



**TURUN  
YLIOPISTO**  
Kauppakorkeakoulu

Vipuvoimaa  
**EU:lta**  
2014–2020



**Euroopan unioni**  
Euroopan aluekehitysrahasto

# YHDYSPINNAT IKÄIHMISTEN KOTI- JA OMAISHOIDON VERKOSTOSSA

KumppanuusAkademia- hanke

Mervi Vähätalo  
2019

# Sisällys

1. Johdanto .....	2
2. Tutkimuksen teoreettinen tausta .....	2
2.1 Modulaarisuus palvelurakenteena .....	2
2.2 Rajapinnat .....	3
2.3 Palveluintegraatio .....	4
3. Tutkimuksen menetelmät.....	6
4. Verkostossa esiintyvät yhdyspinnat.....	7
4.1 Palvelujen turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen tiedonsiirron avulla (Closed information flow C-I).....	8
4.2 Palvelujen turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen palveluiden yhteensopivuuden avulla (Closed customer flow C-C).....	10
4.3 Palveluvalikoiman monipuolisuuden varmistaminen ja räätälöinnin edistäminen (Open customer flow O-C) .....	11
4.4 Tiedonsiirto palveluvalikoiman monipuolisuuden varmistamisessa ja räätälöinnin edistämässä (Open information flow O-I) .....	12
5. Rajapintojen kehittäminen palveluintegraation tueksi .....	12
6. Lähteet .....	14

# 1. Johdanto

Tässä raportissa tarkastellaan KumppanuusAkademia –hankkeessa kootun haastatteluaineiston perusteella koti- ja omaishoidon verkostossa ilmeneviä yhdyspintoja. Yhdyspinnat ovat olennainen osa palveluintegraatiota. Jotta asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palvelupolut voivat olla joustavia ja saumattomia, on palvelujen välisiin yhdyspintoihin kiinnitettävä huomiota. Saumattomien yhdyspintojen rakentaminen edellyttää toimijoiden välistä tiivistä yhteistyötä. On sovittava yhteisistä käytännöistä mm. tiedonsiirtoon liittyen. Lisäksi on määriteltävä palvelujen yhdistämisen kriteereitä, esimerkiksi mitkä palvelut korvaavat toisiaan ja mitkä täydentävät. Yhteensopivilla palveluilla edistetään asiakkaan kokemaa turvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta ja siten myös palvelujen vaikuttavuutta. Päällekkäisyyksien poistaminen ja prosessien sujuvoittaminen puolestaan tuovat kustannussäästöjä.

Yhdyspintoja on tutkittu vuosia tuotantotaloudessa, rajapinta käsitteen avulla. Viimeaikoina yhdyspinta-sanana käyttö on yleistynyt kun halutaan korostaa toimijoiden välisen yhteistyön kehittämistä (Kuntaliitto 2016). Tässä raportissa kuitenkin käytetään käsitettä rajapinta, jolla tarkoitetaan samaa kuin yhdyspinnoilla. Käytetystä käsitteestä riippumatta palveluiden integraation kehittäminen edellyttää yhteistyötä toimijoiden välillä. Tuotantotaloudessa rajapinnat ovat tyypillisesti osa modulaarista rakennetta ja siksi myös tässä raportissa kuvataan ensi lyhyesti mitä on modulaarisuus palveluissa ja sen jälkeen, mitä rajapinnoilla (interface) tarkoitetaan ja miten niitä voidaan luokitella. Hyvin toimivien rajapintoja tavoitteena on parempi integraatio, joten myös tässä raportissa pohditaan, miten toimivilla rajapinnoilla voidaan edistää integraatiota eri tasoilla.

## 2. Tutkimuksen teoreettinen tausta

### 2.1 Modulaarisuus palvelurakenteena

Modulaarisuus on tuotantotaloudessa jo 60-luvulta lähtien käytetty käsite, jolla tarkoitetaan irrallisia, mutta joustavasti yhteen liitettäviä tuotekomponentteja. Teollisuudessa modulaaristen tuoterakenteiden käyttö on vakiintunutta, mutta palveluiden modulaarisuutta on alettu tutkia vasta 2000-luvulla (Bask ym. 2010). Terveystieteiden kontekstissa palveluiden modulaarisuutta on tutkittu 2010-luvulla enenevästi (Brax ym., 2017; de Mattos ym. 2019).

Modulaarisessa palvelurakenteessa keskeistä on 1) osien riippumattomuus toisistaan, 2) moduulien itsenäinen tehtävä ja 3) standardoidut rajapinnat. Näillä tarkoitetaan sitä, että moduulin sisäiset osat ovat riippuvaisia toisistaan, mutta moduulit keskenään ovat toisistaan riippumattomia. Vaikka moduulit siis ovat riippumattomia toisistaan, ne silti toimivat yhdessä laajemman kokonaisuuden saavuttamiseksi. Kokonaisuuden toimivuus varmistetaan standardien rajapintojen avulla, jotka määrittävät, miten moduulit ovat yhdistettävissä toisiinsa. Rajapinnoilla tarkoitetaan sääntöjä tai ohjeita, joiden avulla hallitaan osien joustavaa järjestämistä, vuorovaikutusta ja keskinäistä riippuvuutta (de Blok ym., 2014).

Modulaarisille palvelukokonaisuuksille ominaista on pilkkottavuus ja yhteenliitettävyyks (de Blok ym., 2010). Suuret palvelukokonaisuudet ovat pilkkottavissa osiin koottavissa asiakkaan muuttuneet tarpeet

huomioien. Näin moduuleista on mahdollista rakentaa yksilöllisiä palvelukokonaisuuksia, joiden joustava muuttaminen kokonaisuuden kärsimättä on mahdollista. Koska moduulit ovat itsenäisiä ja liitetty toisiinsa rajapinnoilla, voidaan moduuleja poistaa ja uusia laittaa tilalle. Tämä on merkittävä ominaisuus palveluiden asiakaslähtöisen suunnittelun ja palvelukokonaisuuksien räätälöinnin näkökulmasta (Schilling 2000; Pekkarinen & Ulkuniemi 2008).

Terveydenhuollon palvelut ovat kompleksisia ja sisältävät tiukkaa sääntelyä. Samalla ne edellyttävät joustavan yhdistelyn ja yksilöllisen räätälöinnin mahdollisuutta, jotta asiakkaiden äkistikin muuttuviin terveystarpeisiin voidaan vastata. Modulaarisella palvelurakenteella on mahdollista vastata tähän haasteeseen. Palveluiden räätälöinti voidaan toteuttaa vaihtamalla moduuleja joustavasti kulloisenkin asiakastarpeen mukaan (Baldwin & Clark, 2000). Modulaarisella rakenteella on mahdollista saavuttaa myös kustannussäästöjä (Bask ym., 2010; Mikkola, 2003). Säästöt perustuvat palveluiden vaihdettavuuteen ja standardoinnin tuomiin etuihin (Voss & Hsuan, 2009; Pekkarinen & Ulkuniemi, 2008). Lisäksi modulaarinen rakenne terveystarpeissa hyödyttää innovaatioiden kehittämistä ja markkinoita. Modulaarinen rakenne mahdollista joustavan ja jatkuvan kokonaisuutta häiritsemättömän tuote-evoluution, joka taas synnyttää uusia tuotteita, uusia yrityksiä ja uusia markkinoita (Baldwin & Clark, 2000). Kokonaisuuden osia voidaan suunnitella ja muokata yhtä aikaa, jolloin säästetään aikaa. Kun palvelut ovat yhteensopivia ja vaihdettavissa, voidaan markkinoita pitää avoinna ja mahdollistaa uusien tuottajien ja palveluiden markkinoille pääsy. Modulointi mahdollistaa useiden pienien palveluntuottajien osallistumisen palveluntuotantoketjuun. Jokainen voi keskittyä omalle vahvuusalueelleen ja yhdessä yritykset voivat luoda joustavan toisiinsa nivoutuvan palvelukokonaisuuden ilman rajapintaongelmia.

Asiakasnäkökulmasta modulaarinen rakenne edistää yksilöllisempien palvelukokonaisuuksien rakentamista ja muokkaamista asiakastarpeen mukaan. Parantuneet innovaatiomahdollisuudet myös edistävät valinnan mahdollisuuksien parantumista kun entistä enemmän erilaisia tuotteita ja palveluita on saatavilla.

## 2.2 Rajapinnat

Moduloinnissa tavoitteena on tunnistaa ja nimetä mahdollisimman pitkälle moduulien väliset yhteydet, jolloin niiden kehittäminen ja vaihtaminen on helpompaa. Moduulien väliset yhteydet on nimetty rajapinnoiksi. Niiden avulla hallitaan vuorovaikutusta ja voidaan estää siihen liittyviä ongelmia. Palveluprosessien koostaminen modulaariseksi edellyttää rajapintojen määrittelyä, jolloin saadaan selkeät säännöt moduulien yhdistelylle.

Tuotteissa rajapinnat ovat usein selkeästi määriteltyä. Tietoteknologiassa rajapinnat voivat esimerkiksi muodostua avoimista lähdekoodeista. Keskeisenä erona tuotteiden ja palveluiden rajapinnoissa on palveluntuottajan ja asiakkaan rooli. Ylipäättään palvelun tuottaminen ja kuluttaminen tapahtuu asiakasrajapinnassa ja sisältää runsaasti vuorovaikutusta niin palvelun tuottajien kesken kuin tuottajien ja asiakkaiden välillä. Palveluiden rajapintoja on tutkittu melko vähän. De Blok (2014) kumppaneineen on tarkastellut rajapintoja ikääntyneiden palveluiden kontekstissa ja tunnistanut rajapinnoille kaksi tehtävää, yhtäältä edistää palveluiden vaihdettavuutta ja asiakkaan valinnan mahdollisuutta sekä toisaalta edistää palveluiden yhteensopivuutta. De Blokin ja kumppanien

näkemyksen mukaan rajapintoja esiintyy moduulien ja komponenttien välillä sekä ihmisten välillä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Rajapintatypologia (de Blok ym. 2014)

		Vuorovaikutus	
		Komponenttien välillä	Tuottajien välillä
<b>Tavoite</b>	Vaihdetta- vuus	Open customer flow O-C Räätälöinnin mahdollistaminen	Open information flow O-I Räätälöinnin mahdollistaminen
	Yhteen- sopivuus	Closed customer flow C-C Turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen	Closed information flow C-I Turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen

De Blokin ja kumppaneiden rajapintatypologiassa (2014) tunnistetaan neljänlaisia rajapintoja. Räätälöinnin mahdollistavien komponenttien ja moduulien välisten rajapintojen (O-C) tarkoitus kuvata käytettävissä olevaa palvelutarjoomaa. Tähän kuuluvat erilaiset palvelukuvaukset ja palveluiden yhdistämisen edellytysten kuvaaminen eli mitkä palvelut on mahdollista yhdistää toisiinsa ja mitä palvelut sisältävät. Komponenttien yhteensopivuutta edistävien rajapintojen (C-C) tavoitteena on asiakkaan sujuva ja turvallinen ”liikkuminen” palveluprosessissa. Tähän kuuluvat mm. prosessikuvaukset, joissa määritellään palveluiden mahdollinen järjestys. Palveluihin liittyvissä rajapinnoissa ihmisillä on merkittävä rooli. Toimijoiden väliset rajapinnat liittyvät tiedon siirron turvaamiseen. Palveluiden räätälöintiin liittyvät rajapinnat (O-I) edistävät asiakaslähtöiseen palvelusuunnitteluun liittyvää tiedonsiirtoa. Näitä ovat esim. erilaiset moniammatilliset kokoukset, joissa palvelukokonaisuus räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaan. Tiedonsiirron koherenssia (C-I) tukevat rajapinnat liittyvät tiedon sujuvaan siirtymiseen ja tiedonsiirron automatisointiin eli esim. tietojärjestelmien käytettävyyteen. Kaikki edellä mainitut rajapintakategoriat tähtäävät palvelujen parempaan yhteensopivuuteen eli palvelujen integraatioon.

## 2.3 Palveluintegraatio

Palveluintegraatiolla tarkoitetaan oikea-aikaisten ja saumattomien palveluiden tuottamista asiakkaalle. Palvelukokonaisuuksien muodostaminen perustuu asiakastarpeeseen. Palvelukokonaisuuksilla puolestaan tarkoitetaan tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi ikäihmisten palvelukokonaisuutta, jossa perus- ja erityistason sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluita yhdistetään. (THL 2019.) Integraatiossa tulee huomioida yksityisen ja julkisen sektorin lisäksi myös kolmannen sektorin palvelut, joiden merkitys osana palvelukokonaisuuksia kasvaa koko ajan.

Palveluintegraatiolla ei ole vakiintunutta määritelmää, vaan sitä voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Kirjallisuuden mukaan integraatio ilmenee usealla tasolla. Sitä voidaan tarkastella mm. horisontaalisesta, vertikaalisesta, systeemisestä, organisatorisesta, professionaalista ja kliinisestä näkökulmasta (Valentijn ym. 2013). Erityisesti organisatorinen, professionaalinen ja kliininen integraatio vaikuttavat merkittävästi palvelujen organisointiin ja koordinointiin. Organisatorinen integrointi liittyy siihen, miten palvelutuotanto organisaatioiden välillä on organisoitu. Professionaalinen integraatio puolestaan liittyy ammattiryhmien väliseen vastuiden jakamiseen ja yhteiseen päätöksentekoon kun taas kliininen integraatio liittyy palveluiden koherenssiin asiakastasolla (Valentijn ym. 2013).

Tyypillistä integroitaville sosiaali- ja terveyspalveluille on niiden pitkäkestoisuus. Usein ne tuotetaan usean eri ammattialan ja organisaation toimesta pitkällä aikavälillä. Singer ja kumppanit (2011) määrittelevät integroidun potilashoidon (integrated patient care) seuraavasti:

*“coordinated across professionals, facilities, and support systems; continuous over time and between visits; tailored to the patients’ (and family members’) needs and preferences; and based on shared responsibility between patient and caregivers for optimizing health.”* (p. 113).

Olennaista määritelmässä on palveluiden koordinointi ja palveluiden asiakaslähtöisyys. Määritelmästä on erotettavissa viisi koordinoinnin ulottuvuutta: 1) koordinointi hoitavan tiimin sisällä, 2) koordinointi hoitavien tiimien välillä ja 3) koordinointi muiden palvelutuottajien välillä (esim. ateriapalvelut, omaiset), 4) hoitohistorian ajantasainen tunteminen sekä 5) hoidon proaktiivinen seuraaminen. Koordinoinnin lisäksi palveluiden asiakaslähtöisyyteen liittyy palveluiden räätälöinti ja vastuunjako sekä palvelutuottajien kesken että tuottajien ja potilaiden välillä. (Singer ym. 2011). Asiakkaan näkökulmasta integraatio tarkoittaa paremmin toimivia ja paremmin tarpeeseen vastaavia palveluita. Integraation pitäisi mahdollistaa asiakkaan saumaton siirtyminen palvelusta toiseen niin, että myös tieto siirtyy palvelusta toiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmana ovat tyypillisesti olleet erilaiset organisatoriset ja hallinnolliset raja-aidat. Lukuisista hoitopolkujen hiomisista huolimatta hallinnollinen raja muodostaa aina riskin hoidon sujuvuudelle. Tulevaisuuden hyvinvointipalvelujen tuottaminen ei ole sidottu organisaatiolähtöisesti hallinnollisiin kokonaisuuksiin vaan palveluprosesseihin, joita koordinoivat alueelliset järjestäjät tai osaamiskeskukset. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo pitkään tiedostettu tarve saumattomiin palveluketjuihin. Terveysdenhuollossa asiakas kohtaa hoitoketjunsä aikana runsaasti erilaisia organisatorisia ja hallinnollisia rajoja. Vaikka tiedon siirtoon näillä rajapinnoilla on panostettu (esim. aluetietojärjestelmät), edelleen asiakas kohtaa useita esteitä, joiden läpäisemiseen käytetään erilaisia lähetejärjestelmiä.

Tulevaisuudessa palvelut tuotetaan kumppanuusmallilla, jossa toimijat eri sektoreilta, julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta, etsivät paikallisesti ja seudullisesti tarkoituksenmukaisimman työnjaon. Tulevaisuudessa pyritään monitoimijaiseen palvelutuotantoon ja uudenlaisiin kumppanuussuhteisiin. Yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä ostettavat palvelut ja kunnan tuottamat palvelut voivat korvata tai täydentää toisiaan. Uusia palvelukokonaisuudet yhteen kokoavia palvelutuotantomalleja on mahdollista luoda myös kunnallisten palvelujen sisällä. Palvelurakenteen kehittäminen edellyttää myös toiminnallisia uudistuksia, joita ovat mm. henkilöstön työnjaon uudistaminen, paikallisten palvelujen ja alueellisen konsultaation yhdistäminen, tehokkaiden toimintamallien omaksuminen sekä osaamista parantavien työtapojen käyttöönotto. Keskeistä tulevaisuuden palvelutuottamismallissa on välttää nykyinen vastuun epämääräisyys ja hallinnonalojen ja ammattiryhmien väliset raja-aidat ja muodostaa palveluista saumattomia. Alueellisissa verkostoissa kaikkien osapuolien tulee olla yhteiseen tavoitteeseen sitoutuneita, jakaa informaatiota ja huolehtia asiakkaiden joustavasta siirtymisestä toimijoiden ja organisaatioiden välillä.

Kolmannen sektorin rooli korostuu tulevaisuudessa. Kunnat lisäävät yhteistyötä kolmannen sektorin (kansalaisjärjestöjen, aktiivisten eläkeläisten) toimijoiden kanssa ja käyttävät hyväksi heidän osaamistaan. Kolmas sektori on tärkeä toimija uusien toimintamallien soveltamisessa kuntatasolla.

Julkinen sektori voi tukea järjestöjen toimintaa osoittamalla tiloja, välineitä tai asiantuntijuutta. Monitoimijainen yhteistyö edellyttää kunnalta vuorovaikusta eri toimijoiden kanssa. Työntekijöiden on ymmärrettävä toisia toimijoita, organisaatioita ja ammattilaisia, mutta nähtävä myös itsensä osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Asukkaan mieltäminen koko palvelujärjestelmän yhteiseksi asiakkaaksi ei ole ongelmatonta. Tällä hetkellä organisaatioiden välistä yhteistyötä heikentävät muodollisten rajapintaesteiden lisäksi erilaiset ajattelu- ja toimintatavat. Toisaalta yhteistyön ja prosessien toimimattomuudessa voi olla kysymys myös aikapulasta, jolloin toimijoilla ei ole aikaa yhteistyölle tai yhteistyön periaatteista sopimiselle. Toimiva yhteistyö edellyttää myös johtamisosaamisesta. Kumppanuusjohtamisesta on alettu puhua vasta viime vuosina ja verkostojohtamis- ja kumppanuusjohtamisosaamisessa voi olla puutteita kaikilla sektoreilla. Tilanne, jossa kuntaan luodaan modulaarisista sosiaali- ja terveystalvueluista koostuva monitoimijamalli, edellyttää toimijoilta aktiivista ja avointa vuorovaikutusta kaikkien palvelujen tuotantoprosessiin ja käyttöön osallistuvien toimijoiden välillä.

### 3. Tutkimuksen menetelmät

KumppanuusAkademia -hankkeessa haastateltiin yksityisen, kolmannen ja julkisen sektorin edustajia, jotka toimivat ikäihmisen koti- ja omaishoidon palveluiden parissa. Haastattelut toteutettiin keväällä 2019 Porin perusturvan ja Pohjois-Satakunnan peruspalvelu liikelaitos-kuntayhtymän alueilla (Posa). Kaikkien Satakunnan kuntien edustajien haastattelu ei olisi resurssisyistä ollut mahdollista. Haastatteluun haluttiin sekä kaupunkikeskus (Porin perusturva) että haja-asutusalue näkökulmaa (Posa).

Porin perusturvan osalta tutkimuslupa haettiin kaupungin käytännön mukaisesti perusturvajohtajalta. Posan osalta luvan myönsi vanhuspalvelujohtaja sähköpostitse. Luvan myöntämisen jälkeen vanhuspalvelujohtajia pyydettiin osoittamaan henkilökunnastaan sekä palveluohjaajia, sosiaalityöntekijöitä että kotihoidon henkilökuntaa, jolta voisi pyytää haastattelua. Vanhuspalvelujohtajat toimittivat työntekijöidensä yhteystietoja, joihin oltiin yhteydessä haastatteluhaluuden varmistamiseksi ja ajankohdan sopimiseksi.

Kolmannen ja yksityisen sektorin osalta haastateltavien valinnassa käytettiin pääosin lumipallo-otantaa. Koska tavoitteena oli tarkastella niiden toimijoiden toimintaa, jotka osallistuvat koti- ja omaishoidon asiakkaiden palveluiden järjestämiseen, pyrittiin ensi sijaisesti pyytämään haastatteluun niitä, joita edelliset haastateltavat olivat maininneet. Lisäksi kolmannen sektorin osalta käytettiin apuna Satakunnan yhteisökeskuksen tuottamaa ”Järjestöjen palveluita ikäihmisille ja eläkeläisille Satakunnassa” –palvelukarttaa. Kolmannen ja yksityisen sektorin osalta, organisaatioissa toimivat henkilöt itse päättivät osallistumisestaan haastatteluun ja tarvittaessa pyysivät luvan esimieheltään.

Haastattelupyynnöt lähetettiin pääosin sähköpostitse ja muutamia puhelimitse jos sähköpostia ei ollut. Pynnön yhteydessä lähetettiin liitteenä tietoa hankkeen tavoitteesta ja tarkoituksesta ja kerrottiin mahdollisuudesta pyytää lisätietoa hankkeesta. Jokaisen haastattelun aluksi kerrattiin hankkeen tavoite ja tarkoitus, mihin haastattelua käytetään, miten se analysoidaan ja miten tulokset julkaistaan. Tässä yhteydessä pyydettiin lupaa haastattelun nauhoittamiseen, korostettiin tutkimuksen anonyymiteettiä ja tutkimusaineistojen huolellista käsittelyä ja säilyttämistä.

Julkiselta sektorilta haastateltiin 16 henkilöä, jotka edustivat yhteensä 15 julkisen sektorin toimipistettä. Mukana oli mm. palveluohjaajia, sosiaalityöntekijöitä, lähi- ja sairaanhoitajia ja vapaaehtoistyön koordinoinnissa toimivia tahoja. Kolmannelta sektorilta haastateltiin yhteensä 14 henkilöä, jotka edustivat 6 järjestöä. Yksityiseltä sektorilta haastateltiin yhteensä 8 henkilöä, jotka edustivat 5 eri yritystä.

Pääosin haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluna, mutta muutamia haastatteluja tehtiin pareittain tai kolmen hengen ryhmässä. Ryhmähaastattelussa haastateltavat edustivat samaa organisaatiota ja olivat työkavereita keskenään. Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin.

Verkoston rajapintoihin liittyvät haastattelukysymykset oli jaettu kahteen teema-alueeseen: 1) Verkoston toimijat ja verkoston toiminta ja 2) Tiedon levitys ja jakaminen. Lisäksi haastatteluissa käsiteltiin palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja hankkeessa tehtävää sähköistä alustaa. Näiden teemojen tulokset raportoidaan muussa yhteydessä. Haastateltavia pyydettiin kertomaan niistä toimijoista, keiden kanssa ovat tekemisissä, millaista yhteistyö on, mitä hyötyjä ja haasteita siihen liittyy. Samoin tiedon siirron osalta kysyttiin, miten ja keiden välillä tieto liikkuu, mitä tietoa siirretään ja miten sitä hyödynnetään työssä ja mitä haasteita tiedonsiirtoon liittyy.

Haastatteluaineisto analysoitiin NVivo analyysiohjelmalla. Aineisto luokiteltiin deduktiivisesti de Blok ym. (2014) rajapintatypologian mukaan. Samalla tunnistettiin yhdyspintojen toimivuuteen ja suunnitteluun liittyviä onnistuneita toimintatapoja ja haasteita.

## 4. Verkostossa esiintyvät yhdyspinnat

Haastateltavien kertomukset verkostoyhteistyön ja tiedonsiirron käytännöistä olivat luokiteltavissa de Blok ja kumppaneiden kuvaamiin neljään rajapintaryhmään (Taulukko 2). Rajapinnoilla voi olla useita tehtäviä, siten osa rajapinnoista voidaan sijoittaa useaan ryhmään.

Taulukko 2. Rajapinnat ikääntyneiden koti- ja omaishoidon palveluverkostossa

		Vuorovaikutus	
		Komponenttien välillä	Tuottajien välillä
<b>Tavoite</b>	Vaihdetta- vuus	Open customer flow O-C Räätälöinnin mahdollistaminen	Open information flow O-I Räätälöinnin mahdollistaminen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista järjestöjen palveluista(inter)</li> <li>• Lista yksityisen sektorin palveluista (inter)</li> <li>• Lista julkisen sektorin tuottamista palveluista (intra&amp;intra)</li> <li>• Lait, suositukset (intar&amp;intra)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatilliset tapaamiset (inter&amp;intra)</li> </ul>
	Yhteen- sopivuus	Closed customer flow C-C Turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen	Closed information flow C-I Turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palvelu- ja prosessikuvaukset (inter&amp;intra)</li> <li>• Tehtäväkuvaukset (inter&amp;intra)</li> <li>• Toiminnanohjausjärjestelmä (intra)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilastietojärjestelmä (intra)</li> <li>• Toiminnanohjausjärjestelmä (intra &amp; inter)</li> <li>• Mobiilijärjestelmät (intra)</li> <li>• Tehtäväkuvaukset (inter&amp;intra)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puhelinsoitot palvelun sujuvuuden turvaamiseksi (inter&amp;intra)</li> <li>• Voinninvarmistamis soitot (inter)</li> <li>• Varmistuslistat (intra)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taustatieto- ym. lomakkeet (intra)</li> <li>• Palvelusuunnitelma (intra)</li> <li>• Reissuvihko (inter)</li> </ul>
--	---	---

Rajapintoja esiintyy sekä organisaation sisällä että organisaatioisen välillä. Taulukossa 2 on mainittu myös rajapintojen esiintyminen organisaatioiden sisällä (intra) tai organisaatioiden välillä (inter). Lisäksi rajapintoja muodostuu ammattiryhmien välille. Kirjallisuudessa rajapinnat kuvataan sääntöinä tai ohjeina. Tyypillistä niille on siis standardointi eli yhteisesti sovitut ja julkituodut toimintaperiaatteet. Koti- ja omaishoidossa merkittävä osa rajapinnoista liittyy tiedon siirtoon ja ylipäätään palvelujen koherenssin ja turvallisuuden varmistamiseen. Hieman vähemmän rajapintoja oli määritelty palvelujen vaihtelun ja räätälöinnin turvaamiseksi. Näitäkin käytäntöjä oli, mutta ne eivät olleet yhtä vakiintuneita. Seuraavassa kuvataan osaa löydetystä rajapinnoista yksityiskohtaisemmin.

#### 4.1 Palvelujen turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen tiedonsiirron avulla (Closed information flow C-I)

Palvelujen turvallisuuden ja sujuvuuden edistämiseen sujuvan tiedon siirron avulla oli useita rajapintoja. Potilastietojärjestelmä toimii tiedonsiirron rajapintana julkisen sektorin sisällä. Periaatteessa julkisen sektorin toimijoilla on pääsy tietojärjestelmiin katsomaan asiakkaiden tietoja, mutta myös kirjaamisen laatu vaikuttaa siihen, kuinka hyvin tietojärjestelmä tukee hoidon turvallisuutta ja sujuvuutta. Mikäli kirjaukset olivat puutteellisia tai yksipuolisia, joutuivat lukijat tarkentamaan tietoa puhelimitse. Julkisen sektorin potilastietojärjestelmiin on kirjattu standardoitu hoito- ja palvelusuunnitelma, jonne on kirjattu paitsi kotihoidon asiakaskohtaiset tehtävät myös asiakkaan voimavarat eli esim. muut asiakkaan luona käyvät palveluntuottajat ja omaiset. Julkisen sektorin tietojärjestelmät ovat käytettävissä myös mobiilisti. Ennen käyntiä kotihoidon työntekijä voi tarkistaa sekä konkreettiset työtehtävät että hoidon tavoitteet hoito- ja palvelusuunnitelmasta.

Haasteena oli tiedon siirto ennen kaikkea yli sektorirajojen mutta myös julkisen sektorin sisällä. Edes julkisen sektorin toimijat eivät näe kaikkia toistensa kirjauksia mikäli niitä ei ole erikseen kirjattu yhteenvetolehdille. Tämä aiheutti lisätyötä kun henkilökunta soitteli toisilleen ja tiedusteli asiakkaisiin liittyviä tietoja. Myös kirjausten laadussa oli ajoittain parantamisen varaa. Vaikka kaikkien tulisi käyttää rakenteista kirjaamistapaa kansallisten ohjeiden mukaisesti, saattoi kirjaaminen joskus olla tehtyjen tehtävien raportointia eikä hoitotyön prosessin mukaista asiakkaan voinnin tarkastelua. Sektoreiden välillä tiedonsiirron ongelmat olivat vielä merkittävämpiä. Suuremmilla yksityisillä palveluntuottajilla on omat tietojärjestelmänsä, mutta niissä olevat kirjaukset eivät olleet muiden organisaatioiden nähtävissä. Samoin muutamilla järjestöillä oli omat asiakasrekisterinsä, mutta samoin ne olivat vain ko. organisaation käytössä. Koska asiakkaan käyttävät myös esim. yksityisten lääkärikeskusten palveluita, eivät kotihoidon työntekijät välttämättä saa tietoa, jos lääkäri on määrännyt vaikkapa uusia lääkkeitä. Tällöin kotihoidon työntekijöiden informointi on asiakkaiden ja heidän omaistensa varassa.

*”Et tuo, tietysti me ollaan paljon tekemisissä kaupunginsairaalan kans yhteydessä. Mut semmonen ongelma on noi yksityiset kun meidän asiakkaat käy, omaiset vie välil yksityiselle, niin se tieto ei aina tuu meille mitä siel tapahtuu. Ja se lääke ei näy meidän lääkelistas, ku heil*

*on eri. Et sieltä ei aina. Et siinä on semmosta ongelmaa mihin...” (kotihoidossa työskentelevä julkisen sektorin toimija)*

Julkisen sektorin toiminnanohjausjärjestelmä edisti palvelujen sujuvuutta ja turvallisuutta sekä tiedonsiirron että palvelukomponenttien yhteensopivuuden osalta. Toiminnanohjausjärjestelmä vähensi merkittävästi muilla menetelmillä tehtävän tiedonsiirron tarvetta. Ennalta tehtyjen määrittelyiden perusteella toiminnanohjausjärjestelmä sijoittaa asiakkaat kotihoidon työntekijöille päiväkohtaisesti. Jako tehdään aamulla ja se on välittömästi työntekijöiden nähtävissä mobiilisti. Muutoksia tehtiin päivänmittaan tilanteiden muuttuessa. Tarkistaessaan seuraavan asiakkaan sijaintia työntekijä näkee myös asiakkaalle suunnitellut toimenpiteet.

Koska myös toiminnanohjausjärjestelmä oli ainoastaan julkisen sektorin käytössä, toimijat ilmoittivat äkillisistä käynteihin liittyvistä muutoksista toisilleen puhelimitse, mutta tähän ei ollut vakiintunutta toimintatapaa. Jos esim. asiakas joutui äkillisesti sairaalaan oli jossain määrin epäselvää, kuka peruuttaa muiden toimijoiden käynnit. Peruuttaminen oli enemmän toimijoiden aktiivisuudesta ja huomaavaisuudesta kiinni kuin sovittu käytäntö.

*”Asiakas ja omainen ja kotihoito sit peruuttaa näit saattokeikkoi hyvin, mut nää soittohenkiläiset niin nää vähän.. Ehkä se unonhtuu sieltä et ei he välttämäti tiedäkään et jollekin heidänkin asiakkaal soitetaan säännöllisesti, vaikka se periaattees pitäis olla hoito- ja palvelusuunnitelmas siel varmaan.” (vapaaehtoistyötä koordinoiva julkisen sektorin toimija)*

*”No, kyl me perutaan, aika paljon itte. Jos me ollaan siin tilantees et me lähetetään joku johonkin. Mut se on tietysti eri jos omainen soittaa että, nyt äiti on viety että, ei tarvii mennä. Niin sit me yleensä siin kohtaa muistutellaan että.. Mut et jos me ollaan hoidettu sitä Marevan-asioita tai näit, INR-juttui niin kyl me yleensä pyritään ne itte myös perumaan, koska ei he oo tienny siit, huoltakaan pitää.” (kotihoidossa työskentelevä julkisen sektorin toimija)*

Sekä potilastietojärjestelmät että toiminnanohjausjärjestelmät olivat pääosin organisaatioiden sisäisiä, eivät kolmannen ja yksityisen sektorin toimijat tai omaiset päässeet lukemaan niitä. Hoito- ja palvelu- suunnitelma tosin oli määritelty printattavaksi asiakkaan kotiin, jotta asiakas halutessaan voi näyttää sitä muille toimijoille. Ajankohtaisen tiedon välittämiseksi monilla asiakkailla oli edelleen käytössä vihko, jonne kaikki asiakkaan kotona käyvät toimijat saattoivat kirjoittaa milloin olivat käyneet, mitä olivat tehneet ja vaikkapa huomioita asiakkaan voinnista.

*”Joo, et se on sit pitkälti se vihko siel kotona. Et sit yhtälail omaisten kans sitä et siin on monta kertaa sit jos käy joku ystäväpalvelu tai vapaaehtonen ni se on saattanu et oltii ja tehtii tämmöst ja hyvä päivä oli, tai omaiset toiset on tosi aktiivisiiki ja yksityiskohtasesti kirjaa ja antanu ohjeet millai myöski kotihoito kirjaa ja tietyt asiat täytyy aina lukee. Jotku haluu kellontarkasti et siihe kirjetetaa mihi aikaa hoitaja on ollu ja koska on lähteny pois et se on kans vähä.. sit on tietysti niit asiakkait kel ei oo ketää muuta ku se kotihoito et siel ei käy ketää muit toimijoit eikä omaisii ei ketää.” (Palveluohjauksessa työskentelevä julkisen sektorin toimija)*

Erilaiset standardoidut lomakkeet edistävät tiedon määrämuotoista siirtymistä ja ehkäisevät tiedon siirron ongelmia. Erityisesti organisaatioiden sisällä oli käytössä erilaisia määrämuotoisia lomakkeita toiminnan suunnitteluun ja arviointiin. Vaikka tiedot osin kirjattiin sähköisesti (esim. erilaisten testien tulokset) tiedot olivat pääosin nähtävissä vain julkisen sektorin sisällä.

Julkisen sektorin sisällä tyypillisesti työntekijöiden toimenkuvat on määritelty. Vastuuhoitajien tehtävät, esimerkiksi, on määritelty koko Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella. Näin ollen kaikilla palvelualueilla työskentelevien vastuuhoitajien työtehtävät ovat periaatteessa samanlaiset. Käytännössä kuitenkin esim. hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämiskäytännössä oli eroja. Joskus hoito- ja palvelusuunnitelma jäi päivittämättä vaikka esim. asiakkaan voimavarat eli asiakasta tukevat muut toimijat vaihtuivat. Tämä aiheutti epätietoisuutta, ketä asiakkaan luona kävi ja mitkä olivat hänen kotona asumisen edellytyksensä. Samoin eri ammattiryhmillä ja eri yksiköillä on luonnollisesti omia tehtäviään, joista pyritään tiedottamaan mm. organisaatioiden kotisivuilla. Tavoitteena on, että sekä asiakkaat että työntekijät tietäisivät toistensa työnkuvat, eikä päällekkäisyyttä olisi. Toisaalta haastateltavien mukaan työnkuvat olivat varsin joustavia, esim. palveluohjaajan ja sosiaalityöntekijän välillä voitiin sopia tilanteen mukaan kumpi täyttää hoitotukilomakkeen asiakkaan kanssa.

*”omaishoidon palveluohjaajat täyttää kyllä. Mut sit heilläki saattaa olla aika paljon kaikkee muuta hommaa siinä niin sitten joskus mä oon ihan heidän tukenaan käyny sitte että, et he on käyny sen arviointikäynnin tekemässä ja sitten mä käyn täyttämäs ne kaavakkeet. Että on semmost yhteistyötä ollu.” (Palveluohjauksessa työskentelevä julkisen sektorin toimija)*

Joustavuus on lähtökohtaisesti positiivista, mutta riskinä on, että vastuut hämärtyvät ja pahimmassa tapauksessa jokin tehtävä voi jäädä tekemättä.

## 4.2 Palvelujen turvallisuuden ja sujuvuuden edistäminen palveluiden yhteensopivuuden avulla (Closed customer flow C-C)

Asiakkaisprosessien sujuvuuteen liittyy myös palveluiden yhteensovittaminen. Julkisen sektorin toiminnanohjausjärjestelmä tuki paitsi tiedonsiirtoa (kuten kappaleessa 4.1 kuvattiin) myös palvelujen sujuvuutta. Toiminnanohjausjärjestelmään syötetään lukuisia palvelukokonaisuuksien organsointiin ja yhteensopivuuteen liittyviä ehtoja. Esimerkiksi diabetespotilailla aamukäynnit ohjelmoitiin tapahtuvaksi tietyinä kellonaikana insuliinien pistämiseksi tai asiakkaalle voitiin ohjelmoida suihku syntymäpäiväjuhlia edeltäväksi illaksi. Lisäksi toiminnanohjausjärjestelmän avulla kotihoidon käynnit järjestetään siten, että ne eivät mene päällekkäin muiden palveluntuottajien käyntien kanssa vaan että käynnit jakautuvat mahdollisimman tasaisesti. Tavoitteena oli paitsi tarjota kattavat palvelut, myös ehkäistä yksinäisyyttä ja tarkkailla asiakkaan vointia.

*”ateriapalvelunkin niin, se on aina sit kuitenkin yks käynti lisää sen päivän aikana ku siel joku käy, joku silmällä pito. Et onks kaikki kunnos ja ok ja ku meil ois kuitenkin ateriakuskit niin valistuneita ja, huolehtivaisii et jos ei joku asiakas avaa ovee tai, on jotaki normalisuudest poikkeavaa niin kyl he sit heti soittaa kotihoitoon et hei et meettekö kattoon et mikä siel on hätänä. Niin se on yks semmonen tarkistuskäynti se ateriaavienti.” (Palvelu ohjauksessa työskentelevä julkisen sektorin toimija)*

Käyntejä määriteltäessä toiminnanohjausjärjestelmä pyrkii myös priorisoimaan asiakkaan vastuuhoitajia, joskin tämä ei aina onnistu mm. vuorotöiden ja lomien vuoksi. Haastateltavat kertoivat asiakkaiden ajoittain kritisoivan kotihoidon henkilökunnan vaihtuvuutta. Palveluprosessikuvaukset edistävät hoitoprosessin standardoitua toteuttamista ja edistävät toimijoiden tietoisuutta palvelun järjestyksestä ja etenemisestä. Maakuntaudistuksen valmistelutyöhön liittyen julkisen sektorin

ikäihmisten palveluista on tehty prosessikuvaukset. Lisäksi maakunnan tasolla on laadittu palvelukuvaukset mm. ikääntyneiden kotihoidosta. Maakuntauudistuksen loputtua prosessi- ja palvelukuvaukset jäivät kuitenkin käyttöönottamatta. Joistain asiakasryhmistä esim. muistisairaana osalta prosessi- ja palvelukuvaus on laadittu ja käytössä.

*”Jos me tehtäis oikein hyvät hoitopolut, et se säästäis sit taas pitkäl ajal, et se menee siihen valmisteluun jonkun verran aikaa ja rahaa, mut et pitkän päälle selkiyttäis kaikkea toimintaa.”*  
(lääkäri)

Ikäihmisen kotiuttamisen turvallisuuden varmistamiseksi oli joillakin sairaalojen osastoilla otettu käyttöön kotiuttamisen varmistuslista. Listassa määriteltiin, mitkä asiakkaan kotona selviytymiseen liittyvät asiat tulee tarkastaa ja hoitaa ennen kotiuttamista. Lista oli laadittu yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Lista oli standardoitu ja integroitu osaksi sähköistä potilastietojärjestelmää. Valitettavasti varmistuslista oli käytössä vain muutamilla osastoilla.

### 4.3 Palveluvalikoiman monipuolisuuden varmistaminen ja räätälöinnin edistäminen (Open customer flow O-C)

Lait ja suositukset toimivat myös palvelujen yhteensovittamisen edistämiseksi. Laatusuositukset mm. ottavat kantaa mitä palveluita vähintään tulisi olla tarjolla kunnissa. Haastatteluisia niitä ei kuitenkaan koettu merkittäväksi tekijäksi palveluita räätälöitäessä vaan lain säädännöllinen ohjaus tapahtuu pikemmin strategia tasolla.

Palveluiden asiakaslähtöisessä räätälöinnissä olennaista on, että asiakkaalla on riittävästi tietoa palveluvalikoimasta. Koska asiakkaat ovat ikääntyneitä, heille tiedon hankkiminen voi olla haastavaa. Palveluista tiedottaminen kuuluu erityisesti palveluohjaajille, joka arvioivat asiakkaan palvelutarpeen ja tekevät ensimmäisen palvelu- ja hoitosuunnitelman. Käytännössä kaikilla koti- ja omaishoidon palveluiden parissa toimivilla henkilöillä, sektorista ja tehtävästä riippumatta, tulee olla valmius kertoa asiakkaalle saatavilla olevista palveluista. Palveluohjausta tekevätkin lähes kaikki, vähintäänkin asiakas ohjattiin ottamaan yhteyttä nimettyyn palveluohjaajaan. Kotihoidon työntekijöillä on käytössään lista yksityisen sektorin palveluntuottajista ja tietoa kolmannen sektorin järjestöjen ja seurakunnan palveluista. Useimmin pyrittiin siihen, että asiakkaalle jätettiin lista tuottajista ja toivottiin, että asiakas itse, omaistensa kanssa olisi yhteydessä tuottajiin ja tilaisi tarvitsemansa palvelut.

*”Ja meil oli aina ne esitteet mukan mis on kaikki palvelutarjoajat listattu ja numerot ja sit siitä jätettii heille yleensä omaisen kans he pitkälti niit sit lähti soittlemaan ja kyselemään.”*  
(Palveluohjauksessa työskentelevä julkisen sektorin toimija)

Ongelmaksi koettiin se, että tasapuolisuuden nimissä julkisen sektorin toimijat eivät saa suositella yksityisen sektorin palveluntuottajia. Tähän vedottiin, vaikka työntekijät saattoivatkin suhtautua epäilevästi siihen, osasiko asiakas itse hankkia palvelua. Haasteena oli myös tiedon saaminen kolmannen sektorin palveluista, esimerkiksi ikääntyneille suunnatuista määräaikaista projekteista ei aina tiedetty kovin laajasti.

#### 4.4 Tiedonsiirto palveluvalikoiman monipuolisuuden varmistamisessa ja räätälöinnin edistämässä (Open information flow O-I)

Palveluiden räätälöintiin liittyviä kokouksia ja tapaamisia järjestettiin runsaasti. Niiden tavoitteena oli varmistaa, että asiakkaalla oli riittävät ja tarkoituksenmukaiset palvelut kotona asumisen tukemiseen. Tapaamisia järjestettiin mm. sairaalasta kotiutuessa ja hoitosuunnitelman päivittämistarpeen yhteydessä. Kokoonpano näissä kokouksissa oli vaihteleva ja asiakkaan tarpeista lähtevä. Sairaalassa kotiutustilanteessa järjestettävässä kokouksessa paikalla oli mm. lääkäri, hoitaja, palveluohjaaja ja sosiaalityöntekijä sekä asiakas ja omainen. Kotona palvelu- ja hoitosuunnitelmaa päivitettäessä mukana olivat mm. palveluohjaaja, asiakas ja omainen. Melko harvoin tapaamisissa oli paikalla muiden sektoreiden palveluntuottajia. Vaikka asiakkaalla kävi yksityinen kotihoito, ei heitä aika pyydetty hoitokokoukseen kotiutustilanteessa. Myöskään kolmannen sektorin edustajat eivät useinkaan olleet kutsuttuja kokouksiin. Julkisen sektorin työntekijät perustelivat tätä osin tietosuojakäytännöllä. Asiakkaalla itsellään toki oli oikeus kutsua paikalle myös muita toimijoita, mutta epäselväksi jäi, kuinka paljon asiakkaita kannustettiin tähän. Myös organisaatioiden sisällä henkilöstö kokoontui ajoittain keskustelemaan asiakkaisiin liittyvistä tapauksista, joissa palveluiden järjestäminen oli syystä tai toisesta haasteellista. Näissä tapaamisissa oli mukana lähinnä työntekijöitä, mutta ei asiakkaita.

### 5. Rajapintojen kehittäminen palveluintegraation tueksi

Haastatteluissa ilmeni monenlaisia rajapintoja, joista toiset toimivat hyvin ja toiset huonommin. Haasteita oli erityisesti organisaatorajat ylittävässä tiedonsiirrossa ja toisten toimenkuvien ja tehtäväkuvien tuntemisessa.

Tietoisuus ikäihmisen koti- ja omaishoidon alueella toimivista palvelutuottajista ei aina ollut riittävää. Tämä luonnollisesti johtaa siihen, että asiakkaille ei osata kertoa palvelutarjoomasta, joka olisi heidän käytettävissään. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia omaan elämäänsä ja päätöksentekoon. On varmistettava asiakkaiden riittävä tiedon saanti olemassa olevista palveluista ja heidän sosiaalietuuksiin liittyvistä oikeuksistaan. Lisäksi asiakkaalle pitää tarjota riittävästi ymmärrettävää tietoa terveydestä ja terveyden edistämisestä. Asiakkaan valinnanvapaus palveluissaan voi tehostaa palvelun tuottamista ja laatua. Tämä edellyttää, että asiakastarpeista saadaan riittävästi tietoja. Toisten toimijoiden tunnettuuden lisääminen ja tuottajien palvelukuvausten ja yhteystietojen helppo saanti niin asiakkaalle kuin ammattilaisellekin on välttämätöntä, jotta asiakas voi valita juuri hänelle parhaiten sopivat palvelut.

*Tulosten perusteella ehdotetaan toimijoiden tunnettuuden kehittämistä tuottamalla standardoitua, helposti päivitettävää tietoa kaikkien sektorien toimijoista. Tiedon tulee olla vapaasti ja helposti kaikkien saatavilla. Lisäksi palveluohjausta tekeviä koti- ja omaishoidon ammattilaisia kannustetaan kertomaan asiakkaille palveluvaihtoehtoista laajasti ja auttamaan asiakasta palvelutuottajan valinnassa, laajemmin kuin vain antamalla palvelutuottajalistat.*

Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen edellyttää toimivia palveluketjuja. Kuntalaisten terveyspalveluiden järjestämisen tueksi tarvitaan yhteistä palvelunäkemyksiä, jossa sosiaalihuolto,

perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido sekä muut palveluja tuottavat tahot toimivat saumattomasti. Lopullinen asiakkaalle suunnattava palvelutuote räätälöidään asiakaskontaktissa palvelun käyttäjän yksilöllisten tarpeiden perusteella. Standardoituja moduuleja yhdistellään tavalla, joka tuottaa asiakkaalle juuri sen kokonaisuuden joka tuottaa eniten lisäarvoa asiakkaalle. Tämä moduulien yhdistely edellyttää vahvaa terveydenhuollon monitieteistä ammattiosaamista, joten asiakkaille tarjottavat palvelukokonaisuudet suunnitellaan moniammatillisissa tiimeissä. Tavoitteena on, että asiakkaalle laaditaan yksi kirjallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelu- tai muu vastaava suunnitelma, jo edistää tuottajien välistä saumatonta yhteistyötä ja edistää toimivan ja laadukkaan palvelukokonaisuuden luontia. Tällä hetkellä yhteisen palvelusuunnitelman laadintaa ehkäisee sektorirajat ylittävien moniammatillisten hoitokokousten niukkuus ja tietojärjestelmien keskustelemattomuus. Eri sektoreiden toimijoiden nykyistä laajempi osallistaminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan on tärkeää. Koska tietojärjestelmä haasteet eivät ole nopeasti ratkaistavissa pitää yhdessä asiakkaiden kanssa keskustella hoito- ja palvelusuunnitelman jakamisen merkityksestä, niin, että se on asiakkaan hoitoon osallistujien palvelutuottajien saatavilla ajantasaisena.

*Tulosten perusteella ehdotetaan, että koti- ja omaishoidon työntekijät kannustavat asiakkaita entistä aktiivisemmin kutsumaan hoitokokouksiin sekä kotona että sairaalassa eri ammattiryhmien edustajia ja palvelutuottajia kaikilta sektoreilta. Näin voidaan aidosti moniammatillisesti suunnitella asiakkaalle paras mahdollinen palvelukokonaisuus.*

Tiedon siirron kehittäminen on koko sosiaali- ja terveystietojärjestelmän haaste. Vaikka edistystä sekä kansallisten että valtakunnallisten hankkeiden toimesta on saatu, on tiedon siirto edelleen yksi keskeinen asiakkaiden palvelukokemusta heikentävä tekijä ja jopa asiakasturvallisuutta vaarantava tekijä. Henkilötietojen sallassapitoon liittyvää lainsäädäntöä ei luonnollisesti voi vaarantaa, mutta sen varjolla asiakkaan saumattomien palveluiden saatavuutta ei myöskään pidä estää. Julkisen sektorin sisällä tiedon siirtoa voidaan kehittää ennen kaikkea kirjaamisen laatua parantamalla. Sektoreiden välillä helppoja ratkaisuja ei ole, mutta esimerkiksi asiakkaiden suostumuksen pyytämistä tiedonsiirron mahdollistamiseksi kannattaa kehittää.

*Tulosten perusteella ehdotetaan pohtimaan ennakkoluulottomasti uusia tapoja tiedon siirron varmistamiseksi. Yli sektorirajojen tapahtuvan tiedonsiirron turvaaminen saattaa vaatia ”ylimääräiseltä” tuntuvia toimenpiteitä, mutta palveluiden asiakaslähtöisyyden kehittämisen tulisi olla kaikkien toimijoiden prioriteettina.*

Palvelujen integraatiot ja saumattomat palveluketjut edellyttävät toimivien rajapintojen kehittämistä. Tämä edellyttää toimijoiden yhteisiä tavoitteita ja jatkuvaa vuoropuhelua. Erilaisista liiketoimintamalleista ja ansaintalogiikoista huolimatta kaikkia toimijoita tarvitaan monipuolisen palvelutarjooman mahdollistamiseksi. Osalla toimijoista yhteistyö on sopimusperusteista, osalla vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Molemmissa tapauksissa on tärkeää sopia asiakasrajapinnassa tapahtuvista yhteisistä käytännöistä. Lisäksi ikäihmisille tarjottavaa palvelutarjoama olisi hyvä pohtia yhdessä ja arvioida tarvitaanko kokonaan uusia palveluita mahdollistamaan ikäihmisten kotona pärjäämistä. Samalla kannattaa sopia, mitkä toimijat luonnollisimmin voivat uusia palveluita alkaa tuottaa. Tämän kaltaista sektorirajat ylittävää yhteistyötä on tällä hetkellä vähän. Palveluiden suunnitteluun ja operatiivisiin käytännöihin sopimiseen vaaditaan väistämättä resursseja; ennen kaikkea aikaa, mutta myös myönteistä ja arvostavaa asennetta eri toimijoiden asiantuntijuutta kohtaan.

Tulosten perusteella ehdotetaan, että koti- ja omaishoidon palveluita tuottavat toimijat kokoontuisivat säännöllisesti keskustelemaan palvelutarjooman riittävydestä ja siihen liittyvästä työnjaosta. Samoin tulisi järjestää tilaisuuksia jossa operatiivisista käytännöistä voidaan sopia.

## 6. Lähteet

- Baldwin, C. Y. – Clark, K. B. (2000) *Design rules: The power of Modularity*. MIT Press, Cambridge, MA, USA.,
- Bask, A., Lipponen, M., Rajahonka, M., & Tinnilä, M. (2010). The concept of modularity: diffusion from manufacturing to service production. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 21(3), 355-375.
- Brax, S.A., Bask, A., Hsuan, J. and Voss, C.A. (2017), "Service modularity and architecture – an overview and research agenda", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 37 No. 6, pp. 686-702.
- De Blok, C., Luijkx, K., Meijboom, B., & Schols, J. (2010). Improving long-term care provision: towards demand-based care by means of modularity. *BMC Health Services Research*, 10(1), 278.
- De Blok, C., Meijboom, B., Luijkx, K., Schols, J., & Schroeder, R. (2014). Interfaces in service modularity: a typology developed in modular health care provision. *Journal of Operations Management*, 32(4), 175-189.
- De Mattos, C. S., Fettermann, D. C. & Cauchick-Miguel, P. A. (2019). Service modularity: literature overview of concepts, effects, enablers, and methods. *The Service Industries Journal*, 1-22.
- Kuntaliitto (2016) Rajapinnoilta yhdyspintoihin, Kehittämisaikataulu kunnan ja maakunnan, yhteistyöstä. Toim. Jouko Luukkonen, Kaija Majoinen, Antti Kuopila, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2016
- Mikkola, J. (2003) Modularity, component outsourcing, and inter-firm learning. *R & D Management*, Vol. 33 (3), 439–454.
- Pekkarinen, S. and Ulkuniemi, P. (2008), "Modularity in developing business services by platform approach", *International Journal of Logistics Management*, Vol. 18 No. 1, pp. 84-103.
- THL 2019 Sote palvelujen integraatio <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>
- Schilling, M. A. (2000). Toward a general modular systems theory and its application to interfirm product modularity. *Academy of management review*, 25(2), 312-334.
- Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery. *Medical Care Research and Reviews*, 68(1), 112-127.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., Bruijnzeels M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(22).
- Voss, C. A., & Hsuan, J. (2009). Service architecture and modularity. *Decision Sciences*, 40(3), 541-569.