



Valmiina palveluintegraatioon? Valtionohjauksesta paikalliseen toimeenpanoon



Anna-Mari Juutinen, Vuokko Niiranen & Helena Taskinen

Tiivistelmä

Palveluintegraatio on yksi sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen kansallisista ja kansainvälisistä uudistamistavoitteista. Yhteensovittamalla eri organisaatioiden toimintaa, resursseja ja päätöksentekoa tavoitellaan laadukkaampia ja saumattomampia palveluja. Siirtymistä integroituihin palveluihin pidetään vaativana, koska se muuttaa organisaatioiden toimintaa ja niiden välisiä suhteita. Vuosina 2015–2016 kahdeksalla paikkakunnalla kokeiltiin sektorilainsäädännöstä poikkeavia integroituja toimintamalleja. Kokeilulain 1350/2014 integraatiosäädökset vietiin Kuopiossa käytäntöön 16–29-vuotiaiden erilaisia ja eritasoisia palveluja yhteensovittamalla. Tämä tutkimus käsittelee palveluintegraation valtionohjausta, paikallistason toimeenpanoa sekä integroitumista edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa analysoitiin kansallisia ja paikallisia poliittisia ja hallinnollisia dokumentteja tapaustutkimuksen keinoin, toimeenpanotutkimuksellisella otteella ja teoriasidonnaisella sisällönanalysilla. Tulokset osoittavat, että asiakkaan elämäntilannetta, palvelutarpeita, palvelusuunnitelmia ja niiden toteutumista koskevien tietojen yhdistäminen sopii hyvin kokonaisvaltaisen, asiakaslähtöisen ja integroidun työskentelyn lähtökohdaksi. Palvelujärjestelmätasolla tämä edellyttää asiakastiedon yhdistämisen ja yhteiskäytön mahdollistavaa lainsäädäntöä, integroivia työ- ja toimintatapoja sekä rakenteet toimiala-, organisaatio- ja ammattirajat ylittävän palveluintegraation hallinnalle.

Asiasanat:

palveluintegraatio, valtionohjaus, toimeenpano, asiakaslähtöisyys, palvelusuunnitelma

Abstrack

The Finnish welfare system is based on multiple factors including legislation, funding, organizations, technologies and customer data records. In a trial by the local government of Kuopio, the services for people aged 16–29 were integrated under a temporary legislation passed by the Finnish government in 2014. A holistic “My Life”-welfare plan based on a self assessment of the customer’s life situation, known as “3X10D” was co-designed and tested with 15 professionals and 32 youths. The implementation of integrated services was studied by using the documents

issued by the national and local governments, the methods of implementation research and abductive content analysis. The results highlight the importance of national policy-making and its implementation based on the local needs, as well as the recognition of barriers and enablers when aiming for an integrated, customer-based and seamless service system. The system-wide integration requires integrative approaches and governance over the sectorial, organizational and professional boundaries.

Keywords:

integrated service delivery, governance, implementation, person-centred care plan

Johdanto

Hyvinvointipalvelujärjestelmän hajanaisuudesta aiheutuvia tehokkuus- ja laatuongelmia on pyritty korjaamaan integroimalla ja koordinoimalla palveluja väestölähtöisesti (*population-oriented*) ja ihmiskeskisesti (*people-centered*) (Goodwin ym. 2017). Integroitujen palvelujen on todettu lisäävän asiakastyytyväisyyttä, parantavan palvelujen laatua ja tehostavan toimintaa (Kodner 2009; Bäck & Calltorp 2015; Auschra 2018; Connelly & Fiorentini 2021). Palvelujen yhteensovittaminen on yksi sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen kansainvälisistä (WHO 2015) ja alueellisista (European Commission 2017) tavoitteista, jolla lisätään palvelujen saumattomuutta ja laatua. Myös Suomessa integraatiokeskustelua on käyty pitkään sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen eri vaiheissa (ks. esim. Rautiainen ym. 2020). Keskustelut konkretisoituvat julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen siirryttyä kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 612/2021 mukaan hyvinvointialueiden, kuntien, valtion ja muiden toimijoiden palvelut on integroitava samaan kokonaisuuteen. (L 612/2021.)

Yksi integroitujen palvelujärjestelmien haastavimmista ongelmista on luoda rakenteet, jotka päällekkäisistä ja rinnakkaisista palveluista ja useista palvelujen tuottamistavoista huolimatta mahdollistavat asiakaslähtöisen, laadukkaan ja tehokkaan toiminnan. Koko palvelujärjestelmän integroimiseksi tarvitaan valtion ohjausta, integraation hallintaa, rahoitusta ja johtamista sekä palveluja yhteensovittavia teknologiaratkaisuja. (Contandriopoulos ym. 2003.) Myös Emerson ja Nabatchi (2015) pitävät palvelujärjestelmätason hallinnan monimutkaisuutta ongelmana, mikä aiheutuu eroista osapuolten palvelutuotannon periaatteissa, resurssien käytössä, poliittisessa päätöksenteossa ja valtasuhteissa. Myös sosioekonomiset, kulttuuriset ja verkostoitumisperiaatteiden erilaisuudet tai aiemmat kielteiset yhteistyökokemukset voivat vaikeuttaa palvelujen yhteensovittamista. Mikäli ongelmia ei tunnisteta tai osapuolet ovat erimielisiä, sitä vaikeampaa on löytää ratkaisua integroidun palvelujärjestelmän hallintaan. (Emerson & Nabatchi 2015.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen integraatioon kohdistuvaa valtionohjausta ja paikallistason toimeenpanoa Suomessa. Tutkimus on laadullinen monimenetelmällinen tutkimus (ks. Mik-Meyer 2020), joka tehtiin retrospektiivisenä tapaustutkimuksena analysoimalla vuosien 2014–2017 aikana syntyneitä kansallista ja paikallista poliittista ja hallinnollista aineistoa teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä ja toimeenpanotutkimuksellisella otteella. Tutkimuksen kohteena on paikallinen hyvinvoinnin integroidun toimintamallin kunkokeilu, jonka toimeenpano perustui kokeilulain 1350/2014 säädöksiin. Integraatiokokeiluja toteutettiin kahdeksalla paikkakunnalla, joista Kuopio oli yksi. Kuopiossa kehitetyssä toimintamallissa integroitiin 16–29-vuotiaiden nuorten ja nuorten aikuisten palveluja horisontaalisti ja vertikaalisti. Toimintamallin kehittämiseen ja testaukseen osallistui 32 kuopiolaisnuorta sekä 15 ammattilaista matalan kynnyksen nuorten palveluista, oppilashuollosta sekä sosiaali- ja terveys-

palveluista. Palvelut olivat kunnan, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin tai ostopalveluna tuotettuja. Palvelujen yhteensovittamista työmenetelmiseen ja teknologioineen testattiin asiakastyössä vuoden ajan. Toimintamallia ja kokeilulain soveltamista koskevat päätökset tehtiin organisaatio- ja toimialarajat ylittävässä ohjausryhmässä.

Tutkimuksen tavoite on syventää ymmärrystä palveluintegraation valtionohjauksesta ja paikallistason toimeenpanosta. Tarkoitus on lisätä tietoa kokeilulain integraatiosäädösten valmistelu- ja käsittelyprosessista, kuvata säädösten paikallista toimeenpanoa sekä tunnistaa palvelujen yhteensovittamista edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä. Tutkimuskysymyksenä esitetään: *Miten ja millaisin tuloksin kokeilulailta säädettyjä palveluintegraatiotavoitteita tulkittiin, sovellettiin ja toimeenpantiin paikallistasolla?* Artikkelin vastaa integroitujen palvelujärjestelmien hallinnasta (Minkman 2020) ja toimeenpanosta (Maruthappu ym. 2015; Looman ym. 2021) esitettyihin tutkimusaukkoihin erityisesti palveluintegraation monialaisuus ja asiakaslähtöisyys huomioiden. Myös asiakkaan roolista palveluintegraatiossa on toivottu lisää tutkimusta (Mattila ym. 2021).

Palvelujen asiakaslähtöinen yhteensovittaminen

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostuu palvelujen yhteensovittamisesta (*integrated care, human service integration, integrated social and health services ja integrated service delivery*) sisältöineen, rakenteineen ja tavoitteineen sekä poliittisten tavoitteiden toimeenpanosta.

Palveluintegraatio

Palveluintegraatio on käsitteenä ollut käytössä 1960–1970-lukujen vaihteesta, mutta jo aiemmin käytiin keskustelua palvelujen välisestä yhteistyöstä ja koordinoinnista (Hasse & Austin 1997). Palveluintegraatio on sisällöllisesti tarkoittanut ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä, palvelujen sijoittamista fyysisesti lähelle toisiaan tai alueellisten, paikallisten ja asuinyhteisöjen hyvinvointipalvelujen uudelleenjärjestelyä (Austin 1997). Myöhemmin integraatiokäsite on laajentunut useiden palvelusektorien toimintaa yhdistäväksi hallinnolliseksi, rahoitukselliseksi ja organisatoriseksi palvelujen, palvelujen tuottamismallien ja menetelmien kokonaisuudeksi (Kodner & Spreeuwenberg 2002). Palveluintegraatiota on lähestytty myös kompleksisen palvelujärjestelmän hallinnan kysymyksenä (Goodwin ym. 2017) ja asiakaslähtöisenä palvelukokonaisuutena, jonka tasavertainen ja aktiivinen kumppani asiakas itse on (Coulter & Oldham 2016; Glimmerveen ym. 2019).

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa usein käytetty käsite ”*integrated care*” tarkoittaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sisäistä että eri organisaatioiden välistä asiakaskeskeistä, ennakoivaa, koordinoivaa, monialaista ja moniammatillista työskentelyä (Leijten ym. 2017). Myös matalan kynnyksen palvelut ja paikallisyhteisöjen asukkaiden hyvinvointi voidaan nähdä osana integroitua kokonaisuutta (Lewis & Ehrenberg 2020). Palvelujen yhteensovittamista pidetään myös suunnitelmallisena, pitkäjänteisenä, asiakaslähtöisenä ja moniammatillisena toimintana, jossa asiakkaalla ja hänen lähipiirillään (kuten perhe, ystävät tai naapurit) on keskeinen rooli. Integraatiosta puhutaan myös yhteistyön, koordinaation, monituottajuuden, jaetun vastuun ja kokonaisvaltaisuuden käsittein. Integroiduissa palveluissa asiakas nähdään kokonaisvaltaisena fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, sosioekonomisena ja lääketieteellisenä kokonaisuutena tunteineen ja henkisine voimavaroineen. (Zonneveld ym. 2018.) Vaikka integraatiokäsitys on kuvattu usein sisällöltään ja merkitykseltään moniulotteisena ja laajana, suppeampiakin näkemyksiä on. Esimerkiksi Euroopan Unioni käyttää sosiaalipalvelujen integraation (*integrated social service delivery*) käsitettä yhden luokun periaatteella toimivasta sosiaaliturvajärjestelmästä työttömyys-, asumis- ja perusturvaetuksineen sekä työelämän ulkopuolelle jääneiden aktivointitoimintaan (European Union 2015).

Valentijnin tutkijaryhmän (2015) ns. sateenkaarimallissa (*rainbow model*) on tunnistettu erilaisia palveluintegraatiosoja ja tasoja välisiä yhteyksiä. Sateenkaarimalli on yhdistelmä aiem-

pien integraatiotutkimusten rakenteista (ks. Leutz 1999, Contandriopoulos ym. 2003 ja Fulop ym. 2005). Malli korostaa sekä yksittäisten asiakkaiden että eri väestöryhmien hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä, joita voidaan edistää eritasoisia ja erilaisia palveluja yhteensovittamalla. Toimiakseen integroitu palvelujärjestelmä edellyttää systeemitason ohjausta, erilaisten organisaatioiden ja ammattilaisten toiminnan integroimista sekä asiakkaan palvelujen yhteensovittamista. Tarvitaan myös yhteisiä normatiivisia pelisääntöjä ja arvoja sekä funktionaalisen integraation muotoja, kuten tietojärjestelmien ja rahoituksen yhdenmukaistamista. (Valentijn ym. 2015.) Vaikka sateenkaarimalli auttaa palveluintegraation näkökulmien ja tasojen tunnistamista, sen on myös koettu yksinkertaistavan liiaksi sitä todellisuutta, jota integroidun palvelujärjestelmän hallintaan, verkostomaiseen toimintaan ja ongelmien ratkaisuun liittyy (Minkman 2020).

Palveluintegraatiokehittäminen

Yksi Maailman terveysjärjestö WHO:n strategisista tavoitteista on lisätä asiakaskeskeisiä, hyvinvointia lisääviä ja näyttöön perustuvia integroituja palveluja kunkin valtion, alueen tai paikallisyhteisön tarpeisiin. Kustannusten kasvua voidaan hillitä puuttamalla siilomaisiin rakenteisiin, päällekkäisiin resursseihin ja palvelujärjestelmän puutteisiin. Strategia toimeenpannaan sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja sivistyspalveluja sekä matalan kynnyksen palveluja yhteensovittamalla. (WHO 2015.) Euroopan komissio pitää palvelujen yhteensovittamista sekä tavoitteena että keinona tuottaa laadukkaita ja asiakaskeskeisiä hyvinvointipalveluja sekä ratkaisuna palvelujärjestelmän hajanaisuudesta aiheutuviin ongelmiin (European Commission 2017). Useissa Euroopan maissa (kuten Italia, Belgia, Englanti ja Skotlanti) kansalliset uudistukset ovat jo käynnissä (European Union 2015).

Myös Suomessa eri viranomaiset ovat määritelleet palvelujen yhteensovittamisen sisältöjä ja tavoitteita. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan kyse on erilaisten asiakkaiden tai asiakasryhmien palvelutarpeisiin ja palveluihin perustuvasta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta (THL 2021), jota varten määritellään erilaisia palveluketjuja ja palvelukokonaisuuksia (Koivisto ym. 2020). Sosiaali- ja terveysministeriö pitää keskeisenä palvelujen vertikaalista (perustasolta erityistasolle) ja horisontaalista (samantasoiset sosiaali-, terveys- ja muut palvelut) yhteensovittamista (STM 2019). Sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimista on vuosikymmenten ajan edistetty lainsäädännöllä ja poliittis-hallinnollisella ohjauksella niin valtakunnallisesti, alueellisesti kuin kuntatasolla (Mattila ym. 2021; Taskinen 2005), esimerkiksi kunta- ja palvelurakennetta uudistavalla PARAS-hankkeella 2005–2012 (Rautiainen ym. 2020), hallitusohjelmaan kytkeytyvällä peruspalveluohjelmalla ja peruspalvelubudjetilla 2007–2015 (Niiranen 2015), poikkihallinnollisiin kehitysprojekteihin perustuvalla KASTE-ohjelmalla 2012–2015 (Kallinen 2016) sekä kuntien velvoitteiden vähentämistä tavoittelevilla monialaisilla kuntakokeiluilla 2015–2016 (VM 2017).

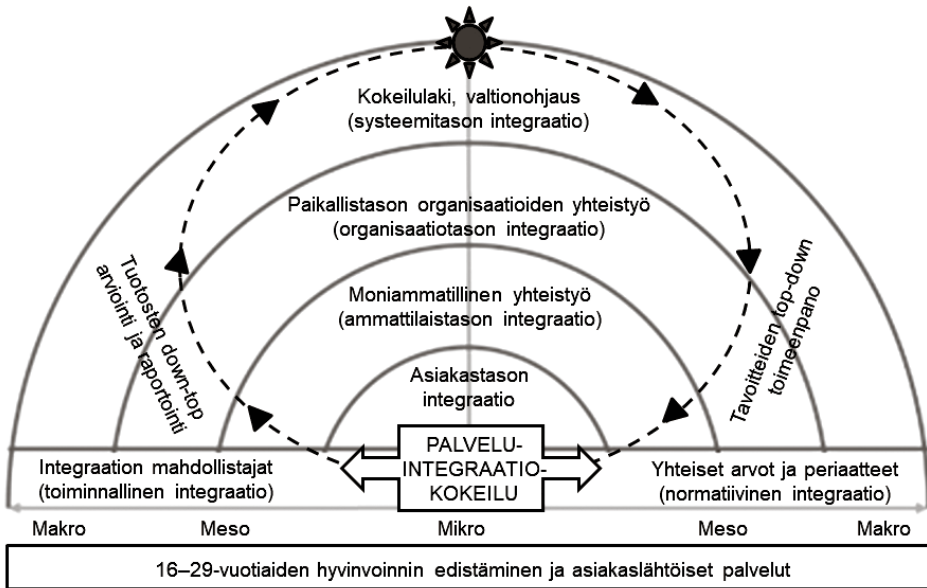
Vuonna 2019 valtioneuvosto määritteli hallitusohjelmassa tavoitteet ja toimenpiteet, joilla sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon perus- ja erityistason palvelut yhteensovitetaan saumattomaksi kokonaisuudeksi (Hallitusohjelma 2019). Sosiaali- ja terveyspalvelujen hallintorakenteiden yhdenmukaistamisen (sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus, sote-uudistus) yhteydessä toteutetaan rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio, joka kokoaa palvelut asiakkaan näkökulmasta saumattomaksi kokonaisuudeksi (HE 241/2020). Vuoden 2023 alussa aloittaneiden hyvinvointialueiden tehtävänä on huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi myös kunnan, valtion ja muiden toimijoiden tuottamien palvelujen yhteensovittamisesta samaan kokonaisuuteen (L 612/2021). Uudistukseen on valmistauduttu toteuttamalla useita palvelujen yhteensovittamiseen tähtäviä kehityshankkeita, kuten Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelma, Lapsi- ja perhepalvelujen LAPE-muutosohjelma, Kansallinen mielenterveysstrategia, Ikäohjelma, Kotihoidon kehittämishanke ja Vammaisten henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilu (Hallitusohjelma 2019).

Vaikka palvelujen yhteensovittamisesta on Pearsonin ja Watsonin (2018) mukaan kokemusta jo useilta vuosikymmeniltä, sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan edelleen maantieteellisesti, lainsäädännöllisesti, rahoituksellisesti, kulttuurisesti sekä toimintaperiaatteiltaan ja vastuultaan erillisenä. Mikäli poliittisissa ja toimintakulttuurin tavoitteissa päästään yhteisymmärrykseen, voi integraatio kaatua erilaisista rakenteista ja rooleista aiheutuviin ongelmiin, yhteistyön haasteisiin tai eri toimijoiden välisiin raja-aitoihin. (Pearson & Watson 2018.) Palvelujen yhteensovittaminen haastaa perinteiset sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialan professioihin perustuvat toimintatavat. Integroituviin palveluihin siirtymiseksi tarvitaan kulttuurista, asenteellista ja organisatorista muutosta koko palvelujärjestelmältä (Miller & Stein 2020). Tarvitaan myös viralliset pelisäännöt ja toimintatavat, uudelleenmääritellyt vastuut ja roolit sekä yhteiset työmenetelmät (Stein 2016). Tämä on tehtävä hyvinvointipolitiikan toimijoiden, lainsäätäjien, palveluja tuottavien organisaatioiden, hoidon ja hoivan ammattilaisten, lähijohtajien sekä palvelun käyttäjien ja paikallisyhteisöjen yhteistyönä (Shaw & Rosen 2013).

Sinervon ja Keskimäen (2019) mielestä integrointia helpottaa, mikäli siihen liittyvä päätöksenteko on selkeää ja johdonmukaista, osapuolten välillä vallitsee luottamuksen ja arvostuksen ilmapiiiri ja verkostomaisessa toiminnassa kommunikoidaan laaja-alaisesti. Sen sijaan palvelusektorien ja organisaatioiden erilliset rahoitukset, päätökset, teknologiat, asiakastiedot, toimintakulttuurit ja henkilöstöresurssit ovat omiaan vaikeuttamaan toiminnan ja palvelujen yhteensovittamista. (Sinervo & Keskimäki 2019.) Työvoiman käyttöön liittyvät haasteet, vääränlaiset rahoituskannustimet ja ongelmat tiedon jakamisessa ratkeavat hitaasti, koska ne edellyttävät kansallista päätöksentekoa (Glasby 2017). Ongelmia voi ehkäistä yhteisillä tavoitteilla, resursseilla ja viestinnällä, johtamalla muutosta palvelujärjestelmätasolta, edistämällä moniammatillista työskentelyä sekä seuraamalla integraation etenemistä ja vaikutuksia. Lisäksi on syytä selvittää ja mitata tekijöitä, jotka vaikeuttavat ja hidastavat palvelujen integrointia. (Cheng & Catallo 2020.)

Tässä tutkimuksessa palveluintegraatio nähdään poliittisiin tavoitteisiin perustuvana keinona uudistaa sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujärjestelmää asiakaslähtöiseen ja monialaiseen suuntaan. Hudsonin ja Lowen (2004) mukaan poliittisia tavoitteita on viety käytäntöön rationaalisesti hallintokoneiston johdolla ylhäältä alaspäin tai ruohonjuuritason viranomaisten toimesta alhaalta ylös. Enenevässä määrin politiikkaohjelmien toimeenpanossa hyödynnetään myös erilaisten verkostojen kuten julkishallinnon, yritysten ja kansalaistoiminnan yhteistyötä. (Hudson & Lowe 2004.) Myös ministeriöiden välinen yhteistyö on tärkeää (Niiranen 2020). Winter (2006) pitää toimeenpanoa rationaalisuuden ja kausaalisuuden sijaan politiikan operationalisointi-ilmiönä, johon vaikuttavat niin politiikkatavoitteiden soveltaminen paikallistasolla kuin toimeenpanon osapuolet, kannustimet ja motivaatio. Tuotokset ovat riippuvaisia siitä, millä ja miten niitä mitataan. (Winter 2006.) Hupe ja Hill (2016) ovat todenneet toimeenpanon tulosten olevan kiinni siitä, ymmärretäänkö politiikkatavoitteita asetettaessa riittävästi ruohonjuuritason tilannetta ja haasteita, onko tätä tietoa käytetty poliittisten tavoitteiden määrittelyssä ja onko politiikkatavoitteet määritelty niin, että tavoitteiden asettajat ja toimeenpanijat ymmärtävät ne samalla tavoin (Hupe & Hill 2016).

Artikkelin konteksti määritetty kansallisten palveluintegraatitavoitteiden paikallisesta soveltamisesta ja käytäntöön viennistä nuorten ja nuorten aikuisten palveluissa integraation eri tasoilla (Kuvio 1). Poliittiset integraatitavoitteet on toimeenpantu hallintokoneiston ohjauksessa ylhäältä alas -periaatteella paikallisia integraatioratkaisuja kehittämällä ja testaten sekä saattamalla kokeilujen tuotokset hallintokoneiston arvioitavaksi alhaalta ylös. Sateenkaarimalli auttaa tunnistamaan integroivan ja asiakaslähtöisen toimintamallin toimeenpanon vaikutuksia palvelujärjestelmän eri tasoille.



Kuvio 1. Palveluintegraatiokokeilun valtionohjaus ja paikallistason toimeenpano (mukaillen Valentijn ym. 2015, 8; Hudson & Lowe 2004).

Tutkimuksen kontekstisidonnaisuus näkyy kansallisina ja paikallisina linjauksina ja rajauksina, ajankohtana, toimintakulttuurina, sisältöinä ja merkityksinä (ks. Eskola & Suoranta 1998). Integroidun toimintamallin paikallisen kehitystyön lähtökohtana oli kokeilulain säädösten lisäksi toimintaympäristön tarpeet. Kehitystyötä ja toimintamallin testausta tehtiin yhteistyössä asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa. Kehittämisessä oli keskeistä asiakkaiden, ammattilaisten ja asiantuntijoiden kokemukset ja ehdotukset, laaja-alainen vuoropuhelu organisaation sisällä ja sidosryhmien kesken sekä muilta organisaatioilta oppiminen. Toimintamalleja kokeilemalla ja käyttöönottoja pilotoimalla voidaan edistää palveluintegraation skaalaamista, siirrettävyyttä ja toimeenpanoa uusiin toimintaympäristöihin (ks. Briggs & Carvalho 2018).

Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimus on laadullinen monimenetelmällinen (*multimethod qualitative research*) tutkimus (ks. Mik-Meyer 2020). Monimenetelmällisyys näkyy toimeenpanotutkimuksellisena otteena (ks. Werner 2004) tapaustutkimuksessa (ks. Flick 2018), teoriasidonnaisena sisällönanalyysinä (ks. Tuomi & Sarajarvi 2002), sekundaariaineiston retrospektiivisena analyysinä (ks. Young & Ryu 2012) sekä etnografisina piirteinä aineiston tuotannossa (ks. Eskola & Suoranta 1998). Laadullisten menetelmien on todettu soveltuvan hyvin poliittisten tavoitteiden toimeenpanon (Werner 2004) ja sosiaalisten ilmiöiden (Flick 2018) tutkimiseen.

Palveluintegraatitavoitteiden toimeenpano Case Kuopio

Tapaustutkimuksessa tutkimuskohde on jokin tapahtumakulku tai ilmiö, jota tapaus (*case*) ilmentää (Laine ym. 2017.) Tapaukseksi sopii yksittäinen, ajallisesti ja toiminnallisesti ajankohtainen aihe, jota lähestytään kokonaisvaltaisesti (Piekkari & Welch 2020). Tässä artikkelissa tutkimuskohde on palveluintegraation valtionohjaus ja paikallinen toimeenpano (ilmiö). Tapauksena on käytetty

vuosina 2015–2016 voimassa olleen kokeilulain (Laki kuntien velvoitteiden ja ohjauksen vähentämistä ja monialaisten toimintamallien tukemista koskevista kokeiluista 1350/2014) valmistelua ja käsittelyä sekä laissa hyvinvoinnin integroidusta toimintamallista säädettyjen periaatteiden toimeenpanoa Kuopiossa. Kuopiossa säädökset vietiin käytäntöön integroimalla 16–29-vuotiaiden nuorten ja nuorten aikuisten palveluja asiakaslähtöisesti. Integraatiomalli kattoi sosiaali-, terveys-, mielenterveys-, päihde-, oppilashuolto- ja matalan kynnyksen palvelut, joita oli tuotettu kunnan, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimesta tai hankittu ostopalveluna. Toimintamallin asiakaskokeiluun osallistui 15 ammattilaista ja 32 kuopiolaisnuorta.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto sisältää kansallisia ja paikallisia poliittisia ja hallinnollisia dokumentteja kokeilulain valmistelu-, käsittely- ja toimeenpanovaiheista yhteensä 2,5 vuoden ajalta (Taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimusaineisto.

	Aineisto	Tietolähde
Kokeilulain ja lain käsitteilyn aineisto (hyvinvoinnin integroitu toimintamalli)	Laki velvoitteiden ja ohjauksen vähentämistä ja monialaisten toimintamallien tukemista koskevista kokeiluista 1350/2014 30.12.2014	FINLEX.FI Oikeusministeriön julkinen verkkopalvelu
	Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kuntien velvoitteiden ja ohjauksen vähentämistä ja monialaisten toimintamallien tukemista koskevista kokeiluista HE 117/2014 11.9.2014	
	Eduskunnan täysistunnon pöytäkirja (lähetekeskustelu) PTK 86/2014 24.9.2014	Eduskunta.fi/valtiopäiväasiat ja asiakirjat Julkinen tietopankki eduskuntatyössä syntyneistä asiakirjoista
	Hallintovaliokunnan mietintö HaVM 31/2014 vp 28.11.2014	
	Sivistysvaliokunnan lausunto SiVL 13/2014 vp 4.11.2014	
	Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto StVL 11/2014 vp 21.10.2014	
Kansallisen kuntakokeiluohjelman aineisto	Hallinto- ja kuntaministeri Henna Virkkusen kirje VM079:00/2013 10.3.2014: Kuntien kutsuminen kuntakokeilujen jatkoneuvotteluihin	Sähköpostilla valtiovarainministeriön kirjaamosta
	Kuntakokeilut kuntien velvoitteiden vähentämisen tueksi -hankkeen asettamispäätös VM035:00/2014 9.5.2014	
Kuopion kuntakokeilun julkinen aineisto	Valtiovarainministeriön ja Kuopion kesken laadittu sopimus hyvinvoinnin integroidusta toimintamallista	Sähköpostilla Kuopion kaupungin kirjaamosta
	Kuopion kuntakokeilun asiakortti 4898/2013 (sisältää tiedot viranhaltijapäätöksistä, toimieliinkäsittelyistä ja kirjeenvaihdosta)	
	Kuopion valtionavustushakemukset ja päätökset	
Kuopion kuntakokeilun ei-julkinen aineisto	Kuopion kuntakokeilun ohjausryhmän 18 kokouksen muistiot ajalta 21.1.2015–25.1.2017	Tiedostokopiot Kuopion kaupungin palvelimelta
	Kuopion kuntakokeilun arviointityöpajan 28.10.2016 tuotokset	

Kuten politiikkaprosesseihin liittyvät tutkimukset yleensä, myös tämän tutkimuksen aineisto perustuu valmiisiin poliittis-hallinnollisiin asiakirjoihin (ks. Young & Ryu 2012), jotka ovat pääosin julkisesti saatavilla. Ei-julkisen Kuopion kaupungin aineiston käyttöön on 9.3.2021 saatu tutkimuslupapäätös kaupunginjohtajalta. Tutkimusaineistoon ei sisälly toimintamallikokeilun aikana nuorista kirjattuja asiakastietoja johtuen tietosuojaositoumuksesta valtiovaraministeriön, Kuopion kaupungin ja asiakkaan kesken. Myös saman kokeilulain pohjalta seitsemällä muulla paikkakunnalla toteutetut integraatiokokeilut on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston analyysi perustuu teoriasidonnaisen sisällönanalyysiin ja abduktiiviseen päättelyyn (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002). Teoreettinen analyysi tehtiin toimeenpanotutkimuksellisella otteella, joka sopii hyvinvointipoliittisten uudistusten tutkimiseen (ks. Lee 2006; Werner 2004). Toimeenpanon etenemisen ja toimeenpanoon vaikuttavien tekijöiden selittäminen sekä toimeenpanon onnistumisen arvioiminen on toimeenpanotutkimuksessa keskeistä. Tavoite on ymmärtää syvällisesti toimeenpanon onnistumista tai epäonnistumista. (Nilsen 2015.) Tutkimusaineiston analysoinnissa hyödynnettiin laadullisten aineistojen käsittelyyn tarkoitettua ATLAS.TI-ohjelmistoa (ks. Laajalahti & Herkama 2018).

Analyysi käynnistettiin lukemalla aineistoa huolellisesti läpi ja tunnistamalla siitä politiikkaprosessiin ja sen toimeenpanoon osallistuneita osapuolia. Sitä seurasi yksityiskohtaisempi toimeenpanotutkimuksellinen analyysi 1) *mitä tapahtui*, 2) *miksi tapahtui* ja 3) *olivatko saavutukset odotusten mukaiset* -kysymysten avulla (ks. Werner 2004). Toimeenpanoprosessin etenemisen vaiheet tunnistettiin ensin *”mitä tapahtui”* -kysymykseen vastaamalla, jonka jälkeen aineistoa uudestaan ja edestakaisin lukemalla etsittiin toimeenpanon etenemisen motiiveja, syitä ja perusteita *”miksi tapahtui”* -kysymyksen avulla. Saatuja havaintoja verrattiin kokeilulain ja paikallistason tavoitteisiin tulkiten, *”olivatko saavutukset odotusten mukaiset”*. (ks. Werner 2004.) Lopuksi aineistosta koodattiin tekijät, jotka edistivät tai vaikeuttivat palvelujen yhteensovittamista. Analyysi vaati aineiston läpikäyntiä useaan kertaan, mikä vaihe vaiheelta syvensi ymmärrystä toimeenpanon yksityiskohdista suhteessa kansallisiin ja paikallisiin tavoitteisiin. Tulosten tulkintaa varten havainnot tiivistettiin ja ryhmiteltiin kolmeen osaan: palveluintegraation kansalliseen ohjaukseen, toimeenpanoon paikallisessa kontekstissa sekä palvelujen yhteensovittamiseen vaikuttaviin tekijöihin.

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja uskottavuuden ehtona on, että tutkimus tehdään hyvää tieteellistä käytäntöä (*HTK, responsible conduct of research*) noudattaen. Tutkimuksen tulee perustua tiedeyhteisön käytäntöihin. Se on suunniteltava ja toteutettava asetettujen vaatimusten ja tieteellisten kriteerien mukaisesti. Tutkimusta varten on hankittava tutkimusluvut ja muiden tutkijoiden työ on huomioitava asianmukaisesti. Tutkijoina olemme sitoutuneita hyvän tieteellisen käytännön mukaisten periaatteiden noudattamiseen. (ks. TENK 2012.)

Koska tutkijan omat valinnat tutkimusasetelmasta, menetelmistä ja käsitteistä vaikuttavat tutkimustuloksiin, tutkijan on oltava tietoinen ennakkokäsityksistään (Tuomi & Sarajärvi 2002). Artikkelin ensimmäisen kirjoittajan työ Kuopion kaupungilla on tuonut syvällistä ymmärrystä integraatiokokeilusta, mutta objektiivisuutta on hyvä tarkastella. Neljän vuoden tauko kuntakokeilun päättymisen ja tutkimusaineiston analysoinnin välissä on auttanut pitämään koordinaattorin ja tutkijan roolit erillään. Tutkija ei myöskään työskennellyt hyvinvointipalvelujen parissa tutkimusprosessin aikana. Objektiivisuutta lisää, ettei Kuopion kaupunki tutkimusluvan myöntäjänä ole vaikuttanut tutkimuksen sisältöön tai tavoitteisiin ja että tutkimus on tehty erillään sosiaali- ja terveydenhuollon 2023 voimaan tulleen uudistuksen valmistelusta. Tutkimus on omarahoitteinen lukuun ottamatta artikkelin ensimmäisen kirjoittajan viiden

kuukauden osa-aikaista nuoremman tutkijan työsuhdetta Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksella.

Empiiriset tutkimustulokset

Tutkimus osoittaa, että palvelujen yhteensovittamiseksi tarvitaan 1) kansallisen tason päätöksentekoa ja ohjausta, 2) kansallisten tavoitteiden soveltamista ja käytäntöön vientiä paikallisessa toimintaympäristössä ja ohjauksessa sekä 3) palvelujen yhteensovittamista edistävien ja vaikeutavien tekijöiden tunnistamista ja riskeihin varautumista.

Palvelujen yhteensovittamisen politiikkatavoitteet ja kansallinen ohjaus

Eduskunnassa 10.12.2014 hyväksyttiin määräaikainen laki, jonka tavoite oli mahdollistaa asiakaslähtöiset ja monialaiset toimintatavat ja palvelurakenteet ilman, että voimassa olleisiin lakeihin olisi tehty muutoksia. Kokeilulaissa säädettiin paikallisista kokeiluista, kokeilujen ohjauksesta ja seurannasta, henkilötiedon turvaamisesta sekä kuntien ja valtion välisistä sopimuksista. Lakiehdotuksessa todettiin, että nämä kuntien velvoitteiden vähentämiseen tähtäävät kokeilut toteutetaan osana hallituksen 2013 hyväksymää rakennepoliittista toimenpideohjelmaa.

Lakiehdotusta käsiteltiin eduskunnassa 24.9.2014, josta se siirtyi hallintovaliokunnan arvioitavaksi ja sieltä edelleen lausunnoille sosiaali- ja terveysvaliokuntaan ja sivistysvaliokuntaan. Eduskunta käsittelee valiokuntien muutosehdotuksia 3.12.2014 ja lopulliseen muotoonsa viimeistelty laki kuntien velvoitteiden ja ohjauksen vähentämistä ja monialaisten toimintamallien tukemista koskevista kokeiluista 1350/2014 hyväksyttiin eduskunnan 10.12.2014 täysistunnossa. Lain vahvistamisen jälkeen kokeilulaki astui voimaan 5.1.2015. Laki oli voimassa 31.12.2016 saakka ja sitä sovellettiin vain laissa säädettyihin paikkakuntiin. Vaikka laki säädettiin määräajaksi, kokeilujen toivottiin johtavan pysyvään kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähenemiseen. Kokeilulain toimeenpanemiseksi valtion 2014–2016 talousarvioihin tehtiin vuosittaiset 520 000 euron varaukset.

Lakiesityksen mukaan keskeinen syy kokeiluille oli kuntiin kohdistuvien lakisääteisten velvoitteiden, vaatimusten ja tehtävien lisääntyminen. Muun muassa 1990-luvun valtionosuusuu- distuksen, Euroopan Unioniin liittymisen 1995 ja perustuslakiuudistuksen 2000 todettiin lisänneen tehtäviä kunnissa. Lakiesityksessä kuvataan vuoden 2012 tilannetta, jolloin kuntiin kohdistui 535 lakisääteistä tehtävää ja 974 velvoitetta, joista oli säädetty 138 eri laissa ja asetuksessa. Tehtävien ja velvoitteiden lisäksi on säädetty suosituksista, jotka eivät ole sitovia. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan kohdistuvia tehtäviä (194) ja velvoitteita (524) oli eniten. Ne liittyivät keskeisesti viranomaisyhteistyöhön, asiakasyhteistyöhön, palveluja koskevien suunnitelmien tekemiseen ja tiedon antamiseen. Lakiehdotuksessa todetaan, että erilaisten hallinnonala- kohtaisten tehtävien ja velvoitteiden lisäksi kustannuksia kasvattaa eri palvelualojen, sektorien ja organisaatioiden erillinen ja yhteensovittamaton toiminta, epätarkoituksenmukaiset palvelut, päällekkäiset asiakasprosessit tai niiden katkeamiset.

Kokeilulain 1350/2014 luvussa 2 säädettyjen hyvinvoinnin integroitujen toimintamallikokeilujen haluttiin edistävän tehokasta, vaikuttavaa, asiakaslähtöistä ja moniammatillista toimintaa kunnan järjestämis- ja tuottamisvastuulla olevissa palveluissa. Integroituja toimintamalleja kehitettiin ja kokeiltiin kahdeksalla paikkakunnalla: Kuopion, Kouvolan ja Oulun kaupungeissa, Tampereen, Hämeenlinnan, Jyväskylän ja Joensuun ympärille muodostetuissa kuntaryhmissä sekä Lappeenrannan ja Imatran seudulla. Kokeiluun valituilla paikkakunnilla arvioitiin olevan riittävät edellytykset poikkihallinnolliseen kehittämiseen ja tulosten saavuttamiseen.

Eduskunnan täysistunnossa 24.9.2014 käytiin kokeilulain valmisteluun liittyvä lähetekeskustelu. Lain valmistelusta vastanneen silloisen liikenne- ja kuntaministeri Risikon mukaan kokeiluilla kerätään tietoa palvelujen poikkihallinnollisesta kehittämisestä, kustannussäästöistä ja vaikuttavuudesta. Hallintovaliokunnan mielestä kokeilut edistävät sekä viranomaisyhteistyötä että

normien purkua. Valiokunta piti asiakaslähtöisyyttä hyvänä lähtökohtana kokeiluille, mutta korosti, että asiakaslähtöisyyden täytyy näkyä myös tuloksissa. Sivistysvaliokunta piti velvoitteiden ja ohjauksen keventämistavoitteita oikeansuuntaisina ja toivoi kokeilujen käynnistävän laajempia uudistuksia. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mukaan kustannusvaikuttavien ja asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämisen on merkityksellistä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kannalta.

Suuret potentiaaliset säästömahdollisuudet ovat myös hyvinvoinnin integroidun toimintamallin onnistuneella toteuttamisella, jos kokeiluissa onnistutaan yhdistämään eri palvelusektoreiden toimintaa entistä paremmin yhteentoimiviksi asiakaslähtöisiksi palvelukokonaisuuksiksi. – Hallituksen lakiesitys 117/2014 vp.

Lakiesityksen mukaan kokeilut voivat täysimääräisinä toteutuessaan johtaa kuntiin kohdistuvan sääntelyn purkamiseen. Palvelutasoon kokeilujen ei oletettu vaikuttavan. Myös hallintovaliokunnassa kokeiluista saatavia säästöjä pidettiin epätodennäköisenä, vaikka kokeilut helpottaisivatkin palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Olihan kunnissa kokeilulain rinnalla noudatettava myös normaaleja velvoitteita ja hallinnonalakohtaisia säädöksiä. Kansanedustajat pitivät kokeilulain ja sektorilakien päällekkäistä noudattamista huolestuttavana ja epäilivät, että kuntien veloitteet vähensivät pelkästään yhteistyötä kehittämällä. Heitä myös ihmetytti, miksi tämän veloitteiden vähentämiseen tähtäävän lain rinnalla valmistellaan uusia kuntiin kohdistuvia velvoitteita. Päällekkäisyyksien epäiltiin aiheuttavan tempoilua ja kaoottisuutta kunnissa. Toisaalta kokeiluissa onnistuminen voisi johtaa suuriin säästöpainaisiin, julkisen sektorin supistuksiin ja kuntien palvelutason heikkenemiseen.

Erilaiset hallinnonalakohtaiset veloitteet asiakkaan palvelusuunnitelmien laatimisesta yhdessä tietosuojasäädösten kanssa ovat lisänneet ongelmia tiedon liikkumisessa ja vaikeuttaneet viranomaisyhteistyötä, todetaan lakiehdotuksen perusteluissa. Kokeilulailta mahdollistettiin 26 erillisen lailla säädetyn palvelusuunnitelman yhdistäminen asiakaslähtöisesti samaan suunnitelmaan. Yhdistettyyn suunnitelmaan voitiin liittää esimerkiksi terveydenhuollon hoito- ja kuntoutussuunnitelma, sosiaalihuollon palvelu- ja hoitosuunnitelma, päihdehuollon kuntoutussuunnitelma, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiakassuunnitelma, tehostettuun tukeen liittyvä henkilökohtainen oppimissuunnitelma, ammatilliseen koulutukseen laadittu opetuksen henkilökohtaistamissuunnitelma, kuntouttavan työtoiminnan aktiivointisuunnitelma sekä vammaiselle tai kehitysvammaiselle asiakkaalle laadittu suunnitelma. Kokeilulain mukaan eri palveluissa laadittuja palvelusuunnitelmia ja palvelutarpeita yhteensovittamalla asiakkaan palvelut voidaan tuottaa tarkoituksenmukaisemmin, kokonaisvaltaisemmin ja oikea-aikaisemmin.

Kokeilujen tulosten hyödyntämisen kannalta sekä sosiaali- ja terveysvaliokunta että sivistysvaliokunta pitivät tärkeänä, että integroitujen palvelujen laatua ja vaikuttavuutta arvioidaan objektiivisesti ja monipuolisesti. Kansanedustajat pitivät tarpeellisena, että tuloksia mitataan sekä kansalaisten, asiakkaiden että kuntatalouden näkökulmasta. Tulosten arvioimiseksi ehdotettiin riippumatonta tutkijaryhmää ja koasetelmatyypistä indikaattoriseurantaa. Mahdollisista säästöistä, tehokkuuden kehittymisestä ja hyvistä käytännteistä kansanedustajat toivoivat raportoitavan välittömästi, jotta uudet toimintamallit saataisi viipymättä käyttöön myös muissa kunnissa. Kokeilujen toivottiin käynnistyvän tehokkaasti.

On todella tärkeää, että nyt näitä kokeiluja viedään eteenpäin, jotta löytyy niitä hyviä toimintamalleja, joita laajasti ympäri Suomen sitten kuntakentässä eteenpäin viemällä voimme kehittää sitä kuntien toimintaa suuntaan, jossa pääosin tämä paikallisten ihmisten yhdessä tekeminen on jatkossakin se perusta, miten hyvinvointiyhteiskunnan palvelut paikallisesti järjestetään. – Kansanedustaja Heikki Autto täysistunnossa 24.9.2014

Eliikkä nyt vain pökököä pesähän, ja saavutetaan näillä niitä tuloksia ja levitetään hyviä käytäntöjä, tehdään lainsäädäntöä tueksi, että saadaan muokattua tätä yhteiskuntaa. – Ministeri Risikko täysistunnossa 24.9.2014

Kokeilulain vahvistamisen jälkeen paikalliset kuntakokeilut käynnistettiin 5.1.2015 valtiovarainministeriön kuntakokeiluohjelman ohjauksessa. Kokeilujen sisällöistä ja yksityiskohdista oli sovittu kunkin paikkakunnan ja ministeriön välisissä kuntakokeilusopimuksissa. Kokeilut kestivät 31.12.2016 saakka.

Politiikkatavoitteista paikalliseen toimeenpanoon

Paikallisiin kuntakokeiluihin valmistautuminen alkoi jo joulukuussa 2013 valtiovarainministeriön kutsuttua kuntarakennelain 1698/2009 tavoitteet täyttäneitä kuntia ja kuntaryhmiä keskusteluun kuntakokeilujen hakumenettelystä. Kunnat saivat jättää hakemuksia yhteen tai useampaan kokeiluohjelman kuudesta osa-alueesta: hyvinvoinnin integroidun toimintamallin, koulutuspalvelujen, asumispalvelujen, nuorisotakuun, valvonnan ja kunta-Kela-yhteistyön kuntakokeiluihin. Hakemuksissa kunnat kuvasivat kokeilukohteen tilannetta sekä sitä, miten toteuttaisivat kokeilun. Haku kokeiluohjelmaan päättyi 31.1.2014. Kuopio hyväksyttiin kahteen kokeiluun, joista toinen oli hyvinvoinnin integroitu toimintamalli. Integroidun toimintamallin kehittämistyö päätettiin Kuopiossa kohdentaa nuorten ja nuorten aikuisten palvelukokonaisuuteen.

Kuopion kaupunginjohtaja nimesi ohjausryhmän valvomaan, seuraamaan ja ohjaamaan kokeilulain ja kokeilusopimuksen paikallista toimeenpanoa. Ohjausryhmän puheenjohtajuus jaettiin kaksivuotiselle kokeiluhankkeelle puoliksi opetus-, nuoris- ja kulttuuripalvelujen ja puoliksi sosiaali- ja terveyspalvelujen apulaiskaupunginjohtajalle (ennen palvelualuejohtaja). Kaupunginjohtaja nimesi integraatiokokeilun vastuuhenkilöksi oppilashuollon palveluista vastanneen kasvun ja oppimisen tuen johtajan sekä muiksi ohjausryhmän jäseniksi kaupungin strategiajohtajan, perusturvajohtajan, aikuissosiaalityön päällikön sekä henkilöstön edustajaksi päluottamusmiehen. Myöhemmin ohjausryhmään kutsuttiin myös terveysjohtaja ja nuorisopäällikkö. Pysyviä asiantuntijajäseniä olivat aluehallintoviraston sosiaalihuollon ylitarkastaja ja kolmannen sektorin edustaja. Kokouksiin kutsuttiin tarpeen mukaan kuultavaksi myös muita asiantuntijoita, työntekijöitä ja tutkijoita. Integraatiokokeilun käytännön toimeenpanoa varten perustettiin määräaikainen koordinaattorin tehtävä, johon tämän artikkelin ensimmäinen kirjoittaja nimettiin. Koordinaattorin vastuulla oli palvelujen yhteensovittamiskokeilun suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä ohjausryhmän kokousten valmistelu-, esittely- ja sihteeritehtävät. Koordinaattori toimi Kuopion yhdyshenkilönä valtiovarainministeriön kansallisen kuntakokeiluohjelman suuntaan.

Ohjausryhmän työskentely käynnistyi keskustelulla kuopiolaisnuorten ja nuorten aikuisten palvelujen kehitystarpeista ja todetuista yhteiskunnallisista paineista. Keskusteluissa pohdittiin kokeilulain säädösten soveltamista ja valtiovarainministeriön kanssa laaditun sopimuksen tulkinnoista paikallisen toimintaympäristön näkökulmasta. Keskustelujen lopuksi kuntakokeilun yhteydessä kehitettävä integroitu toimintamalli nimettiin *Integraattori*-malliksi, jolla tarkoitettiin nuorten ja nuorten aikuisten asiakaslähtöistä ja monialaista palvelukokonaisuutta toimijoi- neen, palveluineen, kehitystarpeineen, verkostoineen sekä raja- ja yhdyspintoineen. Tavoite oli kokeilulain säädöksiin perustuvan pysyvän, kaupunkitasoisen, luovan ja innovatiivisen ”nuorten talo” -tyyppisen toimintamallin kehittäminen, joka kattaa erilaiset ja eritasoiset nuorten palvelut laajasti, ja on niin asiakaslähtöinen ja digitaalinen kuin mahdollista. Kehitystyön yhteydessä tuli välttää puhumasta hallinnollisesta, väliaikaisesta ja ministeriölähtöisestä uudistuksesta, koska toimintamallia oli määräaikaisen lain päättymisen jälkeen tarkoitus hyödyntää laajasti palvelujärjestelmätasolla. Asiakkaiden ja ammattilaisten parissa toteutettava toimintamallikokeilu tuli kokeilulain säädösten vuoksi toteuttaa erillään normaalista palvelutuotannosta ja muista meneil- lään olleista kehityshankkeista.

Integraatiokokeilun sisältöä ja tavoitteita konkretisoitiin ohjausryhmän 2.4.2015 kokouksessa. Tehtävälstalle valittiin: integroivien työmenetelmien kehittäminen ja pilotointi, asiakkaan palvelusuunnitelmien yhdistäminen yli sektorirajojen, menetelmän kehittäminen asiakkaan elämäntilanteen mittaamiseen ja asiakasvaikutusten arviointiin sekä toimintamallin periaatteiden dokumentointi uusissa käyttöönotoissa hyödynnettäväksi. Tämän lisäksi päätettiin toteuttaa erillinen selvitys nuorten palvelujen toimitilarpeista. Kehitystyön edetessä tuli käynnistää suunnittelu toimintamallin laajamittaisesta käyttöönotosta kokeilulain päättymisen jälkeen. Myöhemmin kehitystyön rinnalla käynnistettiin selvitystehtäviä muun muassa eri kaupunkien integraatiomalleista, elämäntilanteen mittaamisen menetelmistä sekä teknologiaratkaisuista. Asiakaskokeiluvaiheen alustavia havaintoja hyödynnettiin rahoituksen hakemiseksi uusiin paikallisiin kehityshankkeisiin, kuten digitaalisen omahoidon kehittämiseen (ODA-hanke), lapsi- ja perhepalveluiden kehittämiseen (LAPE-muutosohjelma) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasdataa yhdistävään tietoaalshankkeeseen (ISAACUS). Vaikka selvitysten laatiminen ja osallistuminen rahoitushakuihin vaikuttivat asiakaskokeilun etenemiseen hidastavasti, ne mahdollistivat integraatiokokeilun kokemusten ja siitä saadun tiedon hyödyntämisen kehitystyön yhteydessä ja jopa sen jälkeen.

Integroidun toimintamallin käytännön kehittämistä ja palvelusuunnitelmien yhdistämistä varten nimettiin moniammatillinen työryhmä. Työryhmään nimetyt vastuutyöntekijät (kokeilulaissa ”asiakasvastaava”) edustivat kolmannen sektorin nuorten työpajatoimintaa, alueellisen ja etsivänuorisotyön palveluja, oppilashuollon kuraattori- ja psykologipalveluja, opiskelijaterveydenhuoltoa, aikuissoosiaaliryön nuorten palveluja, lastensuojelun avo-, sijais- ja jälkihuoltoa, ostopalveluna tuotettuja päihdepalveluja sekä erikoissairaanhoidon avohuollon mielenterveyspalveluja. Työryhmän tavoitteena oli monialaisen asiakastyön mallin kehittäminen, jossa kutakin asiakasta palvelutarpeineen ja palveluineen lähestytään henkilökohtaisesti ja kokonaisvaltaisesti.

Ammattilaisten, asiakkaiden ja asiantuntijoiden yhteistyönä kehittämä asiakaslähtöinen *Mun elämä* -hyvinvointisuunnitelma sisälsi tiedot nuoren elämäntilanteesta, asiakkuuksista, palveluista, tavoitteista ja niiden etenemisestä sekä yhteystiedot nuoren lähipiirille ja ammattilaisille. Hyvinvointisuunnitelman tietorakenne syntyi useiden palvelu-, asiakas- ja hoitosuunnitelmien rakenteita hyödyntämällä. Hyvinvointisuunnitelman tavoitteet perustuivat kunkin nuoren omaan näkemykseen elämäntilanteestaan ja palvelutarpeistaan sekä keskusteluihin nuoren ja ammattilaisten kesken. Elämäntilanteen arviointiin käytetty itsearviointimenetelmä *3X10D* kehitettiin Kuopion tarpeisiin yhteistyössä Diakonia-ammattikorkeakoulu DIAKin, kuopiolaisnuorten ja vastuutyöntekijöiden kesken. Monialaiseen asiakastyöhön, *Mun elämä* -hyvinvointisuunnitelmaan ja *3X10D*-elämäntilannemittariin, asiakastiedon digitaaliseen yhteiskäyttöön ja kokonaisvaltaiseen palvelujen yhteensovittamiseen perustuvan toimintamallin asiakastestaus käynnistyi vuoden 2015 lopussa. Vuoden mittaiseen kokeiluun osallistui 15 työntekijää ja heidän rekrytoimansa 32 vapaaehtoista nuorta tai nuorta aikuista.

Valtiovarainministeriön kansallisissa työpajatilaisuuksissa palveluintegraatioita kehittäneiden kuntien edustajat vaihtoivat kokemuksiaan ja jakoivat ideoitaan. Toukokuussa 2015 keskusteltiin kehitteillä olevien toimintamallien sisällöistä ja kehitystyön etenemisestä. Muiden paikkakuntien Kuopiolle antamaa palautetta käsiteltiin 27.5.2015 ohjausryhmässä:

VM:n työpajataapaamisen 19.5.2015 perusteella todettiin, että muihin hyvinvoinnin integrointikokeiluihin verrattuna Kuopiossa korostetaan enemmän käytännön asiakaslähtöisyyttä (asiakkaan ja ammattilaisen yhteinen hyvinvointisuunnitelma, asiakkaan osallistamisen tavoitteet, elämäntilanteen itsearviointi) ja toimintamallin kehitystyötä tehdään enemmän ruohonjuuritasolta käsin (vastuutyöntekijöiden työpajat). – Ohjausryhmän 27.5.2015 kokousmuistio

Integraatiokokeilusta saatujen kokemusten ja palautteiden pohjalta alettiin Kuopiossa valmistautua toimintamallin käyttöönottoon uusilla asiakkailla, asiakasryhmillä, ammattilaisilla ja palveluissa. Laajennusvaiheen tavoite oli mallintaa integroidun toimintamallin käyttöönotto uusissa

yksiköissä ja palveluissa, kerätä kokemustietoa monialaisesta asiakastyöstä, arvioida integraation vaikutuksia sekä testata sähköistä toimintamalliohjeistusta. Käyttöönottosuunnitelmista viestittiin laajasti nuorten palveluja tuottaville organisaatioille, nuorten palveluista päätöksiä tekeviin lautakuntiin, toimialojen johtoryhmiin ja lähijohtajille, kolmannen sektorin toimijoille ja muutamille ulkoisille sidosryhmille. Viestinnässä hyödynnettiin asiakkaiden ja työntekijöiden palautteita ja kokemuksia integraatiokokeilusta sekä visualisoituja kuvia integroivan asiakastyön prosessista ja menetelmistä.

Suunnitelmat integroidun toimintamallin laajentamisesta jäivät toteutumatta, kun kokeilulain voimassaolon päättyessä 31.12.2016 loppui mahdollisuus integroida asiakkaan palveluja yhdistetyn palvelusuunnitelman ja asiakastiedon yhteiskäytön avulla. Ennen lain määräajan päättymistä syksyllä 2016 joukko integraatiokokeiluun osallistuneita paikkakuntia Kuopio mukaan lukien anoi valtiovarainministeriöltä lupaa jatkaa kokeiluja. Tämä ei ministeriön mukaan ollut mahdollista meneillään olleen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lainsäädäntövalmistelun kanssa. Niinpä valmistelut integraatiomallin käyttöönoton laajentamiseksi keskeytettiin, digitaalisesta palvelualustasta luovuttiin, integraatiokokeilun aikana syntyneet asiakastiedot hyvinvointisuunnitelmineen ja elämäntilannearviointeineen arkistoitiin ja kokeiluun osallistuneita nuoria informoitiin kokeilun päättymisestä. Asiakkaan palveluissa ja organisaatioiden välisessä yhteistyössä palattiin sektorilainsäädännön mukaisiin velvoitteisiin ja käytäntöihin. Myös ohjausryhmä- ja vastuutyöntekijäverkostot lakkautettiin. Koordinaattorin työ jatkui, kunnes integraatiokokeilun tulokset oli raportoitu valtiovarainministeriöön. Vuodesta 2017 lähtien palvelu- ja asiakassuunnitelmien laatimisessa on noudatettu voimassa olevia hallinnonalakohtaisia säädöksiä.

Palvelujen yhteensovittamista edistävät ja vaikeuttavat tekijät

Toimeenpanotutkimuksellinen analyysi palveluintegraation valtionohjauksesta ja paikallisesta toimeenpanosta nosti esiin integraatiokokeilun sisältöön ja etenemiseen vaikuttaneita tekijöitä. Etenkin ohjausryhmän monialaiset keskustelut säädösten soveltamisesta, tavoitteiden konkretisoinnista ja käytäntöön viennistä sisälsivät vaihtoehtojen ratkaisujen etsimistä eteen tuleviin ongelmiin. Keskeiset Kuopion integraatiokokeilua edistäneet ja vaikeuttaneet tekijät on koottu Taulukkoon 2.

Taulukko 2. Palveluintegraatiokokeilua edistävät ja vaikeuttavat tekijät.

	Edistävät tekijät	Vaikeuttavat tekijät
Poliittinen päätöksenteko ja lainsäädäntö	Sektorilainsäädännöstä poikkeava mahdollisuus asiakastiedon yhteiskäyttöön sekä palvelusuunnitelmien yhdistämiseen. Kansallinen tahtotila motivoiva tekijä.	Velvoite noudattaa samanaikaisesti sekä kokeilulakia että hallinnonalakohtaista lainsäädäntöä aiheutti päällekkäistä työtä. Lain määräaikaisuus vaikeutti sitoutumista kokeiluun varsinkin loppupuolella.
Kansallinen toimeenpano ja yhteistyö	Kansallisen ministeriövetoisen kuntakokeiluohjelman työpajat tarjosivat mahdollisuuden kokeilukuntien väliseen vuoropuheluun ja informaatio-ohjausta paikallisten kuntakokeilujen tueksi.	Vähäinen eri ministeriöiden välinen vuoropuhelu. Valtiovarainministeriön lisäksi kaivattiin ajoittain sektoriministeriöiden apua ja tukea, mutta heillä oli samanaikaiset ”kilpailevat” monialaisen yhteistyön kehityshankkeet.
Paikallisen toimeenpanon ohjaus	Toimialarajat ylittävä ylimmän johdon tuki ja sitoutuminen sekä kannustaminen laaja-alaiseen ja innovatiiviseen integraatoratkaisuun.	Integraation ulottuminen yli toimialarajojen ja yli kunnan järjestämisvastuulla oleviin palveluihin vaati huomattavan paljon yhteensovittamista ja keskustelua.
Paikallisen toimeenpanon koordinointi	Kokopäiväinen henkilöresurssi kokeilulain paikalliseen toimeenpanoon mahdollisti kehittämistyön systemaattisen etenemisen.	Koordinoitua ilman varahenkilöä osoitautui työlääksi ja riskialttiiksi (kansalliset velvoitteet, ohjausryhmän kokoukset, kehittämistyön koordinointi, sidosryhmäyhteistyö, hankinnat, sopimukset ja viestintä).



	Edistävät tekijät	Vaikeuttavat tekijät
Asiakkaiden osallistuminen	Nuoret omine kommentteineen ja kehitysehdotuksineen edistivät toimintamallin asiakaslähtöisyyttä. Keksivät uusia käyttötapoja digitaaliselle hyvinvointisuunnitelmalle.	Muutokset ja vaikeudet asiakkaan omassa elämässä vaikuttivat, miten he sitoutuivat ja osallistuivat kokeiluun. Asiakaskokeilun eettiset kysymykset: ”Miten minun käy, kun tämä loppuu?”
Monialainen ja moniammatillinen kehitystyö	Vastuutyöntekijät moniammatillisessa yhteistyössä kehittivät ja ideoivat toimintamalla, ja testasivat sitä käytännössä. Ratkaisukeskeisyys, joustavuus ja rakentava kritiikki.	Rooli toimintamallin kehittäjänä suhteessa oman yksikön toimintaan joskus epäselvä. Kokeilukehittäminen ja asiakaskokeilu vei aikaa ja saattoi aiheuttaa kuormitusta. Päälekkäinen työ.
Ulkopuoliset asiantuntijat	Tutkimuslaitosten (Diakonia-AMK, Savonia-AMK ja Itä-Suomen yliopisto) ja teknologia-alan asiantuntijat olivat kiinnostuneita kehittämistyöstä. Yhteistyössä löydettiin ratkaisuja ongelmiin ja uusia innovaatioita.	Kehitystyön yksityiskohtaisia tavoitteita oli ajoin vaikea määritellä ja tavoitteet saattoivat muuttua. Kehitystyön tuloksena syntyneiden menetelmien omistajuutta ja hyödyntämistä koskevat sopimukset (IPR-oikeudet) jäivät kesken.
Integroivat työmenetelmät ja teknologiat	Digitaalinen palvelualusta mahdollisti asiakastiedon yhteiskäytön ja asiakkaan osallistumisen prosessiin. Saatiin kokemuksia integroivista työmenetelmistä ja toimintamallista yli kunnan tuottamien, kolmannen sektorin ja ostopalvelujen. Digitaalinen hyvinvointisuunnitelma myös nuorelle.	Integroitujen työmenetelmien ja teknologioiden kehittäminen testauksineen vei huomattavan paljon aikaa, mikä lyhensi varsinaisen asiakaskokeilun kestoa. Integroivien työmenetelmien ja teknologioiden heikot hyödyntämismahdollisuudet kokeilulain päättymisen jälkeen.
Resurssit	Kokopäiväinen koordinaattorin tehtävä. Valtiovarainministeriön vuosittaiset valtionavustukset: 10.000 €/v. (2014), 22.000 €/v. (2015–2016).	Laskennallisesti kokeilusta aiheutui kaikkiaan 200.000 € kustannukset, josta Kuopion maksettavaksi jäi 146.000 €.
Integraatio-kokeilun tuotosten hyödyntäminen	Moniammatillinen ja kunnan järjestämisvastuun ulkopuolelle ulottuva asiakaslähtöinen palvelujen yhteensovittamismalli saatiin testattua asiakastyössä. Ymmärrys monialaisesta palveluintegraatiosta lisääntyi. Aito kiinnostus integraatiokokeilun jatkamiseen jäi.	Integroitua toimintamallia ei voitu ottaa käyttöön kokeilulain päätyttyä. Yhteistyöverkostot (ohjausryhmä, vastuutyöntekijät, sidosryhmäyhteistyö) lakkautettiin ja systemaattiset keskustelut palvelujen yhteensovittamiseksi yli toimialarajojen kuihtuivat. Kokeilujen kansallinen hyödyntäminen epäselvää.

Aineiston analyysi osoitti, että merkittävimmin palvelujen yhteensovittamista edisti palvelusuunnitelmien yhdistämisen ja asiakastiedon yhteiskäytön mahdollistanut kokeilulaki. Paikallinen monialainen ja moniammatillinen kehittämistyö ja ulkopuoliset asiantuntijat auttoivat etsimään ja löytämään innovatiivisia ratkaisuja ja työmenetelmiä. Palveluintegraatiopilotin edetessä nuorilta ja ammattilaisilta saadut parannusehdotukset hioivat toimintatapoja entisestään ja lisäsivät käytännön ymmärrystä aidosti asiakaslähtöisestä ja integroivasta työskentelystä. Ohjausryhmän aito kiinnostus, sitoutuminen ja kannustava suhtautuminen auttoivat tavoitteiden toteuttamisessa ja etenkin ratkaisemaan eteen tulleita ongelmia.

Varsin pieni, 15 työntekijän ja 32 asiakkaan palvelujen yhteensovittamiskokeilu osoitti, miten monimutkaisesta ja hankalastakin muutoksesta palveluintegraatiossa on kysymys. Samanaikaiset eri puolille palvelujärjestelmää kohdistuneet ja tavoitteiltaan erilaiset kehitys- ja muutoshankkeet saattoivat olla sisällöltään ristiriidassa kokeilulain tavoitteisiin nähden. Vastuutyöntekijöille tämä saattoi merkitä rinnakkaisia ja eri suuntaisia uudistuksia omassa työssä. Lisäksi kokeilulain velvoite noudattaa samanaikaisesti myös hallinnonalakohtaisia säädöksiä tarkoitti päällekkäisen työn tekemistä. Näistä huolimatta palvelujen yhteensovittamiskokeilua pidettiin hyödyllisenä. Keskeisin palvelujen yhteensovittamista vaikeuttava tekijä johtui kokeilulain määräaikaaisuudesta ja kokeilujen keskeytymisestä ilman, että integroivia työmenetelmiä olisi voitu ottaa käyttöön. Vastaavasta toimialarajat ylittävästä palvelusuunnitelmien yhdistämisestä tai asiakastiedon yhteiskäytöstä ei ole säädetty kokeilulain päättymisen jälkeen.

Mitä palveluintegraatiokokeilusta opittiin?

Tutkimuksessa tarkasteltiin lakisäätelisten palveluintegraatiotavoitteiden asettamista ja paikallista toimeenpanoa sekä tunnistettiin palvelujen yhteensovittamista edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä. Tutkimuksen kohteena on vuosina 2015–2016 voimassa olleen kokeilulain 1350/2014 hyvinvoinnin integroidun toimintamallin säädösten paikallinen toimeenpano. Integraatiokokeiluilla haluttiin edistää sektorilainsäädännöstä poikkeavien monialaisten ja asiakaslähtöisten toimintamallien kehittämistä ja käyttöä. Kokeilut toimeenpantiin valtiovarainministeriön ohjauksessa. (VM 2017.)

Kuopiossa kokeilulain integraatiosäädökset toimeenpantiin ylhäältä alas -periaatteella säädöksiä tulkiten ja soveltaen. Kehittämistä ohjasivat myös paikallisessa toimintaympäristössä ja palveluissa tunnistetut kehitystarpeet. Kehitetyn *Integraattori*-mallin avulla yhteensovitettiin 16–29-vuotiaiden matalan kynnyksen, perustason ja erikoistason sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalveluja eri palveluntuottajilta. Kehitetystä toimintamallista nuori yhdessä ammattilaisten kanssa laati kokonaisvaltaisen *Mun elämä* -hyvinvointisuunnitelman, jonka tavoitteet perustuivat nuoren arvioon omasta elämäntilanteestaan. Itsearviointiin käytettiin *3X10D*-elämäntilannemittaria, joka kehitettiin Kuopion integraatiokokeilun yhteydessä tukemaan nuorilähtöistä ja monialaista työskentelyä. Digitaalinen, nuorelle ja ammattilaisille yhteinen hyvinvointisuunnitelma edisti palvelujen yhteensovittamista, paransi tiedonkulkua ja lisäsi asiakkaan osallisuutta palveluprosessiinsa. Nuorten parissa ja heidän kanssaan toteutettu integraatiokokeilu vastasi hyvin sitä, mitä kuntalaissa (L 410/2015) säädetään asiakkaan oikeudesta osallistua ja vaikuttaa. Integraatiokokeilussa havaittiin myös, miten tärkeää vastuutyöntekijän ja asiakkaan roolien määrittely on (ks. Sinervo & Keskimäki 2019) ja millaisia integraation hallitaan, kannusteisiin ja vastuisiin liittyviä kysymyksiä palvelujen yhteensovittaminen herättää (ks. Stein 2016).

Minas (2016) vertaili palveluintegraatiouudistuksia OECD-maissa ja havaitsi eroja integraatiomalleissa riippuen poliittis-hallinnollisista instituutioista, yhteiskunnallisista ongelmista ja siitä, perustuuko palvelujen integrointi tietyn käyttäjäryhmän palvelujen käyttöön (kuten ikääntyvät pitkäaikaissairaat, lapsiperheet tai työn ja opintojen ulkopuolelle jääneet nuoret), väestön ikään (kuten lapset, nuoret, aikuiset, ikääntyvät) vai vastaamaan samanaikaisesti sekä eri asiakasryhmien että tietyn väestöryhmän tarpeisiin. Myös Kuopion integraatiokehittäminen perustui kokeilulakiin ja ministeriön ohjaukseen poliittis-hallinnollisina instituutioina sekä paikallisesti tunnistettuihin yhteiskunnallisiin ongelmiin ja palvelutarpeisiin. Palvelujen lukumäärään tai tiettyyn palvelukokonaisuuteen perustuvia rajoituksia ei Kuopiossa haluttu tehdä. Paikalliset erot palveluintegraatiouudistuksissa ovatkin mahdollisia, vaikka tavoitteet olisivat samoja. (ks. Minas 2016.)

Valtionohjauksen, paikallisten päätösten, monialaisen johtajuuden ja moniammatillisen kehitystyön merkitys korostuu tässäkin tutkimuksessa. Myös Maruthappu kollegoineen (2015) pitää palveluintegraatioon liittyviä selkeitä kansallisia päätöksiä, konkreettisia tavoitteita, monialaista johtajuutta ja moniammatillista osallistumista tärkeimpinä tekijöinä toimeenpanoa ajatellen. Toimeenpanoa voidaan tehostaa varmistamalla riittävä rahoitus ja edistämällä kulttuurista muutosta. Tutkijat pitävät kannustinjärjestelmän yhdistämistä integroitujen palvelujen rahoitukseen sekä talousvaikutusten mittaamista välttämättömänä, jotta positiiviset vaikutukset ja hyödyt jakautuisivat oikeudenmukaisesti. (Maruthappu ym. 2015.) Vaikka Kuopion integraatiokokeilun voi tulkita toteutuneen valtiovarainministeriön ja kaupungin välisen sopimuksen mukaisena, kokeilulain tavoite monialaisten ja asiakaslähtöisten toimintamallien käytöstä ja ”*vaikuttavan toiminnan saavuttamista kunnan lakisäätelisiä palveluja järjestettäessä ja tuotettaessa*” jäi lain kahden vuoden kokeilulain aikana saavuttamatta. Integroitujen palvelujen vaikuttavuuden osoittamiseksi olisi tarvittu toimintamallin pidemmän aikavälin testausta ja siitä tiedon kokoamista ja analysointia. Integraatiomallin käytön laajentaminen, mallin skaalaaminen muihin väestö- tai asiakasryhmiin tai pysyvä palvelujen integrointi olisi edellyttänyt palvelusuunnitelmien yhdistämisen mahdollistavaa lainsäädäntöä sekä periaatteet organisaatio- ja toimialarajat ylittävän yhdistetyn palvelusuunnitelman tiedonhallinnasta ja asiakastiedon yhteiskäytöstä. Mikäli integraatiomallin laajamittainen käyttöönotto olisi toteutunut, olisi paikallisen ohjausryhmän mukaan tarvittu

myös palvelujärjestelmätasosta toimintakulttuurin ja asenteellista muutosta (ks. myös Miller & Stein 2020), kehitystyön aikana testattujen toimintaperiaatteiden virallistamista sekä kehittyneempiä menetelmiä integroidun palvelujärjestelmän vaikutusten arviointiin (ks. myös Cheng & Catallo 2020).

Poliittisesti kuntakokeiluista toivottiin helpotusta hyvinvointipalvelujen saatavuusongelmiin, taloudellisiin paineisiin ja kestävyysvajeeseen. Lakiesityksen mukaan kokeilujen haluttiin osoittavan, *”onko ja missä määrin syytä siirtyä laajemmin ja pysyvämmiin käyttämään kokeiltuja toimintamalleja”*. Tähän kysymykseen ei tämä tutkimus anna vastausta. Päätöksen tekemiseksi integraatiomallin laajamittaisesta ja pysyvästä toimeenpanosta tarvittaisi enemmän tutkittua tietoa integroitujen palvelujen vaikutuksista. Palvelujen yhteensovittamisen pitkän aikavälin hyödyt näkyvät säästävänä kustannuksina, väestön parempana hyvinvointina, laadukkaampina palveluina ja henkilöstötyytyväisyyden lisääntymisenä (ks. Drymalski 2021). Kahden vuoden aikana Kuopiossa ensin kehitettiin integroiva toimintamalli, jota pilotoitiin rajatussa joukossa asiakkaita ja ammattilaisia. Tämän kokemuksen perusteella on mahdoton ennustaa, miten integroidun toimintamallin palvelujärjestelmätasoinen toimeenpano vaikuttaisi palvelujen laatuun, käyttäjiin, palvelumääriin, ammattilaisiin, kustannuksiin tai teknologioihin.

Kokeilulain käsittelyvaiheessa oletettiin, ettei integraatiokokeiluista aiheutuisi kokeiluun osallistuville kunnille kustannuksia, mutta ei taloudellista hyötyäkään. Kuopiolle kahden vuoden kokeilusta aiheutui noin 200 000 euron laskennalliset kustannukset muun muassa koordinaattorin palkkauksesta, teknologia- ja asiantuntijapalveluista, kehitystyöhön osallistuneiden työajasta sekä kansalliseen työskentelyyn osallistumisesta. Tutkimus- ja koulutusorganisaatioilta saatiin asiantuntija-apua maksutta. Tulokset vastaavat sitä, mitä taloustieteilijät Connelly ja Fiorentini (2021) ovat palvelujen yhteensovittamisen kustannuksista todenneet. Palveluintegraatio lisää yhteistyö-, tiedonhallinta- ja teknologiakustannuksia. Kuluja aiheutuu myös säädösmuutosten toteuttamisesta, palveluprosessien uudistamisesta ja standardoinnista, integraation seurannasta ja arvioinnista sekä riskienhallinnasta. Tutkijoiden mielestä lyhyen aikavälin kustannuseurannan rinnalla on tärkeää mitata pitkän aikavälin hyötyjä, kuten palvelujärjestelmän tehokkuutta ja väestön hyvinvointia. (ks. Connelly & Fiorentini 2021.)

Johtopäätökset

Vuonna 2014 eduskunnassa hyväksytty kaksivuotinen laki mahdollisti sektorilainsäädännöstä poikkeavien integroitujen toimintamallien kokeilut kahdeksalla paikkakunnalla. Kokeilujen tarvetta perusteltiin kuntien lisääntyneillä lakisääteisillä tehtävillä ja velvoitteilla, jotka ovat nostaneet kustannuksia. Paikallisesti kehitetyistä uusista toimintamalleista toivottiin ratkaisuja myös hyvinvointipalvelujen saatavuusongelmiin, talouspaineisiin ja kestävyysvajeeseen. Integraatiokokeilujen toivottiin edistävän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuutta, asiakaslähtöisyyttä ja uudistamista.

Hyvinvoinnin integroidun toimintamallin Kuopion kuntakokeilussa erilaisia ja eritasoisia nuorten ja nuorten aikuisten palveluja integroitiin yli ammatti-, organisaatio- ja toimialarajojen. Integraatiomallissa tiedot asiakkaan elämäntilanteesta, palvelutarpeista ja palveluista koottiin asiakkaan henkilökohtaiseen hyvinvointisuunnitelmaan, joka oli asiakkaan ja ammattilaisten yhteisessä käytössä. Digitaalinen ja kokonaisvaltainen hyvinvointisuunnitelma ohjasi asiakkaan palvelujen toteuttamista, monialaista työskentelyä ja toimi seurannan apuvälineenä. Palvelujen yhteensovittamiseen perustuvalla toimintamallilla havaittiin vaikutuksia asiakkaisiin, ammattilaisiin, johtoon ja esimiehiin, päätöksentekijöihin, kustannuksiin, teknologiatarpeisiin, organisaatioiden väliseen yhteistyöhön, työprosesseihin ja -menetelmiin sekä asiakastietojen kirjaamiseen. Samoin kuin aiemmissa tutkimuksissa, Kuopiossakin havaittiin, että etenkin työajan suuntaaminen palvelujen yhteensovittamiseen ja asiakastiedon yhdistämismahdollisuus ovat keskeisiä tekijöitä integroitaessa palveluja (ks. myös Glasby 2017).

Palveluintegraation valtionohjauksen ja paikallisen kehittämistyön yksityiskohdat ja piirteet ovat jäsennettävissä Valentijnin ja tutkijakumppaneiden (2015) sateenkaarimallin avulla (Kuvio 2, ks. myös Kuvio 1). Sateenkaarimalli auttaa jäsentämään ja ryhmittelemään palvelujen yhteensovittamisen sisältöjä eri näkökulmista. Hyvinvoinnin integroidun toimintamallin kuntakokeilu Kuopiossa perustui kansalliseen systeemitason ohjaukseen (integraatiosäädösten valmistelu sekä kokeilulain kansallinen ohjaus, toimeenpano ja seuranta), organisaatioiden väliseen yhteistyöhön ja yhteiseen päätöksentekoon paikallistasolla (integraatiosäädösten paikallinen tulkinta, soveltaminen ja toimeenpano), monialaiseen ammattilaisten väliseen yhteistyöhön (toimialarajat ylittävä ja erilaiset asiakastarpeet huomioiva yhteiskehittäminen) sekä palvelujen asiakaslähtöiseen yhteensovittamiseen (integraatiomallin testaus käytännön asiakastyössä). Integraatiokokeilun sisältöön ja toteutustapoihin vaikuttivat myös kokeilulle myönnettyt resurssit (funktionaalinen integraatio) sekä organisaatio- ja toimialarajat ylittävät yhteiset periaatteet (normatiivinen integraatio).



Kuvio 2. Palveluintegraation valtionohjaus ja paikallinen toimeenpano Kuopiossa sateenkaarimallin integraatiotasolla (mukaellen Valentijn ym. 2015).

Yksityiskohtainen jäsentely auttaa paitsi havainnoimaan palveluintegraation moniulotteista ja monitasoista todellisuutta, se on hyödynnettävissä uusien toimintamallien kehittämiseen ja integraatiotavoitteiden toimeenpanoon (ks. Minkman 2020). Tämä tutkimus osoitti, että palveluintegraation pilotointi rajatussa joukossa asiakkaita ja ammattilaisia on edellyttänyt lain säätämistä ja sen kansallista ja paikallista toimeenpanoa, monialaista paikallista päätöksentekoa ja kehitystyön koordinoitua, moniammatillista yhteistyötä ja työaikaa kehitystyöhön, pilottiasiakkaiden rekrytoitua, integroivia työmenetelmien asiakkaiden ja ammattilaisten kesken, palveluintegraation seuranta ja arviointia, kehitystyölle resurssija sekä asiantuntija- ja teknologiapalvelujen hyödyntämistä. Toimeenpanon yksityiskohtainen jäsentely auttaa myös palveluintegraatioon liittyvien riskien hallinnassa, voimavarojen tunnistamisessa ja vastoinkäymisiin varautumisessa (ks. Taulukko 2). Mittaamalla palvelujen integroitumista vaikeuttavia ja hidastavia tekijöitä voidaan ehkäistä ja ennakoita riskien toteutumista sekä helpottaa ongelmanratkaisua (ks. myös Cheng & Catallo 2020).

Tutkimus vahvisti käsitystä institutionaalisten, lainsäädännöllisten, hallinnollisten ja rahoituskellisten ratkaisujen vaikutuksista palvelujen tuottamistapoihin paikallistasolla (ks. myös Longo

ym. 2015; Niiranen 2020). Päättyväthän palvelujen yhteensovittamiskokeilut kahdeksalla paikkakunnalla kokeilulain määräajan umpeutumiseen 31.12.2016. Lainsäädäntömuutosten valmistelu palvelusuunnitelmien yhdistämisen ja asiakastiedon yhteiskäytön jatkamiseksi ei ollut mahdollista, vaikka palvelujen yhteensovittamistavoite onkin jo pitkään ollut yksi hyvinvointipolitiikan tavoitteista. Aiemmissakin tutkimuksissa on huomattu, miten integroidun palvelujärjestelmän hallinnan ongelmat, poliittinen päätöksenteko tai valtaristiriidat voivat estää integraation toimeenpanon (ks. myös Emerson ja Nabatchi 2015) samoin kuin rakenteiden, yhteistyön ja roolien selkiytymättömyys (ks. myös Pearson & Watson 2018).

Siitä huolimatta, että toiminnassa palattiin normaalilainsäädännön mukaisiin käytäntöihin, kokemusta monialaisten työmenetelmien kehittämisestä ja testauksesta pidettiin Kuopiossa arvokkaana. Niin tämä kuin aiemmatkin tutkimukset osoittavat palvelujen yhteensovittamisen olevan vaativa, laajamittainen ja pitkä toimeenpanoprosessi, joka muuttaa eri palveluja tuottavien organisaatioiden välisiä suhteita ja sidosryhmien toimintaa (ks. Contandriopoulos ym. 2003). Muutos ei ole helppo. Palvelujärjestelmän monimutkaisuus erilaisine ja eritasoisine palveluineen, erillisine lakeineen, toimintaperiaatteineen ja -kulttuureineen, vastuineen, rahoituksineen ja maantieteellisine ratkaisuineen on omiaan pitämään palvelut erillään (ks. Pearson & Watson 2018). Tämän tutkimuksen mukaan integraatiokehittämiseen ja integroiviin toimintamalleihin liittyvän yhteistyön lisäksi tarvitaan myös lisääntyvää yhteistyötä eri ministeriöiden sekä muiden palveluntuottajien ja viranomaisten kesken.

Kokeilulaissa 1350/2014 hyvinvointipalvelujen integraatiokokeiluista toivottiin uutta tietoa ja ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja integraatiota varten. Tähän tarpeeseen tämä tutkimus osaltaan vastaa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integroiminen asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi on järjestämislain 612/2021 mukaan vuodesta 2023 alkaen hyvinvointialueiden vastuulla. Lain mukaan sosiaali- ja terveyspalvelut tulee sovittaa yhteen kuntien ja valtion palveluihin. Lisäksi hyvinvointialueiden tulee edistää muiden toimijoiden palvelujen integroimista samaan kokonaisuuteen. Asiakaskohtaisten palvelusuunnitelmien laatimisesta tullaan lain mukaan säätämään erikseen. (ks. L 612/2021)

Tämän tutkimuksen tulokset poliittisten integraatiotavoitteiden paikallisesta tulkitsemisesta, soveltamisesta ja käytäntöön viennistä ovat hyödynnettävissä arvokeskustelun käynnistämiseen, päätösten legitimointiin ja toimeenpanoon, ongelmanratkaisuun tai organisatoriseen oppimiseen (ks. Niiranen 2020). Yksittäistapaukseen perustuen on kuitenkin mahdoton päätellä, onko kyse harvinaisesta vai tyypillisestä tapauksesta. Tutkimus tarjoaa mahdollisuuden jatkaa palveluintegraation toimeenpanon tutkimusta monitapaustutkimuksen suuntaan (ks. Piekkari & Welch 2020). Myös vuoden 2023 alussa käynnistynyt sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus tarjoaa integraatiotutkimuksesta kiinnostuneille paljon mielenkiintoisia tutkimuskohteita. Esimerkiksi siirtyminen palveluja yhteensovittaviin asiakasprosesseihin tai integroidun palvelujärjestelmän hallinnan kysymykset kaipaavat lisää tutkimustietoa. Myös pitkittäistutkimusta tarvitaan, erityisesti palvelujen yhteensovittamisen vaikutuksista kansalaisten hyvinvointiin ja terveyteen.

Lähteet

- Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 5–5. DOI: 10.5334/ijic.3068
- Austin, M.J. (1997). Service Integration: Introduction. *Administration in Social Work*, 21(3–4), 1–7.
- Briggs, A.M. & Araujo de Carvalho, I. (2018). Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: A global Delphi consensus study. *Plos One*, 13(10), e0205533. DOI: 10.1371/journal.pone.0205533

- Bäck, M.A. & Calltorp, J. (2015). The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *International journal of integrated care*, 15(6), e016. DOI: 10.5334/ijic.2244
- Cheng, S.M. & Catallo, C. (2020). Conceptual framework: factors enabling collaborative healthcare and social services integration. *Journal of Integrated Care*, 28(3), 215–229. DOI: 10.1108/JICA-11-2019-0048
- Connelly, L.B. & Fiorentini, G. (2021). Structural factors and integrated care interventions: is there a role for economists in the policy debate? *The European Journal of Health Economics*, 22, 1141–1150. DOI: 10.1007/s10198-020-01253-1
- Contandriopoulos, A., Denis, J., Touati, N. & Rodríguez, C. (2003). *The integration of health care: Dimensions and implementation. Working paper*. Montréal (Québec), Canada: Université de Montréal.
- Coulter A. & Oldham, J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future hospital journal*, 3(2), 114–116. DOI: 10.7861/futurehosp.3-2-114
- Drymalski, W.M. (2021). Implementing the Quadruple Aim in Behavioral Health Care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 28(1), 35–48. DOI: 10.12788/jcom.0035
- Emerson, K. & Nabatchi, T. (2015). The integrative Framework for collaborative governance. *Collaborative governance regimes*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 38–92.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- European Commission (2017). *BLOCKS - Tools and Methodologies to Assess Integrated Care in Europe*. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Union (2015). *Literature review and identification of best practices on integrated social service delivery. Part II - Country case studies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Flick, U. (2018). *Managing quality in qualitative research*, 2nd ed. London: SAGE Publications Ltd.
- Fulop, N., Mowlem, A. & Edwards, N. (2005). *Building integrated care. Lessons from the UK and elsewhere*. London: NHS Confederation Distribution.
- Glimmerveen, L., Nies, H. & Ybema, S. (2019). Citizens as active participants in integrated care: Challenging the field's dominant paradigms. *International journal of integrated care*, 19(1), 1–12. DOI: 10.5334/ijic.4202
- Goodwin, N., Stein, V. & Amelung, V. (2017). What is integrated care? Teoksessa V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter (toim.) *Handbook Integrated Care*. Springer International Publishing AG, 3–24.
- Glasby, J. (2017). The holy grail of health and social care integration. *British Medical Journal BMJ*, 356:j801. DOI: 10.1136/bmj.j801
- Hallitusohjelma 2019 (2019). Osallistava ja osaava Suomi - sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Hasse, S., & Austin, M. J. (1997). Service Integration: Something Old and Something New. *Administration in Social Work*, 21(3–4), 9–29. DOI: 10.1300/J147v21n03_02
- HE 241/2020 vp (2020) *Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi*. Hyväksytty eduskunnassa 23.6.2021.
- Hudson, J. & Lowe, S. (2004). *Understanding the policy process: Analysing welfare policy and practice*. Bristol: Policy Press.
- Hupe, P.L. & Hill, M.J. (2016). “And the rest is implementation.” Comparing approaches to what happens in policy processes beyond Great Expectations. *Public Policy and Administration*, 31(2), 103–121. DOI: 10.1177/0952076715598828
- Kallinen, S. (2016). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Loppuraportti*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:8.
- Kodner, D.L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare quarterly*, 13 Spec No, 6–15. DOI: 10.12927/hcq.2009.21091
- Kodner, D.L. & Spreuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2(4), e12. DOI: 10.5334/ijic.67
- Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. (2020). *Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely, ohjauksen ja seurannan käsikirja. 11/2020*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Laajalahti, A. & Herkama, S. (2018). Laadullinen analyysi ATLAS.TI ohjelmistolla. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökoihtiin ja analyysimenetelmiin*, 5th ed. Jyväskylä: PS-kustannus, 106–133.
- Laine, M., Bamberg, J., & Jokinen, P. (2017). *Tapaustutkimuksen taito*. 3. painos. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- L 410/2015 (2015). *Kuntalaki*. Voimaantulo: 1.5.2015. FINLEX. Oikeusministeriö.
- L 612/2021 (2021) *Laki sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä*. Voimaantulo: 1.1.2023; osittain voimaan aikaisemmin. FINLEX. Oikeusministeriö.
- Lee, S.J. (2006). Alan Werner, A Guide to Implementation Research. Book Review. *Evaluation and program planning*, 29(1), 55–56. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2005.11.002

- Leijten, F.R.M., Struckmann, V., van Ginneken, E., Czipionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Tsiachristas, A., Boland, M., de Bont, A., Bal, R., Busse, R. & Mólken, M.R. (2017). The SELFIE Framework for Integrated Care for Multi-Morbidity: development and description. *Health policy (Amsterdam)*, 122(1), 12–22. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.06.002
- Leutz, W.N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank quarterly*, 77(1), 77–110. DOI: 10.1111/1468-0009.00125
- Lewis, L. & Ehrenberg, N. (2020). *Realising the true value of integrated care: Beyond Covid-19*. International Foundation for Integrated Care.
- Longo, F., Notarnicola, E. & Tasselli, S. (2015). A framework to assess welfare mix and service provision models in health care and social welfare: case studies of two prominent Italian regions. *BMC Health Services Research*, 15(152), 1–12. DOI: 10.1186/s12913-015-0800-9
- Looman, W., Struckmann, V., Köppen, J., Baltaxe, E., Czipionka, T., Huic, M., Pitter, J., Ruths, S., Stokes, J., Bal, R. & Mólken, M.R. (2021). Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries. *Social Science & Medicine*, 113728. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.113728
- Maruthappu, M., Hasan, A. & Zeltner, T. (2015). Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. *Health systems and reform*, 1(4), 250–256. DOI: 10.1080/23288604.2015.1077301
- Mattila, E., Kallio, T.J. & Saru, E. (2021). Sivistyksen ja soten yhteistyö kunnissa: askeleita kohti syvempää palveluintegraatiota. *Hallinnon tutkimus*, 40(3), 170–186. DOI: 10.37450/ht.101897
- Mik-Meyer, N. (2020). Multimethod qualitative research. Teoksessa D. Silverman (toim.) *Qualitative Research*. London: SAGE, 357–374.
- Miller, R. & Stein, K.V. (2020). The Odyssey of Integration: Is Management its Achilles' Heel? *International journal of integrated care*, 20(1), No. 7, 1–14. DOI: 10.5334/ijic.5440
- Minas, R. (2016). The concept of integrated services in different welfare states from a life course perspective. *International Social Security Review*, 69(3–4), 85–107. DOI: 10.1111/issr.12113
- Minkman, M.M.N. (2020). Suitable Scales: Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance. *International journal of integrated care*, 20(1), 1–5. DOI: 10.5334/ijic.5468
- Niiranen, V. (2015). Kuntiin kohdistuvan valtionohjauksen muutosprosessit. Teoksessa J. Stenvall, E. Pekkola & K. af Ursin (toim.) *Felix byrokraatia? Julkinen hallinto kaiken huomioimisen taitona*. Tampere: Tampere University Press, 83–96.
- Niiranen, V. (2020). Tiedon käyttäminen kuntien päätöksenteossa ja kuntia koskevien päätösten toimeenpanossa. *Focus Localis*, 48(3), 63–74.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science*, 10(53), 1–13. DOI: 10.1186/s13012-015-0242-0
- Pearson, C. & Watson, N. (2018). Implementing health and social care integration in Scotland: Renegotiating new partnerships in changing cultures of care. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 396–403. DOI: 10.1111/hsc.12537
- Piekkari, R. & Welch, C. (2020). Oodi yksittäistapaustutkimukselle ja vertailun moninaiset mahdollisuudet. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus, 207–215.
- Rautiainen, P., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2020). Sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntaa tulevalta. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere: Tampere University Press, 15–45.
- Shaw, S.E. & Rosen, R. (2013). Fragmentation: a wicked problem with an integrated solution? *Journal of health services research & policy*, 18(1), 61–64. DOI: 10.1258/jhsrp.2012.012002
- Sinervo, T. & Keskimäki, I. (2019). Palveluintegraatiota käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(4), 425–433.
- Stein, K.V. (2016). Developing a Competent Workforce for Integrated Health and Social Care: What Does It Take? *International journal of integrated care*, 16(4), 9. DOI: 10.5334/ijic.2533
- STM (2019). *Sote-uudistuksen johtoryhmä kokoontui – uudistuksen perustana on palvelujen yhteensovittaminen asiakkaan ja rakenteiden tasolla*. Julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivulla www.stm.fi. Luettu 29.10.2021.
- Taskinen, H. (2005). *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja 126. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- TENK (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012*. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- THL (2021). *Sote-palvelujen integraatio*. Julkaistu Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n internet-sivulla www.thl.fi. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>. Luettu 29.10.2021.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

- Valentijn, P.P., Boesveld, I.C., van der Klauw, van der Klauw, D.M., Ruwaard, D., Struijs, J.N., Molema, J.J.W., Bruijnzeels, M.A. & Vrijhoef, H.J.M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, 15(1), e003. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.1513>
- Werner, A. (2004). *A Guide to Implementation Research*. Washington D.C.: Urban Institute Press.
- WHO (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Intemin report*. Geneva: WHO Press.
- Winter, S.C. (2006). Implementation. Teoksessa B.G. Peters & J. Pierre (toim.) *Handbook of public policy*. London: SAGE Publications Ltd., 151–166.
- VM (2017). *Kuntakokeilut kuntien tehtävien velvoitteiden vähentämisen edistämiseksi – hanke. Kunta-asiat. Loppura portti*. Valtiovarainministeriön julkaisu 27/2017. Helsinki.
- Young, W.B. & Ryu, H. (2012). Secondary data for policy studies: benefits and challenges. Teoksessa J. Goodwin (toim.) *SAGE secondary data analysis*. London: SAGE, 103–110.
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R.A.J. & Minkman, M.M.N. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International journal of integrated care*, 18(4), No. 9, 1–12. DOI: 10.5334/ijic.4172