa. Integroidut työryhmät ovat tutkimusten mukaan huomattavasti innovatiivisempia ja tukevat paremmin uusia ideoita ja niiden etenemistä. Integraatioon liittyy keskeisesti myös organisaatioiden välinen ero. Se voi haastaa uudistusta erityisesti operatiivisella tasolla sekä strategisella tasolla, joissa organisaatioiden visiot asettuvat kilpailuasemaan. Viestinnän ja tiedottamisen merkitys korostuu ja hyvin toteutettuna se parantaa yhteistä työskentelyä. On kuitenkin todettu, että tietojärjestelmät voivat heikentää yhteistyötä kun taas yhteiset tilat kannustavat työntekijöitä myös epäviralliseen yhteistyöhön lisäten keskinäistä ymmärrystä. Johtaminen ja ammatillinen tuki ovat tärkeitä tekijöitä onnistuneessa integraatiossa. Näiden lisäksi aikaisempi yhteistyö eri toimijoiden välillä on edellytys menestykselle ja integraatiolle. (Cameron ym. 2014: 228–230.)

Myös terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2016a.) on nostanut esille seikkoja, jotka on otettava huomioon pyrittäessä onnistuneeseen integraatioon. Työntekijöiden osallisuus ja osaava johtaminen ovat keskeisimpiä seikkoja onnistunutta integraatiota tavoiteltaessa. Tämän lisäksi integroitavien toimintojen läheisyys lisää onnistumismahdollisuutta. Jotta integraatiota voidaan tavoitella, on investoitava myös uusien toimintamallien käyttöön ottoon ja koulutettava työntekijöitä siihen. Eri ammattikuntien välillä on erilaisia näkemyseroja toiminnasta ja sitä onkin purettava vanhaa ja juurrutettava uutta ajattelutapaa sekä uusia toimintamalleja. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on etsittävä uutta tietoteknologiaa, josta esimerkkinä voidaan mainita yhteensopivat potilas- ja asiakastietojärjestelmät.

Suomessa käynnissä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen avulla pyritään muuttamaan palvelurakennetta asiakaslähtöisemmäksi sekä kustannustehokkaammaksi. Uudistuksen tavoitteeksi on asetettu hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen sekä kustannusten hillintä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016.) Integraatio on välttämätön sosiaali- ja terveydenhuollossa monestakin syystä. Sen tavoitteena on hyödyttää erityisesti heikoimmassa asemassa olevia kansalaisia. Integraation avulla voidaan parantaa myös pal-

veluiden vaikuttavuutta, mutta se vaatii uutta näkökulmaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta. Jotta integraatiota voidaan viedä eteenpäin, on oltava rohkeutta ja ymmärrystä laaja-alaisesta kehittämisestä sekä henkilökunnan kouluttamisesta. (Markkanen & Puro 2011: 1.)

Ammattilaisten näkemys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on, että uudistuksen keskiössä tulee aina olla asiakas ja hänen tarpeensa. Tällä hetkellä valmistelutyön koetaan keskittyvän liikaa hallinnon rakentamiseen ja kustannusten karsimiseen. Toiseksi ammattilaiset korostivat eriarvoistumisen vaaraa. Ammattilaiset muistuttavat, että uudistuksessa on huolehdittava kaikille tasapuolisista palveluista tulotasoon tai asuinpaikkaan katsomatta. Vaarana on, että karsimisen uhreina ovat heikoimmassa asemassa olevat ja haja-asutusalueiden asukkaat. Palvelujen karsimisesta ollaan huolestuneita ja lähipalveluiden uskotaan toimivan hyvin ennaltaehkäisevässä työssä, asiakaskeskeisissä palveluissa sekä kokonaisuuden vahvistamisessa. Valmisteltaessa uudistusta tulisi ammattilaisten mielestä hyödyntää yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon työtä tekevien osaamista. Lääkärijohtoisuus sai ammattilaisilta kritiikkiä ja erityisen tarpeellisenä nähtiin johtamis- ja talousosaaminen. Uudistus nähtiin liian terveydenhuoltopainotteisena ja sosiaalialan kehittäminen koettiin jääneen taka-alalle. Sosiaalihuollon roolia tulisi korostaa, koska sillä on merkittävä rooli resurssien käytön ja ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Ammattilaiset pitävät uudistuksen valmistelua liian poliittisena. Tämän pelätään vesittävän koko uudistuksen, koska valmistelu on poukkoilevaa poliittisista intohimoista ja valtapeleistä johtuen. Poliittinen valtapeli on minimoitava ja keskityttävä olennaiseen. (Kauhanen, Kotiranta, Kulvik, Lassila, Maijanen, Tähtinen & Valkonen 2016: 69–70.)

Kuten aiemmin on jo tuotu esiin, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa toteutetaan sekä vertikaalista että horisontaalista integraatiota. Voidaankin todeta, että kyse on erityisestä uudistuksesta, sillä maailmalta on vähän tutkimusnäyttöä vastaavanlaisesta uudistuksesta. Uudistus vaatii systeemi-, työntekijä-, että asiakaslähtöistä muutosta. Lisäksi on erityisen tärkeää tarkastella ja rakentaa sosiaali- ja terveyspalvelujen rajapintoja, jolloin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa on mahdollisuus onnistua tavoitteisiin pääsemisessä. (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017: 59.)

On olemassa asioita ja ilmiöitä, joiden tunnistaminen, ymmärtäminen ja ratkaiseminen on vaikeaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus voidaan todeta olevan tällainen, sillä se on luonteeltaan elinvoimainen ja muuttuva. Rakenneuudistus vaatii parhaiden mahdollisten ratkaisujen etsimistä. Tämä puolestaan vaatii eri ammattilaisten, henkilöryhmien, organisaatioiden ja yksilöiden yhteistyötä. Erityisesti johtaminen on haasteen edessä, sillä uudistuksessa toimitaan pirullisten ongelmien kanssa ja on löydettävä ratkaisuja, jotka ylittävät sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnan ja ovat huolellisesti suunniteltuja. (Vartiainen, Ollila, Raisio & Lindell 2013: 9; Lindell, Ollila & Vartiainen 2014; 88–98.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ei ole helppo toteuttaa ja täyttää myös pirullisen ongelman ominaisuuksia. Horst Rittel ja Melvin Webber (1973:155–169) ovat määritelleet kymmenen pirullisen ongelman ominaisuutta, jotka Conklin (2005) on tiivistänyt kuuteen ominaisuuteen. Vartiainen ym. (2013) ovat kuvanneet julkaisussaan nämä kuusi ominaisuutta seuraavasti. Yksi ominaisuus on ratkaisuvaihtoehtojen tarkastelu monesta näkökulmasta, jolloin vaihtoehtojen etsiminen auttaa ymmärtämään ongelman sisältöä. Toinen ominaisuus ilmaisee sen, että pirulliseen ongelmaan ei ole lopullista ratkaisua, vaan ongelman ratkaisua on pyrittävä kehittämään jatkuvasti, koska yleensä pirullinen ongelma muuttuu ja mukautuu jatkuvasti. Kolmas ominaisuus pirulliselle ongelmalle on, että ei ole olemassa oikeaa tai väärää ratkaisua. On pyrittävä löytämään paras mahdollinen vaihtoehto, joka ei välttämättä miellytä kaikkia. Neljäntenä ominaisuutena voidaan todeta, että ratkaisut ongelmiin ovat ainutlaatuisia ja uudenslaisia, vaikka niillä saattaa olla samankaltaisia piirteitä. Viides ominaisuus on se, että jokainen ratkaisu on ainutkertainen, jolloin ratkaisutilanteessa on siedettävä epävarmuutta sekä sitä, että kaikkia vaikutuksia on mahdotonta selvittää tai arvioida etukäteen. Kuudentena ominaisuutena pirullisille ongelmille pidetään sitä, että aina on olemassa useita ratkaisuvaihtoehtoja ja ne voivat poiketa toisistaan ja jokaista niistä ei voida huomioida ratkaisuntekohetkellä. (Vartiainen ym. 2013; Lindell ym. 2014: 88–89.)

Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat ryhmä, joiden palvelujen räätälöiminen vaatii-kin edellä mainittua huolellista tarkastelua ja eri näkökulmien vertailua sosiaali- ja ter-

veydenhuollon rakenneuudistuksessa. Uudistuksen tavoitteet hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen, palvelujen yhdenvertaisuus, saatavuuden parantaminen ja kustannustehokkuuden parantaminen ovat keskeisiä asioita paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujakin tarkasteltaessa. Koska nämä asiakkaat tarvitsevat usein sekä sosiaali- huollon että terveydenhuollon palveluja, tarvitaan tietoa asiakkaiden tunnistamisesta sekä osaamista heidän palvelujensa räätälöimiseksi yhdeksi kokonaisuudeksi. Tässä tutkimuksessa on pilotoitu Parempi Arki-hankkeessa kehitettyjä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisen herätteitä, joiden soveltuvuutta arvioidaan hyödynnettäväksi tulevassa muutoksessa.

4. TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Keskeistä määrälliselle tutkimukselle on objektiivisesti todettavissa olevat asiat sekä yleispätevien syiden ja seurauksien lakien korostuminen. Aineiston keruun ja koejärjestelyjen tulee soveltua määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen sekä muuttujien muodostaminen sellaiseksi, että ne soveltuvat taulukkomuotoon. Aineistoa on voitava myös käsitellä ja analysoida tilastollisesti. Määrällinen tutkimus vaatii tutkittavien ja koehenkilöiden tarkkaa valintaa tarkkojen otantasuunnitelmien ja koehenkilömääritysten avulla. (Hirsjärvi Remes & Sajavaara 2009: 139–140.)

4.2 Tutkimuskohde ja aineiston keruu

Tutkimuskohteena tässä tutkimuksessa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, paljon palveluja käyttävät asiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollossa ja heidän tunnistamisensa Parempi Arki-hankkeessa kehitettyjen tunnistamisen herätteiden avulla.

Tutkimuksen aineisto kerättiin syksyllä 2016 Parempi Arki- hankkeessa. Hanke oli Väli-Suomen alueella käynnissä oleva Kaste-hanke ja siihen osallistui 61 kuntaa ajalla 1.3.2015–31.10.2017. Hankkeessa kehitettiin kotona asuvien paljon sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden palveluja. Kehittäminen oli hankkeessa moniammatillista eli pääasiassa kehittämiseen osallistuivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset sekä asiakkaat. Tutkija toimi kehittämissuunnittelijana tässä hankkeessa ja pro gradu tutkimusta hyödynnetään hankkeen loppuarvioinnissa.

Aineisto kerättiin ammattilaisten toimesta Parempi Arki- hankkeessa tunnistamisen herätteiden pilotointiin kehitetyn arviointilomakkeen (liite 2.) avulla. Hankkeessa kehitettiin paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistami-

seen herätteitä moniammatillisesti. Aikaisemmissa tutkimuksissa on herätteistä käytetty nimitystä kriteerit tai ennustekijät, mutta Parempi Arki-hankkeessa käytettiin edellä mainittua heräte-käsitettä. Herätteitä pilotoitiin ja arvioitiin arviointilomakkeen avulla. Ammatillaiset ohjeistettiin suullisesti ja kirjallisesti arviointilomakkeen käyttöön. Pilotointi toteutettiin hankkeeseen osallistuneiden ammattilaisten työssä asiakaskohtaisesti, asiakkaan pysyessä anonymina. Pilotointiin osallistui sosiaalihuollon, terveydenhuollon ammattilaisia sekä erityistyöntekijöitä koko Väli-Suomen alueelta. Tutkimukseen otettiin kuitenkin mukaan ainoastaan sosiaalitoimessa ja terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten täyttämät arviointilomakkeet. Niiden vastaajien arviointilomakkeet jätettiin tutkimuksesta pois, joiden ammattinimike, toimenkuva tai työorganisaatio ei ollut tiedossa tai oli epäselvä.

Pilotoinnissa selvitettiin asiakaskohtaisesti 1) mitkä herätteet esiintyivät 2) asiakkaan palvelujen käyttö 3) asiakkaan muiden palvelujen tarve sekä 4) taustatietoja. Tässä tutkimuksessa käytän käsitettä paljon palveluja käyttävä asiakas, mikäli ammattilainen on arvioinut lomakkeessa, että asiakkaalla on muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käytössä. Arviointilomakkeiden avulla saatu tieto siirrettiin Webropol- järjestelmään ja sen jälkeen SPSS-ohjelman avulla tarkasteltiin tunnistamisherätteiden esiintyvyyttä ja merkitsevyyttä ja etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimukseen otettiin mukaan vain ne herätteet, jotka esiintyivät otoksessa yli 50 kertaa. Tutkimuksesta jätettiin arviointilomakkeen Kommentteja -osio pois, sillä ne sisälsivät pääosin kuvauksia asiakkaista ammattilaisen kommentoimana. Lisäksi ammattilaisten ja asiakkaiden näkemys palvelutarpeesta jätettiin otoksessa huomioimatta. Tutkimuslupa aineiston käyttöön on annettu sosiaali- ja terveysministeriöstä hankkeelle yhteisesti. Lupa kattaa aineiston, joka ei kohdistu tunnistettuihin yksilöihin.

Kyseessä on kuvaileva määrällinen tutkimus, jonka analyysissä hyödynnettiin ristiintaulukointia ja Fisher's exact testiä. Ristiintaulukoinnilla tutkittiin erilaisten muuttujien (he-

rätteiden) jakautumista sekä näiden välisiä riippuvuuksia paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden kohdalla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Muuttujien välisten riippuvuuksien tarkastelussa käytettiin Fisher's exact testiä, koska muuttujat olivat nominaaliasteikollisia ja koska niiden koko oli pieni. Havaitun merkitsevyystason eli ns. p-arvo:n raja-arvot ovat tutkimuksessa seuraavat: $p < .001$ (tilastollisesti erittäin merkitsevä), $p < .01$ (tilastollisesti merkitsevä) ja $p < .05$ (tilastollisesti melkein merkitsevä) (Karjaluoto 2007: 14–17.). Tuloksia kuvataan suorina jakaumina ja tilastollisten tunnuslukujen avulla.

5. TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen taustatietoja, kuten pilotointiin osallistuneiden ammattiryhmäjakaumaa ja asiakasryhmiä, joiden palveluissa ammattilaiset työskentelivät. Seuraavaksi kuvataan herätteitä, jotka koko aineistossa esiintyivät yli 50 kertaa. Tämän jälkeen esitetään tutkimuksen tulokset liittyen tunnistamisen herätteiden eroihin paljon palveluja käyttävien ja ei käyttävien asiakkaiden välillä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Lopuksi tarkastellaan sitä, että onko sosiaali- ja terveydenhuollossa eroja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden herätteiden esiintyvyydessä ja palvelujen käytön riippuvuudessa sekä arvioidaan herätteiden soveltuvuutta tunnistamiseen.

Tutkimuksen koko aineiston suuruus oli yhteensä 530. Tähän aineistoon otettiin mukaan vain sosiaalitoimessa ja terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten täyttämät arviointilomakkeet. Mikäli vastaajan ammattinimike, toimenkuva tai työorganisaatio ei ollut tiedossa tai oli epäselvä, vastaus jätettiin pois. Näin analyysiin jäi 417 vastausta. Vertailtaessa paljon palveluja käyttäviä asiakkaita ja ei paljon palveluja käyttäviä asiakkaita, puuttui tieto palvelujen käytöstä 18 arviointilomakkeesta, joten niissä vertailuissa on mukana 399 vastausta.

5.1 Taustatiedot

Tutkimuksessa taustatiedot koostuvat seuraavista eli tutkimuksen vastaajat ammattiryhmittäin ja asiakasryhmät, joiden palveluissa ammattilaiset työskentelivät. Tutkimukseen osallistui sosiaali- ja terveydenhuollon, sivistystoimen ja erityispalveluiden ammattilaisia, mutta tässä otoksessa (n=417) on huomioitu vain sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Näiden vastaajien ammattiryhmien jakautuminen on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Vastaajien ammattiryhmät.

Sektori	Ammatti	Määrä	%
Sosiaalihuolto	Sosiaalityöntekijä	140	33,6
	Sosionomi	54	12,9
	<i>Yhteensä</i>	<i>194</i>	<i>46,5</i>
Terveystenhoolto	Erikoislääkäri	7	1,7
	Yleislääkäri	20	4,8
	Sairaanhoitaja	100	24,0
	Terveystenhoitaja	92	22,1
	Fysioterapeutti	4	1,0
	<i>Yhteensä</i>	<i>223</i>	<i>53,5</i>
<i>Yhteensä</i>		<i>417</i>	<i>100</i>

Taulukosta ilmenee, että jakauma sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä oli melko tasainen. Sosiaalihuollon ammattilaisia oli otoksesta 46,5 % ja terveydenhuollon ammattilaisia 53,5 %. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta molempien sektoreiden edustavuus on riittävä ja lisää tutkimuksen vertailtavuutta ja luotettavuutta.

5.2 Asiakasryhmät

Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset työskentelivät eri asiakasryhmien kanssa. Hankkeeseen osallistuneet moniammatilliset tiimit olivat valinneet kohderyhmän paljon palveluja käyttävien asiakkaiden keskuudesta. Erilaisia asiakasryhmiä oli tutkimuksessa kattavasti. Tutkimus keskittyy paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen kohderyhmittäin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Taulukossa 2. on kuvattu ne asiakasryhmät, joiden palveluissa ammattilaiset työskentelivät ja otoksen suuruus on n=417.

Taulukko 2. Tutkimuksen asiakasryhmät.

Tiimin kohderyhmä	Määrä	%
Lapsiperheet, joissa vanhemmilla fyysinen, psyykkinen tai sosiaalinen ongelma	102	24,5
Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät	64	15,3
Mielenterveyskuntoutujat, joilla injektioimuotoinen psykiatrihoito	55	13,2
Opiskelijat / nuoret aikuiset	47	11,3
Monialaista työllistämispalvelua tarvitsevat aikuiset	40	9,6
Kouluikäisten paljon palveluja käyttävien lasten / nuorten perheet	25	6,0
Maahanmuuttajat	18	4,3
Alle kouluikäisten perheet	18	4,3
Ikäihmiset	14	3,3
Kipupotilaat	11	2,6
7- 17-vuotiaat, joista on herännyt huoli eri toimijoilla ja useamman toimijan palvelut käytössä	10	2,4
13- 18-vuotiaat nuoret	7	1,7
Kuntoutuspotilaat	4	1,0
Ei tietoa kohderyhmästä	2	0,5
<i>Yhteensä</i>	<i>417</i>	<i>100</i>

Asiakasryhmistä tässä tutkimusaineistossa korostuivat lapsiperheet, joissa vanhemmilla oli jokin fyysinen, psyykkinen tai sosiaalinen ongelma sekä mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivät asiakkaat. Asiakasryhmiä tarkasteltaessa oli havaittavissa sekä yksilön elämän tilanteeseen liittyviä ongelmia että perheissä ilmeneviä ongelmia, jotka heijastuivat sen eri-ikäisiin jäseniin. Kohderyhmät jakautuivat lapsiin ja nuoriin sekä aikuisiin melko tasaisesti. Ikäihmisten osuus oli melko pieni tässä aineistossa.

5.3 Herätteiden esiintyvyys otoksessa

Tutkimuksessa pilotoitiin tunnistamisen herätteitä, joita Parempi Arki- hankkeessa oli kehitetty (liite 1.). Taulukossa 3 on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten raporttoimien herätteiden esiintyvyys otoksessa, n=417. Analyysiin otettiin mukaan ai-

noastaan ne herätteet, jotka esiintyivät yli 50 kertaa. Tulokset kuvaavat herätteitä niistä asiakkaista, joiden tilanteesta ammattilaiselle on pilotoinnin aikana herännyt huoli. Nämä asiakkaat täyttävät tunnistamisen herätteistä yhden tai useamman. Tulosta ei voi tulkita siten, että se kuvaisi herätteiden esiintyvyyttä kaikkien palvelussa käyneiden asiakkaiden keskuudessa, vaan se kuvaa herätteiden esiintyvyyttä tässä otoksessa.

Taulukko 3. Herätteet, jotka esiintyivät >50 kertaa.

Heräte	Määrä	%
Epäily mielenterveysongelmasta	240	57,6
Useita käyntejä eri työntekijöillä	205	49,2
Oireita paljon	180	43,2
Läheisten huoli	156	37,4
Taloustilanne	152	36,5
Käyntejä ja varauksia runsaasti (5 – 10 vuodessa)	144	34,5
Ongelmat vaihtuvat	118	28,3
Käytöshäiriöitä / aggressiivisuutta	88	21,1
Ulkoinen olemus	79	18,9
Asiakkaan tilanteesta herää huoli	74	17,7
Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit	69	16,5
Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä	58	13,9
Sairauslomata	57	13,7
Itsetuhokäyttäytyminen	55	13,2
Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä	54	12,9
Syy peruutukselle on epämääräinen	53	12,7

Kun tarkasteltiin herätteiden kokonaisesiintyvyyttä tässä otoksessa, ilmeni, että 57,6 prosentilla asiakkaista ammattilainen epäili jonkin asteista mielenterveysongelmaa. Lisäksi käynnit eri työntekijöillä (49,2 %), oireilu (43,2 %), läheisten huoli (37,4 %), taloustilanne (36,5 %) ja käyntien ja varausten runsas määrä (34,5 %) sekä vaihtuvat ongelmat (28,3 %) korostuivat. Läheisten huoli näyttäytyi uutena herätteenä muiden pysyessä samansuuntaisina kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Psykkiset ja somaattiset ongelmat, käyntimäärät ja puhelunmäärät eli yhteydenotot nousivat myös tässä tutkimuksessa esille.

5.4 Paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden herätteiden vertailu

Paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden herätteiden tarkastelussa hyödynnettiin ristiintaulukointia. 18 asiakkaasta ammattilainen oli jättänyt merkitsemättä tiedon muiden palvelujen käytöstä, jolloin otos oli n=399. Lisäksi herätteistä tässä vertailussa on myös tarkasteltu niitä, jotka esiintyivät yhteensä >50 kertaa. Taulukossa 4 on kuvattu herätteiden esiintyvyyttä paljon palveluja käyttävillä asiakkailla ja ei käyttävillä asiakkailla.

Taulukko 4. Herätteiden esiintyvyys paljon palveluja käyttävillä ja ei käyttävillä asiakkailla.

Heräte	Yhteensä (100 %)	Käyttää paljon palveluita		Ei käytä paljon palveluita	
		Määrä	%	Määrä	%
Epäily mielenterveysongelmasta	232	193	83,2	39	16,8
Useita käyntejä eri työntekeji- jöillä	200	173	86,5	27	13,5
Oireita paljon	176	137	77,8	39	22,2
Läheisten huoli	151	117	77,5	34	22,5
Käyntejä ja varauksia runsaasti (5 – 10 vuodessa)	142	120	84,5	22	15,5
Taloustilanne	141	112	79,4	29	20,6
Ongelmat vaihtuvat	114	88	77,2	26	22,8
Käytöshäiriöitä / aggressiivisuutta	86	76	88,4	10	11,6
Ulkoinen olemus	76	56	73,7	20	26,3
Asiakkaan tilanteesta herää huoli	70	46	65,7	24	34,3
Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit	65	56	86,2	9	13,8
Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä	56	43	76,8	13	23,2
Sairauslomat	55	51	92,7	4	7,3
Itsetuhokäyttäytyminen	53	49	92,5	4	7,5
Epäily väkivallan käytöstä asi- akkaan lähiympäristössä	51	46	90,2	6	11,8

Vertailtaessa paljon palveluja käyttäviä ja ei -käyttäviä asiakkaita, valtaosa tämän otoksen asiakkaista käytti paljon palveluja. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden osuus vaihteli 65,7-prosentista 92,7-prosenttiin eri herätteiden kohdalla.

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden osuus oli korkein seuraavien herätteiden kohdalla eli sairauslomien 92,7 %, itsetuhokäyttäytyminen 92,5 %, epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä 90,2 %, käytöshäiriöt ja aggressiivisuus 88,4 %, useita käyntejä eri työntekijöillä 86,5 %, kipu-tai rauhoittavat lääkkeet ja reseptit 86,2 %, käyntejä ja varauksia runsaasti 84,5 % ja epäily mielenterveysongelmasta 83,2 %. Tutkimustulokset osoittavat, että psyykkiset ongelmat ja siihen liittyvät seikat näyttäytyvät erityisesti tässä vertailussa. Koko otoksessa (ks. taulukko 3.) esille nousivat myös taloustilanne ja läheisten huoli, mutta ne eivät korostuneet kuitenkaan paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ryhmässä. Koska paljon palveluja käyttävien asiakkaiden osuus oli suurempi tässä otoksessa, on tulkinnessa kuitenkin noudatettava tietynlaista varovaisuutta.

5.5 Herätteiden esiintyvyys sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tutkimuksen avulla tarkasteltiin myös herätteiden esiintyvyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Taulukko 5 kuvaa näiden herätteiden esiintyvyyttä tässä otoksessa n=417. Mukana ovat myös tässä taulukossa ne herätteet, jotka esiintyivät >50 kertaa. Tarkasteltaessa sitä, että millaisilla herätteillä asiakkaita tunnistetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, otettiin huomioon vain ne asiakkaat, joiden kohdalla arviointilomake oli täytetty. Nämä asiakkaat täyttivät tunnistamisen herätteistä yhden tai useamman.

Taulukko 5. Herätteiden esiintyvyys sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa.

Heräte	Yhteensä (100 %)	Sosiaalihuollossa		Terveydenhuollossa	
		Määrä	%	Määrä	%
Epäily mielenterveysongelmasta	240	136	56,7	104	43,3
Useita käyntejä eri työntekijöillä	205	92	44,9	113	55,1
Oireita paljon	180	84	46,7	96	53,3
Läheisten huoli	156	76	48,7	80	51,3
Taloustilanne	152	86	56,6	66	43,4
Käyntejä ja varauksia runsaasti (5 – 10 vuodessa)	144	63	43,8	81	56,2
Ongelmat vaihtuvat	118	52	44,1	66	55,9
Käytöshäiriöitä / aggressiivisuutta	88	50	56,8	38	43,2
Ulkoinen olemus	79	43	54,4	36	45,6
Asiakkaan tilanteesta herää huoli	74	25	33,8	49	66,2
Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit	69	33	47,8	36	52,2
Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä	58	21	36,2	37	63,8
Sairauslomata	57	36	63,2	21	36,8
Itsetuhokäyttäytyminen	55	33	60,0	22	40,0
Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä	54	40	74,1	14	25,9
Syy peruutukselle on epämääräinen	53	33	62,3	20	37,7

Jakauma herätteiden kohdalla sosiaali- ja terveydenhuollon välillä oli monesti melko tasainen. Sosiaalitoimessa herätteistä korostuivat epäily mielenterveysongelmasta $n=136$, useat käynnit eri työntekijöillä $n=92$, taloustilanne $n=86$, oireilu $n=84$ ja läheisten huoli $n=76$. Terveydenhuollossa esiintyvät puolestaan useat käynnit eri työntekijöillä $n=113$, epäily mielenterveysongelmasta $n=104$, oireilu $n=96$, käyntien ja varausten runsaus $n=81$ sekä läheisten huoli $n=80$. Läheisten huoli oli heräte, joka korostui tässäkin vertailussa samoin kuin herätteiden kokonaisjakaumassa. Suurimmat erot sosiaali- ja terveydenhuollossa puolestaan löytyivät seuraavien herätteiden kohdalla: epäily väki-

vallan käytöstä lähiympäristössä, asiakkaan tilanteesta herää huoli, syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä, sairauslomat ja syy peruutukselle on epämääräinen.

5.6 Paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden herätteiden esiintyvyys ja palvelujen käytön riippuvuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tutkimuksen avulla etsittiin vastausta myös siihen, että onko herätteiden esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä riippuvuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Riippuvuuden analysoinnissa hyödynnettiin ristiintaulukointia. 18 asiakkaasta ammattilainen oli jättänyt merkitsemättä tiedon muiden palvelujen käytöstä, jolloin otos oli $n=399$. Analyysiin otettiin mukaan tässäkin vertailuasetelmassa vain ne herätteet, jotka esiintyivät >50 kertaa. Aineisto käsiteltiin ristiintaulukoinnin ja Fisher's exact testin avulla ja riippuvuutta kuvattiin p-arvon avulla. P-arvo perustuu ryhmän sisällä oleviin lukuihin. Havaitun merkitsevyytason eli ns. p-arvo:n raja-arvot ovat myös tässä taulukossa seuraavat: $p<.001$ (tilastollisesti erittäin merkitsevä), $p<.01$ (tilastollisesti merkitsevä) ja $p<.05$ (tilastollisesti melkein merkitsevä) (Karjaluo 2007: 14–17.) Taulukossa 6 esitetään tämän vertailuasetelman tulokset.

Taulukko 6. Herätteiden esiintyvyys ja palvelujen käytön riippuvuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Heräte	Sosiaalihuollossa			Terveydenhuollossa		
	Käyttää paljon palveluja	Ei käytä paljon palveluja	p-arvo	Käyttää paljon palveluja	Ei käytä paljon palveluja	p-arvo
Epäily mielenterveys-ongelmasta	117	14	.059	76	25	.028
	41	12		69	45	
Useita käyntejä eri työntekijöillä	86	5	.001	87	22	.000
	72	21		58	48	
Oireita paljon	72	10	.531	65	29	.662
	86	16		80	41	
Läheisten huoli	65	8	.390	52	26	.880
	93	18		93	44	
Käyntejä ja varauksia runsaasti (5 - 10 vuodessa)	59	3	.012	61	19	.036
	99	23		84	51	
Taloustilanne	67	11	1.000	45	18	.523
	91	15		100	52	
Ongelmat vaihtuvat	43	6	.812	45	20	.753

Käytöshäiriöitä / aggressiivisuutta	kyllä ei	45 113	4 22	.231	31 114	6 64	.021
Ulkoinen olemus	kyllä ei	30 128	11 15	.019	26 119	9 61	.432
Asiakkaan tilanteesta herää huoli	kyllä ei	21 137	1 25	.323	25 120	23 47	.014
Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit	kyllä ei	29 129	3 23	.578	27 118	6 64	.069
Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä	kyllä ei	16 142	4 22	.493	27 118	9 61	.334
Sairauslommat	kyllä ei	35 123	0 26	.005	16 129	4 66	.316
Isetuhokäyttäytyminen	kyllä ei	30 128	1 25	.085	19 126	3 67	.055
Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä	kyllä ei	34 124	3 23	.300	11 134	3 67	.556

Havaittu merkitsevyystaso eli ns. p-arvo kertoo tilastollisen merkitsevyyden. Raja-arvot ovat:

p<.001 (tilastollisesti erittäin merkitsevä)

p<.01 (tilastollisesti merkitsevä)

p<.05 (tilastollisesti melkein merkitsevä)

Tulokset osoittavat, että käytöshäiriöt/aggressiivisuus ja epäily mielenterveysongelmas- ta herätteiden esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä on riippuvuutta vain terveydenhuol- lossa. Lisäksi herätteet esiintyvät suhteellisesti enemmän paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ryhmässä. Sosiaalihuollossa näiden herätteiden esiintyvyydellä ja palvelu- jen käytöllä ei ole riippuvuutta eli on asiakkaalla muita palveluja käytössä tai ei, herää huoli suhteellisesti ottaen yhtä usein.

Asiakkaan tilanteesta herää huoli- herätteen esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä on riippuvuutta terveydenhuollossa. Ryhmässä, jossa heräte esiintyy, on suhteellisesti vä- hemmän paljon palveluja käyttäviä asiakkaita. Sosiaalihuollossa huolen herääminen ja muut palvelut ovat riippumattomia, joten on asiakkaalla muita palveluja käytössä tai ei, herää huoli suhteellisesti ottaen yhtä usein.

Useat käynnit eri työntekijöillä ja käyntejä ja varauksia runsaasti herätteiden esiinty- vyydellä ja palvelujen käytöllä on riippuvuutta ja ne esiintyvät myös suhteellisesti enemmän paljon palveluja käyttävien ryhmässä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa.

Ulkoinen olemus -herätteen esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä on riippuvuutta sosi- aalihuollossa. Heräte esiintyy suhteellisesti enemmän ei-käyttävien ryhmässä. Tervey- denhuollossa herätteen esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä ei ole riippuvuutta ja huoli herää suhteellisesti yhtä usein, on asiakkaalla muita palveluja käytössä tai ei.

Sairauslomat herätteen esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä on riippuvuutta sosiaali- huollossa. Heräte esiintyy suhteellisesti enemmän paljon palveluja käyttävien asiakkai- den ryhmässä. Terveysdenhuollossa herätteen esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä ei ole puolestaan riippuvuutta. Sillä, että asiakkaalla on muita palveluja käytössä tai ei, herää huoli suhteellisesti ottaen yhtä usein.

Seuraavien herätteiden esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä ei ole riippuvuutta eli oi- reiden paljous, läheisten huoli, taloustilanne, vaihtuvat ongelmat, kipu- tai rauhoittavat lääkkeet ja reseptit, epämääräiset yhteydenotot, itsetuhokäyttäytyminen sekä epäily vä- kivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä herätteiden esiintyvyydellä ja palvelujen

käytöllä ei ollut riippuvuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Se, että asiakkaalla on muita palveluja käytössä tai ei ole, herää huoli suhteellisesti ottaen yhtä usein.

Yhteenvetona voidaankin todeta, että herätteiden esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä on riippuvuutta seuraavien herätteiden kohdalla joko sosiaali- tai terveydenhuollossa tai molemmissa paljon palveluja käyttävillä asiakkailla. Näitä ovat käytöshäiriöt/aggressiivisuus, epäily mielenterveysongelmasta, asiakkaan tilanteesta herää huoli, useat käynnit eri työntekijöillä, käyntejä ja varauksia runsaasti ja sairauslomat.

6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esittelen tutkimuskysymyksiin saatuja vastauksia sekä pohdin niiden hyödyntämistä käytännön työssä mentäessä kohti tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Tämän pro gradu tutkielman tavoitteena oli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen kynnyksellä kiinnittää huomiota erityisesti paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä löytää herätteitä ammattilaisen arjen työn tueksi niiden palveluissa. Teoriaosuudessa lukijalle avattiin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota sekä kuvailtiin paljon palveluja käyttäviä asiakkaita aikaisempien tutkimusten valossa. Tutkimuksessa vertailtiin herätteiden esiintyvyyttä eri näkökulmista ammattilaisten arvioimana. Nämä näkökulmat kohdistuivat koko aineistoon, paljon palveluja käyttävien ja ei-käyttävien asiakkaiden vertailuun, sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen vertailuun sekä lopuksi tunnistamisen herätteiden esiintyvyyteen ja palvelujen käytön riippuvuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Herätteet näyttäytyivät eri näkökulmista hieman eri tavalla, joka tuo esiin sen, että tunnistamisen herätteiden laatiminen on haasteellinen tehtävä.

Paljon palveluja käyttäviä asiakkaita on aiemmin tutkittu sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa, joista kuitenkin enemmän terveydenhuollossa ja useimmiten erikseen. Tähän tutkimukseen paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisesta osallistui sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon ammattilaisia.

Tutkimus toteutettiin Parempi Arki-hankkeessa syksyllä 2016. Hankkeessa kehitettiin kotona asuvien paljon sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluja. Moniammatillisessa työryhmässä kehitettiin näiden asiakkaiden tunnistamiseen herätteitä, joita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset omilla työpisteissään pilotoivat. He arvioivat hankkeessa kehitettyjä tunnistamisen herätteitä (liite 1.) omassa työssään arviointilomakkeen (liite 2.) avulla. Nämä vastaukset analysoitiin etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen aineiston suuruus oli yhteensä 530, joista analyysiin otettiin mukaan 417 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vastausta.

Arvioitaessa tämän tutkimuksen tuloksia, voidaan todeta, että tutkimusongelmiin löydettiin vastaukset ja tutkimustulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa arvioitaessa paljon palveluja käyttäviä asiakkaita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Herätteitä oli mahdollista löytää sekä ammattilaisten asiantuntemuksen avulla että potilas/asiakastietojärjestelmistä. Potilas/asiakastietojärjestelmistä herätteiden etsiminen vaatii kuitenkin ammattilaisten asianmukaisen kirjaamisen sekä tilastoinnin, joka saattaa olla puutteellista, kuten myös niiden tarkastelu riittävän monesta näkökulmasta. Vaikka herätteiden laatiminen ei ollut helppoa, nämä herätteet olivat osaltaan samanlaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa oli ilmennyt. Pohdittaessa Parempi Arki-hankkeessa kehitettyjen herätteiden soveltuvuutta, voidaan todeta, että ne pääosin soveltuvat sekä sosiaali- että terveydenhuollon käyttöön, mutta jatkossa niitä on syytä myös vielä kehittää.

Tutkimusmenetelmä oli haasteellinen. Se saattoi johtua arviointilomakkeen (liite 2.) sisällön asettelusta sekä sen riittämättömästä suunnittelusta. Kehittämishankkeessa arvioinnillahan saattaa olla erilaiset vaatimukset kuin tieteellisessä tutkimuksessa ja se on huomioitava tämän tutkimuksen tulosten tulkinnassa.

Tutkimuksen vastaajat jakautuivat tasaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin ja tämä mahdollisti luotettavan herätteiden tarkastelun eri sektoreiden välillä. (ks. taulukko 1.) Kohderyhmät, joiden palveluissa ammattilaiset työskentelivät, olivat kattavia ja mahdollistivat paljon palveluja käyttävien asiakasryhmien tarkastelun. Erityisesti asiakasryhmissä korostuivat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät asiakkaat sekä lapsiperheet, joissa on erilaisia ongelmia. (ks. taulukko 2.)

6.1 Integraatio näyttäytyy monella tasolla

Integraatio tarkoittaa yksinkertaisuudessaan kahden liittämistä yhdeksi kokonaisuudeksi ja lisäksi sillä tarkoitetaan eheyttämistä, yhteen sovittamista sekä yhdentymistä (ks. Markkanen & Puro 2011: 6). Suomessa käynnissä olevalla sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla tavoitellaan ratkaisua valtion kestävyysvajeeseen. Tämä integraatio tapah-

tuu eri tasoilla, kuten mikrotasolla, mesotasolla ja makrotasolla. Makrotasolla integraatio kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon koko väestöön kohdistuvaa uudistusta. Sen tavoitteena on asiakaslähtöisempi palvelurakenne, hyvinvoinnin ja terveyserojen kaventuminen, yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantuminen sekä kustannusten hillintä. Tämän avulla voidaan vähentää siiloutunutta palvelutuotantoa ja asiakkaan luukuttamista. Mesotasolla esimerkiksi voidaan nostaa paljon palveluja käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaat. Tämän asiakasryhmän hoidon integrointi vaatii kokonaisuuden hallintaa, rakenteiden muuttamista, palvelujen uudelleen tarkastelua, organisaatiokulttuurin muutosta, johtamistaitoja sekä yhteistyön lisäämistä tavoitteena asiakaslähtöisemmät palvelut. Mikrotasolla integraatio tapahtuu yksittäisen asiakkaan hoidon tasolla. Tästä esimerkkinä mainittakoon asiakas, jolla on käytössä erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Näiden yhteissovittaminen vaatii eri toimijoiden ja asiakkaan yhteistyötä, joka on suunnitelmallista (ks. Niemi ym. 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtionvarainministeriö 2016).

Integraatiota voidaan tarkastella myös rakenteellisen ja toiminnallisen integraation näkökulmista. Rakenteellisessa integraatiossa päätöksenteko, johtaminen, rahoitus ja palvelut kootaan yhdelle toimijalle. Rakenteellinen integraatio voidaan jakaa vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon, jolloin asiakkaan siirtyminen palveluista toiseen tapahtuu samalla tasolla tai eri tasoilla. Toiminnallinen integraatio auttaa luomaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista toiminnallisen kokonaisuuden. Se vaatii eri toimijoiden välisten rajojen rikkomista ja ammattilaisten organisaatiokulttuurin muuttumista sekä hyvää johtamista. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen toiminnallinen kokonaisuus vaatii myös asiakkaan tunnistamisen sekä hoidon kokonaisuuden hahmottamisen eri toimijoiden ja asiakkaan yhteistyön avulla. Maassamme on tällä hetkellä käytössä hyvin siiloutunut palvelutuotanto. Tyypillistä sille on asiakkaiden luukuttaminen ja hoitoketjujen toimimattomuus eri toimijoiden välillä (ks. Markkanen & Puro 2011: 6; Erhola ym. 2014: 42–43).

Suomessa käynnissä olevan rakenneuudistuksen ja palvelujen integraation läpiviemiseksi hallitus linjasi tavoitteet, jotka liittyvät palvelujen järjestämiseen, rahoitukseen, tiedon siirtoon, palveluketjuihin ja tuotannollisiin tekijöihin. Tämä vaatii myös lainsäät-

dännön uudistamista sekä ammattilaisten ymmärryksen lisäämistä niihin liittyen (ks. Saikkonen ym. 2015: 27).

Integraation toteuttamiseen liittyy myös haasteita. Näistä keskeisimpinä tulee pitää mielessä palvelujen kokonaisuuden hallinta, jonka tavoitteena on hoitoketjujen katkeamattomuus sekä asiakkaan väliinpuotoamisen estäminen. Erityisesti tämä korostuu paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla, jossa palveluissa liikutaan sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti. On kysymys asiakasryhmästä, jotka usein ovat ongelmiseen sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon asiakkaita ja vaativat ammattilaisilta uutta ajattelua ja toimintatapoja johtuen laajasta toimintakentästä sekä moninaisista ja muuttuvista asiakkaan tarpeista (ks. Vartiainen ym. 2013: 9).

Tulevaisuudessa palvelut tulee tuottaa yhä asiakaslähtöisemmin jättäen organisaatiolähtöisyys taka-alalle. Palvelujen tarkastelu asiakaslähtöisesti vaatii hyvää johtamista sekä ammattilaisilta toimimista yli sektorirajojen asiakkaan tarpeista lähtien. Tässä korostuvat asiakkaiden tunnistaminen ja kokonaisuuden kartoittaminen. Epäkohdaksi perusterveydenhuollossa on nostettu tunnistamisen kriteerien puuttuminen ja suunnitelmallisuuden puuttuminen paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla. Mielenkiintoista on, että aihetta on tutkittu perusterveydenhuollossa, vaikka esille on monissa tutkimuksissa nostettu se, että n. 10 % asiakkaista aiheuttaa 70–80 % sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Tulevaisuudessa onkin tärkeää tarkastella paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelukokonaisuuksia, joihin sisältyy sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja. Tiedon siirto toimijoiden välillä on vielä haasteellista ja se vaikeuttaa osaltaan kokonaisuuden hallintaa asiakkaan eduksi. Tämän vuoksi on tärkeää ottaa käyttöön yhä enenevästi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakassuunnitelma (ks. Martikka & Männikkö 2017).

6.2 Herätteiden esiintyvyys ja asiakkaiden tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tutkimus osoitti, että paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen on hyvä olla olemassa herätteitä/kriteerejä, joita hyödyntämällä ammattilainen voi tunnistaa asiakkaan (ks. Martikka & Männikkö 2017). Tarkasteltaessa aiempia tutkimuksia liittyen paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen, voidaan todeta, että terveydenhuollossa asiakkaita on tutkittu enemmän kuin sosiaalihuollossa. Tässä tutkimuksessa on jo aiemmin tuotu esille aikaisempia tutkimustuloksia, joiden perusteella voidaan todeta, että keskeisiä tunnistamisen kriteerejä ovat somaattiset ja psyykkiset sairaudet, ikä, heikko sosio-ekonominen asema, elämän pulmatilanteet, päihdeongelmat, naissukupuoli, ylipaino ja sairauden pelko. Tunnistamisen kriteerejä on koottu aikaisemmissa tutkimuksissa tarkastelemalla palvelujen käytön määrää ja kustannuksia tietojärjestelmistä saatavien tietojen perusteella sekä ammattilaisten asiantuntemuksen avulla.

Tässä tutkimuksessa herätteitä arvioitiin ammattilaisten asiantuntemuksen avulla, johon saattoivat vaikuttaa sekä ammattilaisesta että asiakkaasta johtuvat seikat. Ammattilaisilla oli hyödynnettävissä myös tietojärjestelmät, joiden avulla arviointia oli mahdollisuus tehdä ainakin diagnoosien ja käyntimäärien ja puheluiden osalta. Haasteen arvioinnille loi yhteen sopimattomat tietojärjestelmät, joilla saattaa olla vaikutusta potilas/asiakastietojärjestelmistä saatuihin tietoihin.

Herätteiden esiintyvyyttä tarkasteltiin monesta näkökulmasta, kuten aiemmin jo mainittiin. Yhtenä huomiona voidaan todeta, että eri vertailuasetelmat nostivat esiin eri tavalla herätteiden esiintyvyyttä. Kun tarkasteltiin herätteiden kokonaisesiintyvyyttä, tutkimuksessa ilmeni, että suurimmalla osalla asiakkaista ammattilainen epäili jonkin asteista mielenterveysongelmaa (ks. taulukko 3.). Lisäksi käynnit eri työntekijöillä, asiakkaan oireilu, läheisten huoli, taloustilanne ja käyntien ja varausten määrä korostuivat. Verrattaessa esille nousseita herätteitä aiempiin tutkimuksiin, voidaan todeta, että läheisten huoli näyttäytyi uutena herätteenä muiden pysyessä samansuuntaisina. Psyykkiset ja somaattiset ongelmat, käyntimäärät ja puhelumäärät eli yhteydenotot näyttäytyivät aikaisempien tutkimusten kaltaisina. Tarkasteltaessa herätteiden kokonaisesiintyvyyttä on

kuitenkin huomioitava, että ei voida vielä puhua asiakkaiden tunnistamisesta, koska herätteitä ei tarkasteltu vielä suhteessa palvelujen käyttöön.

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistaminen on tulevaisuudessa tärkeää, sillä vain tällä tavoin voidaan tuottaa asiakaslähtöisiä, laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluja moniammatillisella yhteistyöllä. Tutkimuksessa tarkasteltiin paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ja ei-käyttävien asiakkaiden välisiä eroja herätteiden osalta. Tässä vertailussa hyödynnettiin ristiintaulukointia. Tutkimustulokset osoittivat, että paljon palveluja käyttäviä asiakkaita oli runsaasti ryhmissä, joissa esiintyivät seuraavat herätteet eli sairauslomien, itsetuhokäyttäytyminen, epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä, käytöshäiriöt/ aggressiivisuus, useat käynnit eri työntekijöillä, kipu- ja rauhoittavat lääkkeet ja reseptit, runsaat käynnit ja varaukset sekä epäily mielenterveysongelmasta (ks. taulukko 4). Tulos viittaa siihen, että edellä mainittuihin tekijöihin on syytä kiinnittää huomiota sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Koko aineistossa esille nousivat myös taloustilanne ja läheisten huoli, mutta ne eivät näyttäytyneet paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ryhmässä merkittävinä. Kun tuloksia verrataan aikaisempiin tutkimuksiin, voidaan tässäkin vertailussa todeta, että tutkimustulokset pysyivät melko samansuuntaisina (ks. Koskela 2008: 41–44, 198–206; Smits, Brouwer, ter Riet & van Weert 2009: 36; Koskela, Ryyänen & Soini 2010: 55–61).

Tutkimuksessa vertailtiin myös herätteiden esiintyvyyden eroja sosiaali- ja terveydenhuollossa (ks. taulukko 5) Tuloksista voidaan mainita kokonaismäärinä herätteistä korostuvan sosiaalitoimessa epäily mielenterveysongelmasta, useat käynnit eri työntekijöillä, taloustilanne, oireilu ja läheisten huoli. Terveydenhuollossa kokonaismäärinä esiin nousivat useat käynnit eri työntekijöillä, epäily mielenterveysongelmasta, oireilu, käynti- ja varausmäärät sekä läheisten huoli. Tutkimustulokset osoittivat tulosten olevan hyvin samansuuntaisia molemmilla sektoreilla kokonaismääriä tarkasteltaessa. Läheisten huoli oli tässäkin vertailussa heräte, jota ei ole aikaisemmissa tutkimuksissa korostettu. Tulevaisuudessa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluissa onkin syytä huomioda muiden toimijoiden lisäksi myös läheiset enenevässä määrin. Verkostotyö antaa mahdollisuuden läheisten esiin tulolle asiakkaan kokonaistilanteen kartoituksessa.

Läheisten huoleen on tarkoituksenmukaista kiinnittää huomiota enenevässä määrin (ks. Mönkkönen 2007: 130).

Useat käynnit eri työntekijöillä- heräte korostui ja voidaankin tehdä johtopäätös, että näiden yhteisasiakkaiden tunnistaminen on yhä tärkeämpää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi tarvitaan suunnitelmallisia palvelukokonaisuuksia, jotta välttytään niiden päällekkäisyyksiltä. Kuten valtiontalouden tarkastusviraston raportissa on vuonna 2017 todettu, tunnistaminen ja asiakassuunnitelmien tekeminen on vielä lapsenkengissä ja vaatii lisäpanostusta. Ei välttämättä riitä, että näitä parannetaan vain terveydenhuollossa, vaan on tarkasteltava laajempia kokonaisuuksia yli sektoreiden sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämän vuoksi tarvitaan hyvää johtamista ja asioiden tarkastelua useasta näkökulmasta, sillä kyse on jopa pirullisista ongelmista, jotka eivät ole yksiselitteisiä (ks. Lindell ym. 2014: 88; Martikka & Männikkö 2017).

Vertailtaessa yksittäisiä herätteitä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, sosiaalihuollossa esiintyvät käyttäytymiseen ja psyykkisiin oireisiin liittyvät herätteet, kuten väkivaltaisuus lähiympäristössä, itsetuhokäyttäytyminen, epäily mielenterveysongelmista, käytöshäiriöt/aggressiivisuus ja epämääräiset käyntien peruutukset. Nämä herätteet liittyvät usein elämänhallinnan puutteeseen ja saattavat esiintyä samoilla asiakkailla. Sosiaalihuollossa näyttäytyivät korostuneesti myös taloustilanne ja sairauslomien. Taloustilanne ajaa usein asiakkaan sosiaalihuollon palveluihin ja tähän voivat olla syynä monet edellä mainituista asioista. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattaessa, näyttäytyivät näissäkin herätteissä somaattiset ja psyykkiset sairaudet, heikko sosiaalinen ja sosio-ekonominen asema, elämän pulmatilanteet ja päihdeongelmat (ks. Juhila 2008: 20; STM 2016a).

Terveydenhuollossa yksittäisten herätteiden tarkastelussa korostuivat käynteihin liittyvät seikat, kuten niiden epämääräiset syyt, käyntien ja varausten runsas määrä, käynnit eri työntekijöillä ja vaihtuvat ongelmat. Somaattisista ja psyykkisistä sairauksista kertovat herätteistä oireiden paljous ja kipu- ja rauhoittavat lääkkeet. Lisäksi herätteistä esille nousivat läheisten huoli ja asiakkaan tilanteesta herää huoli. Herätteenä asiakkaan tilanteesta herää huoli, voidaan kuitenkin nähdä ns. yläkäsitteenä ja siihen on syytä suhtautua varauksella. Terveydenhuollossa herätteistä sairauslomien ja epäily mielenterveys-

gelmistä eivät näyttäneet, vaikka usein näiden vuoksi hakeudutaan terveydenhuollon palveluihin.

Tutkimuksen vertailuasetelmista varmasti keskeisin on herätteiden esiintyvyyden ja palvelujen käytön riippuvuuden vertailu. Ehkä yksi tämä tutkimuksen keskeisimmistä tutkimustuloksista onkin se, että sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisessa voidaan hyödyntää seuraavia herätteitä eli käytöshäiriöt/aggressiivisuus, epäily mielenterveysongelmasta, asiakkaan tilanteesta herää huoli, useat käynnit eri työntekijöillä, käyntejä ja varauksia runsaasti ja sairauslomat. Vähemmälle huomiolle puolestaan tässä vertailuasetelmassa jäivät oireiden paljous, läheisten huoli, taloustilanne, vaihtuvat ongelmat, kipu- tai rauhoittavat lääkkeet ja reseptit, epämääräiset yhteydenotot, itsetuhokäyttäytyminen sekä epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä. Näiden esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä ei siis ollut riippuvuutta.

Edellä mainittujen lisäksi yksittäisistä herätteistä voidaan vielä mainita, että ulkoinen olemus-herätteen esiintyvyydellä ja palvelujen käytöllä oli riippuvuutta sosiaalihuollossa, mutta se esiintyi herätteenä enemmän ryhmässä, jotka eivät käytä palveluja. Samoin näyttäytyi asiakkaan tilanteesta herää huoli-heräte terveydenhuollossa. Näihin herätteisiin onkin siis syytä myös suhtautua varauksin ja huomioida, että ne perustuvat ammattilaisten mielipiteisiin.

Tarkasteltaessa Parempi Arki-hankkeessa kehitettyjä herätteitä, laboratoriokokeet, tapaturmat, AUDIT-testi sekä yleensä epäily riippuvuuskäyttäytymisestä eivät nousseet niiden herätteiden joukkoon, jotka analysoitiin eli yli 50 merkintää saaneisiin, erilaisista kohderyhmistä huolimatta. Päihdeasiakkaat ovat näyttäneet monissa aikaisemmissa tutkimuksissa melko keskeisesti, mutta tässä tutkimuksessa ne jäivät vähemmälle huomiolle (vrt. Leskelä ym. 2013: 3163–3169; Niemelä & Alahuhta 2016).

Tunnistaminen vaatii monien asioiden tarkastelua. Terveydenhuollossa on monia toimijoita, kuten julkinen ja yksityinen palvelujen tuottaja, jolloin asiakas voi valita ja siirtyä niiden välillä, jolloin kokonaisuus ei välttämättä ammattilaiselle hahmotu. Yksi tunnis-

tamista hankaloittava tekijä on yhteen sopimattomat tietojärjestelmät, jotka aiheuttavat tiedon siirron hankaluutta terveydenhuollon yksiköiden välillä sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä. Tämä johtaa palvelujen päällekkäiseen tuottamiseen ja asiakkaan luukuttamiseen. Terveydenhuollossa potilastietojärjestelmistä saa tilastoja käyntimääristä ja diagnooseista, joiden avulla voidaan tarkastella syitä ja määriä yhteydenottoihin ja käynteihin. Tämä ei kuitenkaan riitä asiakkaan kokonaistilanteen kartoituksessa, sillä sen on lähdettävä asiakkaan tarpeesta ja hänen on tultava kuulluksi. Tätä ennen asiakas on kuitenkin tunnistettava ja otettava asiakkaan kanssa hänen tilanteensa puheeksi (ks. Martikka & Männikkö 2017).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen eli hyvinvointipalvelujen tavoitteena on asiakkaan tarpeen minimointi. Tämä vaatii lisähuomion kiinnittämistä asiakasprofilointiin erityisesti yhteisasiakkaiden kohdalla (ks. Koivuniemi ym. 2014: 134–135). Löytämällä yhteisiä piirteitä, voidaan helpottaa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamista. On kuitenkin pidettävä mielessä, että samankaltaisten piirteiden löytäminen ei välttämättä aina hyödytä, sillä asiakkaiden tilanteet muuttuvat ja silloin ammattilaisten on löydettävä uusia vaihtoehtoja asiakkaalle arjessa pärjäämisen tueksi (ks. Lindell 2014: 89).

Tutkimustuloksista voidaan lisäksi mainita, että sosiaalihuollon herätteet näyttäytyivät enemmän syinä, toisin kuin terveydenhuollossa, jossa herätteet olivat usein oiretyyppejä. Tarkasteltaessa herätteiden esiintyvyyttä sosiaalihuollossa, on tärkeää huomata myös se, että suurin osa edellä mainituista syistä olisi ennaltaehkäistävässä, mikäli niihin puututtaisiin riittävän ajoissa. Tulevaisuutta ajatellen, on kuitenkin hyvä pohtia, miten lisätään eri ammattilaisten osaamista, jotta asioihin puututaan riittävän ajoissa sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa ja erityisesti yhteisasiakkaiden kohdalla.

Työ- ja organisaatiokulttuuri on usein erilainen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Se näyttäytyy monella tavalla henkilöstön käyttäytymisessä, johtamisessa, toiminnassa, päätöksenteossa sekä rakenteissa. Asiakkaat ja asiakkaiden tarpeet ohjaavat myös organisaatiokulttuuria. Jos organisaatiossa on totuttu käsittelemään tietynlaisia asiakkaita, on sillä vaikutusta organisaatiokulttuuriin. Lisäksi ammattilaiset työskentelevät omissa sii-

loissaan ja valitettavan usein asiakas putoaa niiden väliin. Onkin syytä kiinnittää yhä enemmän huomiota asiakaslähtöisyyteen ja palvelujen integrointiin aina makrotasolta mikrotasolle. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että paljon palveluja käyttävillä asiakkailla on käyntejä eri työntekijöillä ja siksi on tarkoituksenmukaista kiinnittää huomiota hoitoketjujen ja tiedon kulun sujuvuuteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa on hyvä tarkastella erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintoja, jotta rakenneuudistuksella päästään sille asetettuihin tavoitteisiin (ks. Munday 2007: 29–30; Niemi ym. 2015: 2930–2931; THL 2016d; Virtanen ym. 2017: 59). Integraatiota kehitettäessä onkin hyvä hyödyntää eri ammattilaisten näkemyksiä, vaikka ne poikkeaisivatkin toisistaan. Tämä lisää sosiaalihuollon ja terveydenhuollon näkemysten yhteensovittamista sekä ymmärrystä asiakkaan kokonaistilanteen tärkeydestä palvelutuotannossa.

6.3 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksessa on kiinnitettävä erityinen huomio validiteettiin ja reliabiliteettiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2014: 231). Validius merkitsee myös sitä, että tutkimusmenetelmällä löydetään vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiteetti kohdistuu tunnuslukujen edustavuuteen. Aineisto on oltava riittävän laaja ja rajattu siten, että sen avulla voidaan löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Pyörälä 1995: 15.) Tutkimuksen reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia sekä mittaustulosten toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2014: 231)

Tämän tutkimuksen koko aineisto oli melko suuri ja otos oli selkeästi rajattu sosiaali- ja terveydenhuoltoon, joka lisäsi herätteiden vertailtavuuden mahdollisuutta eri sektoreiden välillä. Aineisto oli haasteellinen analysoida. Tutkija sai aineiston valmiina ja se rajoitti tilastollisten menetelmien käyttöä SPSS-ohjelmassa. Aineisto käsiteltiin hyvin systemaattisesti eli ensin kartoitettiin taustatiedot, jonka jälkeen tarkasteltiin otosta kokonaisuutena ja vasta tämän jälkeen vertailtiin paljon palveluja käyttävien ja ei-

käyttävien asiakkaiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä herätteiden esiintyvyyttä. Lopuksi ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin herätteiden esiintyvyyttä ja palvelujen käytön riippuvuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimus on reliaabeli eli tulokset on toistettavissa samanlaisin tiedonkeruumenetelmin ja aineiston käsittelyn avulla.

Tutkija suhtautuu kriittisesti seuraaviin asioihin tässä tutkimuksessa. Moniammatillisesti suunnitellun arviointilomakkeen rakenteella saattoi olla vaikutusta herätteiden esiintyvyyden havainnointiin. Kehitettyihin tunnistamisen herätteisiin liittyy jonkin verran tulkinnanvaraisuutta ja voidaankin todeta, että tulokset ovat suuntaa antavia. Jatkossa arviointilomakkeen sisältöä on syytä tarkastella ja suunnitella tarkemmin siten, että se soveltuu paremmin määrälliseen tutkimukseen. Tarkasteltaessa tutkimuksessa ilmenneitä eroja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, ei saatu tarkkaa tietoa siitä, että liittyvätkö ilmenneet erot organisaatiokulttuuriin vai siihen, että asiakkaat ja asiakkaiden huolen aiheet ovat erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Myös se, että paljon palveluja käyttävät asiakkaat olivat tässä otoksessa suurempi joukko, lisää tulkinnassa tietynlaista varovaisuutta. Tutkijalla ei myöskään ollut tiedossa sitä, kuinka suuri osa otos oli pilotoinnin aikaisista ammattilaisten kokonaisasiakasmääristä. Aineiston analyysi jäi vaatimattomaksi johtuen aineiston laadusta, jota ei laadittu riittävän suunnitelmallisesti. Tulokset ovat siis suuntaa antavia.

6.4 Yhteenveto

Aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat, että paljon palveluja käyttävät asiakkaat eli 10 % asiakkaista käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista 80 %. Erityisesti kustannuksia aiheuttavat näiden sektoreiden yhteisasiakkaat. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa onkin ajauduttu siihen tilanteeseen, että on tehtävä rakenneuudistus eli integraatio. Sen tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisuuden, saatavuuden ja kustannustehokkuuden lisääminen ja samalla asiakaslähtöisyyden lisääminen. Integraatiolla tarkoitetaan palvelujen yhteen liittämistä ja eheyttämistä, jonka avulla myös paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelut pyri-

tään saamaan sujuviksi ja suunnitelmallisiksi kokonaisuuksiksi (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016). Jotta näihin tavoitteisiin päästään, on hyvä kiinnittää huomiota paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen, tilanteen puheeksi ottamiseen, asiakassuunnitelmien laatimiseen sekä uusien toimintamallien kehittämiseen (ks. Männikkö & Martikka 2017; www.parempiarki.fi). Koska nämä asiakkaat tarvitsevat eri sektoreiden palveluja, on tulevaisuudessa myös eri toimijoiden verkostotyöllä keskeinen asema. Tämä puolestaan vaatii organisaatiokulttuurien tarkastelua ja siiloutuneen palvelutuotannon purkamista (ks. Mönkkönen 2007: 130; Koivuniemi ym. 2014).

Parempi Arki- hankkeessa on kehitetty tunnistamisen herätteitä (liite 1.), joita tässä tutkimuksessa pilotoitiin. Keskeisimpänä tutkimustuloksena voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollossa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla keskeisinä herätteinä voidaan hyödyntää seuraavia herätteitä eli epäily mielenterveysongelmasta, käytöshäiriöt/aggressiivisuus, sairauslomat, useat käynnit eri työntekijöillä sekä käyntien ja varausten runsas määrä. Nämä näyttäytyivät joko sosiaalihuollossa tai terveydenhuollossa tai molemmissa, kun tarkasteltiin herätteiden esiintyvyyden ja palvelujen käytön riippuvuutta.

Tutkimus osoitti, että paljon palveluja käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden profilointia on syytä kuitenkin jatkaa ja tunnistamista kehittää hyödyntäen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon joskus erilaisia, mutta toisiaan täydentäviä näkökulmia. Asiakkaat ovat myös usein erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisesti sosiaalihuollossa voi olla asiakkaana perheitä, joissa on aikuisia ja lapsia, jolloin asiakkaan ja läheisten määrittely voi olla vaikeaa. Erilaisten näkökulmien tarkastelu moniammatillisesti auttaa ammattilaisia ymmärtämään paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluihin liittyviä muuttuvia haasteita ja ongelmia.

Kuten aiemmin mainittiin, paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistaminen on tärkeää, mutta se ei yksin riitä, vaan tarvitaan ammattilaisten kouluttamista puheeksi ottamisessa sekä moniammatillisten suunnitelmien laatimisessa (ks. Wilèn 2015: 6–9; Niemelä & Alahuhta 2016; Martikka & Männikkö 2017). Edellä mainitut asiat vaativat

ammattilaisilta uutta ajattelua ja organisaatiokulttuurin muutosta, jotta sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan tuottaa asiakaslähtöisiä ja kustannustehokkaita palveluja. Asiakas onkin asetettava keskiöön tarpeineen ja tavoitteineen (ks. Virtanen ym. 2011: 10). Lisäksi organisaatioissa on hyvä käydä keskustelua siitä, mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa meidän organisaatioissamme sekä mitkä arvot ohjaavat toimintaamme.

Kuten aiemmin mainittiin, herätteiden kehittäminen vaatii jatkossa lisää asiakkuuksien tarkastelua ja erityisesti on syytä kiinnittää huomiota eri-ikäisten asiakkaiden tunnistamisen kehittämiseen, asiakastietojen kirjaamiseen ja tilastointiin ja sitä kautta herätteiden poimintaan potilas/asiakastietojärjestelmistä. Herätteiden jatkokehittämisen on hyvä tapahtua moniammatillisesti ja sen lisäksi on turvattava riittävän pitkä pilotointi. Vastuu paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisen herätteiden kehittämisestä puutuu tällä hetkellä, sillä vastuutahoa ei ole selkeästi määritelty. Olisikin tärkeää, että tunnistamisen herätteitä lähdettäisiin kansallisesti rakentamaan ja niiden käyttöönottoa suunnittelemaan. Tämä vaatii asiantuntijoiden työpanosta sekä ammattilaisten koulutusta herätteiden käyttöön otossa käytännön työssä. Tunnistamiseen liittyen voidaan todeta, että herätteiden kehittäminen vaatii jatkuvaa tarkastelua, sillä asiakkaiden tarpeet ja profiilit muuttuvat, joten mikään ei ole koskaan lopullista. Näennäisiä ratkaisuja tunnistamisenkaan kohdalla ei ole syytä tehdä (ks. Lindell 2014: 93).

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla tunnistamisen on hyvä olla osa toimintamalleja, jotka ohjaavat ammattilaisia erityisesti yhteisasiakkaiden haltuunotossa ja suunnitelmallisen kokonaisuuden rakentamisessa (www.parempiarki.fi). Mentäessä kohti rakenneuudistusta, on erityisen tärkeää huomioida paljon palveluja käyttävät asiakkaat erityisenä osana sitä. Integraation painopiste on tällä hetkellä vielä hallinnollisten rakenteiden kehittämisessä, mutta toiminnallisen integraation rakentaminen edellyttää, että ammattilaiset ja asiakkaat pääsevät mukaan kehittämään palveluja asiakkaan arjen tueksi. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat usein moniongelmaisia, kuten tämä tutkimus sekä aikaisemmat tutkimuksetkin ovat osoittaneet ja siksi palvelujen tuottaminen näille asiakkaille vaatii erityistä suunnittelua moniammatillisesti integraation onnistumiseksi. Voidaan todeta, että ollaan tekemisissä jopa pirullisen ongelman kanssa, sillä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelukokonaisuus on haasteellinen ymmärtää,

tunnistaa ja ratkaista, sillä siinä täyttyvät pirullisten ongelmien ominaisuudet (ks. Lindell ym. 2014: 88). Tämän vuoksi tarvitaan ymmärryksen ja osaamisen lisäämistä eri sektoreiden välillä, jotta vältetään asiakkaan luokuttamiselta sekä päällekkäisten palvelujen tuottamiselta.

Ikäjakauma jäi tämän tutkimuksen analyysistä pois, sillä tavoitteena oli arvioida tunnistamisen herätteiden soveltuvuutta paljon palveluja käyttävien tunnistamiseen iästä huolimatta. Jatkotutkimuksissa on kuitenkin varmasti syytä huomioida myös ikäjakauma, sillä se saattaa vaikuttaa herätteiden käyttömahdollisuuksiin. Parempi Arki-hankkeessa kehitettyjä herätteitä voidaan kuitenkin hyödyntää paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisessa aikuisilla, mutta jatkossa on hyvä kehittää tunnisteita myös lapsille ja nuorille. Lapset ja nuoret voivat itse olla paljon palveluja käyttäviä, mutta he voivat olla myös osana perhettä, jossa jompikumpi vanhemmista on tähän ryhmään kuuluva. Tämä on yksi tarpeellinen jatkotutkimuksen aihe, joka vaatii syvällistä perehtymistä aiheeseen. Tämän tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää jatkotutkimuksessa, mutta erityistä huomiota on kiinnitettävä aineiston keruuseen ja analysointiin.

Kuten edellä todettiin, on toimintamallien kehittäminen paljon palveluja käyttäville asiakkaille tärkeää ja niitä on kehitetty myös Parempi Arki-hankkeessa. Näiden toimintamallien käyttöönoton ja vaikuttavuuden arviointi ovat myös jatkotutkimuksen arvoisia tutkimusaiheita, sillä niiden avulla voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa punnita erilaisia vaihtoehtoja tuottaa asiakaslähtöisiä palveluja. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat vaativatkin erityissuunnittelua osana suurta tulevaa rakennemuutosta.

LÄHDELUETTELO

- Ahonen, Jorma & Esa Pohjanheimo (2002). Asian ytimisessä. Työkulttuurin kehittämisen oppivassa organisaatiossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Alford, John (2002). Defining the Client in the Public Sector. Toward a Contingency Theory A Social-Exchange Perspective. *Public Administration Review* 62: 3, 337–346.
- Berk, Marc. L. & Alan C. Monheit (2001). The Concentration of Health Care Expenditures. Revisited. *Health Affairs*. 20, 9–18. Saatavissa 6.9.2017: <http://content.healthaffairs.org/content/20/2/9.full>
- Binnie, Alison & Angie Titchen (1999). Freedom to Practise. The Development of Patient-centered Nursing. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Cameron, Alisa, Rachel Lart, Lisa Bostock & Caroline Coomber (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the Community*. 22: 3, 225-233. Saatavissa 6.9.2017: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12057/epdf>
- Campbell, Stephen M & Martin O Roland (1996). Why do people consult the doctor? *Family Practice*. 13: 1, 75–83.
- Carr-Hill, Roy A, Nigel Rice & Martin Roland (1996). Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ* volyme 312, 1008–1012. Saatavissa 18.7.2017: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350840/pdf/bmj00538-0026.pdf>.

- Conklin, Jeffrey (2005). *Dialogue Mapping. Building Shared Understanding of Wicked Problems*. New York: Wiley.
- Craig, Catherine, Alan Glaseroff, Ann Lindsay, Kevin Nolan, Rebecca Ramsay, Cory B. Sevin & John Whittington (2014). *Better Health and Lower Cost for Patients with Complex Needs. An IHI Triple Aim Collaborative. Prospectus*. Institute for Healthcare Improvement. Saatavissa 31.8.2017: http://app.ihio.org/Marketing/program_documents/BHLC_Collaborative_Prospectus2014.pdf.
- Davidsson, Anne (2009). *Työkulttuuri muutoksessa. Hyvinvointi TV lastensuojelu konseptissa*. Otaniemi: Laurea ammattikorkeakoulu. Saatavissa 14.9.2016: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3396/Anne_Davidsson.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Erhola, Marina, Marja Vaarama, Markku Pekurinen, Pia Maria Jonsson, Maijaliisa Junnila, Päivi Hämäläinen, Eeva Nykänen & Ismo Linnosmaa (2014). *Soteuudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 14/2014*. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.
- Forma, Leena (2011). *Health and Social Service Use Among older People. The last two years of life*. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1137. Tampere. Tampereen yliopisto. Saatavissa 22.11.2016: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66837/978-951-44-8616-6.pdf?sequence=1>.
- Forum för välfärd (2015). *En rapport med rekommendationer från forum för välfärds integrerad vårdpilot*. Saatavissa 18.7.2017: http://www.forumforvalfard.se/sites/default/files/files/ffv_integrerad_vard.pdf.
- Haverinen, Riitta, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (2014). *Sosiaalihuoltoa haastetaan. Teoksessa: Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus, 9–21*. Toim. Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö. Tampere: Vastapaino.

- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2014). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg-Marttila, Doris, Risto Kuronen, Kristiina Laiho & Erja Oksman (2015). Parempi Arki- hankesuunnitelma. Väli-Suomen Kaste-hanke.
- Hänninen, Kaija, Ilse Julkunen, Riitta Hirsikoski, Stina Högnabba, Ilkka Paananen, Henna Romo & Tarya Thomasén (2007). Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA- arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakesin raportteja 6/2007. Saatavissa 31.8.2017: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193605>.
- Jacobsen, Dag Ingvar & Jan Thosvik (2008). Hur moderna organisationer fungerar. 3:e upp. Lund: Studentlitteratur.
- Juhila, Kirsi (2008). Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa: Sosiaalityö aikuisten parissa, 14–47. Toim. Arja Jokinen & Kirsi Juhila. Tampere: Vastapaino.
- Juuti, Pauli, Heikki Rannikko & Ville Saarikoski (2004). Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöllä. Aavaranta –sarja.. Keuruu: Otava.
- HEMA instituutti (2016). Jyvä. Parempaa yksityisen ja julkisen yhteistyötä terveydenhuoltoon. Helsinki. Saatavissa 22.11.2016: https://jyvahanke.files.wordpress.com/2016/03/jyvc3a4raportti_2016.pdf.
- Jyväjärvi, Simo (2001). Frequent attenders in primary health care. A cross-sectional study of frequent attenders` psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre. Acta Universitatis Oulensis. Medica D 639. Oulu: Oulun yliopisto. Saatavissa 19.10.2016: <http://jultika oulu.fi/files/isbn9514264460.pdf>.

- Järvinen, Kati (2014). Työn mielekkyyden johtaminen. Käytännön opas. Helsinki: Talentum.
- Karjaluoto, Heikki (2007). SPSS opas markkinatutkijoille. Working paper N:o 344/2007. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa 2.3.2017: <https://www.jyu.fi/jsbe/tutkimus/julkaisut/workingpaper/wp344>.
- Karlsson, Hasse, Matti Joukamaa, Ilpo Lahti, Ville Lehtinen & Tarja Kokki- Saarinen (1997). Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Journal Psychosomatic Research*. 1997 Feb; 42: 2, 157–166.
- Kauhanen, Antti, Annu Kotiranta, Martti Kulvik, Jukka Lassila, Sirpa Maijanen, Marja Tähtinen & Tarmo Valkonen (2016). Sote- enemmän, paremmin ja halvemmalla. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja, 15/2016. Saatavissa 19.7.2017: http://tietokayttoon.fi/documents/10616/2009122/15_Sote+-enemm%C3%A4n%2C+paremmin+ja+halvemmalla.pdf/867c5ce7-8fb2-4553-a473-5f0cfbaffd9d?version=1.0.
- Kerätär, Raija (2016). Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto. Saatavissa 28.10.2016: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf>.
- Koivunen, Kirsi (2017). Asiakas- tai ihmislähtöisyys-tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut, ePooki 6/2017. Saatavissa 27.8.2017: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>.
- Koivuniemi, Kauko, Doris Holmberg-Marttila, Päivi Hirsso ja Ulla Mattelmäki (2014). Terveystenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Kopio, Laura Julia (2015). Kaikki Sotesta? Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos organisaatiomuutoksena Helsingin Sanomien uutisoimana. Progradu tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa 6.10.2016: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158721/Kopio_Yhteiskuntapolitiikka.pdf?sequence=2.
- Kokko, Simo J. (1990). Long-term patterns of general practice consulting behaviour: a qualitative 9-year analysis of general practice histories of a working-aged rural Finnish population. *Social Science Medicine* 30: 4, 509–515.
- Koskela, Tuomas-Heikki (2008). Terveystalouden pitkäaikaisen suurkäyttäjän enustekijät. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Saatavissa 19.10.2016: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1042-3>
- Koskela, Tuomas-Heikki, Olli-Pekka Ryyänen & Erkki. J. Soini (2010). Risk factors for persistent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28, 55–61. Saatavissa 6.9.2017: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440616/pdf/pri-28-55.pdf>.
- Laitinen, Merja & Anneli Pohjola (2010). Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992/785. Saatavissa 31.8.2017: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Lappalainen, Markus (2015). Constructing a framework to manage high utilizers in social and health care. Department of Information and Service Economy. Aalto University. School of Business. Saatavissa 31.8.2017: http://epub.lib.aalto.fi/ethesis/pdf/14032/hse_ethesis_14032.pdf.

- Launis, Kirsti (1997) Monialaisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa *Muuttuva asiantuntijuus*, 122–133. Toim, Kirjonen Juhani, Pirkko Remes & Anneli Eteläpelto. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Leskelä, Riikka-Leena, Vesa Komssi, Saana Sandström, Anna Haverinen, Sirkka-Liisa Olli & Kirsti Ylitalo- Katajisto (2013). Paljon sosiaali- ja terveydenpalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Terveydenhuoltotutkimus. Lääkärilehti* 48, 3163–3169.
- Leskelä, Riikka-Leena, Katriina Silander, Vesa Komssi, Lari Koukkula, Jyri Soppela & Lasse Lehtonen (2015). Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. *Terveydenhuoltotutkimus. Lääkärilehti* 43, 2865–2872.
- Lindell Juha, Seija Ollila & Pirkko Vartiainen (2014). Kompleksisuuden johtaminen. Teoksessa *Pirullisista ongelmista hyvään hallintoon*, 86–98. Toim. Kirsi Lehto. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Manderbacka, Kristiina, Martti Arffman & Ilmo Keskimäki (2014) Has socioeconomic equity increased in somatic specialist care: a register-based cohort study from Finland in 1995-2010. Research article. *BMC Health Services Research* 14, 430. Saatavissa 18.7.2017: <https://bmhealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-430?site=bmhealthservres.biomedcentral.com>.
- Markkanen, Outi & Markku Puro (2011). Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. *Selvityshenkilöiden raportti Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshankkeelle 30.4.2011*. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Raportteja 31. Saatavissa 31.8.2017: http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2013/12/Integraatio-ratkaisuna-sosiaali-ja-terveydenhuollon-uudistamistarpeisiin_final.pdf.

- Martikka, Nina & Marko Männikkö (2017). Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tuloksellisuustarkastuskertomus 11/2017. Saatavissa 28.6.2017: <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-382-1>.
- Munday, Brian (2007). *Integrated Social Services in Europe*. Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Mönkkönen, Kaarina (2007) *Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö*. Helsinki. Edita.
- Niemelä, Eija & Maija Alahuhta (2016). Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kehittämisessä ollaan Jyväskylällä. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut, e-Pooki 9/2016. Saatavissa 3.10.2016: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201603108706>.
- Niemi, Annukka (2006). *Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä*. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Saatavissa 2.9.2017: <https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduANiemi.pdf/9fb8c72e-8ac4-4e54-916c-268f38a0111d>.
- Niemi, Anu, Seppo Ranta, Pekka Kuosmanen, Juuso Rajala, Paulus Torkki & Arja Jämsén (2015). Toiminnan integraatio kuuluu soten ytimeen. Artikkel. Suomen lääkärilehti 44, 2930–2931.
- Nyman, Juha & Paula Jäppinen (2015). Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Artikkel. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 52, 4–19.
- Ohrakämmen, Karoliina. *Osallistumisen ja asiakkuuden rajapinnoilla. Tutkielma asiakaslähtöisyyden ja palveluiden kehittämisen rationaliteeteista sosiaali- ja terveydenhuollossa* (2015). Pro gradu tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa 6.9.2017: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/155374/Ohrankaemmen_YleinenValtiooppi.pdf?sequence=2.

- Outinen, Maarit, Kristiina Lempinen, Tupu Holma & Riitta Haverinen (1999). Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Saatavissa 15.7.2017: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194048>.
- Paavilainen, Eija & Aune Finck (2008). Lapsen kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen - hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa 20.11.2016: http://www.hotus.fi/system/files/Lasten_kaltoinkohtelun_tunnistaminen_SUM.PDF.
- Perustuslaki 731/1999. Saatavissa 31.8.2017: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
- Pyyhtiä, Lea (2009). Asiakkuus- kohtaamista, asiakkaan asettamaa arvoa, aineetonta pääomaa. Hieroja 9, 12–14.
- Rittel, Horst & Melvin Webber (1973). Dilemmas in General Theory of Planning. Policy Sciences 4: 2, 155–169.
- Ruch, Gillian (2010). The Contemporary Context of Relationship-Based Practise. Teoksessa: Relationship-Based Social Work. Getting to the Heart of Practice, 13–28. Toim. Gillian Ruch, Danille Turney & Adrian Ward. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Saikkonen, Paula, Sanna Blomberg, Pekka Karjalainen & Minna Kivipelto (2015). Poistaako sosiaalityö huono-osaisuutta? Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 89.

- Savilampi, Johanna & Minna Sumukari (2015). Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. Saatavissa 3.10.2016: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95133/Sumukari_Minna.pdf?sequence=1.
- Schein, Edgar.H.(1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Schein, Edgar. H. (1987). *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen*. Espoo: Weilin+göös.
- Schein, Edgar (2004). *Organizational Culture and Leadership*. Saatavissa 1.9.2017: http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/ORGANIZATIONAL%20CULTURE%20Organizational%20Culture%20and%20Leadership,%203rd%20Edition.pdf.
- Scott, Richard W. (2003). *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Scrivens, Ellie (1995). *Accreditation, protecting the professional or the consumer?* State of Health. Open University Press. U.S.A
- Smits, Frans, Henk J Brouwer, Gerben ter Riet & Henk CP van Weert (2009). Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 9, 36.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Saatavissa 31.8.2017: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Sosiaalihuoltolaki>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Sosiaalipalvelut. Saatavissa 20.11.2016: <http://stm.fi/sosiaalipalvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö (2016). Sote- ja maakuntauudistus. Sote-uudistuksen tavoitteet. Saatavissa 17.10.2016: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>.

Taskinen, Helena (2005). Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopio. Kuopion yliopisto. Saatavissa 6.10.2016: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0077-8/urn_isbn_951-27-0077-8.pdf.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa 31.8.2017: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2016a). Sote-uudistus. Esimerkkejä integraatiosta. Saatavissa 4.10.2016: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio/esimerkkeja-integraatiosta>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2016b). Sote-uudistus. Lainsäädäntö. Saatavissa 19.11.2016: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/lainsaadanto>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2016c). Sote-uudistus. Onnistuneen integraation edellytykset. Saatavissa 19.11.2016: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/%20palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio/esimerkkeja-integraatiosta>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2016d). Sote-uudistus. Tavoitteena asiakaslähtöiset kokonaisuudet. Saatavissa 19.11.2016: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/%20palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio/esimerkkeja-integraatiosta>.

- Valkama, Katja (2012). Asiakkuuden dilemma: Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. *Acta Wasaensia* 267. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavissa 30.10.2016: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf.
- Valtioneuvosto (2015). Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. 9.11.2015. Tiedote 591/2015. Saatavissa 19.11.2016: http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616.
- Vartiainen, Pirkko, Seija Ollila, Harri Raisio & Juha Lindell (2013). Johtajana kaaoksen reunalla. Kuinka selviytyä pirullisista ongelmista? Helsinki: Gaudeamus.
- Vedsted, P & M.B. Christensen (2005). Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 119, 118–137.
- Virtanen, Petri, Maria Suoheimo, Sara Lamminmäki, Päivi Ahonen & Markku Suokas (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Helsinki. Tekesin katsaus 281/2011. Saatavissa 14.9.2016: <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.
- Virtanen, Petri, Jari Smedberg, Pirkko Nykänen ja Jari Stenvall. (2017). Palvelu- ja asiakasjärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Saatavissa 22.1.2017: http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/2_Palvelu-+ja+asiakastietoj%C3%A4rjestelmien+integraation+vaikutukset+sosiaali-+ja+terveystalveluissa/bcc5b696-7e81-4121-b496-c9ac78be815e?version=1.0
- Wilèn, Arja-Tuulikki (2015). Murrosvaiheesta muutokseen. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen- hankkeen loppuraportti. Päijät-Hämeen liitto. Saatavissa 31.7.2018: http://www.paijat-hame.fi/wp-content/uploads/2016/05/Loppuraportti_murrosvaiheesta_muutokseen_31082015.pdf.

LIITE 1. Tunnistamisen herätteet

Asiakkaan tilanteesta herää huoli ja/tai riittämättömyyden tunne			
Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi	Toistuvia ja/tai suunnittelemattomia käyntejä ja yhteydenottoja	Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä	Toistuvasti peruuttamattomia aikoja
<ul style="list-style-type: none"> » Useita käyntejä eri työntekijöillä » Läheisten huoli » Itsetuho-käyttäytyminen » Epäily mielenterveys-ongelmasta » Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä » Käytöshäiriötä/ aggressiivisuutta 	<ul style="list-style-type: none"> » Käynnit ja varaukset n. 10 vuodessa (pth) » n. 5 vuodessa (esh) » Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä » Ongelmat vaihtuvat » Oireita paljon » Tapaturmat 	<ul style="list-style-type: none"> » Taloustilanne » Tapaturmat » Sairaslomat » Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit » AUDIT » Labrat, esim. maksakokeet » Ulkoinen olemus 	<ul style="list-style-type: none"> » Syy peruutukselle on epämääräinen » 2 – 4 / kuukausi (sos) » 2 – 3 per 2 kk (esh) » Hammashuollossa



LIITE 2. Tunnistamisen herätteiden arviointilomake

Tunnistamistyökalun arviointilomake		Arviointijanjakso:	
Tiimi:		Kohderyhmä:	
Toimintayksikkö: Lomakkeen täyttäjän ammattinimike:			
YMPYRÖI LOMAKKEESEEN ASIAKASTA KUVAAVAT ASIAT			
1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli	3. Toistuvia ja / tai suunnittele mattomia käyntejä ja yhteydenottoja	4. Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä	5. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja
2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi	3.1 Käynnit ja varaukset (pth: n. 10 vuodessa tai esh: n. 5 vuodessa)	4.1 Taloustilanne	5.1 Syy peruutukselle on epämääräinen
2.1 Uuselta käynnejä eri työntekijöillä	3.2 Syyt yhteydenottoihin ovat epamaaraisia	4.2 Tapaturmat	5.2 Sos: 2-4 / kuukausi, esh: 2-3 / 2 kuukautta
2.2 Läheisten huoli	3.3 Ongelmat vaihtuvat	4.3 Sairauslommat	5.3 Hammashuollossa
2.3 Ilsetuhokäyttäytyminen	3.4 Oireita paljon	4.4 Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit	
2.4 Epäily mielenterveysongelmasta	3.5 Tapaturmat	4.5 AUDIT	
2.5 Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä		4.6 Laboratoriotokkeet, esim. maksatokkeet	
2.6 Käytöshäiriöitä / aggressiivisuutta		4.7 Ulkoinen olemus	
Asiakkaan syntymävuosi			
Kommentteja:			
Onko asiakkaalla muita palveluita käytössä? (ympyröi oikea vaihtoehto)	Kyllä / Ei		
Ammattilaisen näkemys: Onko asiakkaalla muiden palveluiden tarvetta?	Kyllä / Ei		
Asiakkaan näkemys: Onko hänellä muiden palveluiden tarvetta?	Kyllä / Ei		

