



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Jaan-Kristian Lehtoranta

Häiriökysyntä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Kartoittava kirjallisuuskatsaus

Johtamisen akateeminen yksikkö
Sosiaali- ja terveyshallintotieteen
pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2023

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Jaan-Kristian Lehtoranta		
Tutkielman nimi:	Häiriökysyntä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä : Kartoittava kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaaja:	Harri Jalonen ja Hanna-Kaisa Pernaa		
Valmistumisvuosi:	2023	Sivumäärä:	104

TIIVISTELMÄ:

Sote-uudistus muuttaa Suomen koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää perinpohjaisesti. Hallinnollisten rakenteiden ja rahoitusmallien uudistamisen lisäksi toteutettavana on sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio, joka määrittää, kuinka hyvin sote-uudistuksella tavoitellut hyödyt toteutuvat käytännön tasolla. Integraation tarve on noussut esille etenkin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. Tämän kohderyhmän ajatellaan hyötyvän eniten palvelujen yhteensovittamisesta ja palvelutarpeisiin perustuvista oikea-aikaisista ja yhtenäisesti toteutetuista kokonaisuuksista.

Sote-uudistuksessa on tärkeä huomioida myös järjestelmällinen häiriökysynnän ilmiö, joka voi vaikuttaa samanaikaisesti palvelujen saatavuuteen, työn määrään ja kokonaiskustannuksiin. Häiriökysyntää edeltää epäonnistunut asiakasvuorovaikutus eli tilanne, jossa asiakas saa väärää palvelua, ei lainkaan palvelua tai vain osittain sitä palvelua, jota hän on hakenut. Tämän seurauksena on häiriökysyntä eli ilmiö, jossa asiakas palaa toistuvasti takaisin palvelun pariin lisävaatimusten kanssa, mikä kuormittaa entisestään organisaatiota ja henkilökuntaa.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten häiriökysyntä esiintyy ja mikä aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimusmenetelmänä on käytetty kartoittavaa kirjallisuuskatsausta, koska menetelmä soveltuu tutkimaan ilmiötä, jonka tieteellinen tutkimus on vähäistä ja hajanaisessa muodossa. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen ja sisällysluokituksen avulla tutkimuksessa kuvataan häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa käsittelevän tutkimuskirjallisuuden laajuutta ja luonnetta, sekä luodaan edellytyksiä aihealueen jatkotutkimukselle. Tutkimusaineisto koostuu yhteensä 23 julkaisusta, jotka on julkaistu pääosin Iso-Britanniassa. Julkaisujen Jufo-luokituksista päätellen voi olla mahdollista, että häiriökysyntää ei ole vielä tunnistettu laadukkaimmissa julkaisukanavissa tai siitä puhutaan jollain toisella käsitteellä.

Tutkimustulosten mukaan häiriökysyntä voi esiintyä kattavalla määrällä erilaisia ja kontekstilleen ominaisilla esiintymistavoilla, joista voidaan tunnistaa syy-seuraussuhteita häiriökysyntää aiheuttaviin tekijöihin. Häiriökysyntää aiheuttaa palvelujärjestelmän olosuhteet, jotka ovat peräisin palvelujärjestelmän suunnittelusta, kuten rakenteista, toimintatavoista ja käytettävissä olevista resursseista. Myös toimintaympäristön monimutkaisuus voi olla häiriökysyntää aiheuttava tekijä. Häiriökysyntää koskevilla tutkimustuloksilla vaikuttaa olevan yhteys samoihin asioihin, joita sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation on tarkoitus korjata palvelujärjestelmässä. Aihetta on syytä tutkia lisää sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaisessa toimintaympäristössä, sekä selvittää ilmiön yhteys paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kanssa.

AVAINSANAT: häiriökysyntä, kartoittava kirjallisuuskatsaus, sosiaali- ja terveydenhuolto, paljon palveluita tarvitseva asiakas, sosiaali- ja terveyspalvelut, integraatio

Sisälllys

1	Johdanto	5
1.1	Tutkimuksen tausta	7
1.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	8
1.3	Tutkimuksen rakenne	9
2	Systeemiajattelun kautta häiriökysynnän ilmiöön	10
2.1	Systeemiajattelun viitekehys	10
2.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä	12
2.3	Organisaatioiden ymmärtäminen ja johtaminen systeemeinä	15
2.4	Asiakaskysynnän tunnistaminen ja palvelujen suunnittelu	19
2.5	Häiriökysyntä	21
3	Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ja integraatio	26
3.1	Paljon palveluita tarvitseva asiakas	26
3.2	Sosiaali- ja terveystalvelujen integraatio	30
3.2.1	Integraatio käsitteenä ja ilmiönä	31
3.2.2	Sosiaali- ja terveystalvelujen integraation tarve	33
3.2.3	Sosiaali- ja terveystalvelujen integraation toteutus Suomessa	36
4	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen toteutus	40
4.1	Kartoittava kirjallisuuskatsaus	41
4.2	Tutkimuksen toteutus	47
4.2.1	Tutkimusstrategia	47
4.2.2	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	49
4.2.3	Aineiston keruu ja lähiluku	50
4.2.4	Aineiston analyysi	52
5	Tutkimuksen tulokset	56
5.1	Tutkimusaineiston kuvaus	56
5.2	Häiriökysyntä tutkimusaineistossa	59
5.2.1	Miten häiriökysyntä esiintyy?	60
5.2.2	Mikä aiheuttaa häiriökysyntää?	67

6	Johtopäätökset	74
6.1	Häiriökysynnän esiintymismuodot	74
6.2	Häiriökysyntää aiheuttavat tekijät	77
7	Pohdinta	81
7.1	Luotettavuus	81
7.2	Sosiaali- ja terveyspalvelujen ongelmien yhteys häiriökysyntää	84
7.3	Häiriökysynnän yhteys paljon palveluita tarvitseviin asiakkaisiin	85
7.4	Jatkotutkimuksen kannalta	86
	Lähteet	89
	Liitteet	97
	Liite 1. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen aineisto	97
	Liite 2. Häiriökysyntä katsausaineistossa	102

Kuviot

Kuvio 1.	Nimellisarvon poikkeamisesta aiheutuvat kustannukset.	17
Kuvio 2.	Integraation ulottuvuudet.	33
Kuvio 3.	Perusteet kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle.	42
Kuvio 4.	Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen vaiheet.	46
Kuvio 5.	PRISMA-kaavio aineistonhankinnan prosessista.	52
Kuvio 6.	Tutkimusaineiston jakautuminen julkaisumaan perusteella.	57
Kuvio 7.	Tutkimusaineiston jakautuminen julkaisuvuoden perusteella.	57
Kuvio 8.	Tutkimusaineiston jakautuminen sote-sektorilla.	58
Kuvio 9.	Häiriökysynnän esiintymismuodot.	67
Kuvio 10.	Häiriökysyntää aiheuttavat tekijät.	73
Kuvio 11.	Yhteenveto tutkimuksen keskeisimmistä havainnoista	80

Taulukot

Taulukko 1.	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	49
Taulukko 2.	Tietokannat ja hakulausekkeet	50

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveyspalveluiden jatkuva kustannusten nousu yhdistetään väestön ikääntymiseen, mutta kustannuksia voi kasvattaa myös palvelurakenteesta johtuva häiriökysyntä (Hyytiälä & Kekomäki, 2017). Häiriökysyntää edeltää asiakkaan epäonnistunut palveleminen eli tilanne, jossa asiakas saa väärää palvelua, ei lainkaan palvelua tai vain osittain sitä palvelua, jota hän on hakenut. Tämän seurauksena on häiriökysyntä eli ilmiö, jossa asiakas palaa toistuvasti takaisin palvelun pariin lisävaatimusten kanssa, jotka kuormittavat entisestään organisaatiota ja hoitohenkilökuntaa. (Hyytiälä & Kekomäki, 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kyse on siitä, voivatko asiakkaat saada oikeaa hoitoa oikeassa paikassa ilman tarpeetonta viivästystä (Walley ja muut, 2019, s. 26). Jos palvelujärjestelmä epäonnistuu tämän toteuttamisessa niin siitä voi ilmentyä häiriökysyntää monissa muodossa, kuten esimerkiksi tarpeettomien reseptien myöntämisenä, toistuvina diagnostisina testeinä tai asiakkaan uudelleen hoitoon ottamisena, joka voi olla seurausta epäonnistumisesta hoitaa sairaustapaus ensimmäisellä kerralla. Myös tarpeettomat seurantakäynnit voidaan luokitella häiriökysynnäksi. (Walley ja muut, 2019, s. 26.)

Häiriökysyntä tunnetaan vielä varsin heikosti tieteellisen tutkimuksen osalta, eikä sen yhteyttä sosiaali- ja terveyspalvelujen ongelmiin ei ole vielä kokonaan selvitetty (Hyytiälä, 2021). Eri selvitysten perusteella Suomen sote-palveluissa on kuitenkin tunnistettu 80/20-ilmiö, joka tarkoittaa tilannetta, jossa 10–20 prosenttia palveluiden käyttäjistä kuluttaa 80 prosenttia tarjolla olevista resursseista. Tätä ilmiötä ei ole yhdistetty häiriökysyntään, mutta on mahdollista, että näillä kahdella on yhteys toisiinsa. (Hyytiälä, 2021.)

Leskelän (2013) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo pitkään tiedostettu, että kustannukset keskittyvät pienelle osalle väestöstä. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitseville asiakkaille ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, mutta heillä on tyypillisesti monia sairauksia, korkea ikä ja heikko sosiaalinen asema. Myös pitkäaikaissairaudet on nähty riskitekijänä paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. (Leskelä, 2013, s. 3163; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2017, s. 5.) Tällaiset

asiakkaat tarvitsevat palveluja monelta eri taholta ja he voivat olla samanaikaisesti esimerkiksi terveyskeskuksen, sairaalan eri poliklinikoiden ja sosiaalitoimen asiakkaita (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 16).

Hujalan ja Lammintakanen (2018, s. 17) mukaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeet eroavat kuitenkin toisistaan, eikä heitä voida määrittää yhdeksi samanlaisista ihmisistä koostuvaksi ryhmäksi. Heidän mukaansa kyse on asiakkaista, joiden tarpeisiin vastaaminen edellyttää eri sektoreilta ja toimijoilta tiivistä yhteistyötä. Kaikille paljon sote-palveluita käyttäville asiakkaille on kuitenkin yhteistä se, että palvelujärjestelmä ei ole onnistunut vastaamaan heidän tarpeisiinsa kokonaisvaltaisesti (Hujala ja Lammintakanen, 2018, s. 18). Tästä syystä sote-uudistuksen yksi merkittävimmistä haasteista on saada monilta eri tahoilta palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelut toimimaan nykyistä paremmin (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 10).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation tarve on noussut erityisesti paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kesken (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 17). Sosiaali- ja terveydenhuollossa integraatiossa on kyse erilaisista toimista ja ratkaisuista, joiden avulla pyritään yhdenmääntämään tai eheyttämään hyvinvointipalvelujen rakenteita ja toimintoja järjestelmän eri tasoilla. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 48–49.) Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittaminen siirtyy hyvinvointialueiden vastuulle, mikä on käynnistänyt myös kattavia integraatiotutkimuksia (Valtioneuvosto, 2022). Tällä hetkellä kansainvälinen ja suomalainen tutkimus on vähäistä, eikä koko palvelujärjestelmän mittaisia sote-integraatioita ole juurikaan tehty, mikä korostaa aiheen tutkimuksen tärkeyttä (Virtanen, 2017, s. 58; Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 42). Integroitujen palvelujen koetaan parantavan hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta, sillä hoito koordinoidaan asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja palvelu tuotetaan asiakkaalle oikea-aikaisesti ja yhteisesti (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 32–33). Tämä on keskeistä etenkin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla, sillä heidän moninaiisiin palveluntarpeisiinsa vastamista edellyttää palvelujen toteutusta yhtenä integroituna kokonaisuutena (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 18).

1.1 Tutkimuksen tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon häiriökysyntää on tutkittu etenkin Iso-Britanniassa, jossa käsitteen kehittäjän John Seddonin johdolla toteutettiin laaja selvitys vuonna 2014. Selvityksen mukaan häiriökysynnän kustannukset julkiselle sektorille ovat vähintään 16 miljardia puntaa vuodessa ja häiriökysynnän osuus kaikesta sosiaali- ja terveystalouden kysynnästä on arviolta noin 80 prosenttia. (Locality & Vanguard, 2014, s. 6, 16, 43–44.) Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon häiriökysynnästä on vielä uutta Suomessa, minkä takia asiaa on syytä tutkia lisää, sekä pohtia sen mahdollista yhteyttä eniten palveluita tarvitseviin asiakkaisiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita tarvitsevista asiakkaista löytyy sen sijaan laajempaa tutkimustietoa. Leskelän (2013, s. 3164–3166) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset jakautuvat hyvin epätasaisesti – kallein 10 % asiakkaista kerryttää 81 % kokonaiskustannuksista. Näiden kustannusten jaottelu puolestaan osoittaa, että eniten palveluita tarvitsevien asiakkaiden kustannuksista 38 % ovat peräisin terveystalouden käytöstä ja 62 % sosiaalipalveluiden käytöstä. (Leskelä, 2013, s. 3164–3166.) Hujala ja Lammintakanen (2018, s. 10) liittävät nämä tilastot integraatioon ja esittävät, että joka kymmenes suomalainen sote-asiakas tarvitsee henkilökohtaisesti kohdennettua apua. Heidän mielestään keskeistä sote-integraatiossa onkin, että paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelupolut saadaan toimimaan. (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 10.)

Sosiaali- ja terveystalouden integraatioon on Suomessa kiinnitetty paljon huomioita viimeisen 15 vuoden aikana, ja sen koetaan usein olevan ratkaisu Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeeseen (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 17). Palveluintegraatiolle keskeistä on asiakaslähtöinen toimintamalli, jossa toimintaa suunnitellaan, toimeenpannaan ja arvioidaan asiakkaan kokemuksen vaikuttavuuden kautta (Virtanen, 2017, s. 6). Integraation arvot ja tavoitteet voivat kuitenkin vaihdella tai tarkoittaa eri asioita eri toimijoiden, kuten palveluntuottajien, poliitikkojen tai kansalaisten kesken, mikä voi haastaa asiakaslähtöisen integraation ydinajatuksen (Taskinen & Hujala, 2020, s. 68).

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on selvittää, miten häiriökysyntä esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja mikä aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimusmenetelmänä käytetään kartoittavaa kirjallisuuskatsausta, koska menetelmä soveltuu tutkimaan häiriökysynnän ilmiötä, jonka sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa oleva tutkimuskirjallisuus on vähäistä ja hajanaisessa muodossa. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tutkia ja kuvata häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa käsittelevän tutkimuskirjallisuuden laajuutta ja luonnetta, sekä parantaa edellytyksiä aihealueen jatkotutkimukselle.

Tutkimus pyrkii vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Miten häiriökysyntä esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä?
- Mikä aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa?

John Seddonin häiriökysynnän määritelmän mukaan häiriökysyntä on kysyntää, joka syntyy epäonnistumisesta tehdä jotain tai tehdä jotain oikein asiakkaalle (Seddon, 2005, s. 26). Tässä tutkimuksessa häiriökysynnän esiintymisellä tarkoitetaan niitä tapoja tai seurauksia, joiden avulla tutkimusaineiston julkaisut ovat kuvanneet, että palvelu on epäonnistunut asiakkaan palvelemisessa odotustensa mukaisesti. Häiriökysyntää aiheuttavilla asioilla puolestaan tarkoitetaan niitä tekijöitä, joita katsausaineiston julkaisut ovat tunnustaneet aiheuttavan palvelun epäonnistumista asiakkaan odotusten mukaisesti.

Sen lisäksi tutkielman pohdinnoissa sivutaan myös, voivatko häiriökysynnän syyt selittää, minkä takia jotkut asiakkaat käyttävät sosiaali- ja terveystalvveluita huomattavasti enemmän kuin toiset vai onko ilmiön taustalla häiriökysyntää monimutkaisempia asioita. Kuten johdannossa esitettiin, molempia käsitteitä vaikuttaa yhdistävän ajatus, että palvelujärjestelmä ei toimi oikein tai palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin kokonaisvaltaisesti. Sote-integraatiolla voi olla myös yhteys häiriökysyntään, sillä integraatiolla yritetään ratkaista samoja asioita, jotka voivat aiheuttaa häiriökysyntään, kuten hajanaisesti toimivia palveluita ja palvelujen jatkuvuuden katkeamista.

1.3 Tutkimuksen rakenne

Tämä tutkimus rakentuu seitsemästä pääluvusta. Luku kaksi on ensimmäinen teorialuku, joka etenee systeemiajattelun kautta häiriökysynnän ilmiöön. Aluksi esitellään systeemiajattelun viitekehys ja käsitellään sosiaali- ja terveydenhuoltoa systeemisyyden näkökulmista, jonka jälkeen organisaatioita ja niiden johtamista tarkastellaan systeemeinä. Sen jälkeen luvussa kaksi tarkastellaan palvelujen suunnittelua asiakaskysyntään mukautuvista näkökulmista ja lopuksi käsitellään häiriökysynnän ilmiötä. Toinen teorialuku eli luku kolme käsittelee paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita pyrkien selventämään, keitä ovat eniten palveluita tarvitsevat asiakkaat ja mitkä ovat tekijät, jotka vaikuttavat palveluiden runsaaseen käyttöön. Sen jälkeen luku kolme käsittelee sosiaali- ja terveystalouden integraatiota ja integraation tarvetta ja toteutusta. Luku neljä sisältää tutkimusmenetelmään ja tutkimuksen toteutukseen liittyvän kuvauksen. Luku viisi esittää tutkimuksen tulokset eli kuvaa tutkimusaineiston laajuutta ja luonnetta, sekä esittelee tutkimuskysymysten mukaisesti häiriökysyntää tutkimusaineistossa. Luku kuusi sisältää tutkielman johtopäätökset. Luku seitsemän on pohdintaluku, jossa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, tulkitaan tutkimustuloksia aiempaan tutkimukseen verraten ja esitetään suositukset jatkotutkimukselle. Tutkielman lopussa on lähdeluettelo ja liitteet.

2 Systemiajattelun kautta häiriökäynnän ilmiöön

Tämä luku käsittelee systemiajattelua, jonka näkemysten innoittamana brittiläinen työpsykologi ja kirjailija John Seddon on kehittänyt Vanguard-menetelmän ja siihen sisältyvän häiriökäynnän käsitteen. Luku alkaa esittelemällä systemiajattelun viitekehysten ja käsittelemällä sosiaali- ja terveydenhuoltoa systemisyyden näkökulmista. Tämän jälkeen organisaatioita ja niiden johtamista tarkastellaan systemeinä, sekä käsitellään palveluorganisaatioiden toiminnan suunnittelua asiakaslähtöisistä näkökulmista. Lopuksi luku etenee häiriökäynnän ilmiöön, jota tarkastellaan sekä yleisesti että tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2.1 Systemiajattelun viitekehys

Lähes kaikki maailmassa voidaan mieltää systemeiksi, vaikka ihmiset eivät niitä täysin ymmärtäisi tai tunnistaisi sellaisiksi (Suomi, 2022, s. 80). Meadowsin (2009, s. 11) mukaan systemi on toisiinsa yhdistynyt joukko elementtejä, jotka ovat järjestäytyneet johdonmukaisesti saavuttaakseen jotain. Kun tarkastelemme tätä määritelmää tarkemmin, voimme huomata, että systemi koostuu kolmesta eri asiasta: elementeistä, keskinäisistä yhteyksistä ja tarkoituksesta (Meadows, 2009, s. 11). Suomen kielessä systemin synonyymi on järjestelmä (Suomi, 2022, s. 83).

Systemi on itsenäinen kohde, joka on rajojensa vuoksi erotettavissa ympäristöstään, vaikka joskus tämä raja voi olla häilyvä (Suomi, 2022, s. 83). Systemi voi olla staattinen tai dynaaminen. Staattiset systemit pyrkivät säilyttämään alkuperäisen tilansa. Dynaamiset systemit puolestaan kehittyvät ja muuttuvat ympäristön mukaisesti, kuitenkin pyrkien säilyttämään alkuperäisen tehtävänsä muutoksen yhteydessä. Systemi voi olla myös avoin tai suljettu. Avoin systemi on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, josta se omaksuu vaikutteita ja asioita. Suljetun systemin kohdalla vastaava vaikutussuhde ei ole, vaikkakin täysin eristyksissä olevia systemejä ei liene olemassa. Systemit ovat interaktiossa eli vuorovaikutuksessa keskenään. Jokaisen systemin

ympäristö koostuu siis useista muista systeemeistä, jotka vaikuttavat siihen, miten systeemi sopeutuu, tai jos systeemi ei sopeudu niin se lakkaa olemasta. (Suomi, 2022, s. 83).

Se mikä tekee jostakin systeemin, riippuu siitä, miten kukin ihminen ajattelee systeemistä (Cabrera ja muut, 2008, s. 301). Jokainen meistä voi ajatella asioita systeemeinä, mutta tämä ei ole varsinaista systeemiajattelua. Tutkijoiden mielestä systeemiajattelu on muodollisempi, abstraktimpi ja jäsennellympi tapa yrittää ymmärtää systeemejä. Vaikka kaikki systeemit eivät olekaan monimutkaisia, on kaikki ajattelu monimutkaista, ja siksi systeemien ajatteluprosessi on itsessään monimutkainen. (Cabrera ja muut, 2008, s. 301.) Arnold ja Wade (2015) määrittelevät systeemiajattelun joukoksi synergistisiä analyyttisiä taitoja, joita käytetään parantamaan kykyä tunnistaa ja ymmärtää systeemejä, ennustaa niiden käyttäytymistä ja suunnitella niihin muutoksia haluttujen vaikutusten aikaansaamiseksi. Nämä taidot toimivat yhdessä systeeminä. (Arnold & Wade, 2015, 675.) Petersin (2014, s. 1) mukaan systeemiajattelun tarkoituksena on parantaa kokonaisuuden, sen osien ja tasojen sisällä ja välissä tapahtuvan vuorovaikutuksen laatua.

Colchesterin (2019) mukaan systeemiajattelulle on ominaista tarkastella maailmaa kokonaisvaltaisella tavalla, mikä tarkoittaa, että asioita tarkastellaan aina suhteessa kokonaisuuteen, jonka osia ne ovat. Kun tarkastelemme esimerkiksi sairaalaa tai ambulanssia, saatamme ajatella niitä osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Systeemiajattelulle keskeistä on myös tarkastella osien välisiä suhteita varsinaisten osien tarkastelun sijaan. Tämä eroaa perinteisestä tieteellisestä ajattelutavasta, joka lähestyy monimutkaisia ilmiöitä jakamalla ne pienempiin osiin. (Colchester, 2019.)

Systeemiajattelu pitää sisällään monenlaisia eri teorioita ja menetelmiä, joiden tarkoitus on selittää jotain (Petersin, 2014, s. 2). Petersin mukaan kaikkia systeemiajattelun eri teorioita ja menetelmiä yhdistää kuitenkin ajatus siitä, että systeemien käyttäytymistä ohjaavat yhteiset periaatteet, jotka ovat löydettävissä ja ilmaistavissa. Tämän lisäksi teorit ja menetelmät ovat kukin suunniteltu käsittelemään monimutkaisia ongelmia. Ongelmat ovat monimutkaisia, koska niihin liittyy useita keskenään vuorovaikutuksessa

olevia tekijöitä, ne toimivat jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä, ne eivät muutu yksinkertaisesti ymmärrettävien mallien mukaisesti tai koska systeemiin kuuluvat elementit kykenevät ajan myötä tapahtuvan vuorovaikutuksen seurauksena oppimaan ja luomaan uusia malleja. Peters esittääkin, että monet maailmanlaajuisen terveydenhuollon haasteista ovat nyt tunnistettavissa monimutkaisiksi ongelmiksi, joiden selvittäminen ei onnistu yksinkertaisilla menetelmillä. (Peters, 2014, s. 2.) Vastauksena tähän systeemiajattelu tarjoaa uusia mahdollisuuksia ymmärtää, testata ja arvioida asioiden luonnetta, sekä kuinka toimia ihmisten terveyden edistämiseksi, mikä on tärkeää etenkin tilanteissa, joissa aikaisemmin käyttämämme ajattelu- ja toimintatavat ovat jo saavuttaneet rajansa, esimerkiksi käytettävissä olevien resurssien osalta (Peters, 2014, s. 2; Colchester, 2019).

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän eli palvelujärjestelmän perusta on valtion tuella toteutettu julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, n.d.). Julkisen sektorin lisäksi palveluja tuotetaan yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimesta joko maksullisina tai maksuttomina palveluina. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän ylimmällä tasolla toimii Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, joka vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelusta, ohjauksesta ja toimeenpanosta. Valtion hallinnon tasolla Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö toimii osana valtioneuvostoa ja toteuttaa näin ollen hallitusohjelmaa, valmistelee lainsäädäntöä ja ohjaa uudistusten toteuttamista. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, n.d.)

Vuoden 2023 alussa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu on siirtynyt sote-uudistuksen myötä kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, n.d.). Vaikka sote-uudistus on jo muutannut hallinnollisia rakenteita ja rahoitusmallia, on tämä tutkijoiden mukaan kuitenkin vasta alku, sillä käytännön tason uudistaminen tapahtuu integraation toimeenpanon myötä (Hujala & Lammintakainen, 2018, s. 10). Jalosen (2020, s. 37) mukaan sote-

uudistusta kannattaakin tarkastella prosessina, jolla ei ole selkeää alku- ja päätepistettä, koska sosiaali- ja terveystalvelujen uudistaminen edellyttää jatkuvaa hienosäätöä.

Braithwaite ja muut (2021, s. 375–376) esittävät, että systeemiajattelun näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuolto on monimutkainen mukautuva systeemi. Tutkijoiden mukaan tämä johtuu siitä, että systeemi koostuu useista erillisistä, mutta toisistaan riippuvaisista toimijoista, kuten ihmisistä ja esineistä, jotka vaikuttavat toisiinsa ja järjestäytyvät keskenään tilanteen mukaan vaihtelevilla tavoilla. Tämä vuorovaikutus näkyy erilaisina rooleina ja käyttäytymismalleina, sekä itse toiminnan tuotoksena, kuten hoitona. Toisin sanoen sosiaali- ja terveydenhuollossa jokainen lääkäri, sairaanhoitaja, tutkija, johtaja tai potilas on vuorovaikutuksessa, apuvälineiden, laitteiden, sääntöjen, menettelytapojen ja oman tietämyksensä ohjaamana, ja toteuttaa tarkoitustaan yhteistä tavoitetta eli hoidon tarjoamista varten. (Braithwaite ja muut, 2021, s. 375–376.)

Hartmannin ja muiden (2021, s. 20–21) mukaan 2000-luvun terveysjärjestelmät ovat monimutkaisia organismeja, joilla on monia yksinkertaisista systeemeistä eroavia ominaisuuksia. Tutkijoiden mukaan tämä monimutkaisuus johtuu terveydenhuollon luonteesta hyödykkeenä, terveydenhuollon ja potilaiden välisestä vuorovaikutuksesta sekä sairauden luonteesta. Toisin kuin teollisuudessa, sote-palvelut eivät voi tuottaa valmiita palveluita julkaisua varten aina, kun kysyntää ilmenee, mikä tarkoittaa, että täyden palvelun tarjonta voidaan aloittaa vasta silloin, kun sille on todellinen tarve. Palvelut ovat myös henkilökohtaisia, eikä kukaan muu kuin asiakas itse voi vastaanottaa hoitoa. Sen lisäksi sairauden luonne tekee terveydenhuollosta entistä monimutkaisemman palveluympäristön. Sairautta voi esiintyä monella tavalla, hoidon havaitut vaikutukset voivat vaihdella ja virheitä voi tapahtua. Vaikka luonteeltaan konservatiivisia, ovat lääketieteelliset käytännöt usein myös kokeellisia, ja oikeat hoito-ohjelmat valitaan yrityksen ja erehdyksen kautta. (Hartmann ja muut, 2021, s. 20–21.)

Sosiaali- ja terveysjärjestelmää on mahdollista tarkastella myös kompleksisuusajattelun näkökulmasta, joka lähestyy asiaa kiinnittämällä huomiota sekä sote-järjestelmän

sisäisiin että järjestelmän ja ympäristön välisestä keskinäisriippuvaisuudesta muodostuvaan ennakoimattomaan käyttäytymiseen (Jalonen, 2020, s. 302). Jalonen lähestyy sote-järjestelmän kompleksisuutta jakamalla sen rakenteelliseen, toiminnalliseen, ohjaukselliseen ja ideologiseen ulottuvuuteen. Rakenteellisen kompleksisuuden lähtökohtana on, että järjestelmän tulee olla kykenevä tuottamaan vaikuttavia ja monialaisia palveluita, mikä edellyttää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välistä yhteistyötä eli toimivia vuorovaikutussuhteita. Kompleksisen tilanteesta tekee se, että alalla on kasvavissa määrin uudentyyppisiä organisaatioita ja yksityisiä palveluntuottajia, jotka toiminnalliseen kompleksisuuden ulottuvuuteen liittyen toimivat erilaisten odotusten ja vaatimusten ohjaamana (Jalonen, 2020, s. 303; Sinkkonen ja muut, 2012, s. 81). Sosiaali- ja terveysjärjestelmässä yksityisesti toimivien yritysten tarkoituksena on toimia liiketaloudellisesti kannattavalla ja voittoa tuottavalla tavalla, kun taas julkisen sektorin toimijoita ohjaavat asiat, kuten palvelujen lakisääteisyys, kansalaisten yhdenvertaisuus, tilivelvollisuus ja toiminnan läpinäkyvyys. (Jalonen, 2020, s. 302–303.)

Sosiaali- ja terveysjärjestelmän ohjauksellinen kompleksisuus johtuu Jalosen (2020, s. 304) mukaan ristiriitaisista valta- ja vastuusuhteista, vastakkaisista tilivelvollisuuksista, monimutkaisista palveluprosesseista ja tiedonhallinnan ongelmista. Ohjauksellisen kompleksisuuden vähentäminen liittyy keskeisesti sote-uudistuksen tavoitteeseen tehostaa tiedolla johtamisella tehtävää vaikuttavuuden arviointia ja toiminnan ohjausta (Soteuudistus, n.d.). Järjestelmässä esiintyy myös ideologista kompleksisuutta, joka muodostuu erilaisten ja ristiriitaisen poliittisten intressien yhteensovittamisesta (Jalonen, 2020, s. 304). Vaikka kaikkiin arvoihin ja tavoitteisiin ei kohdistuisikaan erimielisyyttä, on sote-järjestelmissä esiintyvä arvonluonti silti todettu olevan monimutkaista ja konfliktialtista (Jalonen, 2020, s. 304; 2021, s. 69).

Sosiaali- ja terveyspalveluille on myös yleistä se, että asiakkaiden tarpeet ovat luonteeltaan yksilöllisiä ja moniulotteisia, minkä takia ne soveltuvat harvoin palveluntarjoajien rakentamiin malleihin (Jalonen, 2021, s. 72). Tästä syystä monimutkaisten palveluketjujen selkeyttäminen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi on kansalaisten ja etenkin

palvelujen suurkuluttajien näkökulmasta arvoa luova tavoite (Jalonen, 2021, s. 72). Tässä tutkielmassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita ja integraatiota käsitellään vielä tarkemmin pääluvussa 3.

2.3 Organisaatioiden ymmärtäminen ja johtaminen systeeminä

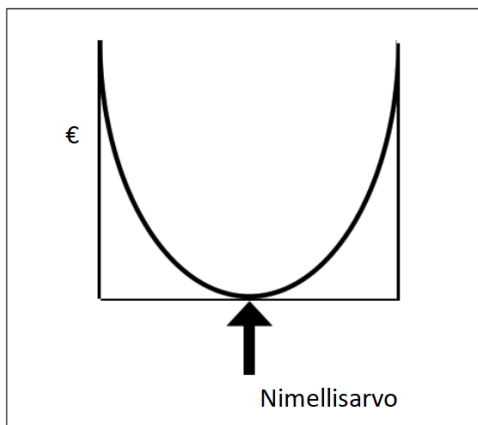
Jaaronin ja Backhousen (2014, s. 2029) mukaan organisaatiot ovat monimutkaisia systeemejä, jotka koostuvat toisiinsa liittyvistä osallistujista useissa epälineaarisissa ulottuvuuksissa. Tämä viittaa siihen, että kaikki järjestelmän osallistujat eli osat ovat riippuvaisia toisistaan ja kokonaisuudesta, mikä tukee käsitystä siitä, että organisaatiota tulisi tarkastella kokonaisuutena ympäristössään. Organisaatiota on tutkijoiden mukaan tarkasteltu pitkään reduktionistisella lähestymistavalla, joka on jakanut organisaation eri osat erillisiksi kokonaisuuksiksi. Tämä lähestymistapa antaa osastoille mahdollisuuden saavuttaa tavoitteensa, mutta tämä tapahtuu kokonaisuuden kustannuksella luoden toisistaan erillään toimivia siiloja, mikä rajoittaa organisaation dynaamista kykyä ja heikentää osien välistä vuorovaikutusta. Sen lisäksi systeemin osien johtaminen ymmärtämättä niiden vuorovaikutusta, saa systeemin menettämään sen olennaisia ominaisuuksia, mikä voi näkyä johtajille tahattomina seurauksina. Näiden perusteluiden vuoksi Jaaron ja Backhouse esittävätkin, että organisaatioita on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti systeeminä ja keskittyen osien keskinäisiin suhteisiin, dynamiikkaan ja kokonaisuuteen. (Jaaron & Backhouse, 2014, s. 2029.)

Seddonin (2008a, s. 66) mukaan organisaatioita tulee johtaa kuin systeemejä, ei toiminnallisina hierarkioina. Esimerkkinään ja inspiraation lähteenä Seddon käyttää Taichi Ohnon kehittämää Toyota autotehtaan historiallista Lean filosofiaa, jossa työtä johdetaan systeemin tavoin. Ajattelemalla tuotantoa systeeminä ja jokaista tuotannon osaa omana virtauksenaan tuotantomalli pystyy suhteuttamaan työn määrän suoraan asiakkaiden luomaan kysyntään. Tasapainottelemalla kysynnän, virtauksen ja materiaalien käytön suhteen tuottavuus pysyy korkeana. Ohnon tuotantomallissa kaikista tärkein tavoite oli tuotannon tehokkuuden lisääminen eliminoimalla jatkuvasti ja perusteellisesti

hukkaa. Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttää hukan täydellistä tunnistamista. (Seddon, 2008a, s. 66–67; Seddon & O'Donovan, 2010, s. 15.)

Palvelujen tuotanto eroaa teollisuuden tuotannossa monin tavoin, mutta yksi keskeinen asia on, että palveluissa asiakas on itse osallisena tuotannossa (Seddon, 2008a, 68). Tästä syystä kysynnän moninaisuus on myös suurempi. Joten sen sijaan, että ajattelisimme systeemiä, joka tuottaa fyysisiä hyödykkeitä, tulee meidän Seddonin mukaan ajatella palveluorganisaation toimintaa systeeminä, joka tuottaa aineetonta asiantuntemusta vastauksena asiakkaiden erilaisiin vaatimuksiin. Näihin vaatimuksiin vastaaminen tuottaa asiakkaille arvoa, joka tarkoittaa, että asiakas saa mitä haluaa. (Seddon, 2008a, s. 68.) Palveluorganisaatioiden johtamisessa on kuitenkin Seddonin ja O'Donovanin (2010, s. 14) mielestä merkittävää ymmärtää, että kaikki asiakkaiden vaatimukset eivät ole työtä, joka pitää tehdä. Suuri osa kysynnästä voi olla häiriöstä johtuvaa ja huonoimmassa tapauksessa se voi luoda lisää häiriötä ja turhaa työtä (Seddon & O'Donovan, 2010, s. 14).

Palveluorganisaatioissa asiakkaat määrittävät, mitä he haluavat ja tätä kutsutaan nimellisarvoksi (Seddon, 2008a, s. 69). Seddonin systeemiajattelussa tämä tarkoittaa, että palveluorganisaatio pitää olla suunniteltu niin, että ymmärretään asiakkaiden tarpeita ja mikä heille todella on tärkeää. Jos palveluorganisaatio on suunniteltu ymmärtämään ja vastaamaan asiakkaan tarpeeseen niin tästä seuraa hyvää palvelua, jonka toiminta on taloudellisesti mitoitettu parhaalla mahdollisella tavalla. Mutta jos palvelu ei vastaa täysin siihen, mitä asiakas haluaa niin tuloksena on huono palvelukokemus, johon on käytetty enemmän resursseja kuin palveluun, joka olisi alun perin vastannut todelliseen tarpeeseen. Huonosti suunniteltu palvelu johtaa siis hukattuihin resursseihin ja se saattaa näkyä myös menetettyinä asiakkaina. Palveluorganisaatioissa nimellisarvoon vastaaminen on kaikista kustannustehokkainta, kuten Kuvio 1 esittää. (Seddon, 2008a, s. 68–69.)



Kuvio 1. Nimellisarvon poikkeamisesta aiheutuvat kustannukset (mukaillen Seddon, 2008a, s. 69).

Kokko (2022) käsittelee tutkimuksessaan toisenlaista tapaa ajatella palveluiden tuottamiseen liittyvää arvonluontia, kun hän tutkii arvoperustaisen terveydenhuollon ilmiötä. Siinä missä Seddonin malli tarkastelee palvelun kustannusten optimaalisinta käyttöä asiakkaan tarpeeseen vastaamisen kautta, niin arvoperusteinen malli määrittelee asiakkaan kokeman arvon muodostuvan terveysongelmakohtaisten tulosten ja hoitoketjuun käytettyjen kustannusten suhteesta (Seddon, 2008a, s. 69; Kokko, 2022, s. 28). Kokko esittää, että arvoperusteisella terveydenhuollon mallilla ei voida välttämättä vaikuttaa tarpeeseen tai kysyntään, mutta sillä voidaan vaikuttaa tarjontaan, esimerkiksi kohdistamalla resursseja asiakkaille eniten arvoa tuottaviin palveluihin. Arvoperusteiseen terveydenhuollon malliin sisältyy myös ajatus palvelujen integraatiosta, joten keskeistä on, että toisistaan riippuvaiset palveluntarjoajat keskittyvät yhdessä arvonluomiseen läpi asiakkaan palvelukokonaisuuden. (Kokko, 2022, s. 15, 27, 29). Tässä tutkielmassa integraatiota käsitellään tarkemmin luvussa 3.2.

Seddonin (2008a, s. 70) mukaan julkisen sektorin palvelut eivät kuitenkaan ole riippuvaisia nimellisarvosta eli asiakkaiden todellisista tarpeista. Tämä johtuu siitä, että julkisella sektorilla asiakkaat eivät voi poistua palveluiden piiristä yhtä helposti kuin yksityisellä sektorilla. Sen lisäksi Seddon kritisoi julkisten palveluiden byrokraatista ylhäältä-alas johtamismallia, jonka hän näkee olevan irrallaan palveluiden tuotannosta ja keskittyvän palvelun todellisen tarkoituksen toteuttamisen sijaan toimimaan mittareiden,

tulostavoitteiden ja budjettien mukaisesti. Koska julkisten palveluiden johtamismalli keskittyy ihmisten ja budjettien johtamiseen asiakkaiden palvelemisen sijaan, ovat palvelut täynnä hukkaa. (Seddon, 2008a, s. 70.) Walley ja muut (2019, s. 30) tuovat myös esiin tämän johtamismallin ja kuvaavat, että yksi sen piirteistä on luoda lisätyötä aiheuttavia valvontavaiheita raportointiin, jotka näyttäytyvät työntekijöille pääasiassa pakollisina rasti ruutuun -käytäntöinä, eivätkä puutu taustalla oleviin ongelmiin.

Seddonin systeemiajattelu lähestyy organisaatioiden johtamista ulkoapäin katsottuna eli ensiksi ymmärtämällä asiakkaiden kysynnän ja sen jälkeen suunnittelevan järjestelmän, joka vastaa tähän kysyntään (Seddon, 2008a, s. 70–71). Hallinnan mahdollistamiseksi tässä monimuotoisessa ympäristössä on välttämätöntä yhdistää päätöksenteko ja kysynnän mittaaminen osaksi työn tekemistä eli siirtää ne työntekijöille. Johtajan rooli muuttuu hierarkkisesta roolista systeemin parissa työskenteleväksi. Johtajan tehtävänä on tehdä asioita, jotka eivät ole työntekijöiden hallinnassa, mutta vaikuttavat systeemin olosuhteisiin eli työn toimivuuteen. Seurauksena on asiakaskeskeinen systeemi, joka muokautuu asiakkaiden kysynnän mukaisesti. Siinä missä Taaichi Ohnon autotehtaan innovaatio oli suunnitella systeemi, joka tuotti autoja kysynnän mukaan – palveluorganisaatioissa haasteena on suunnitella systeemejä, jotka kykenevät omaksumaan erilaista kysyntää ja tarjoamaan parempaa palvelua pienemmillä kustannuksilla. (Seddon, 2008a, s. 70–71.)

Seddonin (2008a, s. 71) mukaan yllä esitetty systeemiajattelun johtamistapa on intuition vastainen johtajille, jotka ovat tottuneet hierarkkiseen ylhäältä-alas johtamistyyliin. Tämä johtuu usein heidän resurssikeskeisestä näkemyksestään, jonka takia he yhdistävät palveluissa tehtävät parannukset automaattisesti korkeampiin tuotantokustannuksiin. Seddonin mukaan tähän sisältyy kuitenkin paradoksi, koska työnvirtaukseen keskittyminen on tapa vähentää kustannuksia, mutta keskittyminen työn kustannuksiin puolestaan nostaa kustannuksia. Eli sen sijaan, että johtajat keskittyisivät työn valvontaan ja kustannusten ja tavoitemittareiden seurantaan, heidän tulisi itseasiassa seurata työnvirtausta ja asiakkaiden kysyntää, koska tätä kautta on mahdollista löytää hukkaa aiheuttavat syyt

systemistä ja optimoida resurssien käyttöä. (Seddon, 2008a, s. 72.) Seuraavassa luvussa tarkastellaan Seddonin systeemiajattelun näkökulmista palveluiden suunnittelua.

2.4 Asiakaskysynnän tunnistaminen ja palvelujen suunnittelu

Seddon (2008a, s. 72) esittää, että palvelusuunnittelussa on tärkeä tunnistaa, millaista kysyntä on luonteeltaan asiakkaan näkökulmasta. Vasta kun tiedetään, millaista kysyntä on, voidaan palvelu suunnitella tuottavan arvoa asiakkaille eli vastaamaan siihen mitä he haluavat saada. Ensimmäinen vaihe on tunnistaa, onko kysyntä ennakoitavaa vai arvaamatonta. Kuten aikaisemmin todettiin, iso osa kysynnästä voi olla häiriöstä johtuvaa tai muuten vain tarpeetonta ja lisätyötä aiheuttavaa. Mikäli tällainen kysyntä on ennakoitavissa, on se mahdollista poistaa puuttamalla sen syihin. Silloin kun palvelu vastaa asiakkaiden asettamaan nimellisarvoon niin asiakkaat kokevat saavansa ainoastaan sitä, mitä he haluavat ja tämä on kaikista kustannustehokkain tapa vastata kysyntään. Samalla kapasiteetti – niiden asioiden määrä, joita voidaan tehdä — kasvaa. (Seddon, 2008a s. 72.)

Palvelun suunnittelu siten, että se vastaa kysyntään vaatii systeemisiä muutoksia (Seddon, 2008a, s. 72). Nämä muutokset koskevat systeemin olosuhteita, kuten mitä työltä odotetaan tai minkälaisia rooleja työntekijöillä on. Johtamisen osalta keskeistä on ymmärtää systeemiajattelun lähestymistavat ja johtaa organisaatioita systeemeinä. Tämä vaatii Seddonin mukaan myös byrokraattisten ylhäältä-alas ajattelutavan käytäntöjen korvaamista, kuten työn valvontaan ja parantamiseen liittyvien mittareiden poistamista ja tämän vastuun siirtämistä suoraan työn tasolle eli työntekijöille. Seddon kuvaa tämän ajattelutavan muutoksen olevan monille johtajille silmiä avaava kokemus, joka saa heidät tajuamaan aikaisempien uskomustensa virheellisyyden. Systeemiajattelun omaksuminen osaksi organisaatiota muuttaa täten työntekijöiden ja johtajien toimintaa ja rooleja siten, että työntekijät ovat vastuussa työn tekemisestä ja parantamisesta, kun taas johtajat keskittyvät työn virtaukseen ja systeemin olosuhteisiin työskennellessään itsekkin lähempänä todellista työtä, eivätkä kaukana etätoimistoissaan. (Seddon, 2008a, s. 72–73.)

Kun johtajat lähtevät tutustumaan työhön systeemiajattelun näkökulmasta, huomaavat he usein monia organisaation ominaisuuksia, jotka haittaavat suorituskyykyä (Seddon, 2008a, s. 73). Seddon mainitsee, että yksi tällainen asia on johtajien itsensä asettamat aktiivisuusmittarit, jotka eivät paranna systeemin toimintaa asiakkaan näkökulmasta vaan lisäävät kysynnän monimuotoisuutta. Kysynnän monimuotoisuuden lisääntyminen johtaa puolestaan siihen, että työntekijöiden työmäärä lisääntyy ja osattavien asioiden määrä kasvaa. Muita suorituskyykyä haittaavia asioita ovat Seddonin mukaan työnjakojärjestelmät, jotka vähentävät työn hallintaa, ja standardoidut prosessit, jotka nostavat kustannuksia – kumpikin asioita, jotka on alun perin suunniteltu päin vastakkaisen tuloksen saamiseksi. (Seddon, 2008a, s. 73–74.) Palveluorganisaatioiden tehtävä on Seddonin ja O'Donovanin (2010, s. 15) mukaan omaksua ja vastata asiakkaiden erilaisiin vaatimuksiin. Tämän tehtävän kannalta tarkasteltuna johtajien on mahdollista huomata, kuinka nämä menetelmät ja työkalut itseasiassa vaikeuttavat systeemiä toteuttamasta tarkoitustaan (Seddon, 2008a, s. 73).

Seddonin (2008a, s. 74–76) mukaan systeemien suunnittelua ohjaavat tietyt käytännön periaatteet. Näitä ovat kouluta työntekijät vastaamaan kysyntään, työntekijä toimii oman työnsä tarkastajana, hallinnan ja kehittämisen mittarit asetetaan työn tasolta ja johtaja vastaa siitä, miten työ toimii systeemin tasolla. Seddonin mukaan näiden periaatteiden noudattamisen seurauksena työntekijät ovat itsenäisempiä, he kehittyvät jatkuvasti ja ovat motivoituneimpia ratkaisemaan asiakkaiden todellisia ongelmia. Sen lisäksi työntekijöitä ei tarvitse ohjata vaan he ottavat itse vastuun tapausten hoitamisesta ja siirtävät ne tarvittaessa itse eteenpäin seuraavalle. Näin ollen myös työntekeminen koostuu niiden asioiden tekemisestä, joilla on merkitystä asiakkaan kannalta. Johtajat puolestaan ottavat vastuuta työn tekemisen ulkopuolella olevista asioista ja toimivat täydentävässä roolissa. (Seddon, 2008a, s. 74–76.)

Suunnittelun palvelun siirtäminen varsinaiseksi käytännön prosessiksi edellyttää yhteisymmärrystä työntekijöiden ja johtajien kesken siitä, kuinka työ toimii (Seddon, 2008a, s. 78). Keskinäinen ymmärrys ja yhteinen kieli kehittyy itse prosessissa eli silloin, kun tahot

oppivat organisaationsa toimintaa. Seurauksena on suorituskyvyn parantumisen lisäksi myös yhteistyön parantuminen, koska työntekijät ja johtajat ovat toisiaan täydentävissä rooleissa. Huomioitavaa on myös, että siirtyminen tällä tavoin systeemiajatteluun vaatii oppimisen ohella myös vanhoista käytännöistä poisoppimista. (Seddon, 2008a, s. 78.)

Walley ja muiden (2019, s. 21–22) mukaan yksi lähestymistapa, joka soveltaa Lean johtamisfilosofiaa ja systeemiajattelua on Vanguard-menetelmä. Vanguard-menetelmä on Vanguard Consultingin ja John Seddonin kehittämä asiakaslähtöinen systeemiajattelun tapa, joka tarkastelee organisaatioita kokonaisvaltaisina järjestelminä ja keskittyy palvelun tarkoitukseen asiakkaan näkökulmasta kiinnittäen huomiota kysynnän laatuun ja toistuvuuteen (Jaaron & Backhouse, 2014, s. 2027, 2029; Walley ja muut, 2019, s. 21–22). Menetelmä tarjoaa organisaatiolle keinot tutkia palveluita kokonaisvaltaisesti, ymmärtää palvelun käyttäjien vaatimuksia, seurata vaatimuksia ymmärtääkseen, miten ja kuinka hyvin palvelut toimivat ja tunnistaa järjestelmäolosuhteita, jotka auttavat tai estävät organisaatiota toimimaan tarkoituksensa mukaisesti asiakkaiden näkökulmasta (Locality & Vanguard, 2014, s. 11). Walley ja muiden (2019, s. 21–22) mukaan menetelmä pyrkii tuottamaan palveluita, jotka vastaavat niiden tarkoitusta ja asiakkaiden kysyntää, sekä lisäämään tehokkuutta ja vähentämään hukattuja resursseja organisaatiossa. Yksi Vanguard-menetelmään sisällytetyistä ajatuksista on häiriökysyntä, joka tarkoittaa kysyntää, joka johtuu epäonnistumisesta tehdä jotain tai tehdä jotain oikein asiakkaalle (Walley ja muut, 2019, s. 21–22). Häiriökysyntää käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

2.5 Häiriökysyntä

Seddonin (2005, s. 26) mukaan systeemiajattelun kautta voidaan todeta, että palveluissa esiintyy kahdentyyppistä kysyntää: arvokysyntää ja häiriökysyntää. Arvokysyntää (value demand) ovat vaatimukset, joita palveluntarjoaja haluaa asiakkaiden esittävän. Nämä vaatimukset ovat asioita, joita asiakkaat haluavat palvelulta ja, jotka tuottavat asiakkaille arvoa. Arvokysyntään vastaaminen on syy, minkä takia palvelu on olemassa.

Häiriökysyntää (failure demand) ovat puolestaan vaatimukset, joita palveluntarjoaja ei halua asiakkaiden esittävän. Nämä vaatimukset eli häiriökysyntä ovat seurausta sille, että jotain ei tehdä tai jotain ei tehdä oikein asiakkaan kannalta. (Seddon, 2005, s. 26.)

Seddonin (2005, s. 26) mukaan häiriökysyntää syntyy, kun palveluorganisaatio ei toimi kunnolla. Kun palvelu epäonnistuu asiakkaiden palvelemisessa odotusten mukaisesti, johtaa tämä asiakkaiden palaamiseen takaisin palvelun pariin lisävaatimusten kanssa. Asiakkaan odotusten mukaisesti toimimaton palvelu näkyy lisääntyneenä työmääränä, joka kuormittaa entisestään organisaation resursseja. (Seddon, 2005, s. 26.) Walley'n ja muiden (2019, s. 21) mukaan häiriökysyntä voi näyttäytyä myös kysynnän siirtymisenä järjestelmän osasta toiseen, millä on haitallinen vaikutus asiakaskokemukseen esimerkiksi jonojen tai viivästysten muodossa. Seddonin (2005, s. 26) mielestä häiriökysyntä on seurausta palvelutuotannossa esiintyvälle osaoptimisoinnille, johon organisaation on kuitenkin mahdollista puuttua ja tätä kautta parantaa palveluiden toimintaa ja alentaa kokonaiskustannuksia.

Hartmann ja muut (2021, s. 19) esittävät, että Seddonin klassinen määritelmä häiriökysynnälle saattaa riittää joillakin toimialoilla, mutta heidän mielestään määritelmä vaatii tarkennusta terveydenhuollon ympäristössä. Heidän mukaansa häiriökysyntä on asiakasvuorovaikutus, joka tapahtuu useammin kuin kerran, koska aiempi vuorovaikutus palvelun tarjoavan järjestelmän kanssa ei ole onnistunut. Tämän määritelmän mukaan, häiriökysyntää esiintyy silloin, kun asiakas palaa uudelleen palvelun pariin järjestelmävirheen takia. Näin ollen häiriökysynnän aiheuttajana on aina järjestelmävirhe. Vaikka tutkijat toteavatkin, että kaikki järjestelmävirheet eivät välttämättä johda häiriökysyntään, ovat he sitä mieltä, että järjestelmävirhe ja häiriökysyntä ovat aina syy-seuraussuhteessa. (Hartmann ja muut, 2021, s. 18–20.)

Seddonin ja O'Donovanin (2010, s. 15) mukaan häiriökysyntä on järjestelmällinen ilmiö, joka on ominainen etenkin palveluorganisaatioille. Tutkijoiden mukaan häiriökysynnän pääsiallinen syy on järjestelmän epäonnistuminen omaksua ja käsitellä kaikenlaista

asiakkaiden kysyntään. He esittävät, että suurin syy häiriökysynnälle on standardisointi (Seddon & O'Donovan, 2010, s. 15). Kasirin ja muiden mukaan (2017, s. 91) standardisoinnilla pyritään vastaamaan asiakasmassojen tarpeisiin ja mieltymyksiin samalla yksinkertaistetulla palvelulla. Asiakkaat voivat kokea tämän lähestymistavan palveluna, jossa heidän todellisia tarpeitaan ei kuunnella, eikä heidän yksilöllisiä ongelmiaan ratkaista (Kasiri ja muut, 2017, s. 91). Standardisointi johtaa siis siihen, että järjestelmä ei käsittele kaikenlaista asiakkaan kysyntää ja tämä tuottaa häiriökysyntää etenkin aloilla, joissa asiakkaiden yksilöllinen kohtaaminen on tärkeää (Seddon & O'Donovan, 2010, s. 15).

Hyytiälän (2021) tulkinnan mukaan häiriökysynnässä on pohjimmiltaan kyse kohtaamattomuudesta, jossa tarve ja tarjonta eivät kohtaa palvelutapahtumassa. Hyytiälän ja Kekomäen (2017) tarkemman tulkinnan mukaan häiriökysyntää esiintyy, kun palvelutuotannon allokatiivinen tehokkuus (tehdäänkö oikeita asioita) ja tekninen tehokkuus (tehdäänkö asiat oikein) keskittyvät pääosin järjestelmän tarjontapuolen tehostamiseen, eivätkä tarkastele palveluntuotannon kehittämistä kysyntäpuolen näkökulmasta. Tämä tuotantolähtöinen ajattelutapa toimii perinteisessä teollisessa ympäristössä, jossa on mahdollista tuottaa homogeenisiä eli tasalaatuisia tuotteita, mutta palveluorganisaatioiden osalta asiakkaiden kysyntä on heterogeenistä eli epäyhtenäistä ja vaihtelevaa. Palveluorganisaatiot ovat myös voimakkaassa ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, mikä edellyttää palvelutuotannon kyvykkyyden ja tehokkuuden kehittämistä ymmärrystä kysynnän luonteesta ja laadusta. (Hyytiälä & Kekomäki, 2017.)

Walley ja muut (2019, s. 24) esittävät, että julkiset palvelut noudattavat enemmän resurssivetoista kuin kysyntälähtöistä näkemystä suunnitellessaan toimintaansa. Hyytiälän (2021) mukaan tämä palveluorganisaatioissa vaikuttava ekonomia-ajattelu ja työn järjestäminen tehokkuuden ja suoritteiden mahdollistamiseksi voi esiintyä häiriökysyntänä. Organisaatioissa pyrkimys tehokkuuteen ja suoritteisiin saa aikaan siiloja, koska työskentely on usein järjestetty erilaisten ohjausmekanismien ja kannustimien avulla siten, että itsenäiset osastot pystyisivät toimimaan tehokkaasti. Hyytiälän mukaan siilotyöskentely ei kuitenkaan toimi palvelutuotannon osalta, koska se heikentää osastojen yhteistyötä,

yhteisöllistä osaamista ja keskinäistä oppimiskykyä. Palvelutuotannossa esiintyvät siilot johtavat myös palveluiden sirpaloitumiseen asiakkaiden näkökulmasta, mikä voi johtaa häiriökysynnän syntymiseen. (Hyytiälä, 2021.)

Hyytiälä (2021) mainitsee myös, että palveluorganisaatioissa työn järjestäminen etu- ja takalinjoihin tehokkuuden ja suoritteiden nimissä saa aikaan häiriökysyntää. Tällaiselle järjestelylle on tyypillistä, että etulinjassa toimii asiakaspalvelu, joka ohjaa tapauksia IT-järjestelmien kautta takalinjassa toimiville ja tapauksia ratkoviille asiantuntijoille. Hyytiälän mukaan on yleistä, että linjojen välillä esiintyy erilaisia yhteistyön ongelmia, eikä kenelläkään ole tarkkaa käsitystä asiakkaan tilanteesta, koska asiakkaan yhteydenotto on saatettu pilkkoa usealle eri asiantuntijalle. Tällainen työn järjestely on käytössä esimerkiksi terveydenhuollossa, jossa perusterveydenhuolto toimii etulinjana ja erikoissairaanhoido takalinjana. Työnjaon heikko toimivuus tulee esiin etenkin pitkissä hoitoprosesseissa ja tämä voi asiakkaan kohdalla näyttäytyä pompotteluna perusterveydenhuollon ja erikoisterveydenhuollon välillä. (Hyytiälä, 2021.)

Seddonin (2008a, s. 71–72) mukaan häiriökysyntä on organisaation hallittavissa ja sen poistaminen on yksi vaikuttavimmista taloudellisista muutoksista, jota organisaatio voi tehdä. Poistaakseen häiriökysynnän organisaation johdon tulee tunnistaa, millaista kysyntää asiakkaat tuovat mukanaan järjestelmään. Ennakoitava häiriökysyntä voidaan poistaa puuttamalla sen syihin. (Seddon, 2008a, s. 71–72.) Jos häiriökysyntää ei tunnisteta tai se nähdään vain työnä muun työn joukossa, jää palvelun kehittämisestä huomaamatta merkittäviä keinoja parantaa palveluiden taloudellista tehokkuutta. Tämä itsessään johtaa hukan syntymiseen, sillä kehittäminen keskittyy vain osittain palvelun todelliseen tarkoitukseen. (Seddon, 2005, s. 26–28; Seddon & O'Donovan, 2010, s. 14.)

Hyytiälän (2021) mukaan häiriökysynnän vähentämisessä on keskeistä, että muutamme tapamme järjestää palveluorganisaatioiden työtä. Hänen mielestään tuloksellisuuden ja suoritteiden määrän sijaan tärkeämpää on keskittyä vuorovaikutukselliseen kykyyn kohdata asiakkaan yksilöllinen tarve tilanteen mukaisella tavalla. Sosiaali- ja

terveydenhuollossa pyrkimyksenä tulisi olla asiakkaan tarpeeseen vastaaminen jo ensimmäisellä kohtaamisella, esimerkiksi moniammatillisten tiimien avulla. (Hyytiälä, 2021.) Hyytiälän ja Kekomäen (2017) mukaan sote-uudistuksessa on tärkeää, että asiakkaiden erilaiseen kysyntään pystytään vastaamaan monimuotoisilla ja joustavilla palvelurajapinnoille ja tarkoituksenmukaisella palveluohjauksella. He korostavat myös saumattomasti toimivien hoitoketjujen tärkeyttä, koska hoitoketjun katkeaminen luo lähes aina häiriökysyntää asiakkaan toistuvasti hoitoon hakeutumisen takia. (Hyytiälä & Kekomäki, 2017.)

Tässä tutkielmassa häiriökysynnän esiintymistä ja häiriökysyntään johtavia syitä sosiaali- ja terveydenhuollossa tutkitaan tarkemmin kartoittavan kirjallisuuskatsauksen menetelmän kautta. Tutkimuksen tulokset tämän osalta esitetään puolestaan luvussa 5.

3 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ja integraatio

Tässä luvussa käsitellään paljon sosiaali- ja terveystalvueluita tarvitsevia asiakkaita, asiakkaiden määrittelyä ja asiakkaisiin liitettyjä erityispiirteitä. Luku selventää, keitä ovat eniten palveluita tarvitsevat asiakkaat ja mitkä ovat tekijät, jotka vaikuttavat palveluiden runsaaseen käyttöön. Luku käsittelee myös sosiaali- ja terveystalvuelujen integraatiota käsitteenä ja ilmiönä, sekä integraation tarvetta ja toteutusta Suomessa. Integraation vaikutuksia käsitellään etenkin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden osalta.

3.1 Paljon palveluita tarvitseva asiakas

Paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat ovat olleet sote-palvelujärjestelmän tutkimuskohteenä jo pitkään, koska on tiedostettu, että suurin osa kustannuksista keskittyy pienelle osalle väestöstä (Ylitalo & Katajisto, 2019, s. 21; Leskelä, 2013, s. 3163). Leskelän (2013, s. 3163) mukaan kallein 10 % asiakkaista kuluttaa 81 % kokonaiskustannuksista. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden resurssitarve kuormittaa sote-palvelujärjestelmää ja aiheuttaa turhautuneisuutta heille hoitoa tarjoavalle henkilöstölle ja etenkin lääkäreille (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 21). Ylitalo-Katajiston mukaan paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita voidaan kutsua myös paljon palveluita käyttävinä asiakkaina, mutta hänen mielestään tarpeen perusteella määriteltynä käsite on laaja-alaisempi kuin palvelujen käytön perusteella. (Ylitalo-Katajiston, 2019, s. 21.) Tästä syystä tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan käsitettä.

Ylitalo-Katajiston (2019, s. 18) mukaan paljon palveluita tarvitsevaa asiakasta on tutkittu ja määritelty etenkin terveydenhuollon puolella, joten määritelmän täyttäviä kriteerejä on useita. Usein määritelmässä korostuu perusterveydenhuollon lääkärin päivystyksen käyntien lukumäärä verrattuna väestön keskimääräiseen käyntitiheyteen, esimerkiksi Ylitalo-Katajisto määrittelee omassa tutkimuksessaan käyntien määräksi yli kuusi kertaa vuodessa. Tutkijan mukaan paljon palveluita tarvitsevistä asiakkaista ei ole sosiaalihuollon puolelta saatavilla läheskään yhtä paljon tietoa johtuen rekisteritietojen

puutteellisuudesta. (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 18, 22.) Leskelän (2013) tutkimuksessa rekisteritietoja on kuitenkin hyödynnetty, vaikkakin pois on jätetty ne sosiaalihuollon avopalvelut, joista yksilöön kohdistettuja kustannuksia ei ollut saatavilla. Leskelän tulokset esittävät, että vaikka vastaavat tutkimukset jättävät usein pois sosiaalihuollon kustannukset, aiheuttavat pelkkiä sosiaalipalveluita käyttävät asiakkaat itseasiassa enemmän kuluja kuin vain terveyspalveluja käyttävät asiakkaat. (Leskelä, 2013, s. 3163–3164, 3169.)

Paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita on Ylitalo-Katajiston (2019, s. 23) mukaan määritely myös muiden ominaispiirteiden, kuten sukupuolen, ikäryhmän, sosiodemografisten piirteiden, kuten koulutuksen, psyykkisten piirteiden, kuten ahdistuneisuuden, hermostuneisuuden tai stressireaktioiden, tai sosiaalisten ongelmien, kuten yksinäisyyden, taloudellisten ongelmien tai työttömyyden mukaan. Sen lisäksi määrittelyjen pohjana on käytetty erilaisia diagnooseja, kuten kroonisia sairauksia, masennusta, dementiaa tai sydän- ja verisuonisairauksia sekä riskitekijöitä, ja psyykkisiä sairauksia, kuten päihteiden väärinkäyttöä, psykoosia tai persoonallisuushäiriöitä. Näiden lisäksi myös huonoksi koettu terveydentila on ollut paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden määrittelyn perusteena. (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 23.)

Leskelän (2013, s. 3163) mukaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevilla asiakkailla on usein monia sairauksia, korkea ikä ja heikko sosiaalinen asema. Riskitekijänä palveluiden käytön kasvulle Leskelä (2013) mainitsee pitkäaikaissairaudet. Hujala ja Lammintakanen (2018, s. 16) puolestaan mainitsevat, että nämä asiakkaat tarvitsevat paljon erilaisia sote-palveluita ja he voivat olla samanaikaisesti usean eri hoidontarjoajan asiakkaita, esimerkiksi terveyskeskuksessa, sairaalan poliklinikoilla ja sosiaalitoimessa. Sen lisäksi he voivat tarvita apua ja tukea myös sivistystoimesta, Kelasta tai työelämäpalveluista. (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 16.) Ylitalo-Katajisto (2019, s. 18) onkin sisällyttänyt määritelmäänsä, että paljon palveluita tarvitsevilla asiakkailla voi olla myös ammattilaisen tunnistama monialaisen yhteistyön tarve, palveluiden käytön määrän lisäksi.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2017, s. 18) on tarkastuksessaan jaotellut runsaasti palveluja käyttävät asiakkaat kahteen asiakastyyppiin: 1) asiakkaat, joilla on todellinen tarve palvelulle ja siitä saatavalle hyödyille ja 2) asiakkaat, jotka käyttävät palveluita runsaasti, mutta jotka eivät saa varsinaista hyötyä palveluista, vaikka hakeutuvat toistuvasti niiden piiriin. Tarkempien kriteerejä julkaisu ei määrittele paljon palveluita tarvitseville asiakkaille ilmiön monimuotoisuuden vuoksi. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastus toteaa kuitenkin, että kyseessä heterogeeninen ryhmä, joiden on monimuotoisiin tarpeisiin perusterveydenhuolto ei tällä hetkellä kykene vastaamaan. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2017, s. 18.)

Kivelä ja muut (2018, s. 115) ovat samaa mieltä ilmiön monimuotoisuudesta ja esittävät sen olevan syy, minkä takia paljon palveluita tarvitseville asiakkaille ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. He tunnistavat asiakkaista kuitenkin neljä määrittelevää ominaisuutta, joita ovat aistimus oireista, huonoksi koettu terveydentila, heikompi elämänlaatu ja säännölliset käynnit hoidontarjoajan luona. Näiden ominaisuuksien perusteella Kivelä ja muut (2018, s. 121) määrittelevät ilmiön koskevan asiakkaita, joilla on selvä tarve käydä perusterveydenhuollossa. Nämä asiakkaat tuntevat oireita, joita heidän on joko vaikea hallita, tai heillä ei ole tietoa siitä, kuinka hallita niitä. Asiakkaiden kokemat oireet heikentävät heidän terveydentilaansa tai heikentävät heidän elämänlaatuaan. (Kivelä ja muut, 2018, s. 115, 117, 121.)

Hujalan ja Lammintakasen (2018, s. 17) mielestä paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevia asiakkaita ei voida kuitenkaan erottaa yhdeksi ryhmäksi, joka olisi muista asiakkaista erillinen kokonaisuus, koska näiden asiakkaiden tarpeet eroavat toisistaan. Heidän mielestään paljon palveluita tarvitseviin asiakkaisiin kuuluu monenlaisia ihmisiä, eikä heitä voi tästä syystä ajatella samanlaisista ihmisistä koostuvana joukkona. Vaikka nämä ihmiset eroavat toisistaan on paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla kuitenkin usein kyse tilanteesta, jossa he tarvitsevat sekä sosiaali- että terveyspalveluja. Esimerkiksi yksinäisyys, asunnottomuus tai työttömyys voivat Hujalan ja Lammintakasen mukaan muuttua ongelmiksi, jotka saavat ihmiset hakemaan apua toistuvasti

akuuttipäivystyksestä, vaikka oikea hoito tai tuki olisi saatavilla jotain toista kautta. (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 17–18.)

Kivelä ja muut (2018, s. 116) esittävät, että paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden välillä on eroja syissä ja tarpeissa, jonka takia he hakeutuvat hoitoon. Kuten aikaisemmin todettiin, tutkijat tunnistavat, että asiakkailla on todellinen hoidon tarve, mutta silti he tekevät usein tarpeettomia käyntejä terveydenhuollon ammattilaisten luokse. Kivelä ja muut esittävät, että usein syynä toistuvaan konsultointiin on tarve valittaa fyysisistä oireista, riippumatta pääasiallisesta syystä oireiden taustalla. He esittävät myös, että joidenkin potilaiden kynnys hakeutua hoitoon voi olla matalampi. Tämä yksilöllinen päätöksenteko voi johtua useista tekijöistä, kuten ahdistuksesta, sairauden pelosta, lääkärin roolista, kokemuksista aikaisemmista tapaamisista, aiemmin opituista tavoista tai perheenjäsenten ja ystävien kommentteista ja käytöksestä. Mahdollista on myös, että jotkut potilaat eivät huomaa mitään huolta tavassa, jolla he käyttävät palveluita. (Kivelä ja muut, 2018, s. 116.)

Hujalan ja Lammintakanen (2018, s. 16) mukaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevat asiakkaat ovat yksi sote-uudistuksen haastavimmista kohderyhmistä. Tällä he eivät kuitenkaan tarkoita, että nämä asiakkaat olisivat itsessään haastavia tai vaikeita potilaita vaan, että haaste muodostuu heidän monimuotoisiin palvelutarpeisiinsa vastaamisessa. Tutkijoiden mukaan kyse on itseasiassa täysin tavallisista ihmisistä, kuten vanhuksista, perheistä, työssä käyvistä tai työttömistä aikuisista, lapsista, nuorista tai vanhemmista – eli ihmisistä, jotka erilaisista syistä johtuen ovat elämäntilanteessa, jossa he tarvitsevat keskimäärin enemmän apua ja tukea. Kaikille näille asiakkaille on yhteistä, että nykyinen palvelujärjestelmä ei ole onnistunut vastaamaan heidän tarpeisiinsa kokonaisvaltaisesti. Hujala ja Lammintakanen esittävät myös, että tämän kohderyhmän palveleminen ei onnistu kenenkään palveluntarjoajan toimesta yksin, vaan siihen tarvitaan ammatti- ja organisaatorajoja ylittävää yhteistyötä. (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 16–19.)

Leskelän (2013, s. 3167) mielestä palvelujärjestelmän tulisi keskittyä paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hallintaan ja suunnitellusti ennaltaehkäistä tähän ryhmään joutumista. Hän mielestään palvelujärjestelmä toimii hyvin suurimmalle osalle väestöstä, mutta erikoistuneisiin palveluihin perustuva siilomainen järjestelmä ei toimi kalleimman asiakasryhmän hallinnassa. Tämä johtuu Leskelän mukaan siitä, että siilomaisessa järjestelmässä paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tiedot jakautuvat hyvin laajasti, eikä kenelläkään ole kokonaiskuvaa tai vastuuta asiakkaasta. Tästä syystä myöskään ennaltaehkäiseviä palveluita ei kyetä kohdistamaan oikeaan aikaan ja riittävästi asiakkaille, jotka niitä eniten tarvitsisivat. Leskelä esittää, että toiminnan suunnittelussa pitäisi tunnistaa paljon palveluita tarvitsevien ja tavallisten asiakkaiden erilaiset tarpeet. Leskelän mukaan ero näkyy esimerkiksi siinä, että valtaosa väestöstä pitää tärkeänä palveluiden hyvää saatavuutta ja laatua, joita voidaan lisätä valinnanvapauden kautta, mutta paljon palveluita tarvitseville asiakkaille keskeisempää on mahdollistaa pysyvien ja yli organisaa-tiorajojen toimivien hoitosuhteiden toteutuminen. (Leskelä, 2013, s. 3167.)

3.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen integraatio

Sosiaali- ja terveystalveluiden integraatio on ollut paljon esillä julkisessa ja poliittisessa keskustelussa niin Suomessa kuin kansainvälisesti viime vuosien aikana (Taskinen & Hujala, 2020, s. 48). Kyseessä ei ole uusi ilmiö, vaan sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmässä on käytetty useita erilaisia ja eri tasoille kohdistuvia integroinnin tapoja jo vuosikymmenten ajan (Taskinen & Hujala, 2020, s. 48). Ylitalo-Katajiston (2019, s. 18) mukaan sosiaali- ja terveystalvelujen integraation tarve on tullut esille erityisesti paljon resursseja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla eli heidän, joilla on pitkäaikaissairaus, moninaisia ongelmia arjessa pärjäämiseksi sekä samanaikainen tarve usean eri hoidontarjoajan palveluihin. Näiden paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kannalta on keskeistä, että talvelut toimivat yhtenä integroituna kokonaisuutena (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 18).

3.2.1 Integraatio käsitteenä ja ilmiönä

Integraatiolla tarkoitetaan Taskisen ja Hujalan (2020, s. 48–49) mukaan eheyttämistä tai yhdentämistä, ja sen lähikäsitteenä käytetään usein koordinointia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa on siis kyse erilaisista toimista ja ratkaisuista, joiden avulla on tarkoitus yhdentää tai eheyttää hyvinvointipalvelujen rakenteita ja toimintoja. Taskisen ja Hujalan mukaan integraatioita voidaan toteuttaa eri toiminnan tasoilla eli järjestelmien, organisaatioiden ja ihmisten tasoilla. Erilaiset integraatiot voidaan siis jäsenellä tapahtuvan makro-, meso- tai mikrotasolla. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 48–50.)

Makrotasolla eli järjestelmän tasolla tapahtuva integraatio tarkoittaa Taskisen ja Hujalan (2020, s. 51) mukaan sitä, että sosiaali- ja terveysala yhdistetään yhdeksi palvelujärjestelmäksi. Makrotason yhteiskunnallisten rakenteiden yhdistäminen perustuu poliittiseen päätöksentekoon ja lainsäädäntöön. Mesotasolla eli organisaatiotasolla tapahtuvaa integraatiota on esimerkiksi kunnan aiemmin erillisinä toimivien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistäminen hallinnollisesti yhden kokonaisuuden alle. Mikrotason integrointi tarkoittaa sote-palveluissa ihmisten eli työntekijöiden tai asiakkaiden yhteensovittamista. Taskinen ja Hujala esittävät, että moniammatilliset tiimit ovat yksi esimerkki työntekijöiden tasolla tapahtuvasta integraatiosta, kun taas asiakastasolla he käyttävät esimerkkinä palveluohjaajan tekemää koordinointia, jossa asiakkaan eri palvelut muodostetaan yhtenäiseksi ja jatkuvaksi kokonaisuudeksi. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 51.)

Integraatioita voidaan Taskisen ja Hujalan (2020, s. 49–50) mukaan tarkastella myös normatiivisen integraation ja funktionaalisen integraation kautta. Normatiivinen integraatio tarkoittaa muun muassa toimintaa ohjaavien yhteisten sääntöjen, normien, arvojen, viisoiden ja kulttuuristen käytänteiden yhtenäistämistä rakenteiden sisällä. Funktionaalinen integraatio puolestaan tarkoittaa keskeisten tukitoimintojen, kuten johtamisen tai tietojärjestelmien yhdenmukaistamista siten, että ne mahdollistaisivat eri organisaatioiden ja toimijoiden koordinoitua toiminnan ja päätöksenteon. Taskinen ja Hujala esittävät, että normatiivisen ja funktionaalisen integraation tarkoituksena on toimia

mahdollistajana, jotta tarkempaa yhdentämistä voidaan tehdä itse toiminnan tasolla eli järjestelmien, organisaatioiden tai ihmisten tasolla. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 49–51.) Taskinen ja Hujala (2020, s. 51) mainitsevat, että etenkin kansallisessa sote-keskustelussa on käytetty toiminnallisen integraation käsitettä. Toiminnallinen integraatio kuvaa käytännön toimintaa eli sitä, kuinka yhtenäisesti tai hajanaisesti palvelut toimivat. Tämän lisäksi on olemassa hallinnollinen integraatio, joka tarkoittaa Taskisen ja Hujalan mukaan kaikkien palveluiden yhdistämistä saman hallintorakenteen alle. Tutkijoiden mukaan hallinnollista integraatiota ei pidä kuitenkaan sekoittaa toiminnallisen integraation kanssa, koska vaikka palvelut toimisivat saman hallinnon alle, ei tämä tarkoita, että ne toimisivat asiakaslähtöisesti. Toiminnallisen integraation keskeisiä tekijöitä ovat puolestaan oikea-aikaisuus, tarveperustaisuus, asiakaslähtöisyys ja saumattomuus. Toiminnallinen integraatio voi Taskisen ja Hujalan mukaan perustua avarampaan yhdentämiseen kuin hallinnollinen tai rakenteellinen integraatio, koska se voi esiintyä myös eri palveluntarjoajien vapaamuotoisena yhteistyönä. Tyypillisiksi toiminnallisen integraation toteutumista voiksi tutkijat listaavat moniammatilliset organisaatorajat ylittävät tiimit, palveluohjauksen, asiakassuunnitelmat ja asiakaslähtöisten palvelupolkujen tai palvelukokonaisuuksien määrittämisen. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 51–52.)

Integraation käsite voidaan jäsentää ulottuvuuksien perusteella eli jakaa vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon (Taskinen & Hujala, 2020, s. 52). Vertikaalinen integraatio tarkoittaa palvelujärjestelmän eri hierarkkisilla tasoilla tapahtuvaa palvelujen integrointia, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integrointia. Horisontaalinen integraatio puolestaan tarkoittaa palvelujärjestelmän samalla tasolla toimien palvelujen integrointia, kuten kunnan sosiaalipalvelujen ja terveystalouden yhdyntämistä. Integraatioiden jaottelua voidaan tehdä myös perustuen siihen, kuinka tiivistä yhdentyminen on. Tällaisessa jaottelussa integraation muodot voivat vaihdella asteittain, alkaen täydellisestä erillään olosta, jatkaen kytköksiin tai sidosteisiin, verkostoissa koordinointiin, yhteistyöhön ja päättyen täydelliseen yhdentymiseen. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 52–53.) Edellä kuvatut integraatio-käsitteen jäsentämisen ulottuvuudet on esitetty havainnollistavassa muodossa Kuviossa 2.



Kuvio 2. Integraation ulottuvuudet (mukaillen Taskinen & Hujala, 2020, s. 49–50).

3.2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation tarve

Sinkkonen ja muut (2012, s. 80) esittävät, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sisältää useita integroinnin tarvetta luovia piirteitä. Näistä keskeisemmät liittyvät väestön ikä-, sairaus-, koulutus- ja ammattirakenteeseen sekä väestön palvelutarpeiden muutoksiin sekä palveluodotusten ja vaatimusten kasvuun. Lisäksi elinkeinorakenteen ja ihmisten hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden muutokset luovat integroinnin tarvetta. Näiden asioiden muutokset näkyvät Sinkkosen ja muiden mukaan erilaisissa palveluissa lisääntyneenä avun, tuen, huolenpidon, hoivan ja hoidon tarpeena. Sen lisäksi muutosten nähdään lisäävän todellisista tarpeista riippumatonta palvelujen kysyntää. Kokonaisuudessaan piirteet lisäävät sosiaali- ja terveysalan painetta parantaa palvelujen sisältöä, palvelutarjontaa ja -rakenteita sekä palveluja tuottavia organisaatioita, ohjausta ja johtamista. Tutkijoiden mukaan organisaatioissa ja muissa yksiköissä tämä näkyy paineena lisätä yhteistoimintaa, esimerkiksi verkostoitumisen muodossa, mikä puolestaan vaatii

sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta vuorovaikutukseen perustuvien yhteistyötapojen, kuten tiimityöskentelyn, kehittämistä. (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 80.)

Sinkkonen ja muut (2012, s. 81) mainitsevat myös, että informaatio- ja tietotekniikan (ICT) kehitys kasvattaa integraation tarvetta sosiaali- ja terveyspalveluissa. He toteavat, että tieteellisen tiedon ja tekniikan kasvu mahdollistaa uusien integroinnin muotojen ja välineiden rakentamisen, mutta kehitys aiheuttaa myös haasteita sosiaali- ja terveyssektorin ammattilaisille ja johtajille niin palvelujen organisoinnin kuin johtamisen kannalta. Tutkijoiden mielestä ICT aiheuttaa tietojärjestelmien pirstaloitumista, koska tietojen keruu, käsittely ja varastointi voivat eriytyä, esimerkiksi yhteen sopimattomiin järjestelmiin, mikä voi aiheuttaa päällekkäistä työtä tai investointeja. Sinkkonen ja muut kokevat myös, että uuden tiedon ja tekniikan laajeneminen sekä jatkuvasti kasvavat vaatimukset edellyttävät ammattiryhmiltä erikoistumista, koska yksittäiset henkilöt eivät voi hallita syvästi moninaisia ja muuttuvia kokonaisuuksia. Laajemmasta yhteiskunnallisesta näkemyksestä tarkasteltuna kyse on tutkijoiden mukaan perusosaamisen ja erikoisosaamisen välisestä valtasuhteesta eli minkä verran ja missä palvelujärjestelmän osissa eritasoista osaamista tarvitaan. Tämä puolestaan näkyy esimerkiksi alan koulutuksen suunnittelussa. (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 81.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation tarve johtuu myös organisaatorakenteiden eriytymisestä ja erilaistumisesta (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 81). Tutkijoiden mukaan Suomen sosiaali- ja terveyssektorilla on havaittavissa kasvavissa määrin uudentyyppisiä organisaatioita, palvelutuottajien ja ammattiryhmien muodostumista sekä sisäistä eriytymistä. Sinkkonen ja muut esittävät, että julkisen kuntasektorin rinnalla toimii nykyään entistä enemmän markkinaperusteisesti toimivia yksityisiä palveluntuottajia. Sen lisäksi eriytymistä tapahtuu tutkijoiden mukaan jatkuvasti myös julkisen sektorin organisaatioissa, jossa toimintaa jaetaan uusiin yksiköihin ja olemassa olevia yksiköitä pilkotaan osiin. Nämä organisaatioiden ja ammattiryhmien kulttuuriset muutokset saavat Sinkkonen ja muiden mukaan aikaan palvelujärjestelmän syvärakenteiden erilaistumista, mikä tarkoittaa esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevien ihmisten erilaisia

näkemyksiä koskien tavoitteita, palvelujen tarvetta, työkäytäntöjä ja ihmisten välisiä suhteita. Kulttuuristen syvärakenteiden erot voivat näin ollen vaikeuttaa yhteistyötä tekevien ammattilaisten toimintaa näkemysten yhteentörmäyksien takia, mikä korostaa integraation eli yhteensovittamisen tarvetta. (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 81.)

Sinkkosen ja muiden (2012, s. 82) mukaan huomioitavaa on kuitenkin, että eriytyminen, erikoistuminen ja työnjako ovat tiettyyn pisteeseen asti toivottuja asioita. Ne ovat osittain jopa olennaisia asioita, jotka takaavat työntekijöiden riittävän osaamisen, perustellisen asiantuntemuksen, palvelujen laadun ja organisaation toiminnan tehokkuuden. Olennaista onkin Sinkkosen ja muiden mukaan, että eriytyminen on toteutettu hallitusti ja oikealla tavalla, koska virheellisesti toteutettuna se näkyy kielteisinä seurauksina. Tutkijoiden mukaan virheellisesti toteutettuna eriytyminen voi näkyä liiallisena työnjakona, jossa organisaation yksiköt toimivat toisistaan erillisinä kokonaisuuksina, eivätkä kykene keskinäiseen yhteistyöhön vaikeasti ylitettävien yksikkörajojen takia. Tämä voi puolestaan luoda aukkoja tai päällekkäisyyksiä organisaatioiden palvelutuotannossa, mikä puolestaan näkyy palvelutarjonnan aukkoina asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Sinkkosen ja muiden mukaan näitä eriytymisen kielteisiä seurauksia kuvataan käsitteillä siiloutuminen ja osioptimointi. Siiloutuminen tarkoittaa tilannetta, jossa toimintayksikkö tai ammattiryhmä toimii ympäristöstään eriytyneenä, vain oman ryhmänsä kesken. Siiloutumisen seurauksena on tutkijoiden mukaan usein osioptimointi, joka tarkoittaa tilannetta, jossa kukin toimintayksikkö katsoo asioita vain omasta näkökulmastaan ja toimii oman etunsa mukaisesti huomioiden organisaation kokonaistilannetta. (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 82–83.)

Taskinen ja Hujala (2020, s. 54) esittävät, että sosiaali- ja terveysjärjestelmän sisällä tapahtunut eri alojen erikoistuminen on johtanut liialliseen eriytymiseen, minkä seurauksena kukin palvelua tarjoava taho vastaa asiakkaan tarpeeseen vain tiettyyn pisteeseen saakka, eikä palvelun jatkuvuus toteudu. Tutkijoiden mielestä tämä on ongelmallista etenkin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla, joiden he kokevat tarvitsevat sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota kaikista eniten. Taskinen ja Hujala kuvaavat,

että liiallinen eriytyminen näkyy monenlaisista terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista kärsiville henkilöille pallotteluna palvelusta toiseen eli ”luukulta luukulle”. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 54.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota onkin perusteltu ratkaisuksi korjaamaan yhteistyön toimimattomuutta ja palveluissa esiintyviä aukkoja ja päällekkäisyyksiä, sekä näiden piirteiden vaikutuksia toiminnan tehokkuuteen, kustannuksiin ja palvelujen laatuun (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 82–83).

3.2.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation toteutus Suomessa

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa integraatiot eivät ole uusi ilmiö, sillä sosiaali- ja terveystoimien yhdistämistä on toteutettu usein eri tavoin ainakin 1970-luvulta lähtien (Taskinen & Hujala, 2020, s. 55). Rakenteellista integraatiota mahdollistamassa on ollut vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki, jonka seurauksena myös ensimmäiset suomalaiset terveyskeskukset perustettiin joka kuntaan. Nykyisin näitä keskittymiä kutsutaan hyvinvointikeskuksen tai sosiaali- ja terveyskeskuksen nimityksellä ja ne ovat esimerkki työntekijätasolla toteutetusta integraatiosta, jossa moniammatillisen yhteistyön kautta asiakas voi saada usean eri ammattilaisen palveluita yhdestä paikasta. Taskinen ja Hujala pohtivat kuitenkin, että todellisuudessa terveyskeskuksissa tapahtuva yhteistyö saattaa kuitenkin olla vähäistä tai haastavaa. Esimerkkinä asiakastasolla toteutetusta integraatiosta on ikääntyneiden ihmisten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi, jonka vuoksi ikäihminen voi saada apua niin ruokailussa kuin lääkkeiden annostelussa yhden käynnin avulla. Integraatioita on siis toteutettu niin paikallisesti kuin alueellisesti ja vastuu on ollut kunnalla tai alueella. Suomessa ylin hallinto eli makrotaso on integroitu Sosiaali- ja terveysministeriölle. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 55–56.)

Virtasen ja muiden (2017, s. 26) mukaan kansainvälisessä vertailussa Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on toteutettu edistyksellisellä tavalla jo vuosikymmenten ajan, sillä osa Länsi-Euroopan maista on alkanut vasta hiljattain omaksumaan vastaavaa horisontaalista integraatiota kuin mihin Suomessa on totuttu. Ylitalo-Katajiston (2019, s. 43) mukaan Suomea pidetään kansainvälisesti integraation edelläkävijänä juuri sosiaali-

ja terveyskeskuksiin kootun kansanterveystyön, perustason sairaalahoidon, ennaltaehkäisevän toiminnan ja fyysisen ja sosiaalisen terveyden edistämisen takia. Myös Sinkkonen ja muut (2012, s. 79) mainitsevat Suomen sote-palvelujärjestelmän olevan hyvin integroitu ja paikallisesti hajautettu muihin Euroopan unionin valtioihin verrattuna.

Ylitalo-Katajiston (2019, s. 32) mukaan suomalaisessa yhteydessä integraatioista käytetään yleensä termiä palveluintegraatio. Virtasen ja muiden (2017, s. 6) määritelmän mukaan palveluintegraatiolla tarkoitetaan yleisellä tasolla yhtenäistä palvelukokonaisuutta, joka voi toteutua niin sanotuissa matalankynnyksen, erityistason ja vaativan tason palveluissa vertikaalisena integraationa. Vertikaalinen palveluintegraatio pitää Virtasen ja muiden mukaan sisällään myös julkisen politiikan ja hallinnon tasot, joten se koostuu sosiaali- ja terveyspalvelujen politiikkasuunnittelusta, palvelujen rahoitusmallista ja palvelujen ohjauksesta politiikan kautta, kuten lainsäädännön, taloudellisten resurssien tai informaation avulla. Tutkijoiden mukaan horisontaalista palveluintegraatiota ovat puolestaan kahden yksittäisen sosiaali- ja terveyshuollon ammattikunnan tai organisaation välisten palvelujen yhdistäminen asiakkaan edun mukaisesti toimivaksi kokonaisuudeksi. Keskeistä palveluintegraatioissa onkin asiakaslähtöinen toimintamalli, jossa asiakkaat ovat yksi toiminnan resurssi, jonka mukaan palveluja suunnitellaan, toimeenpannaan ja arvioidaan tuloksellisuuden osalta. (Virtanen, 2017, s. 6.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (n.d.) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiolla tarkoitetaan, että palvelujen järjestävä tai tuottava taho luo asiakkaalle kokonaisuuden hänen tarvitsemistaan palveluista. Palveluintegraatio nähdään keinona säästää kustannuksissa ja sen koetaan olevan hyödyllinen erityisesti paljon tai monialaisesti palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. Palvelujen yhteensovittamisen tarkoitus on muodostaa asiakkaan palvelutarpeisiin perustuvia useista palveluista koostuvia kokonaisuuksia, jotka toteutuvat yksilöllisesti ja etenevät vaiheittain suunnitelman mukaisesti. Näiden palvelukokonaisuuksien määrittämisessä hyödynnetään segmentointia, joka tarkoittaa väestön ja asiakkaiden ryhmittelyä palvelutarpeiden samankaltaisuuden perusteella. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, n.d.)

Virtanen ja muut (2017, s. 58) esittävät tutkimuksessaan, että kansainvälinen tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän integraatioista antaa tällä hetkellä sirpaleisen kuvan. Heidän mukaansa maailmalla integraatiokokeiluja on toteutettu ja raportoitu runsaasti, mutta tutkimuskirjallisuus ei tuo merkittäväällä tavalla esille muutosprosessien ja toimenpiteiden vaikuttavuutta, koska integraation vaikutukset esittäytyvät pääasiassa hajanaisesti ja paikallisesti kuvatussa muodossa. (Virtanen ja muut, 2017, s. 58). Myös Ylitalo-Katajisto (2019, s. 42) tuo tämän esiin ja mainitsee, että koko palvelujärjestelmätason integraatioita ei ole tehty juuri ollenkaan. Hänen mukaansa kotimaista tutkimuskirjallisuutta sote-integraatiosta on saatavissa myös hyvin pieni määrä. (Ylitalo-Katajisto, 2019, s. 42.) Tähän liittyen Sosiaali- ja terveysministeriö (2020, s. 12) toteaaakin, että palvelujen integraation kehittäminen on vielä alkuvaiheessa, huolimatta useista onnistuneista kokeiluista ja osakokonaisuuksista. Suomessa tapahtuvan kehittämisen osalta Sosiaali- ja terveysministeriö onkin myöntänyt rahoitusta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan tutkimukseen, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vaikuttavuudesta (Valtioneuvosto, 2022).

Hujala ja Lammintakanen (2018, s. 10) toteavat kuitenkin, että sote-uudistuksen toteutumisen myötä Suomen koko sosiaali- ja terveydenhuolto tulee muuttumaan perinpohjaisesti. Sote-uudistuksen tavoite on yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut ja purkaa siilot, joissa perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi ja erikoissairaanhoido ovat toimineet. Useissa kunta- tai hyvinvointiyhtymissä sote-uudistukseen on valmistauduttu uudistamalla rakenteita siten, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat saman johdon ja budjetin alla esimerkiksi asiakasryhmittäin. Tutkijoiden mukaan ensimmäiset muutokset tulevatkin näkyämään hallinnollisissa rakenteissa ja uudistuneessa rahoitusmallissa. Tähän kunnat ja kuntayhtymät ovat valmistautuneet rakennemuutoksilla, joissa sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat yhteisen johdon ja budjetin mukaisesti. (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 10, 41.) Tätä tutkielmaa kirjoittaessani sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu on juuri siirtynyt kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022).

Tämä on kuitenkin vasta alku, sillä Hujalan ja Lammintakasen (2018, s. 10) mukaan muuttuvat järjestelmätason rakenteet eivät itsessään takaa yhdentymisen ja yhteistyön toimimista käytännön tasolla. He esittävätkin, että toiminnallisen integraation lopullinen toimeenpano tapahtuu käytännön tasolla eli organisaatioiden, ammattilaisten ja asiakkaiden tasolla. Tutkijoiden mukaan onnistunut integraatio edellyttääkin näiden kolmen tason välistä yhteystyötä ja vuorovaikutusta. Tämä tarkoittaa, että sote-ammattilaiset tarvitsevat tietoa eri tahojen yhdessä toimimisen merkittävistä yhtymäkohdista ja onnistumisen edellytyksistä. Sen lisäksi integraation toteutus käytännön tasolla tapahtuu jalkauttamisen kautta, mikä näkyy lopulta siinä, mitä kukin toimija voi tehdä itse omassa työssään tai yhdessä muiden kanssa edistääkseen paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien onnistumista. Sote-ammattilaisten osalta huomioitavaa on kuitenkin se, että integraatio ei näyttäydy arkityössä vain rationaalisena toimintana vaan kyse on ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, jossa myös tunteet ovat läsnä. Tiivistäen Hujala ja Lammintakanen toteavatkin, että mitä sujuvammin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet onnistuvat sosiaali- ja terveydenhuollossa niin sitä todennäköisempää on myös muiden sote-uudistuksen tavoitteiden toteutuminen. (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 8, 10, 57–59.)

Taskisen ja Hujalan (2020, s. 68) mielestä sosiaali- ja terveystalouden integraation puolisena lankana tulisi olla asiakaslähtöisyys. Tämä tarkoittaa, että asiakaslähtöisyyden tulisi näkyä niin integraation suunnittelussa kuin toteutuksessa, mutta sen tulisi olla myös toimijoita ohjaava tavoite kaikilla tasoilla ja jokaisessa vaiheessa. Tutkijoiden mukaan integraation arvot ja tavoitteet saattavat kuitenkin vaihdella tai tarkoittaa eri asioita eri toimijoiden, kuten poliitikkojen, palvelutuottajien, johtajien, ammattilaisten ja kansalaisten kesken. Uhkana tässä voikin olla, että muut kilpailevat ajatukset sivuuttavat asiakaslähtöisen integraation ydinajatuksen. Tästä syystä Taskinen ja Hujala toivovatkin lisää keskustelua ja moniulotteista ymmärrystä sote-integraatiota ohjaavista arvoista ja eri toimijoiden näkökulmista koskien vaikuttavuuden arviointia. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 68.)

4 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen toteutus

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimus on toteutettu kirjallisuuskatsauksen menetelmää hyödyntäen. Salmisen (2011, s. 4) mukaan kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka, joka tutkii jo tehtyä tutkimusta. Menetelmä kokoaa tutkimusten tuloksia yhteen ja pyrkii muodostamaan perustan uusille tutkimustuloksille (Salminen, 2011, s. 4). Kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana välineenä syventää tietoja asioista, joista on jo aikaisempaa tutkittua tietoa ja tuloksia (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 138). Salmisen (2011, s. 2) mielestä hallintotieteellistä tutkimusta on tärkeää koota yhteen kirjallisuuskatsauksin, jotta tutkimusta voidaan kehittää eteenpäin ja kumulatiivisuutta (kasautuvuutta, yhteisvaikutusta) voidaan edistää.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kartoittava kirjallisuuskatsaus, koska tutkimusprosessin alkaessa häiriökysyntä käsite oli vielä uusi ja sitä alettiin liittämään sosiaali- ja terveydenhuollossa esiintyvään kustannusten nousuun (esim. Hyytiälä & Kekomäki, 2017). Munnin ja muiden (2018, s. 2) mukaan kartoittavat kirjallisuuskatsaukset ovat hyödyllisiä etenkin uusien käsitteiden tutkimisessa ja tilanteissa, joissa on vielä epäselvää, minkälaisia tarkempia kysymyksiä aiheesta voi muodostua. Pham ja muut (2014, s. 371) jatkoivat tästä ja toteavat, että kartoittavasta kirjallisuuskatsauksesta on hyötyä erityisesti silloin, kun aihetta ei ole vielä tarkasteltu laajasti tai se on luonteeltaan monimutkainen tai heterogeeninen.

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti myös se, että häiriökysyntää koskevaa tutkimusta vaikutti olevan saatavilla vielä suhteellisen vähän sosiaali- ja terveydenhuollosta. Levac ja muiden (2010, s. 1) mukaan kartoittavat kirjallisuuskatsaukset ovat erityisen merkityksellisiä kehittyvillä tieteenaloilla, joissa tutkimuskirjallisuuden vähäisyys vaikeuttaa systemaattisten kirjallisuuskatsausten tekemistä. Näihin tilanteisiin kartoittavat kirjallisuuskatsaukset soveltuvat ihanteellisesti, koska kokonaisvaltaisuuden saavuttamiseksi niihin sisällytetään kaikki relevantti kirjallisuus laadusta huolimatta. Näin ollen katsauksessa voidaan käyttää sekä julkaistuja että julkaisemattomia tutkimuksia eli niin sanottua harmaata kirjallisuutta. (Levac ja muut, 2010, s. 1; Pham ja muut, 2014, s. 380.)

4.1 Kartoittava kirjallisuuskatsaus

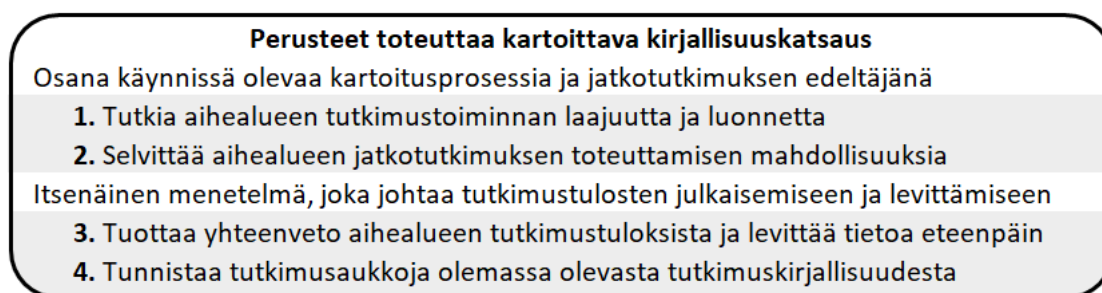
Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkimusmenetelmänä on käytetty kartoittavaa kirjallisuuskatsausta (scoping review). Yleisesti ottaen kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on tiedustella jonkin aiheen tai alan keskeisten määritelmien ja käsitteiden rajoitteita (Peters ja muut, 2015, s. 141). Menetelmän avulla on mahdollista tutkia tutkimuskirjallisuuden laajuutta, ulottuvuutta ja luonnetta; selvittää jatkotutkimuksen mahdollisuuksia; tiivistää, selkeyttää ja jakaa tutkimustuloksia eteenpäin sekä tunnistaa tutkimusaukkoja (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21; Pham ja muut, 2014, s. 371–372; Munn ja muut, 2018, s. 1–2).

Vaikka kartoittavan kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen tunnettu viitekehys julkaistiin Arksey'n ja O'Malley'n toimesta jo vuonna 2005, on kyseessä Munnin ja muiden (2018) mukaan vielä suhteellisen uusi menetelmä. Tutkijoiden mukaan menetelmän käyttö on lisääntynyt tasaisesti vuosittain, ja siitä on tullut suosittu tapa olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden kartoittamiseksi (Pham ja muut, 2014, s. 371; Tricco ja muut, 2016, s. 1–2). Petersin ja muiden (2015, s. 141) mukaan kirjallisuuskatsaukset ovat yleistyneet, koska tutkimusaineiston määrä ja saatavuus ovat kasvaneet.

Tutkimuksen tavoite riippuu itse katsauksen tarkoituksesta, ja Arksey'n ja O'Malley'n (2005, s. 21) mukaan on mahdollista tunnistaa ainakin neljä perustetta toteuttaa kartoittava kirjallisuuskatsaus. Ensimmäinen peruste toteuttaa kartoittava kirjallisuuskatsaus on tarkoitus tutkia aihealueen tutkimustoiminnan laajuutta ja luonnetta. Tämän tyyppinen katsaus ei keskity niinkään kuvaamaan tutkimustuloksia yksityiskohtaisesti, vaan sen tavoitteena on kartoittaa, minkälaista aiempaa tutkimustietoa on jo saatavilla. Toinen peruste toteuttaa kartoittava kirjallisuuskatsaus on tarkoitus selvittää, mikäli aiheesta on mahdollista tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tällaisessa tilanteessa tavoitteena on selvittää, onko aiheesta olemassa aiempaa tutkimuskirjallisuutta ja onko aiheesta jo tehty systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Yleisesti ottaen näiden kahden ensimmäisen perusteen katsotaan olevan osa käynnissä olevaa kartoitusprosessia, jonka

perimmäisenä tavoitteena on tuottaa jatkotutkimusta systemaattisten kirjallisuuskatsausten muodossa. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21–22.)

Kolmas peruste kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle on tarkoitus tuottaa yhteenveto aihealueen tutkimustuloksista ja levittää tätä tietämystä eteenpäin päätöksentekijöille, ammatinharjoittajille tai kuluttajille eli henkilöille, joilla ei olisi muuten aikaa tai resursseja vastaavan kartoituksen tuottamiselle. Toisin kuin ensimmäisen perusteen kohdalla, tässä tilanteessa aikaisemman tutkimuskirjallisuuden tulokset kuvataan yksityiskohtaisesti, koska tarkoituksena on julkaista ja levittää tietoa. Neljäs peruste toteuttaa kartoittava kirjallisuuskatsaus on tunnistaa tutkimusaukkoja tutkimuskirjallisuudesta. Tällainen kartoittava kirjallisuuskatsaus syventyy aihealueeseen vielä tarkemmin ja pyrkii tekemään johtopäätöksiä olemassa olevan tutkimustoiminnan laajuudesta ja yleisestä tilasta. Tavoitteena on havaita tutkimuskohteita, joissa tutkimusta ei ole tehty tai joissa on vajavaisuutta. Näiden kahden jälkimmäisen perusteen kohdalla kartoittavan kirjallisuuskatsauksen katsotaan olevan itsenäinen menetelmä, joka johtaa tutkimustulosten julkaisemiseen ja tiedon levittämiseen tietyllä tutkimusalueella. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21–22.) Edellä kuvatut perusteet kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle on esitetty Kuviossa 3.



Kuvio 3. Perusteet kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21–22).

Levac ja muut (2010, s. 5) esittävät omat kehitysehdotuksensa Arksey'n ja O'Malleyn (2005) esittämiin neljään perusteeseen toteuttaa kartoittava kirjallisuuskatsaus. Tutkijoiden mielestä ensimmäisen perusteen lisäksi kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tekijän

tulee tuoda esiin myös taustalla oleva motiivi eli vastata kysymykseen, minkä takia hän tutkii aihealueen tutkimustoiminnan laajuutta. Kolmannen perusteen kohdalla tutkijat kyseenalaistavat tutkimusmenetelmän eroavaisuutta muihin vastaavanlaisiin menetelmiin, kuten systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, joiden tarkoituksena on myös tiivistää ja levittää tutkimustuloksia. (Levac ja muut, 2010, s. 5.) Petersin ja muiden (2015, s. 142) mukaan vastaus tähän löytyy, kun verrataan systemaattisen ja kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tarkoitusta ja tutkimuskysymystä. Tutkijat jatkavat, että erona näillä menetelmillä on se, että tyyppillisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on vastata tarkkaan määriteltyyn ja yksityiskohtaiseen kysymykseen, kun taas kartoittavan kirjallisuuskatsauksen lähestymistapa on laajempi ja tarkoituksena on yleensä kartoittaa kirjallisuutta vastaten laajempaan tutkimuskysymykseen (Peters ja muut, 2015, s. 142). Myös Munn ja muut (2018, s. 2–3) yhtyvät tähän ja toteavat, että kartoittava kirjallisuuskatsaus on parempi valinta silloin, kun tutkimus on kiinnostuneempi tiettyjen ominaisuuksien tai käsitteiden tunnistamisesta kirjallisuuden joukosta kuin vastaamaan yksittäisiin kliinisesti merkityksellisiin kysymyksiin. Vaikkakin tutkimusmenetelmiä käytetään eri tarkoituksiin, edellyttää kartoittavan kirjallisuuskatsauksen käyttö silti tiukkoja ja avoimia menetelmiä, joilla varmistetaan tutkimustulosten luotettavuus (Munn ja muut, 2018, s. 6).

Levac ja muut (2010, s. 5) kyseenalaistavat myös Arkseyn ja O'Malley'n esittämät perusteet kaksi ja neljä viitaten samaan asiaan eli siihen, että kartoittava kirjallisuuskatsaus ei tuota lähdeaineiston laadun arviointia. Tähän viitaten tutkijat esittävät kysymyksen, miten kartoittava kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään päättämään, onko jatkotutkimuksena tehtävä systemaattinen kirjallisuuskatsaus hyödyllinen idea tai ovatko kartoittavan kirjallisuuskatsauksen avulla tunnistetut tutkimusaukot todellisia. Heidän mielestään ilman lähteiden laadun arviointia on mahdollista, että näihin kysymyksiin ei saada totuudenmukaista vastausta ja saatetaan päätyä vääriin johtopäätöksiin. (Levac ja muut, 2010, s. 5.) Peters ja muut (2015, s. 142) ottavat tähän kantaa tuomalla esiin kartoittavan kirjallisuuskatsauksen menetelmän tarkoituksen ja vertaavat sitä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa. Heidän mukaansa kartoittavan kirjallisuuskatsauksen

menetelmän tarkoituksena on antaa yleiskatsaus olemassa olevasta lähdepohjasta riippumatta sen laadusta. Tästä syystä kartoittavaan kirjallisuuskatsaukseen ei kuulu esitetyn tiedon laadun arviointia, kuten se kuuluu systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Tutkijat tuovat myös esille, että laadun arvioinnin poisjättäminen rajoittaa saatujen tutkimustulosten hyödyntämistä käytännön ohjeistuksessa ja päätöksenteossa. (Peters ja muut, 2015, s. 142; Munn ja muut, 2018, s. 2–3.) Näitä huomiota käsitellään lisää pohdintaluvussa 7.

Tämän tutkielman metodologisena viitekehyksenä on käytetty Arksey ja O'Malley (2005) esittämiä vaiheita toteuttaa kartoittava kirjallisuuskatsaus, joita Levac ja muut (2010) ovat parantaneet kehitysehdotuksillaan (Colquhoun ja muut, 2014, s. 1291–1294). Arksey ja O'Malley (2005, s. 22–29) esittävät kartoittavan kirjallisuuskatsauksen sisältävän viisi vaihetta: 1) tutkimuskysymyksen tunnistaminen, 2) relevanttien tutkimusten tunnistaminen, 3) tutkimusten valinta, 4) tietojen kartoittaminen ja 5) tulosten kokoaminen, yhteenveto ja raportointi. He esittävät myös kuudennen vaiheen eli konsultaation, jonka he kuvaavat vaihtoehtoiseksi vaiheeksi, vaikka korostavatkin sen parantavan tutkimustuloksia (Arksey & O'Malley, s. 23, 28–29). Levac ja muut (2010, s. 7) ovat puolestaan sisällyttäneet konsultaation pakolliseksi vaiheeksi kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa, koska heidän mukaansa se lisää metodologista kurinalaisuutta, tarjoaa lisätietoa ja näkökulmia katsauksen tekemiseen. Tässä pro gradu -tutkielmassa konsultointia on hyödynnetty prosessin eri vaiheissa, ja konsultteina ovat toimineet pro gradu ohjaajat. Arksey ja O'Malley (2005, s. 22) esittävät myös, että kuvattu prosessi on iteraatiivinen, joten se vaatii kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tekijältä refleksiivisyyttä, eli tiettyä itsearviointia, jonka pohjalta tutkimuksen vaiheet toistetaan tarvittaessa, jotta varmistetaan kirjallisuuden käsittelyn kokonaisvaltaisuus.

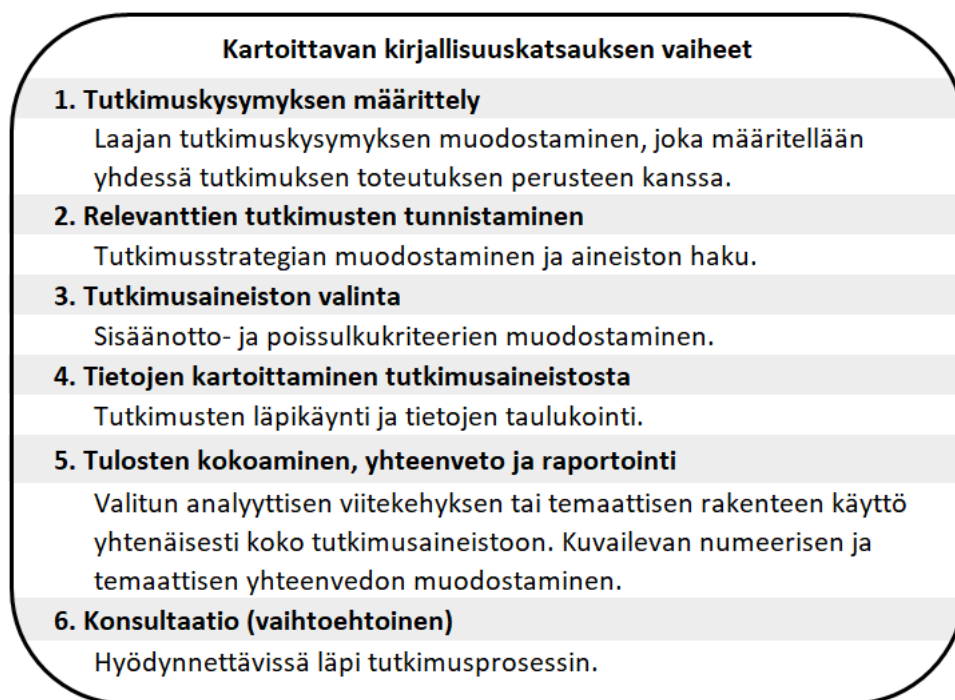
Ensimmäisessä vaiheessa määritellään ja tunnistetaan kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23). Tutkimuskysymyksen tulee olla selkeästi määritelty yhdessä tutkimuksen tekemisen perusteen kanssa ja tässä keskeisenä tekijänä on saada esikäsitys esimerkiksi tutkittavasta käsitteestä, kohderyhmästä

tai mahdollisesta lopputulemasta. Tutkimuksen kattavuuden takaamiseksi suositus on määrittää laaja tutkimuskysymys. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23; Levac ja muut, 2010, s. 3–5.) Toisessa vaiheessa tunnistetaan kartoittavalle kirjallisuuskatsaukselle relevantit tutkimukset. Tätä varten luodaan tutkimusstrategia, joka kertoo esimerkiksi mistä tietokannasta, millä hakutermeillä, miltä aikaväliltä ja millä kielillä tutkimusaineistoa haetaan. Tutkimusstrategia muodostetaan tutkimuskysymyksen ja tutkimuksen perusteen pohjalta. Koska tutkimuksen tekemisessä on mahdotonta välttyä tietyiltä rajoitteilta, kuten ajankäyttöön ja resursseihin liittyen, tulee tutkijan tuoda nämä potentiaaliset rajoitteet esiin tutkimuksessaan. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23–25; Levac ja muut, 2010, s. 5; Colquhoun ja muut, 2014, s. 1293.) Tässä tutkielmassa rajoitteita pohditaan luvussa 7.

Kolmannessa vaiheessa valitaan tutkimusaineistot, jotka sisällytetään varsinaiseen tutkimukseen. Tätä vaihetta varten tulee muodostaa sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden perusteella tutkimusten valinta tehdään. Tutkijoiden mukaan tässä vaiheessa korostuu erityisesti prosessin iteratiivinen luonne, joten tekijä saattaa joutua palamaan aikaisempiin vaiheisiin ja muokkaamaan esimerkiksi hakustrategiaa tai tekemään kirjallisuuden hakuja uudelleen. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 25–26; Levac ja muut, 2010, s. 4–6.) Koskien vaiheita kaksi ja kolme, Levac ja muut (2010, s. 5–6) esittävät myös, että kartoittava kirjallisuuskatsaus tulisi tehdä vähintään kahden henkilön tai tutkijatiimin toimesta, mikä heidän mielestään vähentää mahdollisia epäselvyyksiä laajaan tutkimuskysymykseen liittyen ja parantaa tutkimusstrategian muodostamista ja tutkimusten valintaa.

Neljännessä vaiheessa on vuorossa tietojen kartoittaminen eli katsaukseen mukaan valittujen tutkimusten läpikäynti ja keskeisten tietojen kerääminen (Arksey & O'Malley, 2005, s. 26). Tutkijat tuovat esiin, että tiedot on mahdollista kerätä esimerkiksi Excel-taulukkoon, jossa ne järjestetään eri muuttujien perusteella, kuten esimerkiksi julkaisun otsikon, tekijöiden, julkaisuvuoden, julkaisun tarkoituksen, julkaisumaan ja keskeisten tulosten perusteella. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 26–27.) Tietojen kartoittamisen jälkeen on Levacin ja muiden (2010, s. 6) mielestä hyvin tärkeää koostaa kerätyt tiedot mielekkääseen muotoon.

Arksey ja O'Malley (2005) viitekehys ei Levacin ja muiden (2010, s. 6) mukaan kuvaa kartoittavan kirjallisuuskatsauksen viidennettä vaihetta eli tulosten kokoamista, yhteenvedoa ja raportointia riittävän yksityiskohtaisesti. Tämän seurauksena Levac ja muut (2010, s. 6–7) esittävät oman viitekehyksensä vaiheeseen viisi, joka koostuu kolmesta osasta 1) tulosten analysointi, 2) tulosten raportointi ja 3) tulosten vaikutusten pohdinta. Näin ollen tulosten analysointi koostuu kuvailevasta numeerisesta analyysistä ja laadullisesta temaattisesta analyysistä. (Levac, 2010, s. 6–7; Colquhoun ja muut, 2014, s. 1293.) Numeerinen analyysi kuvaa katsaukseen valitut tutkimusaineistot ja niiden tiedot taulukoin ja kaavioin. Temaattinen analyysi toteutetaan sisällönanalyysin avulla, ja se kuvaa tutkimusaineistojen keskeiset havainnot ja johtopäätökset. (Levac, 2010, s. 6–7.) Edellä kuvatut kartoittavan kirjallisuuskatsauksen vaiheet on esitetty Kuviossa 4.



Kuvio 4. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Arksey & O'Malley, 2005, s. 22–29).

4.2 Tutkimuksen toteutus

Tämän tutkielman kartoittava kirjallisuuskatsaus toteutetaan edellä kuvatun ensimmäisen perusteen mukaan, joten tutkimuksen tarkoituksena tutkia aihealueen tutkimustoinnin laajuutta ja luonnetta. Tässä kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa aihealueen tutkimuksia tarkastellaan tutkimuskysymyksiä kautta eli pyritään vastaamaan kysymyksiin, miten häiriökysyntä esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja mitkä syyt johtavat häiriökysyntään. Tutkimuskysymykset ja menetelmän iteratiivinen luonne ovat ohjanneet tutkimuksen toteutusta koko prosessin ajan. Seuraavaksi alakapaleissa kuvataan tutkimuksen vaiheita eli tutkimusstrategian muodostamista, sisään-otto- ja poissulkukriteerejä, aineiston keruuta ja lähilukua, sekä aineiston analyysia.

4.2.1 Tutkimusstrategia

Tutkimuskysymykseen vastaavien relevanttien aineistojen kartoittaminen niin kattavasti kuin on mahdollista edellyttää Arksey ja O'Malley'n (2005, s. 26) mukaan tutkimusstrategian määrittämistä. Tutkimusstrategia muodostuu alkuvaiheessa tehtävistä päätöksistä, kuten mistä aineistoa haetaan, mitä hakutermejä käytetään, minkälaisia aineistoja haetaan, sekä mikä on aineistojen kieli ja julkaisuajankohta. Tutkimusstrategiassa on myös tiedostettava tutkimuksen kattavuutta mahdollisesti rajoittavat tekijät, kuten aika, budjetti ja henkilökohtaiset resurssit. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 26; Levac ja muut, 2010, s. 3–5.) Näitä tutkimuksen rajoitteita pohditaan tarkemmin luvussa 7.

Tutkimusstrategian muodostaminen aloitettiin tekemällä koehakuja eri tietokantoihin. Koehakujen kautta kertyi esikäsitys tutkittavan käsitteen terminologiasta, eri hakutekijöiden toimivuudesta ja saatavilla olevan aineiston alustavasta määrästä. Koehakujen perusteella selvisi myös, että menetelmälle tyypillisen mahdollisimman kattavan aineiston saavuttaminen onnistui parhaiten laajoilla hakulausekkeilla. Vaikka laajat hakulausekkeet toivat esiin kattavan tulosjoukon ja myös joitain epärelevantteja tuloksia, koettiin tällaisten hakujen tuottavan parempia kokonaistuloksia myöhemmin tehtävien rajausten

jälkeen, toisin kuin tarkemmalle tasolle valmiiksi rajatut hakulausekkeet, joiden koettiin jättävän potentiaalisia julkaisuja pois. Koehaut osoittivat myös, että jos valittuja hakusanoja etsittiin vain esimerkiksi otsikosta, abstraktista ja avainsanoista – jäivät tulokset hyvin vähiin. Tämän vähäisen kirjallisuuden määrän takia päädyttiin hakusanoja etsimään julkaisujen koko tekstistä.

Tässä tutkielmassa aineistonhankinta päätettiin suorittaa ensiksi sähköisten tietokantojen kautta, koska tämä nähtiin parhaana tapana löytää katsaukseen valittujen julkaisujen suurin joukko. Tämän jälkeen aineistonhankintaa päätettiin jatkaa käymällä läpi jo katsaukseen valikoituneiden julkaisujen lähdeluetteloita mahdollisten lisätutkimusten löytämiseksi. Näiden lisäksi lopuksi päätettiin suorittaa myös manuaalinen haku, joka on Arkseyn ja O'Malley'n (2005, s. 23–25) mukaan tärkeä toteuttaa, sillä sähköiset tietokannat eivät välttämättä ole kaikenkattavia. Koska kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on mahdollisimman laajan ja kokonaisvaltaisen aineiston saavuttaminen, ei tutkimusstrategiassa määritelty tiettyjä aineistotyyppisiä, vaan mukaan päätettiin ottaa kaikki aineistotyyppit. Rajausta ei myöskään tehty vain vertaisarvioituihin julkaisuihin, perustuen aineiston vähäiseen määrään ja menetelmän luonteeseen, jonka mukaan julkaisujen laadun arviointia ei tehdä.

Alusta asti oli selvää, että häiriökysynnän käsitettä koskevaa aineistoa etsitään englanninkielisistä kansainvälisistä julkaisuista hakusanalla "failure demand", koska häiriökysynnän ilmiö ei ole kulttuurisidonnainen. Julkaisuajankohdan osalta aineistoa päätettiin etsiä vuodesta 1992 eteenpäin, koska tällöin häiriökysynnän käsite on ensimmäisen kerran määritelty (Seddon, 1992). Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta englanninkielisiksi hakusanoiksi valikoituivat "health care", "social care", "health services" ja "social services". Näin ollen hakulausekkeet muodostettiin siten, että hakutuloksissa esiintyy häiriökysynnän käsite ja joko sosiaali- tai terveydenhuolto tai sosiaali- tai terveyspalvelut. Tämä mahdollisti myös sen, että hakutuloksissa esiintyi laajasti kaikki sosiaali- ja terveysalan osa-alueet, kuten esimerkiksi lastensuojelu tai erityissairaanhoido.

Tutkimusstrategian toteutusta ja käytettyjä hakulausekkeita kuvataan aineiston keruuta ja lähilukua koskevassa luvussa 4.2.3.

4.2.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden perusteella tutkimusaineiston valinta tehdään (Arksey & O'Malley, 2005, s. 25–26). Tässä tutkielmassa tärkeimmät kysymykset, joiden pohjalta aineiston sisäänottamisesta tai poissulkemisesta päätettiin, olivat 1) Käsitteleekö julkaisu häiriökysyntää? 2) Käsitteleekö julkaisu sosiaali- ja terveydenhuoltoa? 3) Määritteleekö julkaisu häiriökysynnän sosiaali- ja terveydenhuollossa? Tutkimusaineiston valinnan kannalta tärkeää oli siis, että julkaisu ei ainoastaan mainitse häiriökysynnän käsitettä tai sosiaali- ja terveydenhuoltoa erikseen vaan, että julkaisu määrittelee ja tuo esiin, miten häiriökysyntää ilmenee nimenomaan kyseisessä kontekstissa. Sisäänotto- ja poissulkukriteereistä päätettiin myös julkaisuajankohdan, kielen ja kokotekstin saatavuuden osalta. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 1.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuajankohta on 1992–2022	Julkaisuajankohta on ennen vuotta 1992
Julkaisun kieli on englanti	Julkaisun kieli ei ole englanti
Koko teksti on saatavilla Vaasan yliopiston kautta tai kohtuullisella vaivalla	Koko teksti ei ole saatavilla Vaasan yliopiston kautta tai kohtuullisella vaivalla
Julkaisu käsittelee häiriökysyntää	Julkaisu ei käsittele häiriökysyntää tai ainoastaan mainitsee sen
Julkaisu käsittelee sosiaali- ja terveydenhuoltoa	Julkaisu ei käsittele sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai ainoastaan mainitsee sen
Julkaisu määrittelee häiriökysynnän sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa	Julkaisu ei määrittele häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

4.2.3 Aineiston keruu ja lähiluku

Tietokantahaku tehtiin marraskuussa 2022 yhteensä kymmeneen tietokantaan, jotka olivat ABI Inform Complete (ProQuest), Emerald Journals, Scopus, ScienceDirect, Taylor & Francis, Wiley, Sage Journals, JSTOR, PubMed ja Web of Science. Tutkimukseen valittiin runsas määrä laadukkaita ja pääosin monialaisia tietokantoja, jotka yhdessä varmistivat aineiston kattavuuden. Sen lisäksi tietokannat tuottivat eniten tuloksia koehakujen perusteella. Tietokantahaku toteutettiin käyttäen samaa hakulausekettä, jonka muotoilua muokattiin tarvittaessa tietokantojen ohjeistuksen mukaisesti. Hakulausekkeet, tietokantojen suodattimilla tehdyt rajaukset ja haun tulokset on kuvattu taulukossa 2.

Tietokanta	Päivämäärä	Hakusanat ja hakulauseke	Rajaukset	Tulosten määrä
ABI Inform Complete (ProQuest)	10.11.2022	"failure demand" AND ("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")	limit to full text, 1992–2022, english	40
Emerald Journals	10.11.2022	"failure demand" AND ("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")	only content I have access to, from 1992–	25
Scopus	10.11.2022	(ALL ("failure demand") AND ALL (("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")))	open access tai SFX full text, kieli: englanti, julkaisuvuosi: 1992–	23
ScienceDirect	10.11.2022	"failure demand" AND ("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")	subscribed journals, 1992–2022	21
Taylor & Francis Online	10.11.2022	[All: "failure demand"] AND [[All: "health care"] OR [All: "social care"] OR [All: "health services"] OR [All: "social services"]]	only show content I have full access to, julkaisuvuosi: 1992–	20
Wiley	10.11.2022	"failure demand" AND ("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")	full access tai open access, kieli: englanti, julkaisuvuosi: 1992–	8
Sage Journals	10.11.2022	"failure demand" AND ("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")	available access, julkaisuvuosi: 1992–	7
JSTOR	10.11.2022	"failure demand" AND ("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services")	content I can access, from 1992–	3
PubMed	10.11.2022	("failure demand") AND (("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services"))	full text, 1992–2022, english	3
Web of Science	10.11.2022	(ALL=("failure demand")) AND ALL= (("health care" OR "social care" OR "health services" OR "social services"))	pääsy kokotekstiin, julkaisuvuosi: 1992–, kieli: englanti,	3

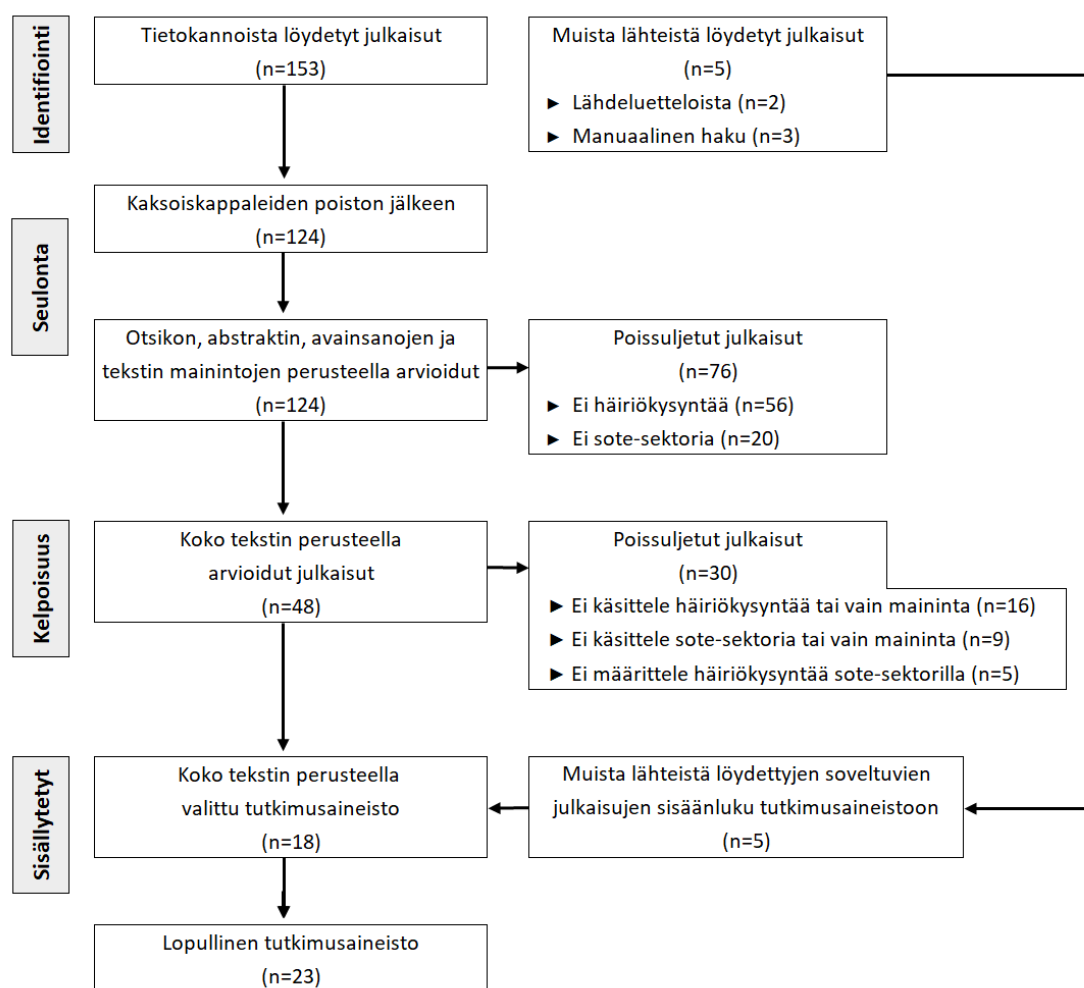
Taulukko 2. Tietokannat ja hakulausekkeet

Tietokantahaku valituista tietokannoista tuotti yhteensä 153 tulosta. Tämä tulosjoukko siirrettiin tietokannoista viitteiden hallintaohjelmisto Zoteroon, jossa suoritettiin tulosjoukon kaksoiskappaleiden poisto. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen tulosjoukko koostui yhteensä 124 yksilöllisestä julkaisusta. Seuraavassa kappaleessa kuvataan tietokantahaun tuloksien arviointikierroksia ja lopullisen tutkimusaineiston valintaa. Levacin ja muiden (2010, s. 5–6) mukaan relevanttien tutkimusten tunnistaminen ja tutkimusten valinta tulisi tehdä vähintään kahden henkilön tai tutkijatiimin toimesta, mutta tässä pro gradu -tutkielmassa nämä vaiheet on tehty itsenäisesti. Tämän eroavaisuuden vaikutusta tutkimukseen käsitellään luvussa 7.

Seuraavaksi valikoituneet 124 julkaisua arvioitiin otsikon, abstraktin, avainsanojen ja häiriökysyntään liittyvien mainintojen perusteella. Tämä käsitteen mainintojen etsiminen koko tekstistä ei ole menetelmän alkuperäisen viitekehyksen tai kehitysehdotusten mukainen vaihe, mutta tämä lisäys koettiin tarpeelliseksi tässä vaiheessa, koska varsinainen tietokantahaku toteutettiin myös etsimällä hakusanoja julkaisujen koko teksteistä (Arksey & O'Malley, 2005, s. 25–26; Levac ja muut, 2010, s. 5–4). Tällä tavoin toteutettuna julkaisuista oli tarkemmin mahdollista saada selville, käsittelevätkö ne häiriökysyntää ja käsittelevätkö ne sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Aineisto valittiin seuraavalle kierrokselle sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Epävarmoissa tilanteissa valittiin julkaisu seuraavalle kierrokselle kokotekstin perusteella tehtävään arviointiin, jonka koettiin olevan tarkempi päätöksenteon vaihe. Tällä arviointikierroksella poissuljettiin yhteensä 76 julkaisua.

Yhteensä 48 julkaisua valikoitui kokotekstin lukemisen perusteella arviotavien joukkoon. Tässä vaiheessa julkaisujen koko teksti luettiin huolellisesti tehden muistiinpanoja ja tarkasteltiin julkaisua sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Kokotekstin perusteella arvioidusta julkaisusta poissuljettiin 30 julkaisua ja sisäänotettiin 18 julkaisua. Tämän jälkeen käytiin läpi valikoituneiden julkaisujen lähdeluettelot etsien lisäaineistoa, sekä suoritettiin myös manuaalinen haku. Löydettyjen potentiaalisten julkaisujen soveltuvuus tarkastettiin samalla tavalla kuin tietokantahaun perusteella löydetty julkaisut eli

päätökset tehtiin sisäänluku- ja poissulkukriteerejä käyttäen ja arvioiden julkaisujen koko tekstiä. Muiden lähteiden kautta sisäänotettiin 5 julkaisua. Katsauksen lopullisen tutkimusaineiston muodostivat yhteensä 23 julkaisua. Edellä kuvattu aineistonhankinnan prosessi on esitetty PRISMA-kaavion muodossa Kuviossa 5.



Kuvio 5. PRISMA-kaavio aineistonhankinnan prosessista (mukaillen Moher ja muut, 2009, s. 3).

4.2.4 Aineiston analyysi

Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 139) esittävät, että kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa voidaan hyödyntää sisällönanalyysia. He toteavat, että kirjallisuuskatsauksista on tyypillisesti olemassa useita metodioppaita, jotka kuvaavat perusteellisesti aineiston hankintaan ja valintaan liittyvät vaiheet, mutta jättävät usein kuvaamatta aineiston analysointia

koskevat vaiheet. (Tuomi & Sarajärvi, s. 139.) Myöskään Arksey ja O'Malley'n viitekehys ei kuvaa riittävän yksityiskohtaisesti, kuinka katsausaineisto tulisi analysoida kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa (Levac ja muut, 2010, s. 6). Tutkijat toteavat kuitenkin, että tutkimusmenetelmä tarvitsee jonkin analyttisen viitekehysten tai temaattisen rakenteen, jota käytetään yhtenäisesti kaikkien katsaukseen valittujen julkaisujen kuvaamiseen tiivistetyssä muodossa (Arksey & O'Malley, 2005, s. 26–27). Levac ja muut (2010, s. 4, 6) suosittelevatkin laadullisten sisällönanalyysin menetelmien käyttöä kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa.

Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 122) mukaan sisällönanalyysin tarkoitus on järjestää tutkimusaineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon hukkaamatta aineiston sisältämää tietoa. Elo ja Kyngäs (2008, s. 109) esittävät, että sisällönanalyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää niin laadullisen kuin määrällisen tiedon kanssa joko induktiivisella tai deduktiivisella tavalla. Heidän mukaansa induktiivinen eli aineistolähtöinen lähestymistapa on suositeltu vaihtoehto tilanteissa, jossa aikaisempaa tietoa tutkittavasti ilmiöstä ei ole riittävästi tai tämä tieto on hajanaista. (Elo & Kyngäs, 2008, s. 109.) Kuten on esitetty aikaisemmin, tästä on kyse myös häiriökysynnän kohdalla, sillä ilmiö tunnetaan vielä varsin heikosti akateemisessa maailmassa tai poliittisten päättäjien kesken (Hyytiälä, 2021).

Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 107) mukaan laadullisen analyysin muodot jaetaan usein induktiiviseen (aineistolähtöinen) ja deduktiiviseen (teorialähtöinen) analyysiin tutkimuksessa käytettävän päättelylogiikan perusteella. Tutkijat esittävät kuitenkin, että teollisesti tämä jaottelu on ongelmallinen perustuen ajatukseen, että puhtaasti aineistoon perustuvien päätelmien tekeminen on erittäin vaikeaa, eikä uutta teoriaa voi syntyä ainoastaan havaintojen pohjalta. Sen lisäksi aineistolähtöisessä tutkimuksessa käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat jo valmiiksi tutkijan asettamia ja täten ne vaikuttavat myös tuloksiin. Tuomen ja Sarajärven mukaan aineistolähtöisen analyysin ongelmia voidaan yrittää ratkoa kolmannella päättelyn logiikalla eli abduktiivisella päätelyllä. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 107–109.)

Abduktiivisessa eli teoriaohjaavassa päättelyssä teoria toimii tutkijan apuna, mutta itse analyysi ei perustu suoraan teoriaan (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 109). Sen sijaan teoriaohjaavassa analyysissä tutkija toimii kaksiosaisesti – ensin tehden aineistosta induktiivisia päätelmiä ja sitten yhdistellen niihin teoreettisia kytkentöjä, esimerkiksi aikaisempaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 109, 112.) Tässä tutkimuksessa analyysi onkin toteutettu abduktiivisesti, koska tavoitteena on kuvata häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa käsittelevän tutkimusaineiston laajuutta ja luonnetta, sekä vastata häiriökysyntää käsitteleviin tutkimuskysymyksiin, joita sivuttiin myös tutkimuksen teoriaosuudessa.

Tässä tutkimuksessa kartoittavan kirjallisuuskatsauksen aineiston järjestämisen apuvälineenä on käytetty sisällönanalyysia. Tutkimusaineistoon valikoitui yhteensä 23 julkaisua, joista kerättiin keskeiset tiedot Excel-taulukkoon. Tietojen keräämistä ja tiivistämistä varten tutkija voi muodostaa luokittelurungon (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 139). Tässä tutkimuksessa kerätyt tiedot olivat julkaisun otsikko, tekijät, julkaisuvuosi, julkaisumaa, julkaisutyyppi, Jufo-luokitus ja tarkat lähdeviitetiedot. Luokittelurungon muodostamisen ja tutkimusaineiston viitetietojen keräämisen jälkeen julkaisut luettiin yksitellen läpi ja niitä tarkasteltiin seuraavien kysymysten kautta: mikä on julkaisun tarkoitus, mikä on soite-sektorin osa-alue, miten häiriökysyntä on määritelty, miten häiriökysyntä esiintyy ja mitkä syyt johtavat häiriökysyntään. Jokaisesta julkaisusta tehtiin nämä kysymykset sisältävät muistiinpanot, joihin kirjattiin lukemisen aikana kutakin kysymystä vastaavat tiedot. Tämän jälkeen muistiinpanoihin kerätyistä tiedoista kirjoitettiin tiiviit kysymyskohtaiset yhteenvedot, jotka vietiin varsinaiseen Excel-taulukkoon. Näin tehtynä jokaisesta julkaisusta saatiin analysoitua tutkimuskysymysten kannalta kaikki niihin liittyvät piirteet.

Tietojen taulukoinnin jälkeen aineisto analysoitiin etsien yhtenäisiä teemoja luokiteltujen tietojen joukosta. Tämä vaihe koettiin tärkeäksi aineiston hahmottamisen kuin myös myöhemmin tutkimuksen tulosten esittämisen kannalta. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 140) mukaan sisällönanalyysin menetelmää kirjallisuuskatsauksessa hyödyntävän on

keskeistä tiedostaa, että julkaisuista kerätyt ja luokitellut tiedot eivät ole itsessään tutkimuksen tulos, vaan ne ovat ainoastaan apukeino, jonka avulla julkaisuissa olevaa tietoa voidaan tarkastella. Tutkijoiden mukaan sisällönanalyysi onkin kirjallisuuskatsauksissa vain apuväline aineiston järjestämiseen johtopäätöksiä varten. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 117, 140.)

Tulosten osalta Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 140) mainitsevat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jossa tulokset hahmottuvat tarkastelemalla luokkien sisällä olevia kuvauksia ja vertaamalla sekä yhdistelemällä niitä tutkimusten kesken. Kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena ei kuitenkaan ole syntetisoida tai yhdistellä eri tutkimusten tietoja, sillä menetelmässä ei pyritä arvioimaan tutkimusten tulosten laatua, minkä takia tietojen pohjalta ei kyetä myöskään esittämään vankkoja tai yleistettäviä tuloksia (Arksey & O'Malley, 2005, s. 27). Menetelmän luonteeseen perustuen tässä tutkimuksessa ei myöskään ole pyritty aineiston abstrahointiin eli käsitteellistämiseen, vaikka Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 124–126) kuvaavat tämän yhdeksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheeksi. Tutkimuksen tulokset esitetään seuraavaksi luvussa 5.

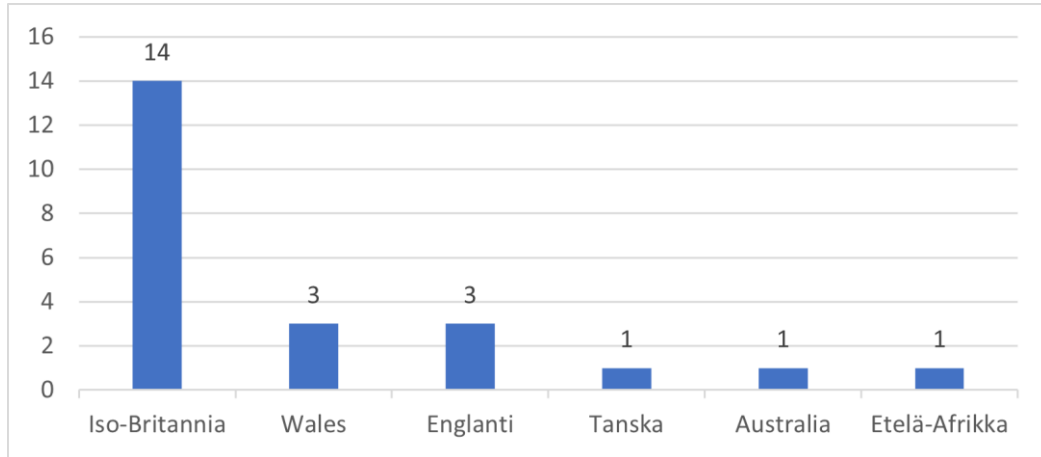
5 Tutkimuksen tulokset

Tässä pääluvussa esitetään kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tulokset. Ensimmäiseksi kuvataan katsaukseen valikoituneiden julkaisujen eli tutkimusaineiston laajuutta ja luonnetta. Tämän jälkeen tutkimusaineiston julkaisujen perusteella kuvataan, miten häiriökysyntä esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja mitkä syyt johtavat häiriökysyntään. Arksey ja O'Malley (2005, s. 27–28) esittävät, että kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa tulee esittää yleiskatsaus tutkimusaineistosta ja sen tärkeimmistä kiinnostuksen kohteista. Tutkimuksen tulosten kuvaamiseksi he ehdottavatkin numeerisen yhteenvedon ja temaattisen analyysin laatimista. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 27–28). Phamin ja muiden (2014, s. 377) mukaan kartoittavissa kirjallisuuskatsauksissa onkin tyypillistä laatia tutkimusaineistosta kuvaava, narratiivinen yhteenvedo. Kartoittava kirjallisuuskatsaus ei pyri vastaamaan yksityiskohtaisiin kysymyksiin, koska menetelmässä ei toteuteta tutkimusaineiston laadunarviointia (Arksey & O'Malley, 2005, s. 20).

5.1 Tutkimusaineiston kuvaus

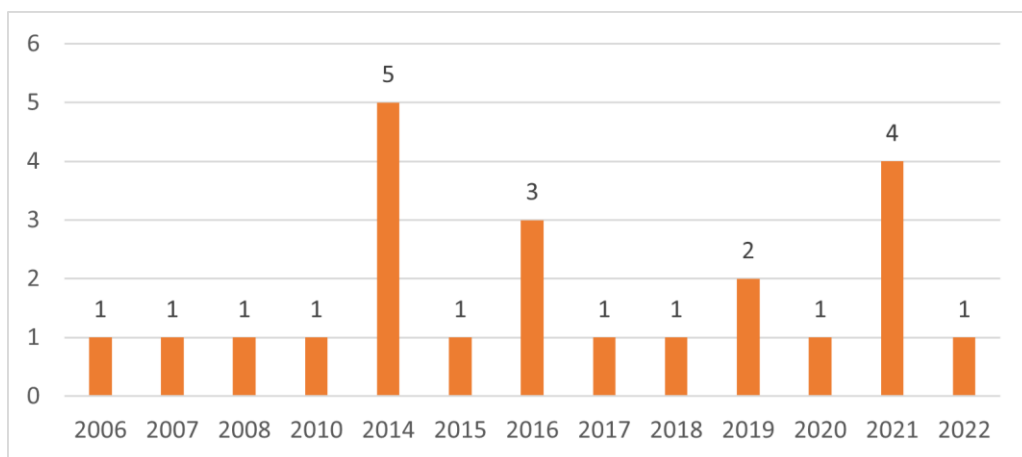
Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen aineisto on esitetty tiivistetysti Liitteessä 1, mutta seuraavaksi tässä luvussa aineisto kuvataan tärkeimpien kiinnostuksen kohteiden osalta. Tutkimusaineiston muodostivat yhteensä 23 englanninkielistä julkaisua, jotka käsittelivät häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimusaineisto koostui vertaisarvioituista tutkimusartikkeleista (n=14), vertaisarvioimattomista tutkimusartikkeleista (n=4), raporteista (n=3), kirjan osasta (n=1) ja konferenssijulkaisusta (n=1). Kansainvälisen tutkimusaineiston julkaisumaa oli pääosin Iso-Britannia (n=20), jonka sisällä tarkempaa maantieteellistä rajausta oli tehty Englannin (n=3) ja Walesin (n=3) osalta, kuitenkin valtaosan julkaisuista käsitellessä koko Iso-Britanniaa tai ilman tarkempaa aluerajausta (n=14). Aineisto sisälsi myös julkaisuja Tanskasta (n=1), Etelä-Afrikasta (n=1) ja Australiasta (n=1). Tutkimusaineiston vahva keskittyminen Iso-Britanniaan johtuu luultavasti käytetystä kielirajauksesta sekä siitä, että häiriökysynnän käsite on peräisin Iso-

Britanniasta. Tätä pohditaan lopuksi tutkimuksen luotettavuuden osalta. Tutkimusaineiston maantieteellinen jakautuminen julkaisumaan perusteella on esitetty Kuviossa 6.



Kuvio 6. Tutkimusaineiston jakautuminen julkaisumaan perusteella.

Tutkimusaineiston jakautuminen julkaisuvuoden perusteella on esitetty Kuviossa 7. Vaikka julkaisuja etsittiin aina häiriökysynnän käsitteen perustamisvuodesta 1992 eteenpäin niin varsinainen tutkimusaineisto ajoittui julkaisuvuoden perusteella vuosien 2006 ja 2022 välille. Jakautuman perusteella on huomattavissa, että häiriökysyntää sosiaali- ja terveysalalla käsittelevän tutkimuksen määrä on kasvanut viime vuosina ja uusia tutkimuksia aiheesta on tullut yhdestä neljään tutkimukseen joka vuosi vuoden 2014 jälkeen.



Kuvio 7. Tutkimusaineiston jakautuminen julkaisuvuoden perusteella.

Tutkimusaineiston julkaisut käsittelivät sote-sektorin osalta terveystalvveluita (n=9), sosiaalipalveluita (n=8) tai molempia eli sosiaali- ja terveystalvveluita (n=6). Julkaisuista suurin osa käsitteli julkista sektoria (n=19), mutta sen lisäksi joukossa oli myös kolmatta sektoria (n=2) ja kaikki sektoreita (n=2) käsitteleviä julkaisuja. Vaikkakin jotkut julkaisut vertailivat toimintaa yksityiseen sektoriin tai mainitsivat sen lisäävän kilpailua alalla, niin yksikään julkaisu ei suoranaisesti käsitellyt vain yksityisellä sektorilla toteutettuja sosiaali- tai terveystalvveluita. Tarkempi jaottelu tutkimusaineiston jakautumisesta sote-palveluiden ja sektoreiden kesken on esitetty Kuviossa 8.



Kuvio 8. Tutkimusaineiston jakautuminen sote-sektorilla.

Tutkimukseen valitut julkaisut analysoitiin myös Jufo-luokituksen mukaan, mikäli tämä tieto oli saatavilla kyseisestä julkaisukanavasta. Jufo-luokitus on suomalainen tieteellisen julkaisu-uiminnan laadunarviointia tukeva luokitusjärjestelmä, joka jaottelee kaikkien tieteenalojen keskeisimmät ulkomaalaiset ja kotimaiset julkaisukanavat laadun mukaan eri tasoihin (Julkaisufoorumi, 2022). Lähtökohtana tarkastelussa on, että mitä korkeampi numero asteikolla 0, 1, 2 ja 3 niin sitä korkeatasoisempi julkaisukanava on kyseessä. Jufo-luokituksen mukaisesti tutkimusaineisto koostui perustason (n=14), korkeimman tason (n=2) ja nollasson (n=2) omaavista julkaisuista. Sen lisäksi aineistoon kuuluu julkaisuja, joiden julkaisukanavat ovat arvioimattomia (n=5). Näiden tulosten perusteella todetaan, että häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa käsittelevät julkaisut ovat lähes kokonaan peräisin lähteistä, jotka sijoittuvat tieteellisessä laadunarvioinnissa korkeimmillaan perustasolle tai, jotka eivät täytä perustason kriteerejä tai ovat arvioimattomia.

5.2 Häiriökysyntä tutkimusaineistossa

Tämän tutkielman tutkimustuloksiin on päädytty teoriaohjaavan eli abduktiivisen päättelyn kautta. Abduktiivista päättelyä ohjaa teoreettisessa viitekehyksessä esitetty John Seddonin häiriökysynnän määritelmä: "Failure demand is demand caused by a failure to do something or do something right for the customer." (Seddon, 2008a, s. 33).

Sen lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä viitataan Seddoniin (2005, s. 26), joka esittää, että häiriökysyntää syntyy silloin, kun palveluorganisaatio ei toimi kunnolla. Kun palvelu epäonnistuu asiakkaiden palvelemisessa odotusten mukaisesti, johtaa tämä asiakkaiden palaamiseen takaisin palvelun pariin lisävaatimusten kanssa (Seddon, 2005, s. 26). Tämä Seddonin häiriökysynnän teoria on auttanut tutkimusaineiston analyysissä ja ohjannut tekijää tunnistamaan katsausaineistossa esitettyjä häiriökysynnän esiintymistapoja ja häiriökysyntää aiheuttavia tekijöitä.

Tässä tutkimuksessa häiriökysynnän esiintymisellä tarkoitetaan niitä tapoja tai seurauksia, joiden avulla tutkimusaineiston julkaisut ovat kuvanneet, että palvelu on epäonnistunut asiakkaan palvelemisessa odotustensa mukaisesti. Yksi esiintymistapa onkin esimerkiksi Seddonin esittämä tilanne, jossa asiakas palaa takaisin palvelun pariin lisävaatimusten kanssa. Häiriökysyntää aiheuttavilla asioilla puolestaan tarkoitetaan niitä tekijöitä, joita katsausaineiston julkaisut ovat tunnistaneet aiheuttavan palvelun epäonnistumista asiakkaan odotusten mukaisesti. Seuraavaksi tämän luvun alaluvuissa kuvataan häiriökysyntää katsausaineistossa. Katsausaineistosta tunnistetut häiriökysynnän esiintymismuodot ja häiriökysyntää aiheuttavat tekijät on esitetty julkaisukohtaisesti myös tutkielman lopussa Liitteessä 2.

5.2.1 Miten häiriökysyntä esiintyy?

Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen aineisto kuvaa häiriökysynnän esiintymistä sosiaali- ja terveydenhuollossa kattavalla määrällä erilaisia ja kontekstilleen ominaisilla tavoilla. Seuraavaksi katsausaineisto esitellään näiden esiintymistapojen mukaan.

Evans ja muut (2014) mainitsevat, että häiriökysyntä esiintyy asiakkaan palaamisena palvelun pariin tilanteessa, jossa asiakasta ei ole onnistuttu palvelemaan oikein ensimmäisellä kerralla. Epäonnistuminen täyttää asiakkaan odotukset ensimmäisellä kerralla esiintyy tutkijoiden mukaan häiriökysyntänä palvelujärjestelmässä esimerkiksi valitusten muodossa (Evans ja muut, 2014). Myös Fillingham ja muut (2016) mainitsevat häiriökysynnän esiintyvän kyselyjen tai valitusten käsittelynä johtuen puutteellisesta vastauksesta asiakkaan aikaisempaan pyyntöön. Downham (2018) puolestaan mainitsee häiriökysynnän esiintyvän silloin, kun henkilökunta käyttää aikaa potilasvalituksen käsittelyyn tai selvittämiseen.

Fillingham ja muut (2016) esittävät, että häiriökysyntä voi esiintyä asiakkaan kunnon heikkenemisenä tilanteissa, jossa ennaltaehkäisevä hoito on puuttunut. Esimerkiksi iäkkäiden ihmisten kohdalla häiriökysyntää esiintyy tilanteissa, jossa he eivät saa tarvittavaa varhaista hoitoa pienen infektion tai sairauden hoitoon, mikä voi johtaa kunnon heikkenemiseen jopa sairaalahoitoon asti. Tutkijoiden mukaan häiriökysyntää esiintyy, kun asiakas ei saa tarvitsemaansa palvelua, mikä voi näkyä esimerkin kaltaisissa tilanteissa kalliimman hoidon tuottamisena myöhemmässä vaiheessa. (Fillingham ja muut, 2016.) Hood ja muut (2021) kuvaavat häiriökysynnän esiintyvän vastaavassa tilanteessa, jossa asiakkaat palaavat palvelun piiriin huonommassa tilanteessa kuin he olivat ensimmäisellä kerralla. Edellä esitettyjen lisäksi tutkijat mainitsevat, että häiriökysyntää voi esiintyä myös siten, että asiakas hakeutuu palvelun piiriin muualle kuin alkuperäiseen paikkaan. Näin ollen häiriökysyntä voi esiintyä myös muissa palvelujärjestelmän osissa. (Hood ja muut, 2021.)

Woerdenin ja muiden (2015) mukaan häiriökysyntää voi esiintyä asiakkaiden tapausten ohjaamisena muualle palvelujärjestelmässä tai väärään paikkaan. He mainitsevat aukioloaikojen ulkopuolella toimivat palvelut ja sairaalan päivityksen, jotka kohtaavat kasvavissa määrin kysyntää. Tutkijoiden mukaan iso osa tästä kysynnästä on häiriökysyntää, sillä yhteydenotot koostuvat terveydentilaansa varmistelevista potilaista, joita ohjataan sairaalaan päivystykseen varmuuden vuoksi. Tällaisissa tilanteissa häiriökysyntä voi esiintyä resurssien käyttämisenä enemmän kuin on tarve, koska asiakkaan haettua palvelua ei ole saatavilla. (Woerden ja muut, 2015.) Vastaavasti Newton (2021) toteaa, että suurin osa hätäkeskuspuheluista ovat häiriökysyntää eli tapauksia, jotka eivät edellytä ambulanssin hätäapua ja joiden tarpeeseen vastaaminen tulisi hoitaa julkisen terveydenhuollon jossain toisessa osassa tai varhaisemmassa vaiheessa.

Guineryn ja muiden (2014) mukaan häiriökysyntä edustaa tarpeetonta kysyntää ensihoidossa ja perusterveydenhuollossa. He toteavatkin häiriökysynnän esiintyvän tilanteissa, jossa asiakkaat hakeutuvat hoitoon ensihoidon puolella, vaikka kyseessä ei ole akuutti tilanne. Väärän hoitopaikan ja hoidon tason lisäksi häiriökysyntää esiintyy, kun potilaat eivät pääse paikalle sovittuihin hoitotapaamisiin tai, kun potilaat hakeutuvat hoitoon entistä huonommassa kunnossa. Tutkijat mainitsevat myös toistuvat toimenpiteet, kuten terveydentilan uudelleenselvittelyt ja hoitoon pääsyn odottamisen olevan häiriökysyntää. (Guinery ja muut, 2014.) Myös Walley ja muut (2019) esittävät, että häiriökysyntää ovat väärään järjestelmään ohjautuneet yhteydenotot, kuten ensihoitoon ohjautuneet ei-akuutit tapaukset. Häiriökysyntää ovat myös tilanteet, jossa hoitoa ei ole saatavilla tai hoitoon ei pääse, mikä voi näkyä jonoina, uudelleensoittoina, potilaiden kunnan heikkenemisenä ja yleisenä tyytymättömyytenä (Walley ja muut, 2019).

Gibson ja O'Donovan (2014) esittävät, että häiriökysyntä esiintyy tilanteissa, jossa asiakkaan todellista tarvetta ei tunnisteta tai se ei kulkeudu läpi palveluprosessin. He mainitsevat lastensuojelupalvelut, joissa pitkäkestoisissa prosesseissa lapsen, nuoren tai perheen ääni ei pääse esille tai sitä ei ole onnistuttu muuttamaan byrokraattiseen järjestelmään soveltuvaan muotoon. Gibsonin ja O'Donovanin tutkimuksessa häiriökysyntä

esiintyy toistuvina toimenpiteinä, kuten usean sosiaalityöntekijän tapaamisena prosessin aikana, sekä huomattavana hajanaisuutena asiakkaan alku- ja perusarviointien tulosten välillä. (Gibson & O'Donovan, 2014.) Myös Patterson (2019) on omassa tutkimuksessaan esittänyt häiriökysynnän esiintyvän tilanteessa, jossa asiakkaan tarvetta ei tunnisteta. Pattersonin tutkimuksessa käsitellään oppimisvaikeuksia omaavia ihmisiä, jotka kokevat häiriökysynnän ohjaamisena eri palvelujen ääreen, jota olivat alun perin hakeneet. Oppimisvaikeuksia omaavien ihmisten kohdalla myös toistuvat prosessinvaiheet ovat erityisen hankalia, koska heidän on sosiaalisten kykyjensä rajoitteiden tai huoltajan puuttumisen takia hankalampi käydä läpi monimutkaista hoitohistoriaansa. Patterson esittääkin, että häiriökysyntä voi esiintyä terveyserojen kasvamisena. (Patterson, 2019.) Myös Wilsonin (2014) tutkimuksessa kontekstina on sosiaalipalvelujen tuottaminen aikuisille, joilla on oppimisvaikeuksia. Tutkimuksessa häiriökysynnäksi määritellään kaikki asiakkaiden vaatimukset, joihin organisaatio ei ole onnistunut vastaamaan. Julkaisussa häiriökysynnäksi määritellään esimerkiksi tilanne, jossa asiakas ottaa yhteyttä ja kysyy, kuka on organisaatiossa tänään työskentelevä työntekijä. Jos työskentelevä henkilö ei ollut ketä asiakas odotti, määriteltiin tämä häiriökysynnäksi. (Wilson, 2014.)

Spyropoulos ja muut (2022) esittävät häiriökysynnän esiintyvän sosiaalisen- ja terveydellisen eriarvoisuuden kasvamisena. Tutkimuksessaan he käsittelevät moninkertaisesti heikommissa asemassa olevia ihmisiä, jotka kohtaavat systeemisiä haasteita hakeutessaan hoitoon, kuten leimautumista ja syrjäytymistä, mitkä voivat johtaa näiden asiakkaiden jäämiseen kokonaan palveluiden ulkopuolella, vaikka he olisivat niihin oikeutettuja. Tutkijat kuvaavat häiriökysynnän esiintymistä pyöröovi-ilmiöllä, jonka mukaisesti eniten palveluita tarvitsevat asiakkaat hakeutuvat jatkuvasti samojen palvelujen piiriin, mutta jotka toistuvasti pyöräyttävät heidät ulos. Spyropoulosin ja muiden mukaan palvelujen ulkopuolelle jääminen esiintyy häiriökysyntänä, mutta se myös pahentaa sosiaalista ja terveydellistä eriarvoisuutta tavallisen väestön ja eniten palveluita tarvitsevien ihmisten välillä. (Spyropoulos ja muut, 2022.)

Hensherin ja muiden (2020) mukaan häiriökysyntä esiintyy lääketieteellisten virheiden kierteenä, jota julkaisussa kutsutaan ylikulutukseksi. Potilas voi johtua tähän kiertoon joko yli diagnoosin tai tarpeettoman hoidon takia. Seurauksena on kierto, jossa potilaalle tarjotaan hoitoja havaittujen haittojen korjaamiseksi, joista osa aiheuttaa lisähaittoja, jotka näkyvät lisätutkimuksina, uusina diagnooseina ja tämän kierron jatkumisena. Häiriökysyntä esiintyy myös lääkkeiden väärinkäyttönä. Laajemmasta näkökulmasta tarkasteltuna häiriökysyntä esiintyy järjestelmän tarpeettomana kysyntänä, kustannusten nousuna ja terveydenhuollon laadun huonontumisena. (Hensher ja muut, 2020.)

Myös muissa katsausaineiston julkaisussa häiriökysynnäksi mainitaan yli diagnoosit, ylimääritellyt palvelut, lääketieteelliset virheet, epäonnistuneet asiakastilanteet, uudelleenselvittelyt, tarpeettomien reseptien myöntäminen tai väärän palvelun tuottaminen (Walley ja muut, 2019; Hartmann ja muut, 2021; Seddon & Caulkin, 2007; Downham, 2018). Walley ja muiden (2019) mukaan terveydenhuollossa toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet ovat seurausta epäonnistumisesta hoitaa sairaus ensimmäisellä kontaktilla. Hartmann ja muut (2021) puolestaan esittävät, että terveydenhuollossa potilaan palaaminen palvelun pariin on seurausta järjestelmävirheestä. Tutkijat esittävätkin, että toistuvat ja ylimääräiset toimenpiteet tai vaiheet, sekä lääketieteelliset virheet ovat järjestelmästä johtuvia häiriökysynnän esiintymismuotoja (Hartmann ja muut, 2021). Downham (2018) esittää, että väärän hoidon tuottaminen tai ylihoitaminen voivat olla peräisin siitä, että aikaisemmista vaiheista on puutteellisesti tietoa.

Nwankwon ja muiden (2021) mukaan häiriökysyntää esiintyy verikokeiden ottamisen ja seurannan osalta niissä tilanteissa, joissa potilaat tai perusterveydenhuollon tarjoajat ottavat yhteyttä erikoisterveydenhuoltoon lisävaatimusten kanssa. Potilaiden osalta kyse on tilanteista, joissa on epäselvää mikä on hoidon seuraava vaihe tai kenen vastuulla verikokeiden seuranta on. Perusterveydenhuollon tarjoajien kohdalla kyse on yhteydenotoista, jotka koskevat viivästyneitä tuloksia tai puutteellisia tietoja. Häiriökysyntää voi esiintyä myös perus- ja erikoisterveydenhuollon palveluntarjoajien välisinä epäselvyyksinä vastuunjaosta tai työtehtävistä, esimerkiksi verikokeiden osalta. Tutkijoiden mukaan

epäselvyydet lisäävät julkisen terveydenhuollon resurssien rasitusta ja viivästyksiä. (Nwankwo ja muut, 2021.) Myös Downham (2018) mainitsee tilanteen, jossa asiakkaalle ei ole selvillä, mikä on hoidon tai palvelun seuraava vaihe, mikä johtaa uuteen yhteydenottoon ja asiakkaan palaamiseen palvelun pariin varmistaakseen asian.

Nwankwon ja muiden (2021) mukaan häiriökysyntä voi esiintyä myös tilanteissa, jossa asiakkaan hoitosuunnitelmaa joudutaan muuttamaan pian lääkärin vastaanottokäynnin jälkeen, koska tarvittavia tietoja ei ole ollut alun perin tai tiedot ovat muuttuneet. Downham (2018) kuvaa tämän tilanteeksi, jossa potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä joudutaan järjestämään uusi tapaaminen, koska aikaisemman tapaamisen aikana ei ollut oikeita tietoja. Myös Hartman ja muut (2021) esittävät tuki- ja diagnostiikkapalveluiden viiveiden, sekä potilastapaamisten peruuntumisen tai epäonnistumisen olevan häiriökysyntää. Heidän mukaansa asiakastapaamisten epäonnistumisia voi esiintyä monista syistä, kuten potilaan saapuessa hoitoon vääränä aikana tai väärään paikkaan tai ilman tarpeellisia dokumentteja. Potilastapaaminen voi peruuntua myös tilanteessa, jossa potilas toimii ohjeiden vastaisesti saapuessaan hoitoon tai ottaessaan määrättyjä lääkkeitä. Peruuntumiset voivat esiintyä henkilökunnan vajaakäyttönä. (Hartmann ja muut, 2021.)

Enslev Jensenin ja muiden (2016) mukaan häiriökysyntä esiintyy tilanteissa, jossa työn virtaus keskeytyy hukan takia. He kuvaavat häiriökysynnän esiintyvän asiakkaiden näkökulmasta tarpeettomana odottamisena, kun taas hoitohenkilökunnan näkökulmasta häiriökysyntä esiintyy kaikkena odottamisena, joka johtaa työnteon keskeytykseen. (Enslev Jensen ja muut, 2016). Downham (2018) mainitsee häiriökysynnän esiintyvän tilanteessa, jossa potilaan tila heikkenee myöhästymisen seurauksena.

Seddon (2006) kuvaa häiriökysynnän esiintyvän sosiaalipalveluissa yhteydenottoina, jotka eivät johda palvelun saamiseen ensimmäisellä kerralla, mikä johtaa uuteen yhteydenottoon. Seddonin (2017) mukaan häiriökysyntä esiintyy prosessin ylimääräisinä vaiheina ja ihmisten auttamisen epäonnistumisena. Sosiaalipalveluissa häiriökysyntää ovat palvelua hakeville henkilöille tehtävät arviointisarjat, joissa asiakkaan avun tarve

arvioidaan saman prosessin aikana useamman henkilön toimesta (Seddon, 2017). Asiakkaalle tämä näyttäytyy pitkäkestoisena prosessina, joka sisältää toistuvia ja ylimääräisiä vaiheita. Sen lisäksi asiakkaat kokevat hoitoon pääsyn vaikeana (Seddon, 2006; 2010; 2017). Hoitoon pääsyn vaikeudet esiintyvät Seddonin (2010) mukaan myös tilanteissa, joissa asiakas siirretään palveluntarjoajalta toiselle ratkaisemaan ongelmansa. Häiriökysyntä esiintyy myös kustannusten nousuna ja asiakkaiden tilan heikentymisenä, kun he odottavat palveluun pääsyä (Seddon, 2010).

Seddonin (2008b) mukaan häiriökysyntä voi esiintyä huonona asiakaskokemuksena, jossa asiakas odottaa hoitoon pääsyä pitkään, eikä jossain tapauksissa saa hakemaansa apua riittävän nopeasti. Pitkäkestoinen prosessi voi myös johtaa siihen, että lopulta asiakkaalle tarjottu palvelu ei enää vastaa asiakkaan muuttunutta palvelutarvetta, jolloin tehty työ voi mennä hukkaan (Seddon, 2008b). Seddonin ja Caulkinin (2007) mukaan asiakkaiden näkökulmasta tällainen palvelu on epäyhtenäistä, byrokraattista, arvaamattomaa ja jopa pelottavaa. Tässä julkaisussa häiriökysynnän esiintymistä kuvataan apua tarvitsevien kunnan heikkenemisenä, hoidon ylimääräittelyä, palveluntarjoajan alhaisena moraalina, työvaiheiden päällekkäisyytenä ja niiden toistamisena, valituksina palvelun epäonnistumisista, yhteydenottojen eteenpäin ohjaamisen virheinä, pitkäkestoisena prosessina ja väärän hoidon saamisena tai ilman hoitoa jäämisena (Seddon & Caulkin, 2007). Yllä esitetyissä Seddonin julkaisuissa asiakkaan palaaminen palveluun pariin on usein seurausta sille, että palvelu on epäonnistunut vastaamaan asiakkaan kysyntään. Tällaisessa tilanteessa asiakas ei ole saanut palvelua ollenkaan tai saatu palvelu on osittain tai kokonaan eri, mitä asiakas on hakenut. (ks. esim. Seddon & Caulkin, 2007.)

Localityn ja Vanguardin (2014) analyysin mukaan häiriökysynnän osuus kaikesta sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kysynnästä on noin 80 prosenttia. Analyysi esittää, että kaikenlaisissa hoitopalveluissa häiriökysyntä esiintyy prosessin toistuvina vaiheina. Ensiksi asiakkaat käyvät läpi palvelutarpeen arvioinnin, joka voi koostua useasta vaiheesta. Akuuteissa tapauksissa arviointi suoritetaan vain lähetteen muodostamista varten. Toiseksi lähetteen mukaisessa ensimmäisessä tapaamisessa arviointi saatetaan vielä toistaa

palveluntarjoajan toimesta. Analyysin mukaan tällaisessa tilanteessa palvelua hakevat tottuvat siihen, että kun he hakevat apua, heidät arvioidaan ja he saavat lähetteen. Tämän seurauksena jotkut asiakkaista lopettavat avun pyytämisen ja toiset hyväksyvät sen avun, mitä on tarjolla, vaikka se ei vastaisi täysin odotuksia. (Locality & Vanguard, 2014.)

Hood ja muut (2016) toteavat, että häiriökysyntää esiintyi korkeampi määrä paikallisviranomaisilla, jotka vastaanottivat enemmän lastensuojelulähetteitä. Tämä näkyi palvelun laadun huonontumisena, sillä näillä paikallisviranomaisilla oli suurempi taipumus ohjata tapauksia ei-lakisääteisiin palveluihin, kuten vapaaehtoistoimintaan ja käyttää vähemmän aikaa lakisääteisiin suunnitelmiin ja perheiden kanssa työskentelyyn. Häiriökysyntä esiintyi uudelleenlähetteiden muodossa, eli aikaisemmin käsitellyt ja ohjatut tapaukset palasivat järjestelmään vuoden sisällä niiden sulkemisesta. (Hood ja muut, 2016.)

Hartmann ja muut (2021) esittävät julkaisussaan kattavan listan häiriökysynnän esiintymismuotoja. Aikaisemmin esitettyjen lisäksi tutkijat mainitsevat myös, että häiriökysyntää voi esiintyä, kun potilaalla ei ole riittäviä taloudellisia resursseja hoitoa varten, terveydenhuolto kohtaa ennalta-arvaamattomia jonoja ja, kun toimitusketjuissa, varastonhallinnassa tai infrastruktuurissa on puutteita (Hartmann ja muut, 2021).

Tässä alaluvussa on esitetty tutkimustulokset häiriökysynnän esiintymisen osalta. Tuloksien selkeyttämiseksi on muodostettu luokkia, jotka on esitetty Kuviossa 9. Samaa luokittelua on käytetty julkaisukohtaisesti tutkielman lopussa olevassa Liitteessä 2.



Kuvio 9. Häiriökysynnän esiintymismuodot.

5.2.2 Mikä aiheuttaa häiriökysyntää?

Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen aineistosta tunnistettiin useita eri tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Seuraavaksi katsausaineisto esitellään näiden tekijöiden mukaisesti.

Yhtenä yleisenä ja laaja-alaisena tekijänä häiriökysynnän alkuperälle katsausaineistosta tunnistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän olosuhteet. Gibsonin & O'Donovanin (2014) mukaan häiriökysyntä on järjestelmästä johtuvaa. Julkaisussaan tutkijat esittävät sosiaalihuollon tapausten kautta, kuinka monimutkainen ja aikaa vievä IT-järjestelmä johti siihen, että sosiaalityöntekijät käyttivät suurimman osan ajastaan tietokoneella tai täyttämällä lomakkeita, eivätkä itse lasten, nuorten tai perheiden parissa ymmärtäen heidän todellista tilannettaan ja avun tarvetta. Keskittyminen epäolennaisiin asioihin palvelun tuottamisen sijaan johti myös epäonnistumiseen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaiden kysyntää tai tilanteisiin, joissa asiakkaan tarve ei kulkeutunut läpi palveluprosessin. (Gibson & O'Donovan, 2014.)

Guineryn ja muiden (2014) mukaan häiriökysyntä johtuu palvelua tarjoavan järjestelmän kyvyttömyydestä vastata asiakkaiden erilaisiin vaatimuksiin. Tutkijoiden mukaan häiriökysyntä johtuu järjestelmän virheistä, jotka ovat peräisin esimerkiksi riittämättömästä tuesta muilta sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoajilta, hoidon jatkuvuuden katkeamisesta tai potilaskuulemisten epäonnistumisesta aikarajoitteiden, joustavuuden puutteen tai puutteellisten tietojen takia (Guinery ja muut, 2014). Hartmann ja muut (2021) puolestaan esittävät, että järjestelmävirheet johtavat häiriökysyntään potilaan palatessa terveydenhuollon pariin. Tutkijat jakavat järjestelmävirheet neljään teemaa. Tutkijoiden mukaan terveydenhuoltojärjestelmän hierarkkinen luonne voi johtaa potilaan hoitoketjun katkeamiseen tai "pompotteluun luukulta toiselle". Terveydenhoidon epäonnistuminen puolestaan voi johtaa lääketieteellisiin virheisiin ja sitä kautta esimerkiksi korjaavan hoidon hakemiseen. Vaikka Hartmann ja muut käyttävät nimitystä potilaiden tekemät virheet, ovat he sitä mieltä, että todellinen virhe on lähtöisin järjestelmän huonosta kommunikoinnista tai suunnittelusta. Näin ollen esimerkiksi tilanne, jossa potilas hakee hoitoa väärästä paikasta, nähdään johtuvan järjestelmän olosuhteista. Toimintaympäristön virheet, kuten puutteet toimitusketjuissa, johtuvat tutkijoiden mukaan järjestelmän suunnittelusta tai kyvyttömyydestä reagoida virheisiin. (Hartmann ja muut, 2021.)

Hensherin ja muiden (2020) mukaan häiriökysyntä johtuu siitä, että estettävissä olevia ongelmia ei korjata muualla järjestelmässä. Julkaisun mukaan terveydenhuollossa esiintyvä ylikulutus johtaa häiriökysyntään. Iso osa tästä ylikulutuksesta johtuu lääketieteellisistä virheistä ja haittatapahtumien kierrosta, jotka saavat asiakkaat palaamaan toistuvasti terveydenhuollon pariin. Tämä kierto muodostaa myös rakenteen, josta yksilöiden on vaikea poistua. Tutkijoiden mukaan terveydenhuollon ylikulutuksen ja häiriökysynnän vähentäminen on keino parantaa ennen kaikkea ihmisten terveyttä, mutta sillä on luultavasti mahdollista minimoida myös terveydenhuoltojärjestelmän ympäristövaikutuksia. (Hensher, ja muut, 2020.)

Walley ja muut (2019) esittävät myös vastaavia havaintoja, sillä he toteavat häiriökysynnän johtuvan yleensä järjestelmän virheestä tai huonosta järjestelmäsuunnittelusta.

Heidän mukaansa perusterveydenhuollossa häiriökysyntä johtuu olemassa olevista kysynnän ja kapasiteetin hallintakäytännöistä, jotka julkisissa palveluissa ovat usein resursseihin perustuvia, eivätkä kysynnän, kuten asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden, mukaan mukautuvia. Resursseihin perustuvan toimintatavan vaikutukset voivat näkyä häiriökysyntänä myös muissa järjestelmien osissa (ks. esim. Newton, 2021), koska niiden on mahdollista luoda tilanteita, jossa asiakkaan tarvitsemaa palvelua ei ole ollenkaan saatavilla. (Walley ja muut, 2019.) Asiakkaalle voi syntyä tällainen vaikutelma myös tilanteessa, jossa henkilökunta ei ole syystä tai toisesta käytettävissä. Tämä tunnistettiin Gibsonin & O'Donovanin (2014) ja Hartmannin ja muiden (2021) julkaisujen kautta olevan seurausta palvelujärjestelmän suunnittelulle.

Edelliseen liittyen Newton (2021) esittääkin, että häiriökysyntä on palvelurakenteesta johtuvaa. Hänen mukaansa ambulanssipalvelut kohtaavat ei-akuutteja tapauksia, koska terveydenhuoltoa ei hoideta muualla. Syynä tähän on julkaisun mukaan se, että muut terveydenhuollon palvelut ovat vähentyneet tai toimivat vain virka-aikaan. Näiden lisäksi Newton esittää, että potilaiden määrä ja monimutkaisuus on lisääntynyt ja usein potilaat kärsivät useista päällekkäisistä sairauksista. (Newton, 2021.) Vaikka julkaisu ei varsinaisesti esitä asioiden johtavan häiriökysyntään, tunnistettiin tämä huomio tutkimustuloksissa mahdolliseksi häiriökysyntää aiheuttavaksi tekijäksi. Samoin kuin Newton (2021), myös Woerden ja muut (2015) esittävät häiriökysynnän johtuvan rakenteellisista ongelmista terveydenhuoltojärjestelmässä. Julkaisun mukaan aukioloajan ulkopuoliset terveydenhuollon palvelut, eivät pysty tehokkaasti vastaamaan kysyntään, joka koskee terveydentilaansa varmistelevia asiakkaita. Resurssien riittämättömyyden seurauksena asiakkaat ohjataan varmuuden vuoksi lähetteellä sairaalan päivystykseen, mikä voi esiintyä häiriökysyntänä. (Woerden ja muut, 2015.) Myös Fillinghamin ja muiden (2016) julkaisusta häiriökysyntää aiheuttavaksi tekijäksi tunnistettiin järjestelmän epäonnistuminen ja rakenteelliset ongelmat, jossa asiakkaan tarvitsemaa palvelua ei ole saatavilla. Tutkijat esittävät, että häiriökysyntää voi esiintyä tilanteessa, jossa tehokas varhainen reagointi asiakkaan palvelutilanteeseen puuttuu järjestelmästä (Fillingham ja muut, 2016).

Seddonin (2006; 2008b; 2010; 2017) ja Seddonin & Caulkinin (2017) mukaan häiriökysyntä johtuu palvelujärjestelmän suunnittelusta. Julkaisujen mukaan häiriökysyntä johtuu palvelujen epäonnistumisesta ymmärtää, käsitellä ja vastata asiakkaiden erilaiseen ja moniulotteiseen kysyntään. Palvelujen epäonnistuminen on julkaisujen mukaan seurausta hajanaisista, erikoistuneista ja standardoiduista palveluista. Julkaisut suhtautuvat kriittisesti palveluihin, jotka on suunniteltu toimimaan pääosin mittareiden, tavoitteiden ja määrärahojen puitteissa, sen sijaan, että palvelujen keskiössä olisi asiakkaan kysyntään vastaaminen. Julkaisut suhtautuvat kriittisesti myös palvelujen johtamistapaan, joka keskittyy ennen kaikkea näiden tulostavoitteiden toteuttamiseen aiheuttaen häiriökysyntää. (Seddon, 2006; 2008b; 2010; 2017; Seddon & Caulkin, 2017.) Samoin kuin edellä, myös Gibson & O'Donovan (2014) mainitsevat tulostavoitteisiin ja määrärahoihin keskittyvän johtamistavan aiheuttavan häiriökysyntää. Julkaisussaan he kertovat järjestelmästä, joka sisälsi useita johtajien toteuttamia tarkastusvaiheita, mikä sai työntekijöiden pelkäävän virheiden tekemistä. Sen lisäksi julkaisussa havaittiin, että tulostavoitteisiin ja määrärahoihin keskittyvät johtajat loivat itseasiassa lisäkustannuksia toiminnal- laan (Gibson & O'Donovan, 2014).

Myös Locality & Vanguardin (2014) mukaan häiriökysyntä johtuu järjestelmästä, joka ei kykene ymmärtämään ihmisiä tilanteissaan tai vastaamaan heidän todellisiin tarpeisiinsa. Syynä on järjestelmän palvelumuotoilun olosuhteet, joita hallitsevat työhön erikoistuminen, palvelujen standardointi, johtaminen budjettien, mittareiden ja tavoitteiden mukaisesti. Häiriökysyntää aiheuttaa myös palvelujen jatkuvuuden katkeaminen, palveluiden tuottamisessa esiintyvä riskienhallinta, joka voi johtaa ylivalvelemiseen, ja palvelun myöntämiselle asetetut kriteerit, jotka saattavat käännäyttävät apua tarvitsevia asiakkaita pois (Locality & Vanguard, 2014).

Hood ja muut (2016) esittävät häiriökysynnän johtuvan epäonnistumisesta vastata asiakkaan vaatimukseen ensimmäisellä kerralla, kun palvelua on tarjottu. Julkaisu tuo esiin tilanteen, jossa suurkysyntäisillä paikallisviranomaisilla ei ollut riittäviä resursseja vastata kaikkeen kysyntään. Tämä näkyi toiminnassa siten, että järjestelmä ei onnistunut

tehokkaasti seulomaan lastensuojelulähetteitä ja tunnistamaan niistä asiakkaiden tarpeita. Kiireellisinä aikoina vapaaehtoistoiminta pystyi auttamaan, mutta siltikin muiden palveluntarjoajien tuki ei riittänyt käsittelemään asiakkaiden moninaista kysyntää, mikä johti julkaisun mukaan häiriökysyntään. (Hood ja muut, 2016.) Wilsonin (2014) mukaan häiriökysyntä johtuu siitä, että organisaatio ei toimi johdonmukaisesti tarkoituksensa mukaisesti ja näin ollen palvelu epäonnistuu asiakkaan näkökulmasta.

Myös Pattersonin (2019) julkaisu esittää häiriökysynnän johtuvan epäonnistumisesta ymmärtää ja vastata asiakkaan todelliseen tarpeeseen. Patterson esittää, että sosiaalipalveluiden viranomaiset päättävät hoitoon pääsyn kelpoisuudesta toimintatavalla, joka perustuu lähetteiden seulontaan ja arviointiin. Julkaisun mukaan tämä toimintatapa epäonnistuu usein asiakkaan tarpeiden kuuntelemisessa ja ymmärtämisessä, mikä voi johtaa virheellisiin päätöksiin, hoidon jatkuvuuden katkeamiseen ja häiriökysyntään. (Patterson, 2019.) Myös Seddon (2008b) esittää kritiikkiä tätä toimintatapaa kohden, jossa asiakkaan kysyntä lajitellaan ja siirretään paikasta toiseen ilman, että asiakkaan tarve on palvelun tarjoamisen keskiössä. Hood ja muut (2021) puolestaan esittävät häiriökysynnän johtuvan palveluntarjoajien väärästä käsityksestä siitä, mikä on tärkeää palvelun käyttäjille. Heidän mukaansa organisaatioissa voi esiintyä myös haluttomuutta tutkia asiakkaan välitöntä syytä palveluun hakeutumiseksi (Hood ja muut, 2021). Samoin kuin Patterson (2019) ja Seddon (2008b), myös Hood ja muut (2021) painottavat asiakkaiden todellisen tilanteen selvittämistä ja avuntarpeen kokonaisuuden ymmärtämistä. Tutkijoiden mukaan häiriökysyntä johtuu toimintatavoista, jotka eivät mahdollista asiakkaan yksilöllistä kohtaamista tai johtavat näiden kohtaamisten epäonnistumiseen ja sitä kautta epäonnistumiseen vastata asiakkaan kysyntään (Seddon, 2008b; Patterson, 2019; Hood ja muut, 2021.)

Evans ja muut (2014) mainitsevat, että häiriökysynnän syynä voi olla henkilökunnan puutteellinen koulutus, joka voi johtaa viranomaisten virheisiin päätöksenteossa. Myös Enslev Jensen ja muut (2016) esittävät, että häiriökysyntä johtuu virheestä, joka olisi voitu estää paremmalla perehdytyksellä, ohjeistuksella ja koulutuksella. Tutkijoiden

mukaan häiriökysyntään johtaa tilanne, jossa työntekijälle syntynyt tarvetta, kuten verikokeen tuloksia tai röntgenkuvauksen selitettä ei pystytä toteuttamaan ennen seuraavaa vaihetta, mikä johtaa viivästyksen ja odottamiseen kaikille mukana olleille (Enslev Jensen ja muut, 2016).

Nwankwon ja muiden (2021) mukaan häiriökysyntä johtuu siitä, että etäverenseuranta varten ei ole riittäviä resursseja eli sopivia helposti saavutettavia tiloja ja henkilöstöä, joka kykenisi toteuttamaan rutiinomaista verenottamista ja seuranta. Sen lisäksi tutkijat esittävät, että epäselvyydet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä tehtävänjaosta voivat myös johtaa yhteydenottoihin asiakkaiden suunnalta, mikä lisää resurssien rasitusta ja viivästyksiä. (Nwankwo ja muut, 2021.) Tässä tutkimuksessa epäselvyydet työn- tai vastuunjaossa tunnistettiin häiriökysyntään johtavaksi tekijäksi.

Downhamin (2018) mukaan häiriökysyntää voi saada aikaan tapa, jolla järjestelmä vastaa kysyntään. Downham sivuaa tässä alaluvussa jo aikaisemmin esitettyjä huomioita liittyen järjestelmän olosuhteisiin ja toteaa, että häiriökysynnässä on kyse siitä, miten työ on suunniteltu ja miten järjestelmämme, prosessimme ja organisaatiomme on suunniteltu. Tutkijan mukaan häiriökysyntä voi olla peräisin fragmentoituneesta palvelusuunnittelusta, ympäristön asettamista paineista, perus- ja erikoisterveydenhuollon vastuunjaon epäselvyyksistä tai potilaan sosiaalisten tarpeiden hoitoyrityksistä terveystoimenpiteiden avulla. Myös Downhamin julkaisusta tunnistettiin häiriökysyntään johtavaksi tekijäksi epäonnistuminen tunnistaa, ymmärtää ja vastata asiakkaan kysyntään. Näiden lisäksi häiriökysyntää aiheuttavaksi tekijäksi tunnistettiin tilanne, jossa tieto ei kulje palveluntarjoajien tai työvaiheiden välillä, koska tämä voi esiintyä epäselvyyksinä, puutteellisina tietoina tai virheellisinä toimenpiteinä. (Downham, 2018.)

Spyropoulos ja muut (2022) käsittelevät häiriökysyntään johtavia järjestelmän olosuhteita käsitteellisen eroavaisuuden kautta. Tutkijoiden mukaan julkisen sektorin oikeudenmukaisuus on suunniteltu tasa-arvon kautta eli tarjoamalla kaikille samanlaiset hoito- ja tukimahdollisuudet. Moninkertaisesti heikommassa asemassa olevien kannalta

tärkeämpää on kuitenkin tasapuolisuus, joka tunnistaa yksilöiden erilaiset tarpeet ja osoittaa täsmälleen ne resurssit ja mahdollisuudet, jotka tarvitaan samanlaisten tulosten saavuttamiseksi kaikkien ihmisten kesken. Julkaisu esittää, että tämä käsitteellinen ero johtaa julkisella sektorilla häiriökysyntään eniten palveluita tarvitsevien ihmisten kohdalla. Tämän lisäksi järjestelmien hajanaisuus johtaa häiriökysyntään tilanteissa, jossa järjestelmä ei tarjoa riittävää oikeudellista informaatiota palveluiden vastuista ja siirtymistä, mikä voi esiintyä hoidon jatkuvuuden katkeamisena etenkin moninkertaisesti heikommassa olevien ihmisten kohdalla. (Spyropoulos ja muut, 2022.)

Tässä alaluvussa on esitetty tutkimustulokset häiriökysyntää aiheuttavien tekijöiden osalta. Tulosten selkeyttämiseksi on muodostettu luokkia, jotka ovat Kuviossa 10. Samaa luokittelua on käytetty julkaisukohtaisesti tutkielman lopussa olevassa Liitteessä 2.



Kuvio 10. Häiriökysyntää aiheuttavat tekijät.

6 Johtopäätökset

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli selvittää, miten häiriökysyntä esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja mikä aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kartoitettavaa kirjallisuuskatsausta, koska menetelmä soveltui tutkimaan häiriökysynnän ilmiötä, josta oli saatavilla vain vähäinen määrä tietoa. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tutkia ja kuvata häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa käsittelevän tutkimuskirjallisuuden laajuutta ja luonnetta. Tutkimustuloksissa on esitetty yleiskatsaus aiheesta saatavilla olevasta tutkimuksesta (n=23) ja niiden tärkeimmistä kiinnostuksen kohteista, sekä vastattu tutkimuskysymyksiin temaattisen analyysin avulla. Seuraavaksi tässä luvussa esitetään johtopäätökset tutkielman kahteen tutkimuskysymykseen. Lopuksi esitetään yhteenveto tutkimuksen keskeisimmistä havainnoista Kuviossa 11.

6.1 Häiriökysynnän esiintymismuodot

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaisesti tutkielmassa pyrittiin löytämään vastaus siihen, miten häiriökysyntä esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Aiempien tutkimusten mukaisesti häiriökysynnäksi kutsutun ilmiön tiedetään esiintyvän tilanteissa, jossa asiakas palaa takaisin palvelun pariin lisävaatimusten kanssa, koska aikaisempi kohtaaminen palveluntarjoajan kanssa on epäonnistunut tekemään jotain tai tekemään jotain oikein asiakkaan näkökulmasta (Seddon, 2005, s. 26). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä häiriökysyntä on aikaisemman tutkimuksen mukaan esiintynyt resurssien kulutuksen ja työmäärän lisääntymisenä, hukkana, toistuvina ja tarpeettomina toimenpiteinä tai työn vaiheina, sekä jonoina, viivästyksinä tai tyytymättöminä asiakkaina (Seddon, 2005, s. 26; Seddon, 2008a, s. 70; Walley ja muut, 2019, s. 26).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaisesti häiriökysyntä voi esiintyä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä kattavalla määrällä erilaisia ja kontekstilleen ominaisilla esiintymistavoilla. Häiriökysynnän esiintymisestä tunnistettiin yhdistäviä luokkia siltä

osin kuin se koettiin mahdolliseksi sosiaali- ja terveysalan monimuotoisuutta ajatellen. Tutkimustulosten mukaisesti häiriökysynnän esiintyminen tunnistetaan usein tilanteesta, jossa asiakas palaa takaisin palvelun pariin. Asiakkaan kohdalla kyse on tilanteensa, jossa hän saa osittain tai kokonaan väärää palvelua tai ei saa ollenkaan palvelua. Tilanteelle on tyypillistä, että asiakas on tyytymätön, mikä voi johtaa uuteen yhteydenottoon. Uusi yhteydenotto on sinällään jo häiriökysyntää, koska se osoittaa, että palvelu on aikaisemmin epäonnistunut vastaamaan asiakkaan odotuksiin. Häiriökysynnän esiintyminen voidaan tunnistaa myös asiakkaan tyytymättömyyden kautta, mikä voi näkyä valituksina ja lisävaatimuksina palvelua tai henkilökuntaa kohtaan.

Häiriökysynnän esiintyminen tunnistetaan myös tilanteessa, jossa asiakas hakeutuu hoitoon väärään paikkaan tai kokonaan väärälle hoidon tasolle. Tilanteita, joissa kysyntä esiintyy järjestelmän väärässä osassa, ovat esimerkiksi hätäkeskuksen tai ensihoidon kohtaamat ei-akuutit tapaukset eli asiakastilanteet, jotka eivät edellytä kiireellistä hoitoa. Asiakkaan kohdalla kyse voi olla tilanteesta, jossa hoidon seuraava vaihe tai tarjoaja on epäselvä, mikä esiintyy häiriökysyntänä, kun asiakas ei kykene hakeutumaan hoitoon oikeaksi tarkoitettuun paikkaan. Häiriökysynnän esiintyminen voidaan tunnistaa myös tilanteesta, jossa asiakas siirretään palveluntarjoajalta toiselle. Vaikka kaikki siirrot eivät tarkoita, että asiakas on alun perin hakeutunut hoitoon väärään paikkaan, on näiden välillä mahdollisesti yhteys. Häiriökysyntä voi esiintyä myös siten, että asiakas ohjataan virheellisesti tai tarpeettomasti palveluntarjoajalta toiselle tai ainakin tältä asia voi vaikuttaa asiakkaan näkökulmasta. Sote-palveluissa tilannetta kutsutaan usein pompotteluna luukulta toiselle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisessa häiriökysyntä voi esiintyä toistuvina ja ylimääräisinä vaiheina tai toimenpiteitä. Näitä toistuvia ja ylimääräisiä vaiheita voi kuulua myös prosessiin, jonka kautta asiakas hakee palvelua. Häiriökysyntä voidaan siis tunnistaa tilanteista, jossa asiakkaan tai henkilökunnan täytyy tehdä jotain toistuvasti, koska tilannetta on edeltänyt aikaisempi epäonnistuminen. Häiriökysyntää esiintyy myös tilanteessa, jossa asiakkaan ensimmäinen yhteydenotto ei johda palvelun saamiseen,

minkä takia palvelujärjestelmä voi kohdata toistuvia ja tarpeettomia yhteydenottoja samasta asiasta. Yleistä toistuvalla ja päällekkäisellä työllä on se, että resursseja käytetään enemmän kuin on tarve, mikä tässä tutkielmassa on tunnistettu häiriökysynnäksi.

Häiriökysynnän esiintyminen tunnistetaan epäonnistuneista asiakstapaamisista, koska ne johtavat usein henkilökunnan vajaakäyttöön tai tarpeeseen järjestää uusi asiakstapaaminen, mikä puolestaan on yksi esiintymismuoto toistuvasta työvaiheesta. Asiakstapaamiset voivat epäonnistua silloin, kun asiakas ei pääse ollenkaan paikalle tai asiakas saapuu paikalle ohjeiden vastaisesti tai ilman tarvittavia dokumentteja. Häiriökysyntää voi esiintyä myös tilanteissa, jossa asiakkaalle ei voida myöntää palvelua tai toteuttaa lääketieteellistä toimenpidettä puutteellisten tietojen, lääkkeiden väärinkäytön tai toimitusketjujen, varastohallinnan tai infrastruktuurin puutteiden takia. Edellä mainittujen lisäksi häiriökysyntä esiintyy lääketieteellisinä virheinä, kuten ylidiagnooseina, koska niiden tunnistettiin johtavan korjaaviin toimenpiteisiin, asiakkaan palaamiseen palvelun pariin ja muihin häiriökysynnän esiintymismuotoihin.

Häiriökysynnän esiintyminen liittyy myös aikaan, joka kuluu prosessin eri vaiheiden ja toimenpiteiden suorittamiseen. Mikäli asiakas kokee, että prosessi sosiaali- ja terveyspalveluiden saamiseksi on pitkäkestoinen, on tämä merkki siitä, että palvelu on epäonnistunut vastaamaan asiakkaan odotuksiin. Häiriökysyntä esiintyy siis palvelujärjestelmässä ennalta-arvaamattomina jonoina, odottamisena ja viivästyksinä. Pitkäkestoiset prosessit johtavat usein myös asiakkaan tilanteen heikentymiseen, joka on tässä tutkielmassa tunnistettu häiriökysynnäksi. Tilanteen heikentyessä myös hoidon kokonaiskustannukset kasvavat. Pitkäkestoisiin prosesseihin ja odottamiseen liittyen on myös mahdollista, että asiakas kokee palvelun saamisen vaikeaksi. Tämä voi joissain olosuhteissa johtaa siihen, että asiakas ei hae enää palvelua, vaikka olisi oikeutettu siihen. Myös palvelujen ulkopuolelle jääminen määritellään tässä tutkimuksessa häiriökysynnäksi, koska siihen liittyy asiakkaan kokemus palvelujärjestelmän epäonnistumisesta tarjota apua. Palvelujen ulkopuolelle jääminen kasvattaa myös terveyseroja kansalaisten välillä.

6.2 Häiriökysyntää aiheuttavat tekijät

Toisen tutkimuskysymyksen mukaisesti tutkielmassa pyrittiin löytämään vastaus siihen, mikä aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiempien tutkimusten mukaan häiriökysyntää syntyy, kun palveluorganisaatio ei toimi kunnolla eli silloin, kun palvelu epäonnistuu asiakkaan palvelemisessa odotusten mukaisesti (Seddon, 2005, s. 26). Vaikka aikaisempi tutkimuskirjallisuus esittää, että palvelut epäonnistuvat asiakkaan näkökulmasta tekijöiden, kuten palvelujen standardoinnin tai osa-optimoinnin takia, niin tutkijat toteavat, että laajemmasta näkökulmasta tarkasteltuna kyse on järjestelmällisestä ilmiöstä (Seddon, 2005, s. 26; Seddon & O'Donovan, 2010, s. 15). Täten toisen tutkimuskysymyksen johtopäätöksien lähtökohtana oli yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollossa häiriökysyntää aiheuttavia tekijöitä osaksi laajempia järjestelmäolosuhteita.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa häiriökysyntää aiheuttaa palvelujärjestelmän olosuhteet. Palvelujärjestelmän olosuhteilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa kaikkia niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan ja vuorovaikutukseen järjestelmän eri tasoilla ja tasojen välissä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän olosuhteet, kuten rakenteet, johtamis- ja toimintatavat, sekä käytettävissä olevat resurssit, ovat peräisin palvelujärjestelmän suunnittelusta eli siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuolto on organisoitu toimimaan. Tutkielmassa on myös esitetty, että sosiaali- ja terveydenhuolto on monimutkainen toimintaympäristö (esim. Braithwaite ja muut, 2021, s. 375–376), mikä voi itsessään vaikuttaa järjestelmän olosuhteisiin myös suunnittelemattomalla tavalla. Myös tutkimustulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaisuus on häiriökysyntää aiheuttava tekijä, vaikka aiheen tutkimuskirjallisuudessa suorina mainintoja on vähäinen määrä.

Vaikka tässä tutkielmassa on tunnistettu, että häiriökysyntä on järjestelmällinen ilmiö, niin tutkimustulosten mukaan häiriökysynnän aiheutuminen tunnistetaan ensimmäisenä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja palvelujärjestelmän välisestä epäonnistuneesta vuorovaikutuksesta. Tämä tulee esille etenkin Hartmannin ja muiden (2021, s.

18–20) tutkimuksessa, jossa tutkijat toteavat, että häiriökysyntä on asiakasvuorovaikutus, joka tapahtuu useammin kuin kerran, koska aikaisempi vuorovaikutus palvelun tarjoavan järjestelmän kanssa on epäonnistunut järjestelmän virheen takia. Tutkimustuloksista on päätelty, että palvelujärjestelmän epäonnistuminen tunnistaa, ymmärtää tai vastata asiakkaan kysyntään aiheuttaa häiriökysyntää, koska se johtaa tilanteeseen, jossa asiakas kokee saaneensa osittain tai kokonaan väärää palvelua, mikä voi johtaa asiakkaan palaamiseen palvelun pariin. Yleisenä johtopäätöksenä molempiin tutkimuskysymyksiin liittyen tutkielmassa todetaan, että häiriökysyntää aiheuttavista tekijöistä voidaan tunnistaa yhteyksiä häiriökysynnän esiintymismuotoihin. Hartmann ja muut (2021, s. 18–20) esittävätkin, että järjestelmävirheet ja häiriökysyntä ovat syy-seuraussuhteessa, mikä tukee myös tässä tutkielmassa saatua johtopäätöstä.

Tutkimustulosten mukaan häiriökysyntää aiheuttavat järjestelmän rakenteelliset ongelmat. Rakenteellisten ongelmien takia asiakkaat voivat kohdata tilanteita, joissa heidän tarvitsemaansa palvelua ei ole ollenkaan saatavilla tai palvelu on saatavilla, mutta siihen pääsy koetaan hankalana tai pitkäkestoisena. Pitkäkestoiset prosessit ja odottaminen voivat olla seurausta siitä, että hoitohenkilökunta ei ole käytettävissä. Tämä voi johtua kiireestä, riittämättömistä resursseista tai siitä, että palvelun tuottamiseen ei ole riittävästi tukea muilta palveluntarjoajilta. Mikäli palvelujärjestelmän suunnittelun seurauksena asiakkaan tarvitsemaa palvelua ei ole ollenkaan saatavilla, voi tämä johtaa häiriökysyntään, koska palvelu epäonnistuu vastaamaan asiakkaan kysyntään. Myös palvelun jatkuvuuden katkeaminen on tekijä, joka voi aiheuttaa häiriökysyntää, koska se voi johtaa asiakkaan kohdalla tilanteen heikentymiseen tai uuteen yhteydenottoon. Palvelun jatkuvuus voi katketa tilanteessa, jossa asiakas siirretään palveluntarjoajalta toiselle.

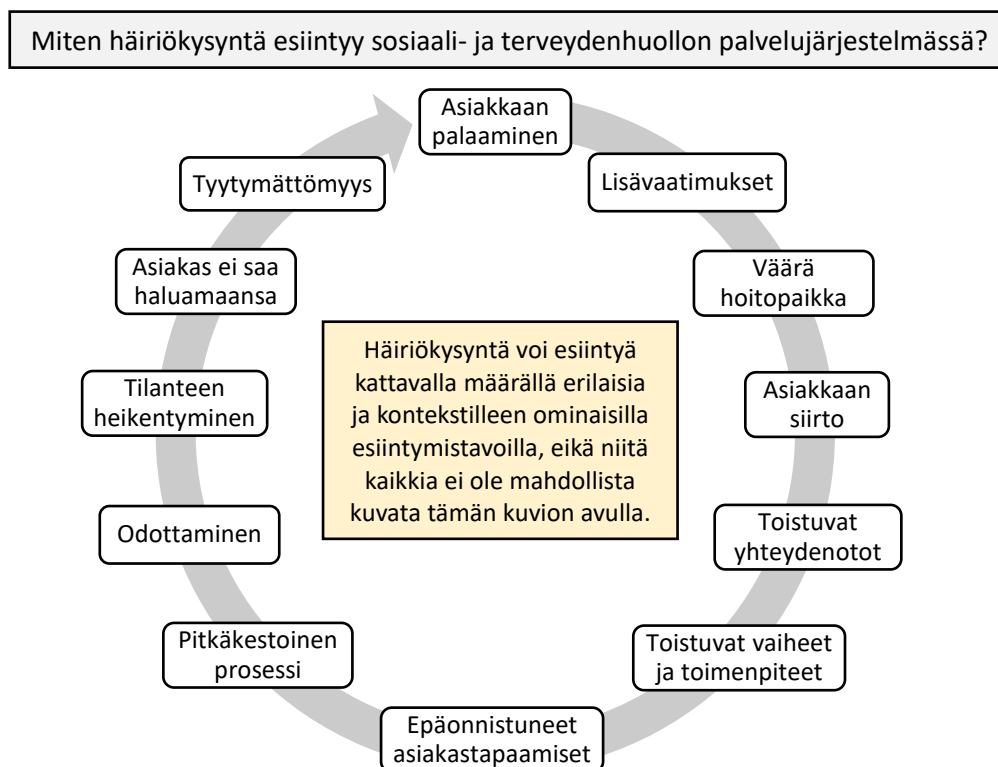
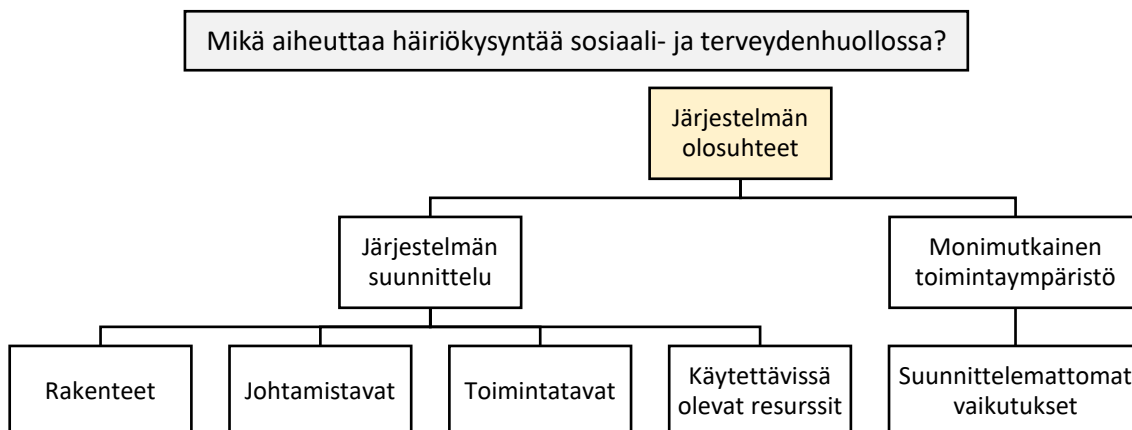
Palvelujärjestelmän suunnittelu voi saada aikaan palveluita, joiden toiminta on hajanaisesti erillään toisistaan. Kuten Sinkkonen ja muut (2012, s. 82) esittävät tutkielman teoriaosuudessa, virheellisesti toteutettuna eriytyminen voi näkyä kielteisinä seurauksina, kuten aukkoina tai päällekkäisyyksinä palvelutuotannossa ja siiloutumisena tai osaoptimointina. Myös tutkimustuloksissa häiriökysyntä esitettiin toistuvina ja ylimääräisinä

työnvaiheina, mikä tukee johtopäätöstä, että hajanaiset palvelut voivat aiheuttaa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palvelujen suunnitteluun liittyy myös palvelujen standardointi, koska jos palvelu ei kykene käsittelemään ja omaksumaan asiakkaiden moninaista kysyntää, voi tämä johtaa palvelun epäonnistumiseen asiakkaan näkökulmasta eli häiriökysyntään.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vallitsevat johtamis- ja toimintatavat voivat aiheuttaa häiriökysyntää. Tutkimustuloksista päätellen resurssikeskeinen johtamistapa voi näyttäytyä sote-palveluina, joiden keskiössä on asiakkaan onnistuneen palvelemisen sijaan toimiminen tulostavoitteiden ja määrärahojen mukaan. Seurauksena on usein epäonnistuminen tunnistaa, ymmärtää tai toteuttaa asiakkaan kysyntää, mikä johtaa häiriökysyntään. Toisin kuin teollisessa tuotannossa, sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakas on itse osallisena tuotannossa, minkä takia onnistunut palvelukokemus edellyttää asiakaslähtöistä arvonluontia (Seddon, 2008a, s. 68). Sen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkeää, että asiakas kohdataan yksilöllisesti. Mikäli toimintatapojen seurauksena palvelujärjestelmä epäonnistuu kohtaamaan asiakkaan yksilöllisesti, voi seurauksena olla häiriökysyntä, koska myönnetty palvelu ei välttämättä vastaa asiakkaan todelliseen tilanteeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä päivittäinen työskentely pyörii alan ammattilaisten ja asiakkaiden ympärille. Tutkimustuloksien mukaan häiriökysyntä voi johtua henkilökunnan virheistä päätöksenteossa tai hoidon tuottamisessa tai keskinäisestä epäselvyyksistä liittyen työn- tai vastuunjakoon. Järjestelmän näkökulmasta kyse voi olla virheistä, jotka ovat seurausta henkilökunnan puutteellisesta koulutuksesta tai ohjeistuksesta. Virheet voivat olla peräisin myös sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaisesta toimintaympäristöstä tai ympäristön paineista. Joissain tapauksissa puutteellinen koulutus voi näkyä myös palveluissa esiintyvänä riskienhallintana, joka esiintyy häiriökysyntänä esimerkiksi ylidiagnoosien muodossa. Hartmannin ja muut (2021, s. 28) esittävät, että palvelujärjestelmät tulisi suunnitella siten, että ihmiset eivät voi tehdä virheitä vaan, että virheet ovat aina järjestelmävirheitä. Myös tässä tutkielmassa ajatellaan, että häiriökysyntää aiheuttavat tekijät ovat lähtöisin järjestelmän olosuhteista,

suunnittelusta tai huonosta kommunikoinnista. Näin ollen sosiaali- ja terveyspalveluiden ammattilaiset tai asiakkaat eivät voi omalla toiminnallaan aiheuttaa häiriökysyntää, vaan taustalla on aina palvelujärjestelmän toimintaan tai suunnitteluun liittyviä tekijöitä. Täten esimerkiksi tilanne, jossa potilas hakee hoitoa väärästä paikasta, nähdään johtuvan järjestelmän olosuhteista, kuten kommunikoinnista (Hartmann ja muut, 2021, s. 28).



Kuvio 11. Yhteenvedo tutkimuksen keskeisimmistä havainnoista

7 Pohdinta

Tässä pro gradu -tutkielmassa on lisätty tietoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintaan tai toimimattomuuteen yhdistetystä häiriökysynnän ilmiöstä. Tutkielman ennako-odotuksiin vaikutti Hyytiälän ja Kekomäen (2017) esittämä tulkinta, jonka mukaan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvu johtuu palvelurakenteesta johtuvasta häiriökysynnästä. Kiinnostus häiriökysynnästä sosiaali- ja terveyshallintotieteitä käsittelevän pro gradu -tutkielman aiheena lähti innostuksesta tutkia uutta ja ajankohtaista käsitettä, joka oli yhdistettävissä sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen niin taloudellisista kuin asiakaslähtöisistä näkökulmista. Tutkimuksen alkuvaiheissa kävi kuitenkin ilmi, että häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa käsittelevä tutkimuskirjallisuus oli vähäistä ja se oli hajanaisessa muodossa, mikä johti kartoittavan kirjallisuuskatsauksen menetelmän valintaan. Tässä pro gradu -tutkielmassa kartoittavalla kirjallisuuskatsauksella on kartoitettu aiheesta saatavilla oleva kansainvälinen tutkimusaineisto, sekä analysoitu ja raportoitu tutkimusaineiston laajuus, luonne ja keskeisimmät kiinnostuksen kohteet, sekä vastattu häiriökysynnän esiintymiseen ja sitä aiheuttavia tekijöitä koskeviin tutkimuskysymyksiin. Seuraavaksi pohditaan tutkimuksen luotettavuutta ja yhtymäkohtia paljon palveluita tarvitseviin asiakkaisiin ja sote-integraatioon, sekä pohditaan aihetta jatkotutkimuksen kannalta.

7.1 Luotettavuus

Tieteelliseen tutkimukseen kuuluu keskeisesti tieteellisen metodin arviointi (Salminen, 2011, s. 1). Tutkimustulosten luotettavuuden varmistamiseksi tässä tutkielmassa kartoittavan kirjallisuuskatsauksen menetelmä ja tutkimuksen toteuttaminen on pyritty kuvaamaan mahdollisimman avoimesti pääluvussa 4. Menetelmän käytöstä ei ollut aikaisempaa kokemusta, joten kaikki oppiminen on tapahtunut tutkimusprosessin aikana. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen viitekehystenä on käytetty Arksey'n ja O'Malley'n (2005) viitekehystä, johon on huomioitu Levacin ja muiden (2010) tekemät parannusehdotukset. Tutkijoiden mukaan tutkimuksen tekemisessä on mahdotonta välttyä aikaan tai

resursseihin liittyviltä rajoitteilta (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23–25; Levac ja muut, 2010, s. 5). Vaikka tulkinta voi pitää paikkaansa, niin pro gradu -tutkielmana toteutetussa tutkimuksessa näille rajoitteille ei osata asettaa merkittävää vaikutusta. Se millä voi kuitenkin olla rajoittava vaikutus on se, että tämä tutkimus on tehty itsenäisestä, vaikka viitekehys suosittelee kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteutusta vähintään kahden henkilön tai tutkijatiimin toimesta, jotta tutkimusstrategian muodostaminen ja relevanttien tutkimusten tunnistaminen ja valitseminen perustuu yhtenäiseen tulkintaan (Levac ja muut, 2010, s. 5). Vaikka tässä tutkimuksessa päätökset on tehty itsenäisesti niin tutkielman tekijän ja työn ohjaajien välisen konsultaation on koettu lisäävän luottavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyen, häiriökysyntää käsittelevän tutkimuskirjallisuuden vähäinen määrä vaikutti rajoittavan tarkkojen hakulausekkeiden käyttöä. Tutkimuksen tietokantahaussa asia huomioitiin siten, että haku tehtiin laajoilla hakulausekkeilla. Vaikka ensimmäisellä arviointikierroksella julkaisujen määrä oli suurempi, niin tämä koettiin luotettavammaksi tavaksi kuin se, että aluksi olisi määritetty tarkat hakulausekkeet, jotka olisivat voineet jättää potentiaalisia tuloksia pois. Aineistonhankinnan prosessi toistettiin kahdesti. Huomioitavaa on myös, että tutkielman teoreettisessa osuudessa käytettiin lähteinä joitain tutkimuksia, jotka kuuluivat myös katsausaineiston piiriin. Arksey ja O'Malleyn (2005, s. 23) mukaan kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tekijällä tulee olla jonkinlainen esikäsitys tutkittavasta aiheesta. Tässä tutkielmassa julkaisut, kuten Walley ja muut (2019) ja Locality & Vanguard (2014), ovat olleet osana muodostamassa tätä esikäsitystä, koska julkaisut ovat keskeisessä osassa häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa käsittelevässä tutkimuksessa. Tutkimusaineiston analyysi on toteutettu teoriaohjaavalla eli abduktiivisella päättelyllä, jossa tutkijan aikaisempi tieto voi toimia apuna, mutta itse analyysi tehdään aineistolähtöisiä päätelmiä ja teoreettisia kytkentöjä yhdistelevällä tavalla (Tuomi & Sarajarvi, 2018, s. 109).

Tutkimustulosten luotettavuuteen liittyen tulee tiedostaa, että lähes kaikki tutkimusaineiston julkaisut oli julkaistu Iso-Britanniassa. Tämä voi johtua siitä, että häiriökysynnän käsite on kehitetty Iso-Britanniassa. Toinen vaikuttava tekijä voi olla

sisäänottokriteereihin asetettu vaatimus julkaisujen englannin kielisyydestä. Tällä kieli-rajauksella on pyritty kartoittamaan kaikki kansainvälinen tutkimuskirjallisuus häiriökysynnän ilmiöstä, koska on ajateltu, että häiriökysynnän ilmiö ei ole kulttuurisidonnainen. Ilmiön kulttuurisidonnaisuus ei ole tullut kuitenkaan esille aiheen tutkimuskirjallisuudesta, mikä voi olla myös tämän tutkimuksen rajoite, mikäli asia toisin todetaan.

Tutkimustulosten osalta selvitettiin myös tutkimusaineiston julkaisujen Jufo-luokitus. Jufo-luokituksen osalta julkaisut oli julkaistu pääsääntöisesti perustason lehdissä tai lehdissä, joiden luokitus oli arvioimaton, joten on mahdollista, että häiriökysynnän käsitettä ei ole vielä tunnistettu laadukkaimmissa julkaisukanavissa. Taustalla saattaa olla myös tilanne, jossa häiriökysynnäksi kutsutusta ilmiöstä puhutaan jollain toisella käsitteellä. Seddon (2005, s. 26) tarkastelee asiakaskysyntää arvokysynnän ja häiriökysynnän kautta. Näin ollen häiriökysyntään liittyvällä teoriolla voi olla yhtymäkohtia myös muihin teorioihin, kuten palveluperusteiseen arvonluontiin (service-dominant logic) tai arvoperusteiseen terveydenhuoltoon (value-based health care) (Jalonen, 2021, s. 68–69; Kokko, 2022, 26–30).

Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen yksi keskeinen rajoitus on se, että menetelmässä ei arvioida valittujen tutkimusten laatua, minkä takia menetelmä ei myöskään pyri vastaamaan yksityiskohtaisiin kysymyksiin (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21). Tämän rajoituksen takia tutkielmassa ei ollut mahdollista tehdä vankkoja tai yleistettäviä johtopäätöksiä saaduista tutkimustuloksista. Tutkielman johtopäätöksissä on kuitenkin esitetty yhteenvedo tutkimuksen kautta tunnistetuista häiriökysynnän esiintymistavoista ja häiriökysyntää aiheuttavista tekijöistä, mutta tutkimusaineiston laadun arvioinnin puuttuessa, tulokset eivät ole hyödynnettävissä käytännön ohjeistuksessa ja päätöksenteossa (Munn ja muut, 2018, s. 3). Häiriökysynnän ilmiötä onkin siis tarpeellista tutkia lisää sosiaali- ja terveydenhuollossa muilla tutkimusmenetelmillä, kuten systemaattisilla kirjallisuuskatsauksilla. Arkseyn ja O'Malleyn (2005, s. 22) viitekehyksen mukaan voidaankin ajatella, että tämä pro gradu -tutkielma on osa käynnissä olevaa kartoitusprosessia, jonka tavoitteena on parantaa edellytyksiä aihealueen jatkotutkimukselle.

7.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen ongelmien yhteys häiriökysyntää

Tämän pro gradu -tutkielman häiriökysyntää koskevilla tutkimustuloksilla vaikuttaa olevan yhteys samoihin asioihin, joita sosiaali- ja terveystalvelujen integraation on tarkoitus korjata nykyisessä palvelujärjestelmässä. Tutkimustulosten mukaan häiriökysyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa aiheuttavat järjestelmän olosuhteet, jotka ovat peräisin palvelujärjestelmän suunnittelusta tai toimintaympäristön monimutkaisuudesta. Sosiaali- ja terveystalvelujen integraatioon liittyen keskeisempää on tarkastella palvelujärjestelmän suunnittelua, koska toisin kuin toimintaympäristön osalta, sitä kautta on mahdollista tehdä tarkoituksenmukaisia muutoksia järjestelmään. Taskisen ja Hujalan (2020, s. 48) mukaan sosiaali- ja terveystalveluiden integraatiolla tarkoitetaan toimia ja ratkaisuja, joilla pyritään yhdenmääntämään palvelujärjestelmän rakenteita ja toimintoja.

Häiriökysyntää aiheuttavat järjestelmän rakenteelliset ongelmat, kuten hajanaiset ja erikoistuneet palvelut, palvelujen jatkuvuuden katkeaminen ja tilanteet, joissa asiakkaan tarvitsemaa palvelua ei ole saatavilla. Samoin kuin tutkimustuloksissa, myös Sinkkonen ja muut (2012, s. 82–83) ovat tunnistaneeet palvelujärjestelmästä ongelmia koskien yhteistyön toimimattomuutta, palveluissa esiintyviä aukkoja ja päällekkäisyyksiä, sekä näiden seikkojen vaikutuksia toiminnan tehokkuuteen, kustannuksiin ja palvelujen laatuun. Taskinen ja Hujala (2020, s. 54) ovat puolestaan tunnistaneeet, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtunut eri alojen erikoistuminen on johtanut liialliseen eriytymiseen, mikä on käytännössä toinen tapa sanoa, että palvelut ovat hajanaisia ja niissä voi esiintyä myös palvelun jatkuvuuden katkeamista, jonka on havaittu johtavan häiriökysyntään. Koska sote-integraation on perusteltu ratkaisevan järjestelmän rakenteellisia ongelmia, on mahdollista, että integraatio vaikuttaa myös häiriökysyntää aiheuttaviin järjestelmän olosuhteisiin positiivisella tavalla.

Integraatio yhdenmääntää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa myös rakenteiden sisällä (Taskinen & Hujala, 2020, s. 50). Normatiivinen integraatio koskee toimintaa ohjaavien yhteisten sääntöjen, normien, arvojen ja kulttuurin yhtenäistämistä. Funktionaalinen integraatio puolestaan koskee tukitoimintojen, kuten johtamisen, rahoituksen ja

tietojärjestelmien yhtenäistämistä. Yhdessä näiden integraation muotojen katsotaan mahdollistavan eri toimijoiden koordinoitun toiminnan, päätöksenteon ja yhtenäistämisen toteuttamisen itse toiminnan tasolla. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 50–51.) Tässä tutkielmassa on tunnistettu, että häiriökysyntä esiintyy toimintatapojen seurauksena, jotka epäonnistuvat kohtaamaan asiakkaan yksilöllisesti. Nämä toimintatavat esiintyvät usein organisaatioissa, joissa johtaminen noudattaa enemmän resurssivetoista kuin kysyntälähtöistä näkemystä palvelun suunnittelussa (Walley ja muut, 2019, s. 24). Tällä voi olla yhteys Sinkkosen ja muiden (2012, s. 81) mainitsemaan tilanteeseen, jossa alalla on nykyisin entistä enemmän uudentyypisiä organisaatioita ja yksityisiä palveluntuottajia. Tutkijat mainitsevat myös syvärakenteiden erilaistumisen eli tilanteen, jossa alalla työkentelevien ihmisten näkemykset voivat erota toisistaan tavoitteiden, palvelujen tarpeen, työkäytäntöjen ja ihmisten välisten suhteiden osalta (Sinkkonen ja muut, 2012, s. 81). Tutkimustuloksiin peilaten sote-integraatiolla voi olla mahdollista ratkaista häiriökysyntää aiheuttavia ongelmia, koska integraatio yhdentää palvelujärjestelmässä toimivien organisaatioiden ja ammattilaisten keskeisiä tukitoimintoja ja toimintaa ohjaavia arvoja, sekä vähentää yhteistyötä hankaloittavia näkemysten yhteentörmäyksiä.

7.3 Häiriökysynnän yhteys paljon palveluita tarvitseviin asiakkaisiin

Tämän pro gradu -tutkielman puitteissa ei ollut mahdollista selvittää onko häiriökysynnän ja paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien asiakkaiden välillä yhteys. Tutkimusaineistosta esille nousi kuitenkin Spyropoulosin ja muiden (2022) tekemä tutkimus, joka käsitteli moninkertaisesti heikommassa asemassa olevia ihmisiä, jotka kohtaavat systeemisiä haasteita, kuten leimautumista ja syrjäytymistä hakeutuessaan hoitoon. Tämän tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä esille ei tullut vastaavia havaintoja. Ylitälo-Katajiston (2019, s. 21) mukaan paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat voivat kuitenkin aiheuttaa turhautuneisuutta hoitohenkilökunnalle, mikä voi liittyä Spyropoulosin ja muiden (2022) esittämiin asiakaskokemuksiin. Aihe on mahdollinen jatkotutkimuskohde.

Häiriökysynnän ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden osalta tutkielman ennako-odotuksena oli Hujalan ja Lammintakasen (2018, s. 18) esittämä tulkinta, että kaikkia paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita yhdistää se, että palvelujärjestelmä ei ole onnistunut vastaamaan kokonaisvaltaisesti heidän tarpeisiinsa. Tutkimuksen myötä tämä ennako-odotus vahvistui, koska häiriökysynnän tunnistettiin aiheutuvan palvelujärjestelmän epäonnistumisesta ymmärtää, käsitellä tai vastata asiakkaiden kysyntään. Tutkimuksessa nousi esille myös, että epäonnistuminen asiakkaan kokonaisvaltaisessa palvelemisessa voi johtua palveluntarjoajien riittämättömästä keskinäisestä tuesta (ks. esim. Guinery ja muut, 2014), mikä pitää paikkaansa Hujalan ja Lammintakasen (2018, s. 18) mukaan myös paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla, koska tämän kohde-ryhmän palveleminen ei onnistu keneltäkään palveluntarjoajalta yksin. Tutkijat ehdottavatkin, että ratkaisu on ammatti- ja organisaatorajat ylittävässä yhteistyössä, joka mahdollistaa myös monimuotoisista tarpeista koostuneiden palvelukokonaisuuksien toteutumisen yhtenäisellä ja katkeamattomalla tavalla (Hujala & Lammintakanen, 2018, s. 18–20, 62; Leskelä, 2013, s. 3167). Myös Hyytiälä ja Kekomäki (2017) ehdottavat moniammatillisten tiimien käyttöä ja joustavien palvelurajapintojen luomista, koska he ajattelevat niiden olevan esimerkkejä kysyntään mukautuvasta tarjonnasta, jonka on myös mahdollista vähentää sote-palveluissa esiintyvää häiriökysyntää.

7.4 Jatkotutkimuksen kannalta

Vaikka tässä tutkielmassa esitettyjä aiheita yhdistää asiakaslähtöisyys niin huomioitavaa on, että tämä on vain yksi näkökulma siihen, miten palveluita tai kokonaisia järjestelmiä tulisi suunnitella tai miten niiden tulisi toimia. Kyse on arvoista, joita voidaan lähestyä eri näkökulmista (Kokko, 2022, s. 5). Häiriökysynnän teorian osalta asiakaslähtöisyys näkyy pyrkimyksenä suunnitella palveluorganisaatiot siten, että ne kykenevät omaksumaan ja vastaamaan asiakkaiden kysyntään ja todellisiin tarpeisiin (Seddon, 2008a). Kyse on Seddonin mukaan asiakaslähtöisestä arvonluonnista, jossa arvo määrittyy sen mukaan, mitä asiakas haluaa. Mukana on myös taloudellinen näkökulma, koska ajatellaan, että asiakkaan nimellisarvoon vastaaminen on kaikista kustannustehokkainta. (Seddon, 2008a, s.

69). Taskisen ja Hujalan (2020, s. 68) mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation suunnittelun ja toteutuksen punaisena lankana tulisi olla asiakaslähtöisyys, mutta keskeistä on myös tiedostaa, että eri toimijoille, kuten poliitikoille, palveluntarjoajille, johtajille, ammattilaisille ja kansalaisille, integraation arvot ja tavoitteet voivat vaihdella tai tarkoittaa hyvinkin erilaisia asioita. Näin ollen todetaankin, että oli kyse sitten yksittäisistä palveluista tai kokonaisista järjestelmistä, niin keskeistä on käydä moniulotteiseen ymmärrykseen pyrkivää keskustelua eri toimijoiden kanssa koskien uudistusten arvoja, tavoitteita ja vaikuttavuuden arviointia. (Taskinen & Hujala, 2020, s. 68.)

Kysymys kuuluukin, että voidaanko olettaa, että on olemassa jokin järjestelmä, joka kykenee palvelemaan kaikkia osapuolia ja täyttämään heidän odotuksensa liki täydellisyttä myöten? Tämä täydellisyyden tavoittelu nousee esille myös häiriökysynnän poistamiseen liittyen, viitaten järjestelmässä esiintyvän hukan täydelliseen poistamiseen ja muihin vastaaviin vertauksiin. Ymmärrettävää on, että häiriökysynnän tunnistaminen ja siitä eroon pääseminen voi toimia teollisessa ympäristössä, jossa kysyntä on homogeenista eli tasalaatuista, mutta voiko se toimia myös sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa kysyntä on heterogeenistä ja hyvin vaihtelevaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja sosiaali- ja terveyspalveluiden luonne hyödykkeenä tuovat jo valmiiksi omat haasteensa ja variaationsa. Kun tähän lisätään vielä se, että asiakas on itse mukana palveluprosessissa niin monimutkaisuus voi kasaantua niin laajaksi, että kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollossa esiintyviä epäonnistuneita asiakasvuorovaikutuksia voi olla mahdoton selittää ainoastaan yhdellä häiriökysynnäksi kutsutulla ilmiöllä. Tämän tutkielman yhtenä yllätyksenä tuli se, kuinka monesta eri tekijästä tutkimusaineiston julkaisut käyttivät häiriökysynnän ilmiön nimitystä. Vaikka tunnistettavissa oli, että kyseessä voi olla samoja asioita, mutta eri kontekstissa, niin silti yhtenä tämän tutkielman haasteina oli muodostaa raportoitavissa olevaa luokittelua, joka silti säilyttäisi täyden merkityksensä.

Tutkielman lopuksi on kuitenkin todettava, että häiriökysynnän tunnistaminen voi auttaa ja täydentää ymmärrystämme sote-palvelujärjestelmässä esiintyneistä virheistä. Häiriökysynnän ilmiötä onkin siis tarpeellista tutkia lisää sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Jatkotutkimuksen selvitettäväksi jää tutkia tarkemmin, millaisia rajoituksia häiriökysynnän ilmiöön liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon kompleksisessa ympäristössä, sekä käytetäänkö häiriökysynnästä tai siihen liittyvistä tekijöistä jotain toista käsitettä alan tutkimuskirjallisuudessa. Jatkotutkimusta on syytä tehdä myös paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden osalta, sekä tutkia, onko häiriökysyntä yksi tekijä, joka selittää tämän kohde-ryhmän toistuvaa palaamista palvelujen pariin.

Lähteet

Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen lähteet on merkitty tähdellä ().*

- Arnold, R. D., & Wade, J. P. (2015). A Definition of Systems Thinking: A Systems Approach. *Procedia Computer Science*, 44(2015), 669–678. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.03.050>
- Arksey, H., & O’Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Braithwaite, J., Ellis, L. A., Churruca, K., Long, J. C., Hibbert, P., & Clay-Williams, R. (2020). Complexity Science as a Frame for Understanding the Management and Delivery of High Quality and Safer Care. Teoksessa L. Donaldson ja muut (toim.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (s. 375–391). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>
- Cabrera, D., Colosi, L., & Lobdell, C. (2008). Systems thinking. *Evaluation and program planning*, 31(3), 299–310. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.12.001>
- Colchester, J. (2019). Viheliäisten ongelmien ratkaiseminen systeemiajattelulla. Noudettu 21.12.2022 osoitteesta <https://www.sitra.fi/blogit/viheliaiset-ongelmat-systeemiajattelu>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O’Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291–1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
- *Downham. (2018) Sources of failure demand in health care. Cressbrook Ltd. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <http://www.cressbrookltd.co.uk/sources-of-failure-demand-inhealthcare>
- *Enslev Jensen, B., Anne Found, P., Williams, S. J., & Walley, P. (2016). Improving the efficiency and effectiveness of ward rounds. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 8(3), 279–297. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-05-2016-0039>

- *Evans, S., Huxley, P. J., Maxwell, N., & Huxley, K. L. S. (2014). System-level change in mental health services in North Wales: An observational study using systems thinking. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 337–351. <https://doi.org/10.1177/0020764013489672>
- Elo, S. and Kyngäs, H. (2008), The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi-org.proxy.uwasa.fi/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- *Fillingham, D., Jones, B., & Pereira, P. (2016). *The challenge and potential of whole system flow*. Health Foundation. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://aqua.nhs.uk/resources/the-challenge-and-potential-of-whole-system-flow/>
- *Gibson, J., & O’Donovan, B. (2014). The Vanguard Method as Applied to the Design and Management of English and Welsh Children’s Services Departments. *Systemic Practice and Action Research*, 27(1), 39–55. <https://doi.org/10.1007/s11213-013-9281-0>
- *Guinery, J., Brown, S., Berglund, M., & Scales, K. (2014). The Influence of Human Factors on Access and Scheduling of Primary Care Services. Teoksessa B. Grabot ja muut (toim.), *Advances in Production Management Systems. Innovative and Knowledge-Based Production Management in a Global-Local World. APMS 2014. IFIP Advances in Information and Communication Technology, vol 438* (s. 547–554). Springer. https://doi-org.proxy.uwasa.fi/10.1007/978-3-662-44739-0_67
- *Hartmann, D., Bicheno, J., Emwanu, B., & Hattingh, T. (2021). Understanding system failure in health care: A mental model for demand management. *South African journal of industrial engineering*, 32(2), 17–36. <https://doi.org/10.7166/32-2-2344>
- *Hensher, M., Canny, B., Zimitat, C., Campbell, J., & Palmer, A. (2020). Health care, overconsumption and uneconomic growth: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 266, 113420. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113420>

- *Hood, R., Goldacre, A., Grant, R., & Jones, R. (2016). Exploring Demand and Provision in English Child Protection Services. *The British Journal of Social Work*, 46(4), 923–941. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw044>
- *Hood, R., O'Donovan, B., Gibson, J., & Brady, D. (2021). New development: Using the Vanguard Method to explore demand and performance in people-centred services. *Public Money & Management*, 41(5), 422–425. <https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1815367>
- Hujala, A., & Lammintakanen, J. (2018). *Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keski-öön*. KAKS - Kunnallisan kehittämissäätiö. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluita-tarvitset-ihmiset-keskioon.pdf>
- Hyytiälä, H., & Kekomäki, M. (2017). Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöistä. *Lääkärilehti*. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://www.laakari-lehti.fi/ajassa/nakokulmat/kustannusten-kasvu-johtuu-jarjestelman-hairioista/?public=4d169bb29d37cafe2ddad15fa91c0e7b>
- Hyytiälä, H. (2021). Kun potilas ei saa tarvitsemaansa apua, hän palaa yhä uudestaan takaisin ja sote-palvelut kuormittuvat – häiriökysyntä paljastaa ajattelumme valuvat. *Mustread*. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://www.mustread.fi/artikkelit/kun-potilas-ei-saa-tarvitsemaansa-apua-han-palaa-yha-uudestaan-takaisin-ja-sote-palvelut-kuormittuvat-hairiokysynta-paljastaa-ajattelumme-valuvat/>
- Jaaron, A. A., & Backhouse, C. J. (2014). Service organisations resilience through the application of the vanguard method of systems thinking: A case study approach. *International journal of production research*, 52(7), 2026–2041. <https://doi.org/10.1080/00207543.2013.847291>
- Jalonen, H. (2020). Sote-uudistus – kompleksisuusteoreettinen tulkinta. *Hallinnon Tutkimus*, 39(4), 302–309. Noudettu 19.03.2023 osoitteesta <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/102254/59586>

- Jalonen, H. (2021). Sote-uudistus - mitä, kuka, missä ja miten? *Focus localis*, 49(1), 68–76. Noudettu 11.03.2023 osoitteesta <https://journal.fi/focuslocalis/issue/view/7893/1236>
- Julkaisufoorumi. (2022, 22. marraskuuta). *Julkaisufoorumi*. Noudettu 16.1.2023 osoitteesta <https://julkaisufoorumi.fi/fi/julkaisufoorumi-0>
- Kasiri, L., Guan Cheng, K., Sambasivan, M. & Sidin, M. (2017). Integration of standardization and customization: Impact on service quality, customer satisfaction, and loyalty. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 35, 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2016.11.007>
- Kivelä, K., Elo, S., & Kääriäinen, M. (2018). Frequent attenders in primary health care: A concept analysis. *International journal of nursing studies*, 86, 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.003>
- Kokko, P. (2022). *Arvoperustainen terveydenhuollon ilmiö sosiaali- ja terveydenhuollossa: Kohti vaikuttavampaa julkishallintoa?* [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Trepo. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2568-8>
- Leskelä, R. L., Komssi, V., Sandström, S., Mikkola, H., Ahola, E., Pikkujämsä, S., Olli, S. L., Haverinen, A., Ylitalo-Katajisto, K. & Huurre, E. (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 48(68), 3163–3169. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://docplayer.fi/3294713-Paljon-sosiaali-ja-terveyspalveluja-kayttavat-asukkaat-oulussa.html>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- *Locality & Vanguard. (2014). Saving money by doing the right thing. Why 'local by default' must replace 'diseconomies of scale'. Vanguard Consulting Ltd. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://beyondcommandandcontrol.com/library/articles/academic-articles-and-published-works/locality-and-vanguard-2014-saving-money-by-doing-the-right-thing/>
- Meadows, D. H. (2009). *Thinking in systems: A primer*. Earthscan.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses : The PRISMA Statement. *Plos Medicine*, 6(7), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- *Newton, A. (2021). Lord Carter’s report into NHS ambulance service efficiency; will its findings make a difference and stimulate the service to escape “the mediocrity trap?”. *International Journal of Emergency Services*, 10(1), 77–92. <https://doi.org/10.1108/IJES-08-2019-0045>
- *Nwankwo, L., McLaren, K., Donovan, J., Ni, Z., Vidal-Dlaz, A., Loebinger, M., Morrissey, A., Igra, A., & Shah, A. (2021). Utilisation of remote capillary blood testing in an outpatient clinic setting to improve shared decision making and patient and clinician experience: A validation and pilot study. *BMJ Open Quality*, 10(3). <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2020-001192>
- *Patterson, L. (2019). Commentary on “Specialist community teams for adults with learning disabilities: Referrals to a countywide service in England”. *Tizard Learning Disability Review*, 24(2), 50–55. <https://doi.org/10.1108/TLDR-08-2018-0026>
- Peters, D. H. (2014). The application of systems thinking in health: Why use systems thinking? *Health research policy and systems*, 12(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-51>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371–385. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1123>

- Sinkkonen, S., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2012). Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & Lammintakanen H. (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 79–96). Sanoma Pro.
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus?: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>
- Seddon, J. (1992). *I Want You to Cheat!: The unreasonable guide to service and quality in organisations*. Vanguard Consulting Ltd.
- Seddon, J. (2005). *Freedom from command and control: A better way to make the work work...the Toyota system for service organisations* (2. painos). Vanguard Consulting Ltd.
- *Seddon, J. (2006). Leadership Against Demand. *International Journal of Leadership in Public Services*, 2(2), 4–10. <https://doi.org/10.1108/17479886200600015>
- Seddon, J. (2008a). *Systems Thinking in the Public Sector: The Failure of the Reform Regime... and a Manifesto for a Better way*. Triarchy Press. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://ebookcentral-proquest-com.proxy.uwasa.fi/lib/tritonia-ebooks/detail.action?docID=3411410>
- *Seddon, J. (2008b). Failing those who need care. Teoksessa J. Seddon (toim.) *Systems Thinking in the Public Sector: The Failure of the Reform Regime... and a Manifesto for a Better way* (s. 133–146). Triarchy Press. Noudettu 5.2.2023 osoitteesta <https://ebookcentral-proquest-com.proxy.uwasa.fi/lib/tritonia-ebooks/detail.action?docID=3411410>
- *Seddon, J. (2010). Debate: The moral of morale. *Public Money & Management*, 30(6), 329–330. <https://doi.org/10.1080/09540962.2010.524999>
- *Seddon, J., & Caulkin, S. (2007). Systems thinking, lean production and action learning. *Action Learning: Research and Practice*, 4(1), 9–24. <https://doi.org/10.1080/14767330701231438>
- Seddon, J., & O'Donovan, B. (2010). Rethinking lean service. *Management Services*, 54(2), 14–19. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://www-proquest->

com.proxy.uwasa.fi/trade-journals/rethinking-lean-service/docview/612931212/se-2

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022: Ohjelma ja hankeopas*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022, 21. joulukuuta). *Hyvinvointialueiden tilannekuva: valmiutta on nostettu ja tunnelma on luottavainen*. Noudettu 1.1.2023 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/-/hyvinvointialueiden-tilannekuva-valmiutta-on-nostettu-ja-tunnelma-on-luottavainen>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut*. Noudettu 19.3.2023 osoitteesta <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

Soteuudistus. (n.d.). *Tiedolla johtaminen*. Noudettu 19.3.2023 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

*Spyropoulos, K., Gidlow, C. J., McCormack, F., Meakin, A., Hine, R., & Fedorowicz, S. (2022). Applying situational analysis to examine the impact of VOICES on people experiencing multiple disadvantage. *Housing, Care and Support*, 25(3/4), 204–222. <https://doi.org/10.1108/HCS-02-2022-0006>

Suomi, R. (2022). Systemiajattelu – erottamaton osa tulevaisuudentutkimusta. Teoksessa H. Aalto ja muut (toim.), *Tulevaisuudentutkimus tutuksi: Perusteita ja menetelmiä*. Tulevaisuuden tutkimuskeskus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-249-563-1>

Taskinen, H. & Hujala, A. (2020). Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 47–75). Tampere University Press. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (n.d.). *Sote-palvelujen integraatio*. Noudettu 30.12.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T., & Straus,

- S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ylitalo-Katajisto, K. (2019). *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveysterveysten yhteen kokoaminen*. [väitöskirja, Oulun yliopisto. Jultikka. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526224084>
- Valtioneuvosto. (2022, 7. lokakuuta). *Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotutkimukseen myönnetty rahoitusta*. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/sosiaali-ja-terveydenhuollon-integraatiotutkimukseen-myönnetty-rahoitusta>
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2017). *Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa*. Valtiontalouden tarkastusvirasto. Noudettu 30.11.2022 osoitteesta <https://www.vtv.fi/julkaisut/palveluja-tarvitsevat-kayttavat-asiakkaat-perusterveydenhuollossa/>
- Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. (2017). *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveysterveysten palveluissa*. Valtioneuvoston kanslia. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-328-6>
- *Walley, P., Found, P., & Williams, S. (2019). Failure demand: a concept evaluation in UK primary care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(1), 21–33. <https://doi-org.proxy.uwasa.fi/10.1108/IJHCQA-08-2017-0159>
- *Wilson, R. (2014). Living the Life You Choose: The Introduction of the Vanguard Method into an Organisation Providing Support to People with Learning Disabilities. *Systemic Practice and Action Research*, 27(1), 57–74. <https://doi.org/10.1007/s11213-012-9260-x>
- *Woerden, H., Williams, S., Humphreys, C., & Temple, J. (2015). What drives demand for unscheduled care services in Wales? *Public Health Wales*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22206.08006>

Liitteet

Liite 1. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen aineisto

Nro	Tekijät	Vuosi	Otsikko	Julkaisun tarkoitus	Sektori	Julkaisumaa	Tyyppi	Jufo	Tarkat lähdetiedot	DOI	Identifointi
1	Enslev Jensen, B., Anne Found, P., Williams, S. J., & Walley, P.	2016	Improving the efficiency and effectiveness of ward rounds.	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, voidaanko sairaaloiden osastokierroksia organisoida tehokkaammin potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta.	Terveys- palvelut — Julkinen sektori	Tanska	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	1	International Journal of Quality and Service Sciences, 8(3), 279–297.	https://doi.org/10.1108/IJQSS-05-2016-0039	Emerald
2	Evans, S., Huxley, P. J., Maxwell, N., & Huxley, K. L. S.	2014	System-level change in mental health services in North Wales: An observational study using systems thinking.	Kuvata mielenterveyspalveluiden muutoksia systeemiajattelun kautta.	Sosiaali- palvelut — Julkinen sektori	Wales	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	1	International Journal of Social Psychiatry, 60(4), 337–351.	https://doi.org/10.1177/0020764013489672	Sage Journal
3	Gibson, J., & O'Donovan, B.	2014	The Vanguard Method as Applied to the Design and Management of English and Welsh Children's Services Departments.	Tapaustutkimus Iso-Britannian paikallisviranomaisten lasten sosiaalipalveluiden toimintaan, jotka on uudelleensuunniteltu Vanguard-menetelmän avulla.	Sosiaali- palvelut — Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	1	Systemic Practice and Action Research, 27(1), 39–55.	https://doi.org/10.1007/s11213-013-9281-0	ABI/INFORM Collection
4	Guinery, J., Brown, S., Berglund, M., & Scales, K.	2014	The Influence of Human Factors on Access and Scheduling of Primary Care Services.	Tässä julkaisussa tarkastellaan perusterveydenhuollon palveluihin pääsyyn ja aikatauluttamiseen liittyviä inhimillisiä ja organisatorisia tekijöitä. Koko järjestelmän näkökulmalla tutkitaan, miten potilaisiin ja työntekijöihin liittyvät tekijät vaikuttavat tuloksiin.	Terveys- palvelut — Julkinen sektori	Iso-Britannia	Konferenssi- julkaisu	–	APMS 2014: Advances in Production Management Systems. Innovative and Knowledge-Based Production Management in a Global-Local World, 547–554 (IFIPACT, volume 438).	https://doi.org.proxy.uwasa.fi/10.1007/978-3-662-44739-0_67	Scopus
5	Hartmann, D., Bicheno, J., Emwanu, B., & Hattingh, T. S.	2021	Understanding system failure in health care: A mental model for demand management.	Julkaisu esittää viitekehyksen, jonka avulla voidaan tunnistaa terveysjärjestelmien virheet, jotka saavat aikaan toistuvaa palveluiden käyttöä ja häiriökäytäntää hoitoon palaamisen seurauksena.	Terveys- palvelut — Kaikki sektorit	Etelä-Afrikka	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	1	South African Journal of Industrial Engineering, 32(2), 17–36.	https://doi.org/10.7166/32-2-2344	Scopus

Nro	Tekijät	Vuosi	Otsikko	Julkaisun tarkoitus	Sektori	Julkaisumaa	Tyyppi	Jufo	Tarkat lähdetiedot	DOI	Identifointi
6	Hensher, M., Canny, B., Zimitat, C., Campbell, J., & Palmer, A.	2020	Health care, overconsumption and uneconomic growth: A conceptual framework.	Artikkeli tarkastelee mahdollista suhdetta terveydenhuollon ylikulutuksen ja epätaloudellisen kasvun välillä. Artikkeli kehittää viitekehysten, joka havainnollistaa kuinka ylikulutus yhdistyy tarpeettomaan terveydenhuoltoon luoden häiriökäytännön ja kasvattaen kustannuksia kansainvälisesti.	Terveys- palvelut — Kaikki sektorit	Australia	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	3	Social Science & Medicine, 266, 113420.	https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113420	ScienceDirect
7	Hood, R., Goldacre, A., Grant, R., & Jones, R.	2016	Exploring Demand and Provision in English Child Protection Services.	Julkaisu tutkii systeemiajattelun kirjallisuuden kautta paikallisviranomaisten erilaisia toimintatapoja, joilla he voivat toteuttaa oman alueensa lastensuojelupalveluja.	Sosiaali- palvelut — Julkinen sektori	Englanti	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	3	The British Journal of Social Work, 46(4), 923–941.	https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw044	JSTOR
8	Hood, R., O'Donovan, B., Gibson, J., & Brady, D.	2021	New development: Using the Vanguard Method to explore demand and performance in people-centred services.	Julkaisu selittää, miksi perinteiset lähestymistavat hallita kasvavaa kysyntää ihmiskeskeisissä sote-palveluissa tekevät palveluista byrokraattisempia ja vaikeammin saavutettavia, mikä vaikuttaa negatiivisesti suorituskykyyn ja johtaa korkeampaan kysyntään.	Sosiaali- ja terveys- palvelut — Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	1	Public Money & Management, 41(5), 422–425.	https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1815367	Taylor & Francis
9	Newton, A.	2021	Lord Carter's report into NHS ambulance service efficiency; will its findings make a difference and stimulate the service to escape "the mediocrity trap?"	Katsaus ambulanssipalvelun tehokkuuteen ja tuottavuuteen liittyen tärkeän toimintapoliittisen asiakirjan uudelleentarkasteluun.	Terveys- palvelut — Julkinen sektori	Englanti	Vertais- arvioimaton tutkimus- artikkeli	1	International Journal of Emergency Services, 10(1), 77–92.	https://doi.org/10.1108/IJES-08-2019-0045	Emerald
10	Nwankwo, L., McLaren, K., Donovan, J., Ni, Z., Vidal-Diaz, A., Loebinger, M., Morrissey, A., Igra, A., & Shah, A.	2021	Utilisation of remote capillary blood testing in an outpatient clinic setting to improve shared decision making and patient and clinician experience: A validation and pilot study.	Tämän tutkimuksen tavoitteena on validoida kapillaariveren etätastaus avohoidossa ja analysoida vaikutusta kliinisiin reitteihin erikoisterveydenhuollossa.	Terveys- palvelut — Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais- arvioitu tutkimus- artikkeli	1	BMJ Open Quality, 10(3).	https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001192	Scopus

Nro	Tekijät	Vuosi	Otsikko	Julkaisun tarkoitus	Sektori	Julkaisumaa	Tyyppi	Jufo	Tarkat lähdetiedot	DOI	Identifointi
11	Patterson, L.	2019	Commentary on "Specialist community teams for adults with learning disabilities: Referrals to a countywide service in England".	Julkaisu kommentoi artikkelia "Oppimisvaikeuksista kärsivien aikuisten erityisyhteisöiimit".	Sosiaali- ja terveyspalvelut Kolmas sektori	Englanti	Vertais-arvioitu tutkimus-artikkeli	1	Tizard Learning Disability Review, 24(2), 50–55.	https://doi.org/10.1108/TLDR-08-2018-0026	Emerald
12	Seddon, J.	2006	Leadership Against Demand.	Julkaisu keskittyy julkisen sektorin johtamiseen työnä: mitä haasteita johtajat kohtaavat ja mitä heidän on tehtävä vastatakseen niihin. Julkaisu esittää, että johtajan pitäisi keskittyä järjestelmän parantamiseen ja johtamaan kysyntää vastaan.	Sosiaali- ja palvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioimaton tutkimus-artikkeli	0	The British Journal of Leadership in Public Services, 2(2), 4–10.	https://doi.org/10.1108/17479886200600015	Emerald
13	Seddon, J.	2010	Debate: The moral of morale.	Julkaisu käsittelee moraalien puutetta julkisella sektorilla kahden sosiaalihuollon tapauksen kautta ja kritisoi johtamisen ideologiaa, joka tekijän mukaan johtaa huonolaatuisempiin ja kalliimpiin palveluihin.	Sosiaali- ja palvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioitu tutkimus-artikkeli	1	Public Money & Management, 30(6), 329–330.	https://doi.org/10.1080/09540962.2010.524999	Taylor & Francis
14	Seddon, J.	2017	Debate: Seizing the greatest opportunity to save money in public services.	Julkaisu tuo esiin ongelmia julkisen sektorin palveluista auttaa ihmisiä, joiden elämä on romahtanut ja rinnaistaa tämän palveluiden suuriin taloudellisiin kustannuksiin. Julkaisu esittää, ettei sote-palveluiden kysyntä ole kasvussa, vaan häiriökysyntä.	Sosiaali- ja terveyspalvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioitu tutkimus-artikkeli	1	Public Money & Management, 37(1), 3–5.	https://doi.org/10.1080/09540962.2016.1249222	Taylor & Francis
15	Seddon, J., & Caulkin, S.	2007	Systems thinking, lean production and action learning.	Julkaisu esittelee systeemiajattelun teorian ja soveltaa sitä aikuisten sosiaalihuollossa toimivan palveluorganisaation toimintaan.	Sosiaali- ja palvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioitu tutkimus-artikkeli	1	Action Learning: Research and Practice, 4(1), 9–24.	https://doi.org/10.1080/14767330701231438	Taylor & Francis

Nro	Tekijät	Vuosi	Otsikko	Julkaisun tarkoitus	Sektori	Julkaisumaa	Tyyppi	Jufo	Tarkat lähdetiedot	DOI	Identifointi
16	Spyropoulos, K., Gidlow, C. J., McCormack, F., Meakin, A., Hine, R., & Fedorowicz, S.	2022	Applying situational analysis to examine the impact of VOICES on people experiencing multiple disadvantage.	Artikkeli käsittelee tilanneanalyysin käyttöä paikallisesti toteutetussa VOICES-projektissa, jonka asiakkaat kärsivät moninkertaisesta haitasta eli kahdesta tai useammasta kodittomuudesta, rikollisuudesta, päihteiden väärinkäytöstä ja mielenterveyden ongelmista.	Sosiaali- ja terveyspalvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioimatonta tutkimus-artikkeli	1	Housing, care and support, 25(3/4), 204-222.	https://doi.org/10.1108/HCS-02-2022-0006	Emerald
17	Walley, P., Found, P., & Williams, S.	2019	Failure demand: A concept evaluation in UK primary care.	Artikkelin tarkoituksena on arvioida häiriökäytäntöä lean-konseptina ja arvioida onko sen rajoitettu käyttö menetetty tilaisuus ymmärtää perusterveydenhuollon järjestelmissä esiintyviä kehityskohteita.	Terveyspalvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioitu tutkimus-artikkeli	1	International Journal of Health Care Quality Assurance, 32(1), 21–33.	https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2017-0159	Emerald
18	Wilson, R.	2014	Living the Life You Choose: The Introduction of the Vanguard Method into an Organisation Providing Support to People with Learning Disabilities.	Artikkeli esittelee Vanguard-menetelmän käyttöä voittoa tavoittelemattomaan organisaatioon, joka tarjoaa sosiaalipalveluita aikuisille, joilla on oppimisvaikeuksia.	Sosiaalipalvelut Kolmas sektori	Wales	Vertais-arvioitu tutkimus-artikkeli	1	Systemic Practice and Action Research, 27(1), 57–74.	https://doi.org/10.1007/s11213-012-9260-x	ABI/INFORM Collection
19	Locality & Vanguard.	2014	Saving money by doing the right thing.	Raportti esittää eriävän näkemyksen vallitsevalle julkisen sektorin strategialle, jonka mukaan sote-palveluiden tulisi olla oletuksena paikallisia, mikä mahdollistaisi palveluiden keskittymisen niiden todelliseen tarkoitukseen ja asiakkaiden odotuksiin, tulostavoitteiden ja kustannusten hallinnan sijaan.	Sosiaali- ja terveyspalvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Raportti	–	Vanguard Consulting LTD.	https://beyondcommandandcontrol.com/wp-content/uploads/2022/09/Locality-Report-Diseconomies-updated-single-pages-Jan-2017.pdf	Lähdeluettelo
20	Downham.	2018	Sources of failure demand in health care.	Artikkeli antaa lyhyen johdannon häiriökäytännön ja sen lähteisiin terveydenhuollossa.	Terveyspalvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Vertais-arvioimatonta tutkimus-artikkeli	–	Cressbrook Ltd.	http://www.cressbrookltd.co.uk/sources-of-failure-demand-inhealthcare	Lähdeluettelo

Nro	Tekijät	Vuosi	Otsikko	Julkaisun tarkoitus	Sektori	Julkaisumaa	Tyyppi	Jufo	Tarkat lähdetiedot	DOI	Identifointi
21	Seddon, J.	2008	Failing those who need care.	Kirjan luku 10 käsittelee Iso-Britannian sosiaalihuoltoa systeemiajattelun näkökulmasta ja osoittaa, että aikuisten sosiaalihuollon palveluita ei voida parantaa ilman palvelun käyttäjien todellisten tarpeiden tunnistamista.	Sosiaali- palvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Kirjan osa	0	Luku 10, s. 133–146. Teoksessa J. Seddon, <i>Systems Thinking in the Public Sector : The Failure of the Reform Regime... and a Manifesto for a Better way.</i> Triarchy Press.	https://ebookcentral-proquest-com.proxy.uwasa.fi/lib/tritonia-ebooks/detail.action?docID=3411410	Manuaalinen haku
22	Woerden, H., Williams, S., Humphreys, C., & Temple, J.	2015	What drives demand for unscheduled care services in Wales?	Tässä raportissa esitetään yhteenveto kysynnän tekijöistä, jotka myötävaikuttavat kysynnän ja tarjonnan väliseen kasvavaan kuiluun suunnittelemattomassa hoidossa eli kiireellisessä hoidossa ja ensihoidossa.	Terveys- palvelut Julkinen sektori	Wales	Raportti	–	Public Health Wales.	10.13140/RG.2.2.22206.08006	Manuaalinen haku
23	Fillingham, D., Jones, B., & Pereira, P.	2016	The challenge and potential of whole system flow.	Tämän raportin tavoitteena on tarjota paikallisten sosiaali- ja terveystoimen johtajille ja kehittämisryhmille kaikkialla Iso-Britanniassa opas toimiin, menetelmiin, lähestymistapoihin ja taitoihin, jotka voivat auttaa parantamaan virtausta järjestelmien välillä.	Sosiaali- ja terveys- palvelut Julkinen sektori	Iso-Britannia	Raportti	–	Health Foundation.	ISBN: 978-1-906461-83-6	Manuaalinen haku

Liite 2. Häiriökysyntä katsausaineistossa

Nro	Tekijät (julkaisuvuosi)	Miten häiriökysyntä esiintyy?	Mikä aiheuttaa häiriökysyntää?
1	Enslev Jensen ja muut (2016)	Keskeytykset työnteossa. Odottaminen.	Henkilökunnan puutteellinen koulutus. Työntekijälle syntynyttä tarvetta ei pystytä toteuttamaan.
2	Evans ja muut (2014)	Asiakas palaa palvelun pariin. Lisävaatimukset. Valitukset.	Epäonnistuminen palvelulla asiakasta oikein ensimmäisellä kerralla. Henkilökunnan puutteellinen koulutus. Virheet päätöksenteossa.
3	Gibson & O'Donovan (2014)	Asiakas palaa palvelun pariin. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet. Pitkäkestoinen prosessi. Tilanteen heikentyminen. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Uusi asiakas ei saa palvelua ollenkaan, koska sitä ei ole saatavilla.	Järjestelmän olosuhteet. Monimutkainen ja aikaavievä IT-järjestelmä. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Asiakkaan tarve ei kulje läpi prosessin. Tulostavoitteesiin ja määrärahoihin keskittyvä johtamistapa. Keskittyminen epäolennaisiin asioihin palvelun tuottamisen sijaan. Henkilökunta ei ole käytettävissä.
4	Guinery ja muut (2014)	Väärä hoitopaikka tai hoidon taso. Ei-akuutit tapaukset ensihoidossa ja hätäkeskuksessa. Potilas ei pääse paikalle hoitotapaamiseen. Henkilökunnan vajaakäyttö. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Odottaminen. Tilanteen heikentyminen.	Järjestelmän olosuhteet. Järjestelmän hierarkkinen luonne. Epäonnistuminen käsitellä asiakkaiden moninaista kysyntää. Puutteelliset tiedot. Aikarajoitteet. Palvelun jatkuvuuden katkeaminen. Riittämätön tuki muilta palveluntarjoajilta.
5	Hartmann ja muut (2021)	Potilas palaa hoitoon järjestelmävirheen seurauksena. Väärä hoitopaikka, hoidon taso tai ajankohta. Tarpeellisten dokumenttien puuttuminen. Toistuvat toimenpiteet. Ohjeiden vastainen toiminta hoitoon saapumisessa tai ottaessa lääkkeitä. Taloudellisten resurssien puute hoitoa varten. Ennalta-arvaamattomat jonot. Puutteet toimitusketjuissa, varastohallinnassa tai infrastruktuurissa. Viiveet tuki- ja diagnostiikkapalveluissa.	Järjestelmän virheet. Palvelujärjestelmän suunnittelu. Järjestelmän hierarkkinen luonne. Palvelun jatkuvuuden katkeaminen. Pompottelu luukulta luukulle. Terveystieteiden epäonnistuminen. Lääketieteelliset virheet. Potilaiden tekemät virheet. Järjestelmän huono kommunikointi. Kyvyttömyys reagoida virheisiin. Henkilökunta ei ole käytettävissä.
6	Hensher ja muut (2020)	Resurssien ylikulutus. Ylidiagnoosit. Asiakas palaa palvelun pariin. Toistuvat tai tarpeettomat yhteydenotot. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Lääkkeiden väärinkäyttö. Kustannusten nousu. Palvelun laadun huonontuminen.	Järjestelmän olosuhteet. Estettävissä olevia ongelmia ei korjata järjestelmässä. Lääketieteelliset virheet. Ylikulutus.
7	Hood ja muut (2016)	Asiakas palaa palvelun pariin. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Enemmän häiriökysyntää, mitä enemmän tapauksia. Palvelun laadun huonontuminen. Asiakas siirretään toiselle palveluntarjoajalle.	Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Epäonnistuminen käsitellä asiakkaiden moninaista kysyntää. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään. Epäonnistuminen palvelulla asiakasta oikein ensimmäisellä kerralla. Resurssien riittämättömyys. Riittämätön tuki muilta palveluntarjoajilta.
8	Hood ja muut (2021)	Asiakas palaa palvelun pariin. Tilanteen heikentyminen. Asiakas hakee hoitoa muualta.	Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Toimintavat eivät mahdollista asiakkaan yksilöllistä kohtaamista. Aikarajoitteet.

Nro	Tekijät (julkaisuvuosi)	Miten häiriökysyntä esiintyy?	Mikä aiheuttaa häiriökysyntää?
9	Newton (2021)	Väärä hoitopaikka tai hoidon taso. Ei-akuutit tapaukset ensihoidossa ja hätäkeskuksessa. Potilas ei pääse paikalle hoitotapaamiseen. Henkilökunnan vajaakäyttö. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Tilanteen heikentyminen.	Järjestelmän rakenteelliset ongelmat. Tarvittavaa palvelua ei ole saatavilla. Potilaiden määrän kasvu. Monimutkaisuuden lisääntyminen.
10	Nwankwo ja muut (2021)	Toistuvat tai tarpeettomat yhteydenotot. Lisävaatimukset. Hoidon seuraava vaihe tai tarjoaja on epäselvä. Epäonnistuneet asiakastapaamiset. Puutteelliset tiedot. Odottaminen. Viiveet tuki- ja diagnostiikkapalveluissa. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet.	Resurssien riittämättömyys. Epäselvyydet työn- tai vastuunjaossa. Järjestelmän huono kommunikointi.
11	Patterson (2019)	Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Tyytymättömyys. Asiakas palaa palvelun pariin. Lisävaatimukset. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Epäonnistuneet asiakastapaamiset. Terveyserojen kasvaminen.	Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Seulontaan ja arviointiin perustuvat toimintatavat. Virheet päätöksenteossa. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään. Palvelun jatkuvuuden katkeaminen. Asiakaan yksilöllinen kohtaaminen epäonnistuu.
12	Seddon (2006)	Ensimmäinen yhteydenotto ei johda palvelun saamiseen. Asiakas palaa palvelun pariin. Toistuvat tai tarpeettomat yhteydenotot. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Pitkäkestoinen prosessi. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Asiakas ei saa ollenkaan palvelua.	Järjestelmän olosuhteet. Palvelujärjestelmän suunnittelu. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Tulostavoitteesiin ja määrärahoihin keskittyvä johtamistapa. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään.
13	Seddon (2010)	Pitkäkestoinen prosessi. Odottaminen. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Asiakas kokee vaikeaksi saada haluamaansa palvelua. Asiakas siirretään toiselle palveluntarjoajalle. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Asiakas palaa palvelun pariin. Kustannusten nousu. Tilanteen heikentyminen.	Järjestelmän olosuhteet. Palvelujärjestelmän suunnittelu. Tulostavoitteesiin ja määrärahoihin keskittyvä johtamistapa. Erikoistuneet palvelut.
14	Seddon (2017)	Asiakas palaa palvelun pariin. Lisävaatimukset. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Asiakas siirretään toiselle palveluntarjoajalle.	Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään. Hajanaiset palvelut. Erikoistuneet palvelut. Epäonnistuminen käsitellä asiakkaiden moninaista kysyntää. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää.
15	Seddon & Caulkin (2007)	Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Asiakas ei saa ollenkaan palvelua. Asiakas palaa palvelun pariin. Lisävaatimukset. Valitukset. Palveluntarjoajan alhainen moraalit. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Hoidon ylimääräisyys. Pitkäkestoinen prosessi. Byrokraattinen asiointikokemus. Asiakas siirretään toiselle palveluntarjoajalle. Tilanteen heikentyminen.	Järjestelmän olosuhteet. Palvelujärjestelmän suunnittelu. Tulostavoitteesiin ja määrärahoihin keskittyvä johtamistapa. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään. Palvelun jatkuvuuden katkeaminen.

Nro	Tekijät (julkaisuvuosi)	Miten häiriökysyntä esiintyy?	Mikä aiheuttaa häiriökysyntää?
16	Spyropoulos ja muut (2022)	Asiakas ei saa ollenkaan palvelua. Leimaantumisen. Syrjäytyminen. Asiakas ei hae palvelua, vaikka on oikeutettu siihen. Palvelujen ulkopuolelle jääminen. Sosiaalisen eriarvoisuuden lisääntyminen. Terveysterojen kasvaminen.	Käsite-ero tasa-arvon ja tasapuolisuuden välillä. Hajanaiset palvelut. Palvelun jatkuvuuden katkeaminen.
17	Walley ja muut (2019)	Asiakas palaa palvelun pariin. Väärä hoitopaikka tai hoidon taso. Kysyntä esiintyy järjestelmän väärässä osassa. Toistuvat tai tarpeettomat yhteydenotot. Jonot. Odottaminen. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Tyytymättömyys. Tilanteen heikentyminen. Asiakas ei saa ollenkaan palvelua.	Järjestelmän virheet. Palvelujärjestelmän suunnittelu. Kysynnän ja kapasiteetit hallintakäytännöt. Resurssikeskeinen toiminta. Tarvittavaa palvelua ei ole saatavilla.
18	Wilson (2014)	Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua.	Tarkoituksen kannalta epäohdonmukainen toiminta. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään.
19	Locality & Vanguard (2014)	Ensimmäinen yhteydenotto ei johda palvelun saamiseen. Asiakas palaa palvelun pariin. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Pitkäkestoinen prosessi. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Asiakas ei saa ollenkaan palvelua. Asiakas ei hae palvelua, vaikka on oikeutettu siihen. Asiakas hyväksyy hänelle myönnetyn väärän palvelun.	Järjestelmän olosuhteet. Järjestelmän virheet. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään. Erikoistuneet palvelut. Standardoidut palvelut. Tulostavoitteesiin ja määrärahoihin keskittyvä johtamistapa. Riskienhallinta. Palvelun jatkuvuuden katkeaminen. Kriteerit palvelun myöntämiseksi.
20	Downham (2018)	Asiakas palaa palvelun pariin. Epäonnistuneet asiakastapaamiset. Puutteelliset tiedot. Viivästyksiset. Odottaminen. Tilanteen heikentyminen. Valitukset. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Hoidon seuraava vaihe tai tarjoaja on epäselvä. Toistuvat tai tarpeettomat yhteydenotot. Ylidiagnoosit. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua.	Palvelujärjestelmän suunnittelu. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään. Hajanaiset palvelut. Riskienhallinta. Tieto ei kulje palveluntarjoajien tai työvaiheiden välillä. Epäselvyydet työn- tai vastuunjaossa. Sosiaalisia tarpeita yritetään hoitaa terveystoimenpiteillä.
21	Seddon (2008)	Huono asiointikokemus. Pitkäkestoinen prosessi. Toistuvat ja ylimääräiset vaiheet tai toimenpiteet. Odottaminen. Tilanteen heikentyminen. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua.	Palvelujärjestelmän suunnittelu. Hajanaiset palvelut. Järjestelmän hierarkkinen luonne. Seulontaan ja arviointiin perustuvat toimintatavat. Toimintatavat eivät mahdollista asiakkaan yksilöllistä kohtaamista. Resurssikeskeinen toiminta. Epäonnistuminen tunnistaa tai ymmärtää asiakkaan kysyntää. Epäonnistuminen vastata asiakkaan kysyntään.
22	Woerden ja muut (2015)	Väärä hoitopaikka tai hoidon taso. Kysyntä esiintyy järjestelmän väärässä osassa. Asiakas siirretään toiselle palveluntarjoajalle. Asiakas palaa palvelun pariin. Resursseja käytetään enemmän kuin on tarve.	Järjestelmän rakenteelliset ongelmat. Tarvittavaa palvelua ei ole saatavilla. Resurssien riittämättömyys. Ympäristön paineet. Hoitoon pääsy ei ole optimoitu.
23	Fillingham ja muut (2016)	Asiakas palaa palvelun pariin. Tyytymättömyys. Valitukset. Toistuvat tai tarpeettomat yhteydenotot. Tilanteen heikentyminen. Asiakas saa osittain tai kokonaan väärää palvelua. Kalliimman hoidon tuottaminen myöhemmin.	Järjestelmän olosuhteet. Järjestelmän rakenteelliset ongelmat. Tarvittavaa palvelua ei ole saatavilla. Ennaltaehkäisevät tai varhaiset toimenpiteet puuttuvat.