

Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalvelut 2010

Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon
kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa



RAPORTTI 41 /2011

Liisa Heinämäki

**Yhteistoiminta-alueiden
sosiaali- ja terveystalvelut
2010**

**Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon
kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa**

© Liisa Heinämäki ja THL

Kannen kuva: Liisa Heinämäki

ISBN 978-952-245-514-7 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-515-4 (verkkajulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkajulkaisu)

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2011

Alkusanat

Tämä julkaisu on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet 2010 -tutkimuksen loppuraportti. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa muodostetuista yhteistoiminta-alueista tiedettiin maaliskuussa 2009 toteutetun kuntakyselyn (Kokko ym. 2009) perusteella vielä melko vähän. Kunnat olivat muodostamassa yhteensä 66 yhteistoiminta-alueita, kattaen 260 kuntaa ja yli 50 prosenttia Suomen väestöstä. Käytännössä yhteistoiminta-alueiden ratkaisut palveluiden osalta ovat olleet keskeneräisiä keväällä 2009, ja käytännöt niin järjestämistä vastuun siirtämisen kuin palveluiden kokonaisuuksien osalta olivat vasta muotoutumassa. Suurin osa yhteistoiminta-alueista aloitti toimintansa 2009 -2010.

Tämä tutkimus tarkastelee yhteistoiminta-alueita palveluiden toiminnallisen kokonaisuuden näkökulmaa syventäen. Tutkimuksessa ei pyritty tekemään hallinnollisia tai organisatorisia analyysejä, vaan yhteistoiminnan eri puolia lähestyttiin palveluiden ja niihin vaikuttavien päätösten näkökulmasta. Raportti perustuu vuonna 2010 toteutettuun aineistonkeruuseen, joka sisältää 88 haastattelulla kootut tiedot vuonna 2010 toimivista yhteistoiminta-alueista. Aineisto kattaa 47 yhteistoiminta-alueita, 170 kuntaa ja noin 1,6 miljoonaa asukasta.

Aineisto on koottu haastattelemalla yhteistoiminta-alueiden johtavia viranhaltijoita, yhtä tai useampaa. Koko henkilöstön tai peruskuntien luottamus- ja virkamiesjohdon näkemystä aineisto ei edusta.

Tutkimuksen vastuututkijana toimi erikoistutkija Liisa Heinämäki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Ohjausryhmään kuuluivat Palvelujärjestelmä- osaston johtaja Markku Pekurinen THL ohjausryhmän puheenjohtajana, tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki THL, kehittämisspäällikkö Simo Kokko THL, neuvotteleva virkamies Kari Haavisto STM, sosiaalineuvos Martti Lähteinen STM (elokuuhun 2010 saakka), ylitarkastaja Suvi Savolainen VM ja erityisasiantuntija Antti Kuopila Kuntaliitto.

1.9.2011

Jyväskylässä

Liisa Heinämäki
Erikoistutkija, THL

Helsingissä

Markku Pekurinen
Osastajohtaja, Palvelujärjestelmä -
osasto, THL

Tiivistelmä

Liisa Heinämäki. Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 41/2011. 100 sivua. Helsinki 2011. ISBN 978-952-245-514-7 (painettu)

Paras- eli kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa Suomeen on muodostumassa yhteensä 66 yhteistoiminta-alueita. Vuonna 2010 toiminnassa oli 48 yhteistoiminta-alueita (172 kuntaa) joiden asukasohja on 1 635 079 asukasta. Yhteistoiminta-alueet ovat uusi rakenne, jossa kunnat siirtävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuun yhteistoiminta-alueelle sopimuksen perusteella, hallinnollisesti joko kuntayhtymä- tai isäntäkuntamallin mukaisesti. Paras -puitelain mukaisesti yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuulle on terveydenhuollon palveluiden lisäksi siirrettävä niihin kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon palvelut, ja puitelain muutoksen (L384/2011) mukaan kaikki sosiaalihuollon palvelut.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toteutti vuosina 2010–2011 kartoittavan ja kuvailevan läpileikkaustutkimuksen *Yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet 2010* tavoitteena muodostaa kokonaiskuva yhteistoiminta-alueiden palveluiden rakentumisesta sekä hallinnon ja organisoinnin osalta tunnistaa tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet palveluiden tuottamiseen. Tutkimus kattaa vuonna 2010 toiminnassa olleet yhteistoiminta-alueet, joita aineistoon sisältyy 47 kappaletta. Alueilla kuntia on 170 ja asukkaita näillä yhteensä hieman yli 1,6 miljoonaa. Aineisto on koottu haastattelulla yhteistoiminta-alueiden johtavia viranhaltijoita, yhtä tai useampaa. Koko henkilöstön tai peruskuntien luottamus- ja virkamiesjohdon näkemystä aineisto ei edusta. Aineistoa täydennettiin yhteistoiminta-alueiden Internet-sivujen läpikäynnillä.

Aineiston perusteella hallinnon päätöksä eli yhteistoiminta-alueen muodostaminen joko isäntä /vastuukuntamallilla tai kuntayhtymällä muodostaa erityyppisiä kysymyksiä palveluiden tuottamiseen. Kuntayhtymäalueilla kunnat ovat keskimäärin hieman pienempiä ja tasakokoisempia kuin isäntäkuntamallissa, kun kuntien kokoero on isäntäkuntamallia käyttävillä alueilla suurempi, osaksi huomattavan suuri. Palveluihin liittyvissä ratkaisuisissa ei merkittäviä eroja ole. Sen sijaan kuntien päätöksenteko ja kuntapäätäjien suhde yhteistoimintaan ovat erilaisia perustuen yhteistoiminta-alueen hallintotapaan.

Palveluiden kokonaisuuksia on muodostettu hyvin moninaisin perustein. Perinteiseksi organisaatiomalli on luettavissa kuudellatoista alueella. Selkeästi elämäntaakkarimalliksi (tai haastateltavien mukaan asiakasprosesseja noudattaviksi malleiksi) on tunnistettavissa seitsemän ja sekamalleiksi 24 alueen palveluiden organisoitumistapa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut olivat organisoituneet terveydenhuollon palveluista yhdellä alueella, yhdellätoista alueella palvelualueet sisälsivät limitty-

neenä perinteisesti sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon luettuja palveluita vähintään yhdellä palvelualueella, ja eniten eli 27 oli sellaisia alueita, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto muodostivat rinnakkaisia mutta erillisiä palvelukokonaisuuksia. Keskiarvo näkyy organisaatioissa tiimityttämisenä ja osaamisen uudelleen jakamisena. Erityispalveluiden rakentuminen alueille on usein edelleen hajanaisesti johdettua, joskin uusia vahvoja kokonaisuuksia on myös koottu.

Palveluiden yhtenäisten kokonaisuuksien tavoite saavutettiin eri alueilla eri tavoin. Kaikki sosiaalihuollon palvelut olivat mukana noin 60 prosentissa alueista. Palvelukokonaisuudet (lasten ja perheiden, työikäisten, vanhusten) olivat kokonaisuuksina yli puolella alueista ja jakautuneina peruskunnan ja yhteistoiminta-alueen kesken 13–14 alueella. Toiminnallinen integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon kesken arvioitiin hieman vähäisemmäksi kuin rakenteellinen. Perus- ja erityistason integraatio on vaihtelevaa, vahvoihin kytkeä on sosiaalihuollon palveluilla ja vammaispalveluilla.

Kuntalaisten yhdenvertaisten palveluiden tavoite on vielä yhteistoiminta-alueilla haasteellinen. Osaksi se on tavoitteenakin vielä ristiriitainen, osaksi yhdenvertaisuuden tavoite hyväksytään mutta käytännöt, kuten kustannusten jako, tukevat ja tavoittelevat kuntakohtaisesti eriytyviä palveluita. Maantieteellisiä strategioita palveluiden saavutettavuuden turvaamiseksi ei ole tehty, vaan ratkaisut perustuvat perussopimusten lähipalvelu- tai kuntaraja -linjauksiin. Palveluiden, prosessien ja työkäytäntöjen yhtenäistämistyössä on kohdattu ennakoitua enemmän kuntakohtaisia eroja, etenkin sosiaalihuollossa.

Palveluita onnistuneesti tuottavan yhteistoiminta-alueen turvaamiseksi jatkossa näyttäisi olevan tärkeää valmistella sopimuksien sisältö huolella ja varmistua siitä, että ne ymmärretään eri tahoilla ja tasoilla samalla tavoin. Peruskuntien ja yhteistoiminta-alueiden viestinnän ja tiedonkulun varmistamiseen on syytä kiinnittää huomiota. Valtiovallalta odotettu tuki yhteistoiminta-alueille olisi selkeä viesti tavoitteista, kansallisia ratkaisuja ja ohjausta etenemiseen.

Asiasanat: kunta- ja palvelujärjestelmä uudistus Paras, yhteistoiminta-alue, kuntapalvelut, sosiaali- ja terveystieteiden palvelut, kunnallinen päätöksenteko

Sammandrag

Liisa Heinämäki. Social- och hälsovårdstjänsterna inom samarbetsområdena 2010. Frågor kring tillhandahållande, produktion och förvaltning i de nya servicestrukturerna. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 41/2011. 100 sidor. Helsingfors 2011. ISBN 978-952-245-514-7 (tryckt)

Sammanlagt 66 samarbetsområden håller på att bildas i Finland i och med kommun- och servicestrukturreformen. År 2010 fanns det 48 samarbetsområden (172 kommuner) med ett befolkningsunderlag på 1 635 079 invånare. Samarbetsområdena är en ny struktur där kommunerna överför ansvaret för att tillhandahålla tjänster inom social-, hälso- och sjukvården till ett samarbetsområde med stöd av avtal. Detta sker administrativt antingen enligt samkommuns- eller värdkommunsmodellen. Enligt ramlagen ska förutom hälso- och sjukvården också sådana tjänster inom socialvården som är nära anslutna till hälso- och sjukvården överföras till samarbetsområdet, och enligt ändringen av ramlagen (384/2011) gäller detta alla tjänster inom socialvården.

År 2010–2011 genomförde Institutet för hälsa och välfärd en kartläggande och beskrivande tvärsnittsstudie om servicestrukturen inom samarbetsområdena 2010. Målet var att skapa en övergripande bild av hur servicen har byggts upp inom samarbetsområdena och att identifiera sådana faktorer i förvaltningen och organiseringen som har påverkat serviceproduktionen. Studien omfattar de samarbetsområden som hade verksamhet år 2010 och materialet består av 47 samarbetsområden. Antalet kommuner inom dessa områden uppgår till 170 och antalet invånare till sammanlagt drygt 1,6 miljoner. Materialet har sammanställts genom intervjuer med en eller flera ledande tjänsteinnehavare inom samarbetsområdena. Materialet innefattar inte synpunkterna inom hela personalen eller primärkommunernas förtroendevalda ledning och tjänstemannaledning. Materialet har kompletterats med hjälp av en genomgång av samarbetsområdenas webbsidor.

Utgående från materialet ger den grundläggande lösningen för förvaltningen, dvs. att bilda ett samarbetsområde antingen enligt modellen med en värdkommun/ansvarig kommun eller i form av en samkommun, upphov till olika frågor gällande serviceproduktionen. De kommuner som tillämpat samkommunsmodellen är i genomsnitt något mindre och mer jämnstora än de kommuner som tillämpat värdkommunsmodellen, där skillnaden i storlek mellan olika kommuner är större, delvis också mycket stor. Beträffande de lösningar som anknyter till servicen finns det inte några betydande skillnader. Däremot varierar kommunernas beslutsfattande och de kommunala beslutsfattarnas förhållande till samarbetet beroende på hur samarbetsområdets förvaltning har organiserats.

Servicehelheter har utformats på mycket olika grunder. Sexton områden har en traditionell organisationsmodell. Inom sju områden kan en livscykelmodell (eller

enligt de tillfrågade en modell som iakttar klientprocesserna) klart identifieras, medan 24 områden har en blandmodell för organisering av servicen. Inom ett av samarbetsområdena bestod tjänsterna uteslutande av hälso- och sjukvårdstjänster, inom elva områden innehöll servicen på traditionellt sätt integrerade social-, hälso- och sjukvårdstjänster inom minst ett serviceområde och inom de flesta, dvs. inom 27 områden, utgjorde socialvården och hälso- och sjukvården parallella men fristående helheter. Centraliseringen syns vid organisationerna i form av teambildning och omfördelning av kompetensen. Utformningen av specialtjänster inom områdena leds fortfarande ofta på ett splittrat sätt, även om man också har sammanställt nya starka helheter.

Målet att skapa enhetliga servicehelheter nåddes på olika sätt inom de olika områdena. Alla socialvårdstjänster fanns med inom cirka 60 procent av områdena. Servicen (för barn och unga, personer i arbetsför ålder, äldre) utgjorde helheter inom mer än hälften av områdena och var uppdelad mellan primärkommunen och samarbetsområdet inom 13–14 områden. Integreringen av socialvården och hälso- och sjukvården bedömdes ha skett i något mindre utsträckning när det gäller verksamheten än när det gäller strukturerna. Integreringen varierar på primär och specialiserad nivå, och starkast är kopplingen mellan socialvården och handikapptjänsterna.

Målet att erbjuda kommuninvånarna en jämlik service är fortfarande en utmaning inom samarbetsområdena. Målet innehåller fortfarande en viss motstridighet, då principen om jämlikhet i servicen visserligen är accepterad, men praxis, såsom kostnadsfördelningen, ändå stödjer och eftersträvar en särutveckling av servicen i de enskilda kommunerna. Geografiska strategier för att trygga tillgången till service har inte gjorts upp, utan lösningarna grundar sig på riktlinjerna för närservice och kommungränser i grundavtalen. I arbetet med att förenhetliga servicen, processerna och arbetspraxis har man stött på större skillnader mellan kommunerna än väntat, framför allt inom socialvården.

För att säkerställa att samarbetsområdet i fortsättningen producerar service på ett framgångsrikt sätt förefaller det vara viktigt att noggrant bereda innehållet i avtalen och försäkra sig om att de uppfattas på samma sätt vid olika instanser och på olika nivåer. Det är viktigt att säkerställa kommunikationen och förmedlingen av information mellan primärkommunerna och samarbetsområdena. Det förväntade stödet från staten till samarbetsområdena vore en klar signal om målen och nationella lösningar och styrning för det fortsatta arbetet.

Nyckelord: kommun- och servicestrukturen, samarbetsområde, kommunal service, social- och hälsovård, kommunalt beslutsfattande

Abstract

Liisa Heinämäki. Social welfare and health care services in municipal partnership areas in 2010. Questions concerning provision, production and administration in a setting of new service structures. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 41/2011. 100 pages. Helsinki 2011. ISBN 978-952-245-514-7 (printed)

A total of 66 partnership areas will be created in Finland as a result of the project to restructure local government and services (PARAS). In 2010, 48 of these areas (involving 172 municipalities) were already operational and comprised a total population base of 1,635,079 inhabitants. The partnership areas are a new organisational element, enabling municipalities to transfer the responsibility for providing social welfare and health care services to the partnership area; in administrative terms, this is done according to the model of either a joint municipal authority or a central municipality responsible for services. The framework legislation on the PARAS project, the Act on the Restructuring of Local Government and Services (169/2007), states that in addition to responsibility for providing health care services, any social welfare services closely linked with those services must also be transferred to the partnership area; an amendment to the legislation (L384/2011) states that this applies to all social welfare services.

In 2010–2011, the National Institute for Health and Welfare implemented a cross-sectional study on the service structures of partnership areas in 2010, with the aim of gaining an overview of the way services are structured in the areas, and identifying administrative and organisational factors that have an impact on service provision. The study covers 47 of the partnership areas that were in operation in 2010. The areas in question comprise a total of 170 municipalities with a total population just exceeding 1.6 million. The materials for the study were gathered by interviewing one or more leading officials in the partnership areas. Thus the material does not represent the views of the entire staff, or of the elected officials and leading civil servants in the municipalities in question. The material was supplemented with an overview of the websites of the partnership areas.

A partnership area can be formed either on the principle of a central municipality responsible for services or in the form of a joint municipal authority, and an analysis of the material shows that this fundamental administrative choice gave rise to different types of issues with regard to service provision. The municipalities in partnership areas formed on the joint municipal authority model are slightly smaller on average and also slightly more even in size than in those formed on the central municipality model; the size difference between municipalities in the central municipality model was much bigger, sometimes strikingly so. There are no notable differences in the solutions concerning services. By contrast, there are differences in municipal decision-making and in municipal decision-makers' relationship with partnership, depending on the administrative format of the partnership area.

Service packages have been put together on a variety of different principles. The organisational model is traditional in 16 of the partnership areas. Seven areas apply a life-cycle model (or, according to the interviewees, models in compliance with client processes), while 24 areas apply a mixed model for service organisation. The social welfare and health care services consisted of health care services only in one partnership area; eleven partnership areas had a combination of social welfare and health care services in at least one sector; however, in the majority of partnership areas – the remaining 27 areas studied – social welfare and health care services existed as parallel but separate services. Centralisation is in evidence in the form of creating teams and a redistribution of knowledge. Management of the development of specialised services in the partnership areas is still often uncoordinated, although some new strong service entities have been set up.

The aim for cohesive service packages was attained in different ways in different areas. All social welfare services were included in about 60 per cent of areas. The services for various users (for children and families, people of working age, older people) were offered as cohesive service packages by more than half the areas, while the services in question were distributed on an individual municipality and a partnership area in 13–14 areas. Estimates suggested that there was slightly less operational than structural integration between social welfare and health care services. Integration at the level of primary and specialised services varies; the strongest link is found between social welfare services and services for people with disabilities.

The aim of equal services for all inhabitants in the municipalities remains a challenge in the partnership areas. The aim is contradictory in part, in that the principle of equality is widely accepted but practical arrangements such as cost distribution tend to support and encourage a division of services according to municipality. No geographical strategies for ensuring access to services have been drawn up; instead, solutions are based on guidelines for local services and municipal boundaries given in municipal charters. The work to standardise services, processes and working practices has encountered more differences between municipalities than foreseen, particularly in the social welfare services.

In order to ensure that partnership areas can successfully provide services in future, it appears to be important to prepare agreements thoroughly and to ensure that they are interpreted in the same way by different parties and at different levels of the organisation. Attention should also focus on ensuring a smooth flow of information between individual municipalities and partnership areas. Support from central government to partnership areas would send a clear message defining the aims and national solutions and also provide guidelines for further progress.

Keywords: restructuring of local government and services (the PARAS project), partnership area, municipal services, social welfare and health care services, municipal decision-making

Sisällys

Alkusanat	3
Tiivistelmä	4
Sammandrag	6
Abstract	8
1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS	14
1.1 Palvelurakenteiden muutossuuntia	14
1.1.1 Palveluiden integraatio	14
1.1.2 Palveluiden tuottamistapojen muutokset ja kuntien yhteistyö ...	18
1.2 Kunta- ja palvelurakennemuutos yhteistoiminta-alueiden taustalla .	20
1.3 Tutkimuksen toteutus	23
2 YHTEISTOIMINNAN PERUSRATKAISUT V. 2010	26
2.1 Yhteistoiminta-alueiden ja kuntien koko	26
2.2 Hallinto ja henkilöstön sijoittuminen.....	29
2.2.1 Yhteistoiminnan hallinnointi	29
2.2.2 Henkilöstön siirtyminen yhteistoiminta-alueen palvelukseen.....	31
2.2.3 Palveluntuotannon kustannusten hallintaprosessit.....	32
2.3 Kuntien päätöksenteon suhde yhteistoimintaan.....	34
2.3.1 Kunnan ja yhteistoiminta-alueen vuorovaikutus	34
2.3.2 Kuntien päätöksenteon rooli isäntäkuntamallissa ja kuntayhtymissä.....	37
2.3.3 Kuntien päätöksenteko ja palveluntuotanto	38
3 PALVELUIDEN UUDET MUODOT	42
3.1 Palveluiden lohkot ja johtaminen	42
3.2 Uusia ja entisiä malleja.....	43
3.2.1 Matalat ja korkeat organisaatiomallit	44
3.2.2 Palveluiden jäsentäminen elämänkaareen tai asiakasprosessiin	44
3.2.3 Sosiaali- ja terveystalouden yhteinen organisoituminen	45
3.3 Erytyspalveluiden paikka hallinnossa	48
3.4 Palveluiden keskittäminen organisoitumisen näkökulmasta	49
3.5 Yhteenvedo: Palveluiden uusorganisoituminen alussa	52

4	PALVELUT INTEGROITUVAT MONEEN SUUNTAAN	53
4.1	Palveluiden integraatio tai jakautuminen kunnan ja yhteistoiminta-alueen kesken	53
4.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio alueiden palveluissa	56
4.3	Perus- ja erityistason palveluiden integraatio	60
4.4	Yhteenvedo: Palveluiden integraatio osana yhteistoimintaa	62
5	KUNTALAISTEN YHDENVERTAISET PALVELUT	65
5.1	Yhdenvertaisuus palveluiden tavoitteena?	65
5.2	Palvelutuotannon reunaehdot hallinnon päätöksissä	67
5.3	Maantieteelliset strategiat ja keskittäminen niiden pohjalta	68
5.4	Kustannusten jakoperusteet - yhdenvertaisuutta vai eriytymistä?	72
5.5	Harmonisointi yhteistoiminta-alueen rakentamisessa	73
5.6	Yhteenvedo: Yhdenvertaisuus yhteistyön mittana	74
6	ONNISTUUKO YHTEISTOIMINTA?	77
6.1	Haastateltavien kokemuksia hyödyistä ja hankaluuksista	77
6.1.1	Haastateltavien arviot saavutetuista hyödyistä	77
6.1.2	Koettuja hankaluuksia	78
6.1.3	Luottamus päätösten ja toiminnan perustana	81
6.1.4	Valtiota kohti suuntautuu toiveita	83
6.2	Yhteistoiminnan toteutusta meillä ja muualla	87
7	YHTEISTOIMINNAN TULEVAISUUDEN KYSYMYKSIÄ	90
7.1	Onko yhteistoimintaa?	90
7.2	Entä voittajia ja häviäjiä?	92
7.3	Miten saadaan tieto kulkemaan?	94
7.4	Yhteenvedo pohdinnoista	95
	Kirjallisuusviitteet	97

Kuviot ja taulukot

Kuvio 1. Eriytymisen, sirpaloitumisen ja integraation tarpeen väliset suhteet, Axelsson & Axelsson 2006, 78.	16
Kuvio 2. Integraation eri muodot suhteessa vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon. Axelsson & Axelsson 2006, 80.	17
Kuvio 3. Haastateltavien jakautuminen yhteistoiminta-alueen johtajiin ja eri palvelualojen johtajiin.	25
Kuvio 4. Yhteistoiminta-alueiden jakautuminen kokoluokkiin alle 20 000 asukasta, yli 20 000 mutta alle 40 000 asukasta ja yli 40 000 vuonna 2010.	27
Kuvio 5a. Yhteistoiminta-alueisiin kuuluvien kuntien kokoluokkajakauma vuonna 2010. 28	
Kuvio 5b. Yhteistoiminta-alueisiin kuuluvien kuntien kokoluokkajakauma vuonna 2010, alle 20 000 asukkaan kunnat.	28
Kuvio 6. Yhteistoiminta-alueiden jakautuminen niihin, joiden organisaatiossa palvelut lohkoutuvat pääasiassa terveydenhuoltoon, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen limittyneisiin palveluihin tai sosiaali- ja terveystalveluiden rinnakkaisiin lohkoihin.	47
Kuvio 7. Mielenterveys- päihde- ja vammaispalveluiden sijoittuminen sosiaalihuollon, terveydenhuollon, sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelulohkoille tai palvelulohkoon, jossa k.o. palvelu on ainoana tai toisena määrittävänä palveluna.	49
Kuvio 8. Sosiaalihuollon jakautuminen peruskunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä tai sijoittuminen yhteistoiminta-alueelle kokonaan (varhaiskasvatus mukana / varhaiskasvatus ei mukana) yhteistoiminta-alueiden lukumäärän mukaan.	54
Kuvio 9. Palvelukokonaisuuksien sijoittuminen peruskuntiin, yhteistoiminta-alueille tai jakautuneesti molemmille asukasluvun mukaan (N= 1 635 079).	56
Kuvio 10. Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämävastuun ja toiminnallisen integraation suhde palvelukokonaisuuksittain.	58
Kuvio 11. Mielenterveys-, päihde- ja vammaispalveluiden rakenteellinen ja toiminnallinen tiivis yhteys perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon ja sosiaalipalveluihin yhteistoiminta-alueiden lukumäärän mukaan.	61

Taulukot

Taulukko 1. Mundayn (2007) luokittelu integraation ulottuvuuksista ja tasoista.	15
Taulukko 2 Yhteistoiminta-alueisiin vuonna 2010 kuuluneiden kuntien kokoluokittelu ja kokoluokan prosenttiosuus yhteistoiminta-alueisiin kuuluvista kunnista (N=170).	27
Taulukko 3. Palveluiden vastuu lasten ja perheiden, työikäisten ja vanhusten palveluiden kokonaisuuksina yhteistoiminta-alueilla, peruskunnissa tai jakautuneena näiden kesken.	55
Taulukko 4. Yleisimpiä haastattelussa mainittuja linjattuja tai toteutuneita palveluverkon muutostrendejä taustatekijöineen.	70

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Aineiston yhteistoiminta-alueet, niiden jäsenkunnat, väestöpohja ja hallinnollinen muoto: kuntayhtymä tai isäntäkunta vuonna 2010.

1 Tutkimuksen lähtökohdat ja toteutus

Tämä tutkimus tarkastelee Suomessa kunta- ja palvelurakennemuutuksesta säädetyn puitelain¹ (ns. Paras-laki) mukaan toteutetun kunta- ja palvelurakennemuutuksen yhtä osiota ja vaihetta. Tutkimus kiinnittyy palvelurakenteen uudistamiseen, ja tutkimuksen kohteena ovat vuonna 2010 toiminnassa olleiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvät ratkaisut. Uudistuksen toteuttamista on kattavammin seurattu esim. Sosiaali- ja terveysministeriön, Valtiovarainministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Kuntaliiton v. 2009 toteuttamassa kuntakyselyssä, jonka THL raportoi², sekä Valtiovarainministeriön selonteossa eduskunnalle³ 2009.

1.1 Palvelurakenteiden muutossuuntia

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden muutos on 2000-luvun alun Suomessa ollut monitahoista, ulottuen niin hallinnollisiin kuin toiminnallisiin muutoksiin. Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä muutoksia ovat palveluintegraatio, palveluiden tuottamisrakenteiden monimuotoistuminen sekä palveluiden keskittämisen prosessien nopeutuminen.

1.1.1 Palveluiden integraatio

Integraatiosta, yhdentymisestä puhutaan sellaisessa tilanteessa, jossa aikaisemmin on vallinnut erilaistuminen. Yhteiskunnassa integraatio voi liittyä moniin näkökulmiin, esimerkiksi erityisryhmien (vammaiset, kielivähemmistöt, maahanmuuttajat tms.) palveluiden järjestämistä yleisten palveluiden yhteydessä kutsutaan integraatioksi tai, kun se perustuu vahvasti yleisiin palveluiden periaatteisiin ja tasa-arvoisten ihmisoikeuksien tavoitteisiin, myös inkluusioksi. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotarve nousee historiasta, jossa on luotu erillisiä paradigmoja, lähestymiskulmia ja käsitteitä ja jäsenetty yhteistä ongelmakenttää eri tavoin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erillisestä kehityksestä on pyritty yhteiseen sekä valtiotasonhallinnossa että kuntien toiminnassa.

¹ Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 9.2.2007/169

² Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, Haverinen, Kaskisaari, Muuri, Pekurinen & Tammelin 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisestä ja tuottamisesta. THL raportit 36 / 2009.

³ Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutuksesta. Marraskuu 2009. Valtiovarainministeriö.

Integraatio -tematiikkaa voidaan nähdä niin rakenteiden, palveluiden, yksilöiden kuin myös väestöryhmien kohdalla. Suomen 2000-luvun sosiaali- ja terveystalouksissa voidaan nähdä integraatiota perinteisten sektoreiden välillä, sektorien sisällä palveluiden välillä sekä perus- ja erityistason palveluiden välillä. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä integroitumista kunnan muuhun palvelurakenteeseen on nostettu yhä enemmän esille.

Brian Mundayn raportissa (2007) tarkastellaan eurooppalaisia palveluintegraation linjauksia erityisesti silloin, kun sosiaalipalveluita integroidaan jonkin muun palvelualueen kanssa. Palveluintegraation perusteluita ovat sen mukaan seuraavat: 1. Palvelun käyttäjälle yhtenäiset palvelut ovat paremmat kuin erilliset; valikoitujen palveluiden integrointi tuottaa niiden käyttäjälle parhaan hyödyn etenkin kun palveluiden käyttäjällä on moninaisia ja pitkäkestoisia palvelutarpeita, kuten vanhuksilla. 2. Integraation eri muodot tuottavat erilaisia etuja; palveluiden järjestämisen nopeutuminen, päätöksenteon yksinkertaistaminen, resurssien käytön tehostaminen, tiedonkulun varmistaminen, palvelutytyväisyyden lisääminen. 3. Asiakkaan osallisuus ja asiakkaan oikeudet turvataan paremmin kuin erillisissä palveluissa, ja 4. Integraatio on taloudellisesti tehokasta, ja laajemmilla sosiaali- ja terveystalouksilla voidaan turvata paremmin erityisten palveluiden tarpeet.

Munday (2007, 27) myös määrittelee eri ulottuvuuksin integraatiota suhteessa itsenäisiin, erillisiin palveluihin ja yhteistyöhön (Taulukko 1):

Taulukko 1. Mundayn (2007) luokittelu integraation ulottuvuuksista ja tasoista.

	Itsenäisyys	Yhteistyö	Integraatio
Tavoite	Itsenäisyys	Yhteinen näkemys palveluiden kehittämisestä	Yhteiset kaikkien hyväksymät arvot
Kumppanuuden luonne	Omat säännöt, satunnainen kumppanuus	Ajallisesti määritetyt tai projektinomaiset yhteistyöt	Muodolliset tehtäväkuvat, lainsäädäntö
Resurssien käyttö	Itseohjautuvaa	Toisiaan täydentävä	Noudattaa yhteistä kehystä
Päätöksentekotieto	Riippumaton Käytetään itsenäisesti	Neuvoa-antava Tiedonvaihtoa kumppanien kesken	Yhteinen prosessi Ohjaa kumppanien työtä kohti yhteisesti nähtyjä tarpeita

Julkisen terveydenhuollon integraatiokäytöstä tarkastellessaan Runo Axelsson ja Susan Bihari Axelsson (2006, 78) ovat kuvanneet kehityskulut, jotka ovat tuottaneet eriytymistä ja sitä kautta integraation tarpeen syntymistä. Monimutkaisten ympäristöjen huomioiminen johtaa rakenteelliseen ja toiminnalliseen eriytymiseen, joka edelleen lisää rakenteellista eriytymistä. Rakenteellinen eriytyminen johtaa vastuun sirpaloitumiseen, mikä vahvistaa tarvetta integraatioon. (kuviot 1)

Kuvio 1. Eriytymisen, sirpaloitumisen ja integraation tarpeen väliset suhteet, Axelsson & Axelsson 2006, 78.



Integraatiolle asetettuja tavoitteita asetettaessa on hyvä tunnistaa, millaista integraatiota tavoitellaan. Talousteoreettisen näkökulman mukaan integraatio voidaan saavuttaa sekä näkyvällä tavalla, hierarkkisen johtamisen keinoin, tai näkymättömin keinoin eli markkinoiden kilpailun tuloksena. Hierarkkinen johtaminen tarkoittaa organisaatioiden ylhäältä alas -koordinaatiota, kun taas markkinoiden kilpailu johtaa sopimuksellisiin suhteisiin organisaatioiden välillä. On kuitenkin myös kolmas, viime aikoina kasvanut tapa eli verkostomaisen integroitumisen lisääminen. Koska kaikki julkisen terveydenhuollon yksiköt eivät ole markkinasuuntautuneita ja ne eivät useinkaan ole osa yhteistä hierarkkista rakennetta, näiden organisaatioiden integraatio on useimmin perustunut verkostomalliin. Siksi julkisen terveydenhuollon integraatio on ensi sijassa muodostunut organisaatioiden välisen yhteistoiminnan ja yhteistyön varaan. (Axelsson & Axelsson 2006, 78 -79.)

Julkisen terveydenhuollon ja siihen kytkeytyvien hyvinvointipalveluiden integraation eri muodot on usein kuvattu organisaatioiden integraatioiden jatkumoina, laajeten organisaatioiden täydellisestä autonomiasta neuvotteluiden ja kehittämisen välivaiheiden kautta organisaatioiden yhteen sulautumiseen. Täydellinen fuusio voi kuitenkin puolestaan synnyttää uutta erillistymistä ja sirpaloitumista. (Axelsson & Axelsson 2006, 78 -79.) Yhteistoiminta-alueilla tätä tematiikkaa pohdittiin palveluiden kokonaisuusien muodostamisen yhteydessä. Kun aikaisemmin erillisiä palveluita kootaan uudella tavoin kokonaisuuksiksi entistä suuremmissa organisaatioissa, syntyy erikoistumisen ja palveluketjuajattelun myötä uusia, ehkä yhtä torjuttavia eriytymisen polkuja kuin aikaisemmin.

Axelsson & Axelsson (2006) kuvaavat integraation eri tasoja seuraavasti:

- Sopimuksellisuus (*contracting*) voi toimia integraation lievimpänä muotona sekä vertikaalisesti että horisontaalisesti. Välttämättä se ei ole lainkaan integraatiota vaan yksiköt voidaan myös nähdä toistensa kilpailijoina.

- Koordinaatio (*co-ordination*) voidaan nähdä korkean tason integraationa vertikaalisesti mutta matalan tason integraationa horisontaalisesti, jolloin integraatiota saavutetaan pääasiassa yhteisen johdon muodostaman hierarkian kautta. Päätökset integraatiosta tehdään hierarkian ylätasolla ja ne implementoidaan alemmas, esimerkiksi hallinnollisin johtamisen ja kontrollin menetelmin.
- Yhteistoiminta (*co-operation*) voidaan tunnistaa korkea-asteiseksi integraatioksi sekä vertikaalisesti että horisontaalisesti. Tällöin se perustuu hierarkiseen johtamiseen mutta sitä täydentää vapaaehtoinen tahto ja vastavuoroinen mukautuminen mukana olevien organisaatioiden kesken. Tällöin johdon päätökset ovat riittävän väljiä mahdollistaakseen myös epävirallisen kommunikoinnin eri organisaatioiden kesken.
- Yhteistyö (*collaboration*) voidaan nähdä korkeamman tason yhteistyönä horisontaalisesti mutta matalan tason integraationa vertikaalisesti. Integraatio keihhtyy vapaaehtoisten sopimusten ja vastavuoroisen mukautumisen kautta organisaatioiden kesken. Tämä integraation muoto perustuu haluun toimia yhdessä ja sitä voidaan vahvistaa intensiivisillä kontakteilla ja viestinnällä eri organisaatioiden välillä. (Axelsson & Axelsson 2006, 79 -80.)

Integraation eri muotojen sijoittuminen akselille horisontaalinen - vertikaalinen tiivistetysti kuviossa 2.

Kuvio 2. Integraation eri muodot suhteessa vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon. Axelsson & Axelsson 2006, 80.

		Horisontaalinen integraatio	
		-	+
Vertikaalinen integraatio	+	Koordinaatio <i>Co-ordination</i>	Yhteistoiminta <i>Co-operation</i>
	-	Sopimuksellisuus <i>Contracting</i>	Yhteistyö <i>Collaboration</i>

Kaikki nämä integraation muodot voivat olla tehokkaita riippuen eriytymisen asteesta. Jos eriytyminen ei ole kovin vahvaa, sitä voidaan yhtenäistää vertikaalisella integraatiolla. Vahvasti eriytyneessä kentässä tarvitaan sen sijaan enemmän horisontaalista integraatiota. (Axelsson & Axelsson 2006, 79- 80.) Vastaavasti monet tämän tutkimuksen haastateltavista perustelivat palvelurakenteiden perusteellista uudistamista: perinteisesti erillään toimineiden sektorien, organisaatioiden ja palveluiden yhtenäistämisen ei nähty onnistuvan henkilö- ja työkäytäntötasoista yhteistyötä lisäämällä. Useimmin kuitenkin tuotiin esille, että molempia tarvitaan. Usein toteamus oli, että rakenteet on nyt muodostettu (tai muodostumassa), mutta henkilöstön keskuudessa yhteistyötapojen ja asenteiden työstämistä tarvitaan.

Vertikaalisen yhteistoiminnan muodot ovatkin tärkeitä myös, etenkin kun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on yhä useammin mukana myös vapaaehtois- ja yksityissektorin palveluntuottajia. Näillä organisaatioilla ei ole julkishallinnon kanssa yhteistä hierarkiaa, jonka kautta horisontaalista integraatiota voisi edistää, vaan integraatio on rakennettava vertikaalisesti.

1.1.2 Palveluiden tuottamistapojen muutokset ja kuntien yhteistyö

Palveluiden tuottaminen on Suomessa ollut pitkälti julkisen sektorin vastuulla, ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat olleet hyvin vahvasti kunnan tuottamia. Viime vuosina on nostettu esiin korostetusti kunnan järjestämisvastuun ja tuottamisvastuun erillisyyttä, mikä on lisännyt näkemyksiä tuottamisrakenteen uudistamisesta. Tuottamisrakenne on muuttunut monin tavoin: julkisen rinnalla yksityisten palveluiden osuus on vähitellen lisääntynyt ja palveluiden tuotteistaminen yhdessä palveluintegraation etenemisen kanssa on muodostanut uudenlaisia palveluiden tuottamiskokonaisuuksia. Palveluiden tuottajina on sekä julkisyhteisöjä, yksityisiä yrityksiä että järjestöjä. Tuottamisen monimuotoistumista on lisätty mm. pyrkimyksenä lisätä tuottavuutta luomalla kilpailua sekä lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia monipuolistamalla tarjontaa (Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2010, 37).

Kuntien toiminnassa on myös uudella tavalla alettu tunnistaa asiantuntijatyön käyttö palveluiden tuottamisessa, osaksi koska monilla aloilla työntekijöistä on puula. Aikaisemman sektoripohjaisen tehtäväjaon sijaan palveluiden tuottamisessa on eriytetty viranomaisluonteiset ja/ tai tiettyä ammattiosaamista edellyttävät tehtävät tukipalveluista. Tällaisia ovat esimerkiksi lastensuojelu, jossa tietyt viranomaistehtävät voidaan järjestää usean kunnan yhteistyönä, ja kotihoito, jossa aiemmin palvelun sisältöön kuuluneet tehtävät (siivous, asiointi) ovat siirtyneet tukipalveluiksi ja siten mahdollisesti eri tuottajan tuottamaksi.

Palveluiden keskittäminen on palvelurakenteiden uudistumisessa keskeinen teema, jota voidaan tarkastella erilaisista, keskenään limittyvistä näkökulmista käsin. Kuntapalveluiden uudistamisen näkökulmasta kyse on kuntien välisen yhteistyön eri muodoista ja asteista. Hallinnollis-taloudellinen näkökulma korostaa palveluiden tehokkuutta ja koordinaatiota, toiminnallinen näkökulma palveluiden organisoimista ja tuottamista. Osaamista korostettaessa huomio kiinnittyy ammattilaisten työn koordinointiin enemmän kuin palvelutapahtumien sijaintiin, ja asiakkaan, kuntalaisen lähtökohdista katsottuna kyse on palveluiden saamisen mahdollisuuksista. 2000-luvun keskustelussa palvelurakenteen uudistuksesta näitä näkökulmia on käytetty vaihtelevasti. Päätöksenteko palveluiden järjestämisessä on hajautettu kunnille aina 1900-luvun loppuun ulottuvissa prosesseissa (esim. Kaarakainen 2010), ja keskittämispuhe on painottunut palveluiden alueelliseen järjestämiseen ja toteuttamiseen.

Suomalainen kuntakenttä on tuottanut palveluita kansainvälisesti arvioiden hyvin pienillä väestöpohjilla. Suomen palvelujärjestelmä on etenkin erikoissairaanhoidon

osalta väestöpohjaltaan ja taloudelliselta kantokyvyltään rakenteellisesti hyvin heikko, suurimpia yliopistollisia sairaanhoitopiirejä lukuun ottamatta. (Pekurinen ym. 2010, 35). Palveluiden keskittämiseen liittyen on ollut voimakkaasti esillä keskustelu lähipalveluista. Lähipalveluiden määritelmä ei ole selkeä. Yleisesti käytetyn, Kuntaliiton määritelmää mukailevan käsityksen mukaan lähipalvelut ovat päivittäin tai toistuvasti käytettäviä palveluja, jotka joko tuotetaan kuntalaisen lähiympäristössä, tuodaan kotiin, tai joiden piiriin on helppo hakeutua. Eri tavoin lähipalveluita määriteltäessä palveluiden etäisyys ja palveluiden käytön yleisyys nousevat yleisimmiksi kriteereiksi lähipalveluiksi nimittämisessä. (Zitting & Ilmarinen 2010, 27-28.)

Bel & Fageda (2006,19) arvioivat, että suhteellisen pienet kunnat, joilla palveluiden kokonaisuus on alhainen, voivat nostaa palveluidensa tehokkuutta yhteistoiminnalla. Yksityistäminen voi pienille kunnille sen sijaan tuottaa suhteellisen korkeat kustannukset palveluiden seurannan järjestämisessä. Paras -uudistuksen talousnäkökulmia arvioivassa tutkimuksessa on tarkasteltu vuoden 2006 käyttökustannuksia erikokoisissa kunnissa. Alhaisimpia käyttökustannuksia asukasta kohden on saavutettu 20 001–50 000 asukkaan kokoluokassa, ja myös luokassa 10 001–20 000 kustannukset ovat olleet suhteellisen alhaisia. Korkeimmat asukaskohtaiset käyttökustannukset sijoittuvat 5 000–10 000 ja 50 001–100 000 asukkaan kuntiin. Edellisinä vuosina suhteellinen menolisäys on kuitenkin ollut suurinta juuri niissä kuntaryhmissä, jotka aiemmin ovat olleet edullisimpia, ja pienintä korkeimpien kustannusten luokassa, eli erot ovat olleet tasaantumassa. (Vakkuri ym. 2010, 110 - 111.)

Perlinin havaintojen mukaan kunnat voivat tehdä yhteistyötä sopimuksellisesti jakaen osaamistaan, mutta tätä mahdollisuutta käytetään harvoin yleiseen paikallispolitiikkaan liittyen. Yleisesti alueet ovat luoneet strategisia asiakirjoja, mutta niitä ei usein käytetä toiminnassa vaan kuntajohtajat enimmäkseen ohittavat strategia-asiakirjojen periaatteet ja kunnat tekevät vain harvoin yhteistyötä julkisten sopimusten mukaisesti. (Perlin 2006, 267.) Yhteistoiminta-alueen muodostaminen onkin suuri kulttuurinen muutos, joka haastaa sekä ajattelua että toimintatapoja monin tavoin.

Norjalaisessa kuntien yhteisen atk-kehittämisen raportissa esitetään kriittiset onnistumisen tekijät yhteiselle kehittämiselle. Kaksitoista kriittistä faktoria sisältävät mm. saman toteutuksen kuin Belin & Fagendan edellä kuvatussa tutkimuksessa: etenkin pienet ja keskisuuret kunnat ovat yhteistoiminnassa suurimpia hyötyjiä. On myös keskityttävä eniten hyötyjä tarjoaviin toimintoihin ja sitä kautta osoitettava toiminnan vaikutukset nopeasti, ja samalla kohdennettava pitkän aikavälin tavoitteita kohti tulevaisuutta. Sitoutunut, toimintaa edistävä omistaja prosessille on tärkeä, samoin sen riittävä toimivalta sekä toiminnan arviointi ja kustannusten seuranta. (Felles IKT-utvikling i kommunal sektor, 84.)

Pienten kuntien palveluiden tuotannossa on eri vaihtoehtoja. Bel ja Fageda (2006) ovat tarkastelleet yhteistä palveluntuotantoa vesihuollossa espanjalaisissa

kunnissa. Heidän tulostensa mukaan ensinnäkin kuntien yhteistyössä palveluiden tuottamiseksi nousee tuotos paljon tärkeämmäksi kuin se on yhden kunnan hallinnoimassa palvelussa. Toiseksi pienet kunnat näyttävät tekevän yhteistyötä useammin kuin isommat, vaikkakin kuntien yhteistyö näyttää olevan säännöllistä myös silloin kun kunta on pääasiassa kaupungistunutta aluetta. Vesihuollossa yhteistyöhalukkuutta sääntelee tietenkin myös teknisen investoinnin kustannus. Kolmanneksi he havaitsivat, että vesihuollon kustannukset madaltuivat pienissä kunnissa yhteistyön myötä, mikä ei pitänyt paikkaansa isommilla kunnilla jotka jo toimivat taloudellisesti optimoidussa tilanteissa. Kaikkiaan näytti siltä, että pienten kuntien yhteistyö voi pienentää julkisen ja yksityisen palvelun tuottamisen hintaeroa ja siksi pienet kunnat voivat käyttää yhteistyötä vaihtoehtona paikallisten palveluiden laajalle yksityistämiseksi. (Bel & Fageda 2006, 26 -27.)

Warnerin tarkastelussa kuntien välinen yhteistyö palveluiden tuottamisessa nähdään vakiintuneena käytäntönä USA:ssa. Suoran palveluntuotannon sekä yksityistämisen jälkeen se on kolmanneksi yleisin tapa tuottaa palveluita. Warner (2005) on pyrkinyt selvittämään, voiko kuntien vapaaehtoinen yhteistyö tuottaa tehokkuutta ja tasa-arvoa ilman paikallisen äänen ja identiteetin menettämistä. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä että yhteistyö vapaaehtoisena toimintatapana ei enää toteuta suoraa demokratiaa eikä muodosta tehokasta palveluntuotantoa, tasapuolisuutta tai vastuunjakoa jotka olivat aikaisemmin sen tavoitteita. Näiden tulosten saavuttaminen edellyttää paikallishallintoon puuttumista monella alueella, ja siinä valtionhallinnon rooli sääntöjen ja tasapuolisuuden varmistajana on tärkeä. Alueellisen hallinnon demokraattisten rakenteiden tasapuolisuus tulee varmistaa ja palkkalisdemokratialle on myös varmistettava tasapuolinen mahdollisuus. Yhteistoiminta voi olla paikallishallinnolle keino varmistaa jatkuvuus, mutta myös muita painopisteitä on otettava huomioon jos tavoitellaan tehokkuutta ja tasa-arvoa. (Warner 2005, 221–222).

Meklin ym. (2009) arvioivat Paras -uudistusta talouden näkökulmasta. Kuntaliitosten taloudelliset hyödyt koostuvat eri sektoreilla, kun taas yhteistoiminta-alueilla hyötyä haetaan sosiaali- ja terveystalouden osalta järjestämällä ne yksittäisiä kuntia ”leveämmillä hartioilla”. Verotukseen, peruskoulun, yhdyskuntapalveluiden, maankäytön, asunto- ym. palveluiden päätöksenteko ja kustannukset jäävät kuitenkin peruskunnille. Näin yhteistoiminta-alueet hajauttavat päätösvaltaa siinä missä kuntaliitos keskittää sitä. Yhteistoiminta-alueiden perustamisen fuusiokustannuksista osa voi myös jäädä pysyväksi. (Meklin ym. 2009, 13.)

1.2 Kunta- ja palvelurakennemuutos yhteistoiminta-alueiden taustalla

Kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevan lain perusteluissa esitettiin linjauksia sosiaali- ja terveystalouden rakenteen kehittämisestä. Uudistuksen tavoitteena oli kunta- ja palvelurakenteen vahvistaminen ja uusien palvelujen tuotantotapojen ja organisoinnin uudistaminen. Uudistukseen liittyi myös kuntien rahoitus- ja valtion-

osuusjärjestelmän uudistaminen sekä kuntien ja valtion välisen tehtäväjaon tarkistaminen siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevana vuosikymmeninä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yleisenä palveluita koskevana tavoitteena on ollut toteuttaa siirtyä kohti aikaisempaa suurempia palveluiden järjestämisyksiköitä niin, että palvelut järjestetään vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla: *"Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta."* (L169/2007, 5§). Tämän väestöpohjan kunnat, joiden asukasluku oli alle 20 000 asukkaan, saattoivat tavoittaa joko kuntaliitoksella tai muodostamalla yhteistoiminta-alueen toisten kuntien kanssa. Yhteistoiminta-alueen tuli olla hallinnolliselta rakenteeltaan joko kuntayhtymä tai perustua ns. isäntäkuntamalliin, jossa yksi kunta vastaa mallin yhteisorganisaatioon kuuluvien kuntien puolesta palveluiden järjestämisestä. Demokraattinen ohjaus ja valvonta toteutuvat kummassakin mallissa kuntien yhteisten hallintoelinten kautta:

Kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi kunnat voivat perustaa toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuvan 3 ja 4 momentissa tarkoitetun yhteistoiminta-alueen. Kunnat voivat sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan kuntalain 18 76 §:n 2 momentin mukaisesti alueen yhden kunnan hoidettavaksi, jolloin tehtävien hoitamista varten perustetaan kuntalain 77 §:ssä tarkoitettu alueen kuntien yhteinen toimielin, tai että yhteistoiminta-alueen tehtävät hoitaa kuntayhtymä. (L169/2007, 5§)

Väestöpohjavaatimuksesta voitiin kuitenkin poiketa tietyin, puitelakiin kirjatuin perusteluin. Näitä olivat

- 1) toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristoisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole 1 ja 2 momentissa säädetyllä tavalla mahdollista;*
- 2) se on tarpeen suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi; tai 3) se on tarpeen saamelaisten kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.*

Yhteistoiminta-alueiden muodostamista valmisteltaessa kunnissa huomiota kiinnitti tulkinnalliseksi ja epäselväksi nähty säädös 'perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden' järjestämisestä. Mitä tarkoitettiin laissa mainituilla perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyvien sosiaalipalveluilla tulkittiin eri tavoin. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliiton korostivat yhteisessä, ohjaavassa muistiossaan⁴ kunnille keväällä 2008, että *"sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on perusteltua järjestää eheänä toiminnallisena kokonaisuutena jatkossakin"*. Näin sosiaalipalveluiden järjestäminen suositeltiin yhdistettävän perusterveydenhuollon

⁴ STM ja Kuntaliitto 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelu kunnissa

kanssa yhteisiin rakenteisiin, mutta yhteistoiminta-alueen perustamisen ehdottomaksi kriteeriksi sitä ei asetettu, vaan kunnat saivat rakkaista missä määrin halusivat yhteistoiminta-alueilla sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluita integroida. Kuitenkin selvää oli, että kaikissa ratkaisuisa sosiaalihuollon tulee ainakin osittain olla mukana palveluiden järjestämisen kokonaisuudessa. Kunnille annetussa valtioneuvoston palautteessa kesällä 2008 todettiin, että *"Ratkaisut, joissa jokin kunta ei siirtäisi yhteistoiminta-alueelle lainkaan sosiaalitoimen tehtäviä, eivät ole lain tavoitteiden mukaisia."*⁵

Tämän tutkimuksen toteuttamisen aikana puitelakiin tuli muutoksia näiden säädösten osalta. Puitelain muutossäädös 384/2011⁶ sisältää edellytyksen siirtää kaikki sosiaalihuollon palvelut yhteistoiminta-alueen järjestettäväksi. Kunta voi kuitenkin edelleen huolehtia lasten päivähoidosta annetussa laissa (36/1973) sekä lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetussa laissa (1128/1996) tarkoitetuista tehtävistä. Väestöpohjan tulee lain mukaan täytyä viimeistään 1.1.2013, ja kaikki sosiaalihuollon palvelut lukuun ottamatta lasten päivähoitoa on siirrettävä yhteistoiminta-alueille 1.1.2015 mennessä. Kuntien on tehtävä näitä ratkaisuja koskevat päätökset 31.8.2011 mennessä.⁷ Lain muutos mahdollistaa myös sen, että valtioneuvosto voi tietyin edellytyksin päättää kunnan liittämistä jo perustettuun yhteistoiminta-alueeseen tai että kunta muodostaa muiden kuntien kanssa kokonaan uuden yhteistoiminta-alueen. Jos perustetulle yhteistoiminta-alueelle ei ole annettu 5 §:n 3 momentissa säädettyjä tehtäviä, valtioneuvosto voi kuntien puolesta päättää, että mainitut tehtävät siirtyvät yhteistoiminta-alueelle.

Nämä muutokset eivät olleet voimassa tämän tutkimuksen aineiston keruun vaiheessa. Muutosten tuleva sisältö oli kuitenkin pääpiirteissään yleisesti tiedossa haastattelujen aikana, ja aineistossa on siihen suoria kytkentöjä.

Paras -puitelain mukaisen palvelutuotannon vuonna 2007 aloitti yksi yhteistoiminta-alue, vuonna 2008 kolme aluetta, ja alueista 28 eli yli puolet vuonna tähän tutkimukseen kuuluvisa alueista on aloittanut toimintansa vuonna 2009. Vuonna 2010 on aloittanut 10 aluetta. Muut viisi aluetta ovat aiemmin perustettuja terveydenhuollon kuntayhtymiä, joiden toimintaan on myöhemmin Paras-lain myötä liitetty sosiaalihuollon palveluita sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen muodostamiseksi.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras) seurannassa kunnat ovat ilmoittaneet valtioneuvostolle v. 2007 ja 2009, miten ne aikovat täyttää puitelain mukaiset väestöpohjavelvoitteensa. Vuonna 2009 samassa yhteydessä toteutettiin laaja kysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä (Kokko ym. 2009). Tämän ns. Paras -sotekyselyn perusteella tiedetään, millaisia perusratkaisuja kunnat olivat vuonna

⁵ 007:02/2008, 27.6.2008 Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä

⁶ Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun lain muuttamisesta 384/2011, muutokseen liittyvä hallituksen esitys HE 268/2010

⁷ Valtioneuvosto kartoittaa kuntien PARAS-ratkaisut sähköisellä kyselyllä syksyllä 2011.

2009 tehneet sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseksi vuoteen 2013 ulottuvalle ajanjaksolle. Sen tiedon mukaan Suomeen oli muodostumassa yhteensä 66 yhteistoiminta-alueita. Niiden toiminnassa olisi mukana 260 kuntaa ja niiden alueella asuisi yli 50 prosenttia Suomen väestöstä. Vuonna 2010 toiminnassa oli 48 yhteistoiminta-alueita (172 kuntaa) joiden asukaspora oli yhteensä 1 645 634 asukasta. Kuntaliitokset ja muutokset yhteistoiminta- ja kuntaliitospäätöksissä muokkaavat kuitenkin kenttää jatkuvasti.

Palveluiden järjestämisestä saatu tieto etenkin yhteistoiminta-alueiden osalta on jäänyt edelleen ohueksi ja hajanaiseksi. Useiden yhteistoiminta-alueiden ratkaisut palveluiden osalta olivat keskeneräisiä kyselyajankohtana keväällä 2009, ja käytännöt olivat vasta muotoutumassa. Mitä järjestämisvastaan siirtyminen käytännössä tarkoitti, näytti vastausten mukaan epäselvältä. Siksi päätettiin että Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa erillistutkimuksen *Yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet 2010*. Tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva yhteistoiminta-alueiden palveluiden rakentumisesta sekä tunnistaa tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet onnistuneisiin ratkaisuihin.

1.3 Tutkimuksen toteutus

Tutkimus on kartoittava ja kuvaileva tutkimus joka kohdistuu v. 2010 toiminnassa oleviin yhteistoiminta-alueisiin. Tutkimus hyödyntää ns. Paras -sotekyselyssä keväällä 2009 (Kokko ym.) kerättyä määrällistä aineistoa. Pääaineisto kerättiin yhteistoiminta-alueilta haastattelukäynnin ja puhelinhaastatteluin. Tutkimuksessa selvitetään yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon *peruspalveluiden* järjestämisen ja tuottamisen ratkaisujen konkretisoitumista palvelukokonaisuuksissa. Tarkastelukohteita ovat palvelukokonaisuuksien integraatio vs. hajanaisuus, sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio vs. erillisyys, palveluiden järjestämisen maantieteelliset strategiat sekä palveluiden hallinnoinnin ja johtamisen järjestäminen. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan erityispalveluiden (mielenterveys-, päihde- ja vammaispalvelut) kytkeytymistä jatkumoina peruspalveluihin.

Tiedonkeruun valmistelussa määriteltiin ensin tiedot, joita tavoiteltiin (Heinämäki 2010). Tiedonkeruu hyödynsi sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä. Strukturoituihin kysymyksiin liittyi avovastaustiloja, mikä lisäsi tiedonkeruussa saatavan tiedon monipuolisuutta ja kuvailevuutta. Tiedonkeruutaulukkoon esitetyttiin osa taustatiedoista jotka tarkistettiin haastattelun kuluessa.

Kaikissa haastatteluissa käytettiin samaa strukturia, josta muodostettiin jokaiselle yhteistoiminta-alueelle oma tiedonkeruutaulukonsa. Haastattelun kuluessa kirjattiin vastauksia strukturoituihin, ennalta koodattuihin kysymyksiin ja kirjoitettiin kenttämuiistiinpanoja strukturoitujen kysymysten lisätietoina annetuista avovastauksista. Lisäksi käytössä oli ns. *vapaa sana*, mahdollisuus ottaa kantaa ja kommentoida haastateltavien vapaasti valitsemissa aiheissa.

Tiedonkeruun päättyessä lokakuussa 2010 koottiin strukturoidut vastaukset sekä niihin välittömästi liittyvät avovastauksena annetut lisätiedot yhteen koontitaulukoon. Tässä vaiheessa tuotettiin väliraportti⁸, jossa esiteltiin suppea jakaumatietojen läpikäynti sekä avovastausten alustava analyysi. Yksittäisten alueiden avovastauksista merkittävä osa jäi vielä tämän analyysin ulkopuolelle. Loppuraportti työstettiin kevätkauden 2011 aikana. Palautetta ja kommentointia väliraportista saatiin loppuraportin työstämisvaiheessa runsaasti, mm. Sosiaali- ja terveydenhuollon muutosjohtamisen hankkeen⁹ alueseminaareissa. Kyseisen hankkeen kokoamat 12 yhteistoiminta-alueen laajat kyselyaineistot, sekä kuudella alueella toteutettujen seminaarien valmistelu- ja toteutusvaiheen keskustelut omalta osaltaan vahvistivat ja täydensivät tämän tutkimuksen aineiston analyysiä.

Haastattelujen toteutus

Vuonna 2010 toiminnassa olevat yhteistoiminta-alueet (48 kpl, liitetaulukko 1) tyy-piteltiin perusratkaisujen mukaan, ja tyyppittelyn sekä alueellisen edustavuuden perusteella valittiin puolet alueista haastattelukäyntien kohteeksi. Muihin tehtiin puhelinhaastattelu. Yksi vuonna 2010 aloittanut yhteistoiminta-alue (10 555 asukasta) päätyi kuntaliitokseen 1.1.2011 alkaen, ja se jätettiin aineiston keruun ulkopuolelle. Haastatteluja tehtiin yhteensä 88 kappaletta. Aineisto ei sisällä koko henkilöstön eikä myöskään peruskuntien luottamus- tai virkamiesjohdon haastatteluja vaan edustaa yhteistoiminta-alueen virkamiesjohdon näkemyksiä.

Haastattelukäynti tehtiin 24 alueelle ja niillä haastateltiin yhteensä 62 johtavaa viranhaltijaa toukokuun ja elokuun 2010 välisenä aikana. Haastattelukäyntien järjestämiseksi haastattelupyynnöt lähetettiin sähköpostitse yhteistoiminta-alueen johtaville viranhaltijoille, pääasiassa Internet tietojen perusteella. Käytännössä kaikki johtavat viranhaltijat eivät olleet tavoitettavissa samana päivänä, joten haastatteluihin osallistuvien määrä ja taustojen jakauma oli osittain sattumanvarainen. Kaikilla alueilla haastateltiin vähintään johtava viranhaltija ja hänen lisäksi 1-5 muuta henkilöä, keskimäärin 2,6 haastateltavaa alueilla, joille tehtiin käynti.

Puhelinhaastattelut, yhteensä 26, tehtiin kesäkuun ja lokakuun 2010 välisenä aikana. Puhelinhaastattelut toteutettiin yhteistoiminta-alueen johtavaa viranhaltijaa haastatellen ja lisäksi tehtiin joitakin haastattelukäynneillä tai puhelinhaastatteluissa sovittuja täydennyksiä tietyn palvelualueen osalta.

Haastateltavien jakauma

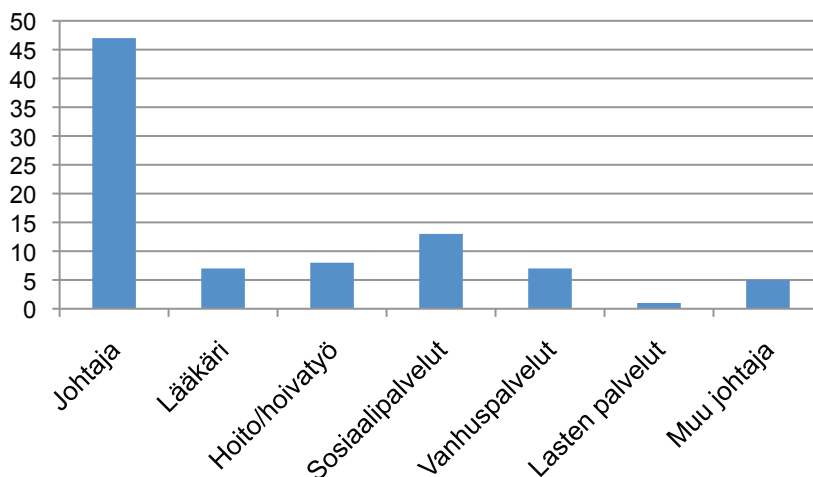
Jokaiselta alueelta haastateltiin johtaja (kuntayhtymän johtaja, isäntäkunnan perusturvajohtaja, liikelaitoksen johtaja, sosiaali- ja terveysjohtaja tms.). Alueilla, jolle tehtiin haastattelukäynti, muut haastateltavat olivat tulos- tai palvelualueen tms.

⁸ Heinämäki, Liisa 2010. Katsaus yhteistoiminta-alueiden palveluihin 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet -tutkimus, väliraportti. Avauksia 28/2010, THL.

⁹ Muutosjohtamisen tuki -hanke 2010 -2011 (STM, VM, THL, Kuntaliitto, TTL, Sitra)

johtajia. Nimikkeissä oli päälliköitä, vastaavia / johtavia henkilöitä, palvelulinjajohtajia tms. Heistä lääkäreitä ja hoiva- /hoitojohtajia oli viisitoista, sosiaalipalveluiden tai -työn johtajia kolmetoista. Erillisistä palvelualoista vanhustyön johtajia mukana oli seitsemän; näihin lukeutui myös kaksi koti- ja asumispalvelujohtajaa. Lasten palveluiden johtajia oli mukana vain yksi, joskin muutamilla sosiaalityön päälliköillä oli lasten palveluiden vastuuta. Lisäksi muita yksittäisiä mukana oli viisi: talousjohtaja, kehittämisjohtaja tms. (Kuvio 3).

Kuvio 3. Haastateltavien jakautuminen yhteistoiminta-alueen johtajiin ja eri palvelualueiden johtajiin.



Haastateltujen johtajien ammatillista taustaa ei erikseen kysytty. Esille tulleet taustat vaihtelivat lääkäreistä, eri alojen linjajohtajista taluspäällikköön. Isäntäkuntien perusturvajohtajat ovat luonnollisesti toimineet ko. tehtävässä jo ennen yhteistoiminta-aluetta.

2 Yhteistoiminnan perusratkaisut v. 2010

Tässä luvussa tarkastellaan yhteistoiminta-alueiden palveluiden järjestämiseen vaikuttavia perusratkaisuja. Yhteistoiminta-alueita muodostaneiden kuntien koko sekä yhteistoiminta-alueiden koko ohjaavat palveluntuotantoa. Hallinnon ratkaisut heijastuvat käytännön toimintaan, samoin kuin kuntien päätöksentekoprosessien ja tiedon väylien muotoutuinen uudessa tilanteessa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden kesken.

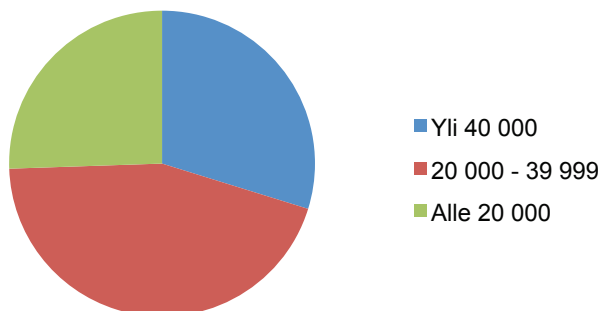
2.1 Yhteistoiminta-alueiden ja kuntien koko

Tämän tutkimuksen 47 yhteistoiminta-alueeseen¹⁰ kuuluu 170 kuntaa ja asukkaita alueilla on yhteensä 1 645 079 eli 30,4 prosenttia Suomen väestöstä. Vastaavasti vuosina 2007–2011 on Suomessa toteutunut 57 kuntaliitosta, joiden myötä kuntien lukumäärä on vähentynyt tänä aikana 105:llä eli noin neljänneksellä. Osa kuntaliitostokunnista on mukana myös yhteistoiminnassa.

Yhteistoiminta-alueiden väestöpohja aineistossa on keskimäärin 34 789, vaihdellen välillä 12 487 - 105 686. Alle 20 000 asukasta kattavia alueita oli kaksitoista, ja lisäksi kahden alueen asukasluvu ylitti rajan vain muutamilla sadoilla. Näin ollen voidaan arvioida että reilulla neljänneksellä vuoden 2010 yhteistoiminta-alueista on edessään pohdintaa väestöpohjan riittävyyden suhteen. Yli 40 000 asukkaan yhteistoiminta-alueita oli neljätoista, joten eniten eli kaksikymmentäyksi aluetta oli kooltaan yli 20 000 mutta alle 40 000 asukasta. (Kuvio 4.)

¹⁰ Vuonna 2010 oli virallisesti olemassa 48 yhteistoiminta-aluetta. Näistä yksi, n. 10 000 asukkaan alue, ei toiminnallisesti käynnistynyt vaan kunnat päätyivät kuntaliitokseen v. 2011 alusta. Tämä alue ei ole mukana aineistossa.

Kuvio 4. Yhteistoiminta-alueiden jakautuminen kokoluokkiin alle 20 000 asukasta, yli 20 000 mutta alle 40 000 asukasta ja yli 40 000 vuonna 2010.

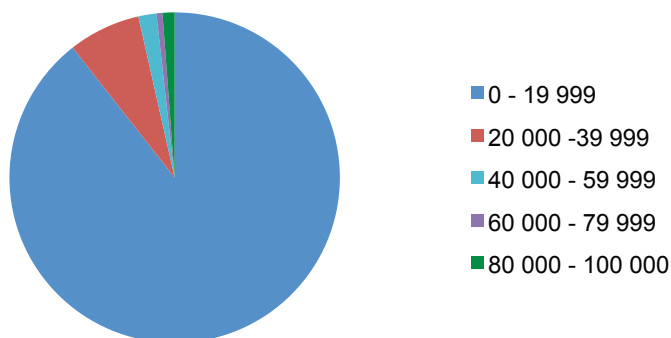


Yhteistoiminta-alueisiin kuuluvien kuntien koko vaihtelee 860 ja 92 626 asukkaan välillä. Yhteistoimintaa on pidetty pääasiassa pienten kuntien ratkaisumallina, ja yhteistoiminta-alueiden kuntien mediaanikoko jääkin noin 5 500 asukkaaseen ja alle 20 000 asukkaan kuntia on 152 kappaletta eli 90 prosenttia yhteistoiminta-alueiden kunnista (N=170). Keskimäärin yhteistoiminta-alueiden kunnissa asukkaita on hieman alle 9 500 asukasta, ja yli 40 000 asukkaan kuntia mukana on vain kuusi. Nämä ovat isäntäkuntamallin isäntäkuntia tai muuten alueellista yhteistyötä vahvasti kehittäviä kuntia.

Taulukko 2. Yhteistoiminta-alueisiin vuonna 2010 kuuluneiden kuntien kokoluokittelu ja kokoluokan prosenttiosuus yhteistoiminta-alueisiin kuuluvista kunnista (N=170).

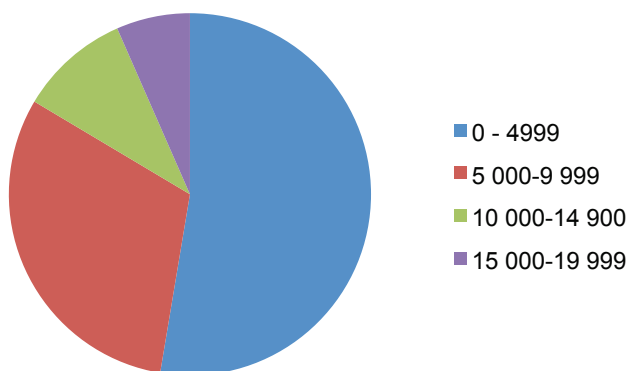
Kokoluokka, asukasta	Kuntia, lkm	Kuntia, % (N=170)
0 - 19 999	152	90
20 000 - 39 999	12	7
40 000 - 59 999	3	1,8
60 000 - 79 999	1	0,6
80 000 - 100 000	2	1,2

Kuvio 5a. Yhteistoiminta-alueisiin kuuluvien kuntien kokoluokkajakauma vuonna 2010.



Jos tarkastellaan lähemmin suurinta kokoluokkaa eli alle 20 000 asukkaan kuntien joukkoa (152 kuntaa), nähdään että alle 5000 asukkaan kunnat muodostavat tässä joukossa suurimman osan eli 80 kuntaa, mikä on samalla lähes puolet (47 prosenttia) kaikista yhteistoiminta-alueiden kunnista. Alle 3000 asukkaan kuntia näistä on 46 eli yli puolet.

Kuvio 5b. Yhteistoiminta-alueisiin kuuluvien kuntien kokoluokkajakauma vuonna 2010, alle 20 000 asukkaan kunnat.



Yhteistoiminta-alueiden kunnat ovat siis valtaosin pieniä kuntia, joiden väestöpohja ei olisi Paras -lain edellyttämään 20 000 asukkaan palveluiden järjestämisalua-

eseen riittänyt. Yhteistoiminta-alueissa on kuitenkin myös sellaisia, joissa ei yhteistyölläkään saavuteta 20 000 asukkaan väestöpohjaa. Näiden tilanteiden taustalla voivat olla maantieteelliset perusteet, erilaisten yhteistyövaihtoehtojen etsintä ja hylkääminen tai muut, hyvin moninaiset syyt.

Paras- uudistuksen arviointitutkimus Arttu¹¹ on tarkastellut myös tuottavuuden ja tuloksellisuuden lähtökohtia tutkimuskunnissa ja todennut, että kustannukset ovat olleet korkeampia niissä kunnissa, jotka eivät ole lähteneet kuntaliitoksiin ja yhteistoimintaan. Erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa nähdään, että kunnat, joiden kustannukset jäävät huomattavasti alle koko maan keskimääräisten kustannusten, ovat jo pääsääntöisesti toteuttamassa Paras-toimenpiteitä. Tämä kertoo mm. siitä, että tuottavuuden parantaminen on mahdollista vain, jos kunnat itse tunnistavat muutostarpeen (Vakkuri ym. 2010, 9.) Tämä havainto voi selittää myös sitä, että samoilla maantieteellisillä alueilla samankaltaiset kunnat ovat suhtautuneet uudistukseen eri tavoin, eikä yhteistoiminta-alueiden muodostaminen ole ollut aina helppoa.

Aineiston yhteistoiminta-alueista ei hallinnon, palveluiden rakenteiden tai muiden tarkasteltujen muuttujien osalta noussut alueen koon mukaisia merkittäviä eroja.

Aineistossa on viitteitä siitä, että 20 000 asukkaan väestöpohjaa ei kaikissa tilanteissa pidetä riittävänä palveluiden mielekkäälle järjestämiselle. Suurimmilla alueilla nähdään, että vasta 50 000 - 70 000 asukkaan pohjalla voidaan palveluihin sisällyttää myös erikoissairaanhoidon palveluita riittävässä määrin. Pienimmillä alueilla on tunnistettu sama ongelma kuin peruskunnissa: pienen väestömäärän palveluita järjestettäessä yleis- ja kehittämiskustannukset tuottavat nopeasti paineita palveluiden hintoihin. Paineet palveluiden kustannusten vähentämiseen ovat suuria, samoin kuntien pelko siitä että yhteistoiminta-alue alkaa 'elää omaa elämäänsä' ja perustaa uusia virkoja tehtäviin, joita ei pidetä välttämättöminä palveluiden tuottamisen suhteen. Näin yhteistoiminnan ja/tai palveluiden kehittämiseen ei ole riittävästi voimavaroja.

2.2 Hallinto ja henkilöstön sijoittuminen

2.2.1 Yhteistoiminnan hallinnointi

Kunnat ovat voineet Paras -lainsäädännön (puitelain 5 &) mukaan sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan alueen yhden kunnan hoidettavaksi (ns. isäntäkun-

¹¹ Paras-arviointitutkimusohjelma (ARTTU) 2008 -2013 selvittää uudistuksen vaikutuksia mm. kunnallisiin palveluihin, rahoittajina kunnat, Suomen Kuntaliitto, valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, maa- ja metsätalousministeriö sekä Kuntien eläkevakuutus.

tamalli¹²), jolloin tehtävien hoitamista varten perustetaan kuntien yhteinen toimielin, tai että yhteistoiminta-alueen tehtävät hoitaa kuntayhtymä. Isäntäkuntamallissa jäsenkuntien palveluiden järjestämisvastuuta käyttävä, lain edellyttämä yhteinen toimielin on käytännössä isäntäkunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta huolehtiva lautakunta, jota laajennetaan muiden yhteistoiminta-alueen kuntien edustajilla kuntien sopimassa suhteessa. Näin isäntäkuntamallin yhteistoiminta-alueet muodostavat osan isäntäkunnan hallinnollista rakennetta, jonka mukaisesti päätöksenteko toimii. Isäntäkuntamallissa palveluiden tuottaminen on kuitenkin voitu osoittaa muulle toimielimelle, kuten liikelaitokselle (Helli, JIK, POSA, Siiliset, Suupohja). Kuntayhtymämalleissa järjestämisvastuuta käyttää kuntayhtymän sääntöjen mukaisesti esim. yhtymävaltuusto¹³, ja lisäksi toiminnassa on yhtymähallituksia ja erilaisia muita rakenteita.

Aineistoon kuuluvista yhteistoiminta-alueista 18 kpl (38 prosenttia) on kuntayhtymiä. Näissä yhtymissä kuntia on 84 kappaletta, väestöpohja yhteensä hieman yli 650 000 asukasta eli keskimäärin noin 7 900 asukasta kunnassa. Kunnista seitsemän on yli 20 000 asukkaan kuntia ja vain yksi on suurempi kuin 40 000 asukasta. Mediaanikoko on 4700 eli jonkin verran alle kaikkien yhteistoiminta-alueiden kuntien mediaanikoko.

29 kpl (62 prosenttia) yhteistoiminta-alueista on isäntäkuntamallilla toimivia. Näihin alueisiin kuuluu 86 kuntaa, joissa väestöpohja on yhteensä reilut 970 000 ja kuntien keskimääräinen koko noin 11 400 asukasta. Näiden kuntien mediaanikoko on lähes 5900 asukasta.

Kuntayhtymissä kunnat ovat hieman yleisemmin tasakokoisempia kuin isäntäkuntamallissa. Kuntayhtymissä suurimman ja pienimmän kunnan kokoero on keskimäärin noin 13 000, kun se isäntäkuntamallia käyttävillä alueilla on noin 24 000. Isäntäkuntamallin alueista kahdeksantoista eli yli puolet on sellaisia 2-3 kunnan alueita, joissa isäntäkunta on merkittävästi suurempi¹⁴ kuin kumppanikuntansa, ja monissa tapauksissa tämä ero on varsin huomattava (esim. Seinäjoki-Isokyrö 57 000/ 4 950; Kuopio-Tuusniemi 96 100/ 2 864; Kokkola-Kruunupyö 45 896/ 6 720; Vaasa- Laihia-Vähäkyrö 59 175/ 7 794/ 4 740).

Kuntayhtymien ja isäntäkuntamallisten yhteistoiminta-alueiden ratkaisut palveluiden osalta eivät merkittävästi eroa toisistaan tässä tutkimuksessa tarkastelluilta osiltaan. Vuonna 2009 toteutetussa kyselyssä kunnille sen hetkiset ratkaisut kertoivat isäntäkuntamallin yleistymistä niin, että kuntayhtymissä tulisi vuonna 2013 olemaan enemmän kuntia, mutta isäntäkuntamallin organisaatioita olisi enemmän kuin kuntayhtymiä (Kokko ym. 2009, 33.)

Joillain yhteistoiminta-alueilla kunnista yhteistoiminnan myötä poistuneet perusturvalautakunnat tms. ovat jatkaneet neuvottelukuntana tai muuna neuvoa-antavana

¹² Käytetään myös nimikettä vastuukuntamalli, tässä raportissa käytetään nimikettä isäntäkunta.

¹³ Nimikkeissä on vaihtelua organisoitumuodon mukaisesti.

¹⁴ Tulkittu näin, kun kumppani/ kumppanit ovat alle puolet isäntäkunnan koosta.

elimenä. Yhteistoiminta-alueen ja peruskuntien välinen tiedonvaihto sisältää vaihtelevasti mm. palvelutarvearviointia, kustannuskehityksen seuranta, palvelusuunnitelua jne. On myös erilaisia malleja siinä, miten peruskuntien luottamushenkilöiden osallistuminen palveluita koskevaan päätöksentekoon on sovittu. Yhteistoimintasuopimuksissa on voitu sopia - tai sopimuksia tulkita - siten, että peruskuntien valtuustoto tekevät päätöksiä myös palveluntuotantoa koskien, vaikka järjestämisvastuu on osoitettu kuntayhtymälle. Näistä syntyy uudenlaisia, jännitteisiä ristiriitaisen päätöksenteon tilanteita. Tätä tematiikkaa käsitellään enemmän luvussa 6, mutta aiheen syventäminen ja mm. se, miten perusturvalautakunnan poistuminen kunnan hallinnosta vaikuttaa kokonaisvaltaisten ja horisontaalisten tehtävien hoitoon, jää tämän tutkimuksen ulottumattomiin

2.2.2 Henkilöstön siirtyminen yhteistoiminta-alueen palvelukseen

Henkilöstö sijoittuu yhteistoiminta-alueille 45 alueella. Henkilöstön työsuhte on siirretty joko kuntayhtymälle, isäntäkunnalle tai palveluiden tuottamisvastuuta kantavalle liikelaitokselle. Peruskuntiin henkilöstö sijoittuu kahdella alueella, joista toisella (Kfem) järjestämisvastuu on kuntayhtymällä, mutta palveluiden tuottaminen on osoitettu peruskuntien perusturvalautakunnille joiden alaisena henkilöstö toimii. Toisella alueella (Wiitaunioni) päätös henkilöstön siirrosta yhteistoiminta-alueella on olemassa, mutta toimeenpano on oikeuskäsittelyn vuoksi viivästynyt.

Palkkauksen ja muiden työsuhteiden harmonisointi oli kaikilla yhteistoiminta-alueilla aloitettu. Prosessiin kuluu kuitenkin aikaa, joten vuonna 2010 se oli useimilla vielä kesken.

Henkilöstön siirtoon yhteistoiminta-alueen hallintoon ei kerrottu liittyvän erityisiä periaatteellisia ongelmia tai vastustusta. Käytännön hankaluuksia oli kuitenkin kohdattu: usean eri organisaation (esim. kunnat ja kuntayhtymä tai kaksikin) henkilöstön siirtäminen yhteen organisaatioon on vaativa prosessi. Joillain alueella hankaluuksia on ollut jopa siirtyvien työsuhteiden ja työntekijöiden määrän selvittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on voinut kunnassa tai aikaisemmassa kuntayhtymässä sijoittua useaan eri toimintayksikköön; henkilöistä osa on toiminut useassa työpisteessä ja osa henkilöstöstä on ollut työvapailla, sijaisina jne. Tämä selvittelytyön määrä on yllättänyt prosessissa.

Henkilöstön työehtojen harmonisointiin on liittynyt myös kattava työnkuvien harmonisointi. Samantyyppisissä tehtävissä on eri kunnissa ja kuntayhtymissä ollut erilaisia työnkuvauksia, vaativuusarviointeja jne., mikä edellyttää kattavaa läpikäyntiä. Prosessia kuvataan työlääksi, vaativaksi ja pitkäkestoiseksi, mutta siihen on varauduttu ja tilanne on osittain tiedostettu ennalta. Toimintatapojen erilaisuus samoissa tehtävissä on kuitenkin ollut ennakoitua suurempaa.

Kunnissa henkilöstön siirtyminen yhteistoiminta-alueen palvelukseen on aiheuttanut myös muita työjärjestelyitä. Monissa kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon tukitehtävissä on toiminut henkilöitä, joiden työnkuvassa on sekä sote- palveluihin

että muihin toimintoihin liittyviä tehtäviä. Työnkuvia ja henkilöstöresursseja on siis jouduttu tarkastelemaan uudelleen myös peruskunnissa.

2.2.3 Palveluntuotannon kustannusten hallintaprosessit

Yhteistoiminta-alueisiin kohdistuu paljon odotuksia palveluntuotannon kustannusten hallinnassa pitämisen tai alentamisen suhteen. Lisäksi on pelkoja siitä, että laajemmalla alueella tuotettavat palvelut käynnistävät kustannusten kasvukehityksen. Tämä erityisesti pienten kuntien pelko nousi selvästi esiin jo vuoden 2009 sotekyselyssä kunnille (Kokko ym. 2009), ja tässä aineistossa se toistui vastaavalla tavalla. Pienten kuntien viranhaltijat ovat tunteneet kuntansa asukkaat, palveluiden käyttäjät ja tuottajat, alueelliset olosuhteet. Heillä on ollut myös palveluidensa sekä henkilöstönsä osaamisen hyvä tuntemus, jonka perusteella he arvioivat että palveluiden tuottaminen on ollut hyvin kustannustehokasta. Pelkona on, että laajempi palveluiden tuottamisalue kasvattaa hallintoa ja luo palveluita, jotka eivät perustu suoraan asiakkaiden tarpeeseen. Tämä pelko heijastui monien haastateltavien puheessa heidän kuvatessaan tapoja, joilla peruskuntien ja yhteistoiminta-alueen välisiä rahoitusmalleja kuvattiin. Erityisesti kuntien huoli ylimääräisen hallintorakenteen muodostumisesta on muokannut yhteistoiminnan rakenteita, jotka pääsääntöisesti ovat suhteellisen matalalla organisaatiolla toteutettuja.

Palveluiden kustannusten jakaminen kuntien ja käyttäjien kesken on ollut yksi keskeisistä sopimiskohteista toimintaa suunniteltaessa. Kustannusten jaon malleja on muodostettu aikaisemman kokemuksen pohjalta - tai niitä vältellen. Kunnat ovat voineet haluta esimerkiksi säilyttää aikaisempaa suuremman mahdollisuuden vaikuttaa kustannuksiin ja niiden taustalla palveluihin, minkä vuoksi sopimukseen on muodostettu erilaisia päätöksentekoprosesseja.

Yhteistoiminta-alue toimintarakenteena on ollut tietyllä tavalla samankaltainen kuin kuntien jo aikaisemmin toteuttama kansanterveystyön yhteistyö, mutta toisaalta se on ollut uudenlainen mahdollisuus koota sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluita prosesseina. Monilla yhteistoiminta-alueilla tätä mahdollisuutta on käytetty, ja samalla on uudistettu kuntien keskinäisen yhteistyön muotoja. Yhteistoiminta-alue eroaa myös aikaisemmasta sikäli, että järjestämisvastuu on selkeämmin siirretty yhteistoimintaa hallinnoivalle elimelle. Terveydenhuollon kuntayhtymissä tilanne on voinut käytännössä olla samankaltainen, mutta järjestämisvastuu on ollut kunnilla toisin kuin yhteistoiminnassa, jossa järjestämisvastuu on sopimuksin siirretty yhteistoiminta-alueelle. Osa entisistä terveydenhuollon kuntayhtymistä toki on jatkanut entisellään, muuttamatta toimintaansa lainkaan.

Uusia toimintamuotoja hakevat alueet ovat olleet haasteellisessa tilanteessa muodostaessaan kustannusten jaon perusteita uuteen rakenteeseen. Lähtökohdat tälle prosessille ovat alueilla vaihdelleet monin tavoin. Niissä näkyvät aikaisempien kokemusten vaikutukset: onko pyritty jatkamaan hyväksi koettua toimintatapaa vai välttämään aikaisempaa, epäonnistuneeksi koettua. Näkyvissä on myös suhtautumi-

nen yhteistoiminta-alueeseen; onko pyritty rakentamaan yhteistoimintaa tukevaa vai yksittäisten kuntien itsenäistä ratkaisovaltaa tukevaa mallia. Palveluita on voitu pyrkiä tietoisesti yhtenäistämään, tai tavoitteena on voinut olla kunkin kunnan oman palveluiden selkeä erottaminen ja säilyttäminen omanlaisinaan.

On myös selvää, että näin suuri kuntien roolin ja palvelurakenteen muutos on ollut vaikea hahmottaa. Kuntien budjetoinnin, päätöksenteon ja palveluiden tuottamisen käytäntöjen välistä yhteyttä on rakennettu osaksi kustannusten jakoperusteilla. Sopimusten ja suunnitelmien laatimisen vaiheessa ei ehkä ole riittävästi kyetty hahmottaa sitä, miten prosessit uudessa toimintatavassa kulkevat. Monissa haastatteluissa nousivat esiin käytännön soveltamisvaiheessa kohdatut ongelmat, kun eri tahoilla on ollut erilainen käsitys siitä, mitä kenenkin vastuisiin jatkossa kuuluu. Tämä problematiikka liittyy osaksi järjestämisen ja tuottamisen vastuiden eriyttämiseen ja osaksi myös siihen liittyvään tilaamisen ja tuottamisen toimintatapaan.

Palveluiden järjestämisen ja tuottamisen järjestelyihin liittyy olennaisesti ns. tilaaja-tuottaja -toimintatapa, jonka käytöstä haastatteluissa kysyttiin. Tilaaja-tuottajamalli on haastateltavien mukaan käytössä 18 alueella (38,3 prosentilla), ei käytössä 27 alueella (57,5 prosentilla) ja kaksi aluetta kuvasi malliaan välimuodoksi. Nekin yhteistoiminta-alueet, jotka kertoivat käyttävänsä tilaaja-tuottajamallia, kuvasivat usein malliaan *'eräänlaiseksi'* tai *'omanlaiseksi'*. Tilaaja ja tuottaja eivät ole kaikilla alueilla toiminnallisesti erillään toisistaan. Yleisimmin kuntien edustajista muodostuva lautakunta tai kuntayhtymän toimitelmin toimii tilaajana ja kuntayhtymä / isäntäkuntamallin yhteistoiminta-alue toimii palveluiden tuottajana. Yhdellä alueella kuntayhtymä on tilaaja ja peruskuntien perusturvalautakunnat palveluiden tuottajia.

Kaikien kaikkiaan tilaaja-tuottajamalliin liitetyt näkemykset ja käytännöt osoittavat tämän toimintatavan olevan edelleen melko epämääräinen useimmille toimijoille (Kokko ym. 2009, 83). Tilaaja-tuottajamallin soveltamisessa on myös vielä monilla alueilla epäselvyyksiä, ja pahimmillaan eri toimijoiden roolit eivät ole lainkaan selkeytyneet. Sitran julkaisussa vuonna 2007 Tuomo Melin määritteli tilaaja-tuottajamallia liikelaitosten osalta seuraavasti:

"Tilaamisen ja tuottamisen erottaminen tarkoittaa, että lähtökohtaisesti kukin kunta, määrittelee: mitä, kuinka paljon ja millä laadulla liikelaitokselta tilataan. Tilaukset valmistellaan kuntien yhteistyönä kuntien yhteisessä tilaajaorganisaatiossa ja niistä päätetään sekä niiden toteutumista seurataan yhteisessä lautakunnassa. Keskittyminen tilaamiseen johdattaa myös palvelujen tuotteistamiseen ja kustannustietoisuuden kasvattamiseen. Tilaaja-tuottaja-malli on omistajaohjausjärjestelmä ja organisointimuoto, jossa tilaajan ja tuottajan roolit on eriytetty ja jossa toimintaa ohjataan sopimuksilla. Lähtökohta on, että oikein toteutettuna järjestelmä lisää tehokkuutta kasvattaa kuntien yhteistyötä ja yhteistä alueellisen hyvinvointipolitiikan suunnittelua sekä korostaa poliittista ohjausta" (Melin 2007, 31.)

Käytännössä vuoden 2010 yhteistoiminta-alueilla tilaaja-tuottajatoiminnan käyttäminen taloudellisena tai toiminnallisena ohjauksena toteutui vain muutamilla alueilla. Muutoin toimintamalli näyttäytyi lähinnä tuotteistamisen pontimena.

Etenkin isäntäkuntamallilla toimivalla yhteistoiminta-alueella peruskunnan hallintorakenteessa sijaitseva tilaajavastuussa oleva yhteislautekunta on vaikea hahmottaa. Muutenkin tilaaja- tuottajamallin kommentointi kertoi hyvin monimuotoisesta käsityksestä tästä mallista:

"Ei olla menty tilaajatuottajamalliin. Tavallaan sopimusohjauksella voidaan sanoa tilaaja-tuottajamalliksi mutta ei organisaation sisäistä."

"Lähinnä on strateginen kumppanuus."

"Tilaajaorganisaatiota ei ole aidosti, on enemmänkin kumppanuussopimus. Ei voi sanoa tilaajatuottajamalliksi, vaikka nimellisesti niin sanotaan."

2.3 Kuntien päätöksenteon suhde yhteistoimintaan

Järjestämisvastuun siirtäminen peruskunnalta yhteistoiminta-alueelle on suuri muutos myös kunnallisen päätöksenteon kannalta. Monissa haastatteluissa nousikin esiin alueella käydyt keskustelut kunnan päätösvallan siirtymisestä yhteistoiminta-alueelle. On myös esitetty, että sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden siirtäminen kuntayhtymälle vähentää hyvinvointipoliittista keskustelua peruskunnassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut nousevat tällöin esille vain, kun niissä on jotain huomautettavaa tai ne uhkaavat huonontua, aikaisemman säännöllisen linjaukseskustelun sijaan. (Palola & Parpo 2011, 52.) Tässä luvussa tarkastellaan tutkimusaineiston perusteella kuntien ja yhteistoiminta-alueiden vuorovaikutusta yleisemmin, kuntien päätöksentekoa erilaisissa hallinnollisissa ratkaisuisissa sekä päätöksenteon ja palveluntuotannon suhdetta.

2.3.1 Kunnan ja yhteistoiminta-alueen vuorovaikutus

Kunnat, joiden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on siirtynyt yhteistoiminta-alueen palvelukseen, ja joilta oma perusturvalautakunta on poistunut organisaatiosta, ovat täysin uudenaikaisessa tilanteessa suhteessa sosiaali- ja terveystalouden tuottamiseen kuin aikaisemmin. Kysymys on suuresta muutoksesta kunnan identiteettiin yleensä; onhan käsite 'palvelukunta' aiemmin liitetty kunnan perustehtäviin, kun nyt se liitetään tilaamisen ja tuottamisen malleihin. Kuntien siirtäessä sekä sosiaali- että terveydenhuollon yhteistoiminta-alueelle on arvioitu 60 - 70 prosenttia kunnan vuosibudjetista siirtyneen yhteistoiminta-alueen hallinnoitavaksi, mikä nähdään hyvin merkityksellisenä itsenäisten kuntien toiminnalle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisen näkökulmasta kysymys on myös osaamis- ja tietoperustasta: tutkimuksen teon vaiheessa peruskuntien hallinnossa oli vielä olemassa muistitietoa siitä, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen ja tuottaminen kunnilta edellyttää. Yhteistoiminta-alueille siirtyneen henkilöstön myötä asiantun-

temus on kunnista vähentynyt, samoin lautakunnan myötä asiaan perehtyneiden luottamushenkilöiden osuus. Vuorovaikutus voi kapeimmillaan jäädä muutaman edustuksellisen luottamushenkilöpaikan varaan. Tämä on tiedostettu ja siihen on tartuttu useimmilla yhteistoiminta-alueilla, joskin melko moni on jättänyt tämän puolen huomiotta.

Tutkimuksen aineistossa on selvästi nähtävissä, että yhteistoiminta-alueen ja peruskuntien välinen vuorovaikutus osana palveluiden järjestämisen ja tuottamisen prosesseja on edelleen muotoutumisvaiheessa. Alueilla on myös hyvin erilaisia tapoja organisoida vuorovaikutus. Karkeasti ottaen näinä prosessit voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) ennakoiva, 2) valmisteleva ja 3) seuranta.

1) *Ennakoiviksi* kutsutaan tässä prosesseja, joita yhteistoiminta-alueen ja kuntien kesken on muodostettu varmistamaan kuntien osallisuus ja tiedon saanti palvelutarpeen kehittymisen, palvelujärjestelmän muutostarpeiden ja tavoitteiden osalta. Tämä vuorovaikutus ei kiinnity suoranaisesti toiminnallisiin prosesseihin, vaan on laajemmin tiedottavaa ja vuorovaikutusta lisäävää. Voisi sanoa, että tarjoamalla yleistietoa sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta tämä malli vastaa osittain siihen päätöksenteon taustalla olevan tiedon kapeutumiseen, jonka perusturvajohtajan siirtyminen pois kuntajohdosta voi tuottaa. Samalla tämä malli tukee sosiaali- ja terveydenhuollon yhteyttä kunnan muiden toimintasektorien kanssa. Ennakoivan vuorovaikutuksen malleissa on säännöllisiä luottamushenkilötapaamisia ja -seminaareja ja sekä virallisia että epävirallisia kokoontuvia ryhmiä, esimerkiksi kunnanjohtajien verkostoja.

Ennakoiviin prosesseihin liittyy myös asiantuntijuuden sijoittuminen uusissa rakenteissa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen ja hallinnointiin liittyvä asiantuntijuus on irtautunut peruskunnista, joihin ei usein jää yhtään viranhaltijaa jolla olisi alan asiantuntemusta palvelutarpeen arvioinnissa käytettäväksi. Tämä tiedostetaan selvästi: *"Kunnallisella luottamushenkilöllä ei voi olla osaamista sote-asiassa, sitä ei voi olla kunnissakaan."* Asiantuntemus on koottu yhteistoiminta-alueelle ja sen välittymisestä tulee jatkossa huolehtia.

2) *Valmistelevat* prosessit liittyvät selkeästi yhteistoimintasopimuksissa ja palveluiden tuottamisprosesseissa määriteltyjen vaiheiden valmisteluun. Vuosittainen arvio seuraavan vuoden palvelutarpeista, esitykset palvelu- ja / tai henkilöstörakenteen muutoksista ym. vaikuttavat kuntien budjetointiin. Näitä käsitellään alueella sovitulla tavalla. Muotoutumassa olevat toimintakulttuurit vaikuttavat vielä vuonna 2010 kovin erilaisilta: toisilla alueilla budjetointitarve ilmoitetaan kunnille ohuin perusteluin, toisilla alueilla työstetään palveluiden ja muutosten tarvetta laajemmilla, kunnan ja yhteistoiminta-alueen yhteisillä prosesseilla. Eri alueilla näyttäisi olevan suurempi tarve kuntakohtaisesti eriytyviin suunnittelu- ja sopimisprosesseihin kuin toisilla, mikä kertonee yleisestä suhtautumisesta yhteistoimintaan. Tämä toimintakulttuurin ero näkyy myös työstettävien asiakirjojen muodoissa. Myös painotuksissa on eroa; toisilla alueilla valmistelu näyttäisi olevan kovin talousarvio- ja kustannus-

painotteista, toisilla alueilla painopiste on palvelujärjestelmän muokkaamisessa ja palvelutarvearvioinnin kehittämisessä.

3) *Seurantaan* liittyvät prosessit olivat kesän 2010 vaiheilla tapahtuneen aineiston keräämisen aikana vähiten esillä, mikä on luonnollista. Jo seurantajärjestelmin yhdistäminen on vienyt aikaa. Seurantaan liittyy merkittävästi budjetoitujen vs. toteutuneiden kustannusten seuranta, mutta ei niinkään kustannusvaikuttavuuden. Tämä tuotiin monella alueella kehittämistarpeena esiin: kun toisaalta yhteistoiminnalla tähdätään kustannusten hallintaan, olisi tarpeen saada selkeämmin esiin kustannussäästöjä tuottavat toimintamallit. Näin voitaisiin myös perustella palvelurakenteen muutoksia paremmin. Toinen osa seurannasta on laatujärjestelmä, joka kaikilla yhteistoiminta-alueilla oli joko jo muodostettu tai muodostumassa yhteiseksi. Sitä, miten laatujärjestelmän tuottamaa palautetietoa välitetään peruskunnille, ei erityisemmin haastatteluissa sivuttu. Seurantaan liittyy myös kehittämisen näkökulma; monet totesivat alkuvaiheen organisaation muodostamisen olleen työlästä aikaa; niillä alueilla jotka olivat haastatteluvaiheessa toimineet puolitoista - kaksi vuotta kuvattiin palveluiden kehittämisen olevan vasta pääsemässä alkuun.

Peruskuntien ja yhteistoiminta-alueen välinen vuorovaikutus näytti pääosin vielä painottuvan valmisteluvaiheen prosesseihin, joista osa perustui sopimuksin määriteltyihin päätöksenteon vaiheisiin osana kuntien budjetointia. Tämä voidaan nähdä vuorovaikutuksen vähimmäismääränä, joka sinänsä ei riitä ylläpitämään peruskunnissa tietoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen ja tuottamisen tavoitteista, periaatteista, ajankohtaisista kansallisista ja kansainvälisistä suuntauksista sekä paikallisista muutostarpeista ja toiminnan onnistuneisuudesta eri mittarein mitattuna. Alueilla, joilla ennakoivaan vuorovaikutukseen on paneuduttu, on selvästi näkyvissä yhteistoiminta-alueen vastuunottajan rooli paikallisessa hyvinvointipolitiikassa ja kuntayhteistyön kehittämisessä sen osalta. Osana tätä hyvinvointipolitiikan kehittämistä nähdään yhteistoiminnan muotojen, palvelutarjonnan jne. kehittäminen. Niukimmin kuntavuorovaikutukseen suhtautuvilla alueilla ei yhteistoiminta-alue määrittele itseään laajemmin kehittämistä vastuuseen, vaan asemoituu omien toimintayksiköiden ylläpitämiseen ja viittaa tulevaisuuden ratkaisuihin 'mitä kunnat haluavat' -linjaukseen.

Kunnalliseen päätöksentekoon liittyvä demokraattinen edustuksellisuus tarvitsee selvästikin uusissa rakenteissa uudet viestintä- ja toimintaväylät, jotka eivät kaikilta osin ole vielä selkeytyneet. Peruskunnan omien intressien ja yhteistoiminta-alueen yhteisten tarpeiden välille on luotava linjauksia ja tässä tarvitaan peruskuntien poliittista päätöksentekoa. Tämä tulee selkeästi reitittää niin, että linjausten ja operatiivisten ratkaisujen erot ymmärretään. Lisäksi tarvitaan muotoja, joilla kunnan asukkaiden palvelutarpeen arviointi perusteluineen etenee asiantuntijanorganisaationa toimivan yhteistoiminta-alueen ja omat olosuhteensa tuntevan kunnan välillä. Nämä väylät toimivat peruskuntien hallinnon ja yhteistoiminta-alueen välillä myös esimerkiksi budjetoiminnan perustaksi pitkällä tähtäimellä sekä vuositasolla.

Viestintä ja vuorovaikutus ovat keskeisiä yhteistoimintaa järjestettäessä. Esimerkiksi New Yorkin kaupungin ohjeistuksessa paikallishallinnon yhteistyöstä (Local Government Management Guide 2003) ohjeistetaan yhteistyön edellyttävän tiivistä ja jatkuvaa yhteydenpitoa. Tätä voidaan toteuttaa säännöllisten kokousten ja niitä edeltävän aiheen valmistelun, avulla. Lisäksi korostetaan kokousten pitämistä lyhyinä ja sovitun ajan puitteissa, ja kokouksissa suositellaan käytettäväksi taitavia fasilitaattoreita, myös henkilöstön joukosta. (Local... 2003, 12.)

Tärkeää on myös varmistaa kuntalaiselle palveluihin vaikuttamisen kanavat. Kuntalaiselle palautteen antamisen mahdollisuudet voivat käydä epäselviksi, kun palveluiden hallinto ei toimikaan entiseen tapaan oman kunnan lautakunnan kautta. Samaan aikaan palveluiden tuottamistavat ovat moninaistumassa ja asiakkaan asema on muutenkin muuttumassa:

"Asiakaslähtöisyys ja valinnanvapaus tulee lisääntymään, se muuttaa selkeästi myös demokraattista järjestelmää. Valtuustot eivät enää kuntalaisen puolesta päättää paikkaa, mikä muuttaa kenttää."

Kaikki nämä muutokset korostavat tarvetta vahvistaa kuntalaisen mahdollisuuksia saada tietoa, antaa palautetta ja vaikuttaa palveluihin.

2.3.2 Kuntien päätöksenteon rooli isäntäkuntamallissa ja kuntayhtymissä

Toiminnallisia eroja päätöksenteossa eri hallintomalleissa syntyy lähinnä tavoista joilla organisaatio ja päätöksenteko kytkeytyvät kunnalliseen päätöksentekoon. Kuntayhtymät toimivat kunnallishallinnosta irrallaan, usein uusina orgaaneina, ja niiden rakenteisiin on eri tavoin muodostettu väyliä päätöksenteolla ja tiedon kululle. Päätöksentekorakenne on irtautunut perinteisestä kunnallishallinnon prosessista ja uusia prosesseja muodostetaan.

Yhteistoiminta-alueiden kesken on paljon eroa siinä, miten päätöksenteko on yhtymähallituksissa ja -valtuustoissa tms. elimissä järjestetty, ja mikä on kuntien edustajien rooli tai edustuksellisten elinten kokoonpano. Esimerkiksi kuntajohtajat ovat osassa yhteistoiminta-alueita kiinteästi mukana hallinnossa, osassa heillä on oma, ehkä epämuodollinen tiedonvaihdon verkostonsa osana yhteistoimintaa, ja osassa kuntajohtajat ovat etäällä itse toiminnasta. Pääsääntöisesti siis kuntayhtymämuotoisilla yhteistoiminta-alueilla peruskuntien edustus sisältyy yhtymähallintoon, ja lisäksi on käytössä erilaisia virallisia tai epävirallisia foorumeita, neuvottelukuntia tai vuosittaiseen palvelusopimukseen liittyviä prosesseja, joilla yhteyttä kuntaan pidetään.

Kuntalaiselle - ja myös luottamushenkilöille - vaikuttamisen kanavat voivat jäädä epäselviksi sekä suhteessa kuntayhtymän päätöksentekoon että palveluiden operatiiviseen osaan nähden, kun tuottaminen tapahtuu irrallaan omasta kunnasta.

Isäntäkuntamallilla toimivilla yhteistoiminta-alueilla hallintoon on myös tullut uudenlaisia haasteita ja kysymyksiä. Alueilla on erilaisia sopimuksia siitä, miten

yhteistoiminta-alueille sovitaan edustus alueen palveluiden järjestämisvastuuta kantavaan isäntäkunnan perusturva- tms. lautakuntaan. Pääsääntöisesti nämä edustajat osallistuvat koko lautakunnan päätöksentekoon, eikä kokousasioita eritellä yhteistoiminta-alueita ja isäntäkuntaa koskeviin. Sopimus- / kumppanikuntien vaikuttamisväyläksi palveluihin jää siis tämä lautakuntaedustus. Koska lautakunta on isäntäkunnan kunnallishallinnon osa, ei muita vaikuttamisfoorumeita yleensä ole. Muuttamalla isäntäkuntamallin alueilla tätä on jo mietitty ja tarkoitus on muokata uudenlaisia vaikuttamiskanavia tähän vaihtoehtoon.

Isäntäkuntamallissa päätöksenteko on säilynyt kunnallisessa hierarkkisessa prosessissa valtuusto - hallitus -lautakunta, eikä hallinnon muutos siinä mielessä ole niin suuri kuin kuntayhtymämallissa. Etenkään isäntäkunnan päätöksenteossa ei muutoksia ole kaikkien arvioiden mukaan merkittävästä tehty, kun yhden lautakunnan tehtäväkenttä on laajentunut; monissa tilanteissa isäntäkunnan kokoon verrattuna pienellä lisäyksellä. Se, miten isäntäkunta suhtautuu yhteistoimintaan, vaihtelee paljonkin ja sen myötä palveluiden hallinnointi. Tehtäväalueen laajentuminen on yleensä isäntäkunnassa määritelty tapahtuvaksi nollasummaperiaatteella.

Kumppanikuntien hallintoa muutos on muokannut enemmän, kun yksi lautakunta on poistunut. Isäntäkuntamalleissa hallinnollinen muutos lienee suurimmillaan niissä tilanteissa, joissa aikaisemmin kuntayhtymänä toiminut terveydenhuolto on siirtynyt yhteistoiminta-alueen myötä isäntäkunnan lautakunnan alaisuuteen. Ehkä jo pitkään kuntayhtymänä suhteellisen itsenäisesti toiminut organisaatio virkamiehinneen on tottunut erilaiseen päätöksentekoprosessiin, ja kunnallishallintoon kiinnittyminen muuttaa prosesseja.

2.3.3 Kuntien päätöksenteko ja palveluntuotanto

Kunnat ovat yhteistoiminta-alueisiin kuuluessaan uudenaikaisessa tilanteessa, kun ne ovat sopimuksin siirtäneet palveluiden järjestämisvastuun alueelle. Vaikka viimesijainen vastuu onkin kunnilla, on palveluista vastaaminen, niiden tuottamisen organisointi ja muu hallinnointi ollut suuri osa kunnan toimintaa. Henkilöstövaltainen sosiaali- ja terveydenhuolto ovat muodostaneet suuren osan kunnan henkilöstöstä, ja terveydenhuollon organisaatiot ovat usein kunnan suurimpia tila- ja hallintokäytäntönsyöksineen.

Pienissä kunnissa - joita yhteistoiminta useimmin koskee - on käytännössä vain sosiaalihuolto ollut kunnan omaa toimintaa, ja sen siirtyminen yhteistoiminta-alueelle voikin olla suuri muutos. Pienten ja keskisuurien kuntien perusturvan lautakunnissa terveydenhuollon kuntayhtymien maksuosuudet ovat muodostaneet yhden summan budjetissa, kun taas sosiaalihuollon palveluiden tuottamista on voitu hyvinkin tarkoin säädellä kunnan omilla päätöksillä. Esimerkiksi palvelumaksuissa, omaishoidon tukien perusteissa ja määrittymisessä on ollut kuntakohtaisesti suuria eroja, samoin suhtautumisessa ikäihmisten kotihoitoon, kertoivat monet haastatelt-

luista. Näiden erojen harmonisointi yhteiseksi toimintatavaksi on yhteistoiminnan konkreettinen ilmenemismuoto.

Vielä suurempien kysymysten äärellä ollaan, kun haetaan yhteistä näkemystä vanhusten oikea-aikaisesta koti-, palvelu- tai laitosasumisen vaiheesta, tai siitä voidaanko alueella keskittää asuminen jossa saa riittävästi tukea esim. sairaalasta kotiuttamisen vaiheessa. Nämä ovat kysymyksiä, joita on peruskuntien viranhaltijoiden parissa ja lautakunnissa ehkä aikaisemmin katsottu oman kunnan tutun asiakaskunnan, yksilötapausten ja tutun henkilökunnan esittämän arvion mukaan. Siirtyminen yhteisiin toimintatapoihin ja näkemysten yhteen sovittaminen nostavatkin esille kunnallisen päätöksenteon roolin: kesken valtuustokautta ovat monet luottamushenkilöt havahtuneet siihen, että kuntalaisten heille esiin tuomiin epäkohtiin ei voidaakaan enää oman hallinnon kautta puuttua, vaan vaikuttamisen väylänä on edustaja yhteisessä toimielimessä.

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella näyttäisikin siltä, että suhtautuminen muutokseen on vaihdellut eri vaiheissa. Osalla alueita on tehty yhteisiä päätöksiä ja ratkaisuja, joilla toimintaa on merkittävästi uudistettu. Toimeenpanon edetessä on havahduttu uudistuksen reaalisiin vaikutuksiin, jotka sitten eivät aina ole miellyttäneetkään. Vastaava ilmiö tuodaan esille Paras -uudistuksen arvioinnissa (Stenvall, Vakkala, Syväjärvi, Leinonen, Juntunen, Oulasvirta & Tiilikainen 2009). Paikallistason panostus on uudistuksessa ollut merkittävä, ja lain aktivoiva vaikutus huomattava. Arviointitutkimuksen aineistossa muutosvastarinta on kuitenkin kasvanut uudistuksen edetessä ja asiaan liittyvien konkreettisten ongelmien ajankohtaistuessa. Merkillepantavaa arvioinnissa on, että siinä nähdään kuntajohdon olleen melko lailla sivussa muutosvastarinnan murtamisessa; osaksi keinottomina, osaksi haluttomina. Valtion apua muutoksen hyväksyttäväksi tekemisessä sen sijaan on toivottu, kun omat keinot eivät riitä. (Emt., 36.) Tässä tutkimuksessa muutoksen etenemistä kuvaivat yhteistoiminta-alueiden virkamiehet, joiden haastatteluista voi tunnistaa vastaavan roolituksen: vastuu muutosvastarinnan murtamisesta oli heillä, ei niinkään kuntajohdolla.

Haastatteluissa korostui se, että yhteistoiminta-alue toimii asiantuntijaorganisaationa, mikä helpottaa ja mahdollistaa palveluiden tuottamisen suunnittelua ja perustelua asiantuntijapuheella. Tämä on nähty palveluiden kehittämisen kannalta vahvana voimavarana:

"Kunnallinen demokratia (valtuustyö) ei ratkaise sotepalvelun tuottamisen kysymyksiä, vaan siihen tarvitaan asiantuntijuutta, johtamista ja taloushallinnon asioita".

"Suoriteperusteinen laskutus on plus johtamisen kannalta, samoin johtokunta. Poliitikot eivät pystyisi vastaavaan työskentelyyn olematta oman kunnan mandaatilla".

On kuitenkin muistettava, että tämän tutkimuksen haastattelut tehtiin yhteistoiminta-alueiden johtaville viranhaltijoille, eikä niihin osallistunut kuntien henkilöstöä

tai luottamushenkilöitä. Kysymys sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja heidän asiantuntijuutensa irtautuminen peruskunnista ei myös vielä välttämättä näyttäytynyt, koska muutoksesta oli kulunut monilla alueilla vasta vähän aikaa. Analyysiä tästä näkökulmasta ei siis voida viedä kovin pitkälle. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto on kannanotossaan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle todennut, että yhteistoiminta-alueiden käyttöönoton myötä ja sosiaalihuollon ammattilaisten siirryttyä yhteistoiminta-alueille on paikoin nähtävissä että substanssiasiantuntemus on korvautunut hallinnollisella ja taloustieteellisellä osaamisella, mikä voi kapeuttaa ihmisten hyvinvointiin liittyvien näkökulmien ja erityisesti ehkäisevän työnuomioon ottamista kunnallisessa päätöksenteossa. (STKL 2009.) Myös tässä tutkimuksessa viranhaltijat nostivat esiin huolta siitä, miten terveyden edistäminen ja yleensäkin ylisektoriset rakenteet peruskuntien päätöksentekoon voidaan säilyttää.

Muodollisesti eri yhteistoiminta-alueilla on olemassa määrittelyt siitä, mitä kenenkin päätös- ja toimivaltaan kuuluu. Käytännössä yhteistoiminnan konkretisoituminen edellä kuvatulla tavalla on vasta selkeyttänyt päättäjille ja osin viranhaltijoillekin, mitä järjestämisvastuun siirtäminen käytännössä tarkoittaa. Tuo selkeytyminen on joissain tapauksissa yllättänyt, koska muutosta ei ole riittävästi ennen sopimusten tekoa hahmotettu. Yllätykseen voi liittyä myös epäluuloa tarkoituspäristä.

Koska prosessin edetessä on selvästi nähtävissä, että konkretia ei kaikilta osaltaan ollut ennakoitua, voisi myös pohtia mikä on kuntakohtaisen valmistelun merkitys sujuvalle toimeenpanolle. Paras- arvioinnissa (Stenvall ym. 2009) on todettu kunnanjohtajien olleen vahvasti mukana uudistuksen valmisteluissa, ja myös kunnan virkamiehiä on irrotettu suunnittelutyöhön. Lisäksi erilaisten projektien ja työryhmien käyttö on ollut yleistä. Kokonaisuudessaan valmistelu on ollut paljolti avaintoimijoiden vastuulla, osaksi koska alkuvaiheessa huomio kiinnittyi erityisesti kuntaliitoksiin, ei niinkään palvelurakenteen uudistamiseen. (Emt., 39.) Sosiaaliturvan keskusliiton barometrissä vuonna 2007 lähes puolet sosiaalijohdosta arvioi tullessa kuulluksi melko hyvin tai hyvin kunta- ja palvelurakennemuutukseen liittyvässä valmistelutyössä, mutta viidennes sosiaalitoimen johdosta koki, että sosiaalihuollon näkökulma on sivuutettu uudistuksen valmistelutyössä (Eronen, Londén, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2007, 15.)

Yhteistoiminta-alueiden suunnittelu- ja toteuttamisvaiheessa muodostuneet yhteistyörakenteet ovat olleet väylä tiedon kululle ja vuorovaikutukselle päätöksenteon ja toiminnan välillä. Haastatteluissa saatujen prosessikuvausten pohjalta tämän vuorovaikutuksen kehittymistä voidaan luonnehtia eri vaiheina siihen osallistuneiden tahojen ja valmistelun kohteena olevien asioiden mukaan: **Suunnitteluvaiheessa** eniten osallistuivat kunnan ja/ tai toimialueen johto, ja tällöin ratkaistiin isot linjat ja ratkaisut kuten esimerkiksi suhtautuminen kuntaliitokseen ja yhteistoiminta-alueeseen, kumppanuussuunnat, yhteistoiminta-alueen hallinnon ratkaisut (ml. kustannusten jaon perusperiaate) ja yhteistoimintaan liitettävä palveluvalikoima. Suunnitteluvaihetta seuranneen päätöksenteon jälkeen ja osittain suunnitteluun limittyneenä käynnistyi yhteistoiminnan **muotoutumisvaihe**. Tässä vaiheessa keskeiset

osallistajat olivat esimiehet, palvelualojen/-linjojen, tulosalueiden tms. esimiehet kumppanikunnista. Muotoutumisvaiheessa suunniteltiin esim. palveluiden johtamisen, organisoinnin ja henkilöstön ratkaisut sekä muut toteutuksen suuntaviivat. Varsinaisessa **toimeenpanovaiheessa** esimiehet mutta nyt koko henkilöstön kanssa ratkaisivat käytännön toteutuksen ja arkitilanteiden muotoilun. Miten tieto ja tahto alkuperäisistä ratkaisuista ja periaatteista on kulkenut suunnittelu-, muotoutumis- ja toteutusvaiheiden läpi asiakkaan palveluihin, vaihtelee varmasti paljonkin eri alueiden välillä. Toisaalta on ilmeistä, että alkuvaiheen suunnitteluprosessiin osallistuneilla tahoilla on ollut vaihtelevassa määrin sosiaali- ja terveyspalveluiden tuntemusta, ja koko kuntaa koskevia suuria ratkaisuja tehtäessä huomioon otettavia näkökulmia on ollut paljon.

On myös ilmeistä, että vaikka alueella on mallinnettu päätöksenteon ja vallan prosessit ja niitä on valmisteluvaiheessa käsitelty yhdessä, ei niitä ole alueen kunnissa ja niiden toimielimissä aina ymmärretty samalla tavoin. Erilaiset odotukset toimintaa aloittaessa johtavat väistämättä ristiriitoihin. Tätä ei ehkä ole riittävästi huomioitu toimintaa aloitettaessa, ja ristiriitaisuuksien esille tullessa huomio kiinnittyy yksittäiseen asiaan, ei niinkään ristiriitojen taustalla olevaan perustavaan väärinymmärrykseen.

Aineistossa yleisiä peruskuntien päätöksenteon ja palveluiden tuottamisen välisiä vaikeita kysymyksiä oli ns. sivusta ohjaaminen. Kun järjestämisvastuu on osoitettu tietylle toimijalle, voi se järjestää palveluiden tuottamistavan itse määrittelemällään tavalla. Tällöin järjestämisvastuunsa pois siirtänyt kunta ei enää voi tarttua tuottamisen tapoihin tai sen yksityiskohtiin. Useissa tapauksissa tätä tarttumista on kuitenkin tapahtunut: peruskunta - tai sen yksittäinen luottamushenkilö- pyrkii joko yksittäisillä vaikuttamistoimilla puuttumaan esim. asiakaan palveluiden saantiin, palveluyksiköiden ja -toimintojen sijoittumiseen, henkilöstörakenteeseen tms., tai peruskunta on varannut yhteistoiminnan sopimuksessaan mahdollisuuden vaikuttaa näihin seikkoihin.

Tämä nk. sivustaohjaaminen heikentää yhteistoiminta-alueen mahdollisuuksia käyttää hyväkseen aikaisempaa laajempaa ja kattavampaa palvelualueetta, ja tuottaa ristiriitoja kuntien kesken. Toisaalta sivustaohjaus voi heijastaa kuntien kokemaa riittämätöntä vaikuttamismahdollisuutta yhteistoiminnassa, ja sellaisena signaali olisikin otettava vakavasti. Etenkin tulevia uudistuksia valmisteltaessa tämä viesti olisi hyvä tunnistaa. Stenvallin ym. (2009) mukaan sitoutuneisuus poliittisessa päätöksenteossa voidaan turvata kattavalla valmistelulla, joka vahvistaa luottamusta ja luo ymmärrystä uudistuksen perustarkoituksesta. Toisaalta Paras -arvioinnin kunnissa joissa valmisteluprosessit oli toteutettu laajasti osallistavina, niihin liittyi myös kritiikkiä koska koettiin että luottamushenkilöt olivat hankaloittaneet prosessia liiallisella puuttumisella operatiiviseen johtamiseen. Laajalle levinnyt asioiden valmistelu voi myös heikentää kokonaisuuden hallintaa. (Stenvall ym. 2009, 38 - 39.)

3 Palveluiden uudet muodot

Yksi yhteistoiminnan keskeisistä piirteistä palveluiden järjestämisessä on palveluiden siirtyminen järjestettäväksi aiempaa suuremmalle väestöpohjalle, kuntarajat ylittäen. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen siirryttyä yhden toimijan vastuulle on palveluiden organisoitumisessa käytettävissä vaihtoehtoja aivan uudella tavalla. Tässä piilevät myös vahvat käytännön haasteet uusien organisaatioiden muodostamiseksi niin, että yhteistoiminnan mahdollistamat hyödyt saavutetaan, ja palvelut voidaan tuottaa asiakkaalle toiminnallisina hyvinvoinnin kokonaisuuksina. Aineistossa keskityttiin luonnollisesti palveluihin, joita haastateltavat olivat alueilla muodostamassa; tämä aineisto ei ulotu kuvaamaan kuntien hyvinvointia tukevien ja edistävien toimien kokonaisuutta. Keskeiseksi teemaksi uusien palvelukokonaisuuksien muotoilussa nousee palveluiden integraatio: kuntien välillä, sosiaali- ja terveydenhuollon kesken sekä perus- ja erityistason palveluiden välillä.

3.1 Palveluiden lohkot ja johtaminen

Palveluiden organisoituminen yhteistoiminta-alueilla vuonna 2010 vaihtelee suuresti. Osalla alueista on rakennettu koko organisaatio uudelleen, osa jatkaa täysin entisin rakentein ja muodoin. Esim. isäntäkunta voi jatkaa omalla hallinnollisella ja organisatorisella mallillaan, eikä yhden lautakunnan alaisuudessa tapahtunut väestöpohjan muutos vaikuta isäntäkunnan perustoimintaan mitenkään.

Kuntayhtymämuodoissa muutosta on useammin, etenkin kun kyseessä on useamman saman kokoluokan kunnan palveluiden uudelleen järjestely. Tällöin organisaation luominen uudelleen on mahdollistanut rakenteiden muotoilun uudelleen. On kuitenkin ilmeistä, että tässä alkuvaiheessa vain osa yhteistoiminta-alueista on voinut järjestää palvelut täysin tarkoituksenmukaiseen rakenteeseen tukemaan laajempia tavoitteitaan. Monilla on ollut haastavana tehtävänä organisoida palvelut niin, että mukana olevien kuntien osallisuus palveluiden hallinnossa on yhteisesti hyväksytty. Usein tavoitteena on ollut myös jakaa aikaisemmin johtavissa tehtävissä toimineille vastuualueita, mikä on ehkä johtanut rajauksiin palvelukokonaisuuksien määrittelyssä. On ollut kaikkien edun mukaista hyödyntää peruskuntien johtotehtävissä olleiden henkilöiden osaamista alueella, jolla heillä on eniten kokemusta ja osaamista.

Yhteistoiminta-alueiden järjestämisvastuulle kuuluvien palveluiden tuottamisen operatiivinen hallinnointi ja johtaminen on pääsääntöisesti yhteistoiminta-alueiden vastuulla, mutta hallinnoinnissa on vielä keskeneräisyyttä suhteessa peruskunnan päätöksentekoon. Haasteita muodostuu esim. yhteistoiminnan perustamissopimuksen asettamista palveluntuotannon rajauksista ja reunaehdoista, joiden toteuttaminen ei mahdollista toiminnallisesti tärkeiksi nähtyjä linjauksia. Lisähaastetta tuovat yh-

teistoiminta-alueisiin sisältyvien kuntaliitosalueiden sopimussäännöt. Tilaaja-tuottajamallin soveltamisen hallinnolliset epäselvyydet mainittiin myös usein.

Toiminnallinen johtaminen on pääsääntöisesti hyvin tiiviisti yhteistoiminta-alueiden hallinnassa. Vain muutamilla alueilla palveluiden johtaminen oli osaksi tai kokonaan peruskuntien hallinnassa. Johtamisrakenteessa palvelualueiden tai -kokonaisuuksien johto on yleensä koottu yhteistoiminta-alueen tasolla johtoryhmiin tai vastaaviin, ja johtamisjärjestelmä kiinnittyy näin yhteistoiminta-alueen johtoon. Johtamisen rakenteet ja tasot sen sijaan vaihtelivat paljonkin, samoin johtotehtävissä olevien osallistuminen käytännön asiakastyöhön, riippuen esimerkiksi alueen koosta. On selviä periaatteellisia eroja siinä, miten matalaa tai moniportaista hallintoa tavoitellaan. Osalla alueista on ns. johtoryhmä, jonka viranhaltijat eivät osallistu käytännön palvelutuotantoon. Monilla alueilla ei tällaisia henkilöitä ole johtajan lisäksi, ja osaksi tavoitellaankin matalaa hallintoa jossa kaikki johtotehtävissä toimivat ovat mahdollisimman lähellä käytännön palveluita.

3.2 Uusia ja entisiä malleja

Palvelut on alueilla organisoitu hyvin eri tavoin. Organisoinnin perustana ei aina ole palveluiden toiminnallisuus, vaan kyseessä voi olla esim. kompromissiratkaisu kuntaliitoksen / yhteistoiminta-alueen viranhaltijoiden uudelleen sijoittamiseksi. Toimintaa on organisoitu palvelukokonaisuuksiin myös sen mukaan, minkä kokoinen alue on: pienillä väestöpohjilla vastuualueet ovat laajempia, kun taas suurella väestöpohjalla jo kapeampialainen tehtävä muodostaa kokonaisuuden.

Tämän tutkimuksen aineisto ei mahdollista perusteellista analyysiä yhteistoiminta-alueiden palveluiden organisointitavoista. Organisaatiot, niihin sisältyvät palvelukokonaisuudet ja palvelukokonaisuuksiin luetut palvelut vaihtelevat suuresti. Esimerkiksi ero suuren isäntäkunnan ja uutena muodostetun kuntayhtymän palveluiden järjestämislogiikassa voi olla todella merkittävä. Haastatteluaineiston lisäksi tehtiin syksyllä 2010 kunkin yhteistoiminta-alueen Internet -sivujen perusteella tiivistelmä siitä, miten palvelut alueella ryhmitellään. Aineistoa ei voida siis pitää luotettavana sikäli, että Internet-sivujen tuottamisessa on voinut olla etusijalla palveluiden järjestäminen asiakkaan löydettäväksi enemmän kuin organisatorisesti oikean kuvan antaminen. Suuntaa-antavaan analyysiin näillä yhdistetyillä aineistoilla oli kuitenkin mahdollisuus edetä. Samalla saatiin kuva siitä, miten selkeästi tai hajanaisesti palveluista yhteistoiminta-alueiden Internet-sivuilla kerrotaan.

Tässä tarkastelussa palveluiden organisointitapoja jäsennetään kolmen ulottuvuuden osalta: ensinnä organisaatiotasojen määrää, toiseksi palveluiden organisointia elämäntyyppisesti tai muilla perusteilla lohkoen, ja kolmantena ulottuvuutena organisoitumista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhtenäisyyden tai erillisyyden mukaan. Erikseen tarkastellaan erityispalveluiden paikkaa palveluiden organisaatioissa.

3.2.1 Matalat ja korkeat organisaatiomallit

Tarkastelussa vertailtiin sitä, miten moniportaisesti yhteistoiminta-alueet organisoidut. Johtajan jälkeen seuraava taso on tyypillisesti tulosalue- tai palvelualue- tms. - johtaja, ja seuraavalla tasolla on toimintoja johtavia tasoja tai suoraan palveluiden toteuttajia, asiakaspinnassa työskenteleviä henkilöitä.

Alueista kymmenen voidaan arvioida kaksitasoisen organisaation alueiksi: johtajan lisäksi on vain tulos- /palvelualuejohto, ja osa näistäkin osallistuu asiakastyöhön. Näin on erityisesti alueilla, joilla periaatteellisista syistä on haluttu säilyttää organisaatio matalana, ja välttää uusien hallinnollisten rakenteiden muodostumista. Nämä kymmenen aluetta sijoittuvat kaikki 24 pienimmän alueen joukkoon; enintään n. 26 000 asukkaan alueeseen.

Yleisimmin eli 37 yhteistoiminta-alueella organisaatio on vähintään kolmeportainen: tulos- /palvelualuejohtajan alaisuudessa organisaatio jakautuu vielä vähintään yhteen esimiesportaaseen. Mitä suurimmasta alueesta on kysymys, sitä "tiheämpi" esimiestaso on, mikä liittyy ensisijassa palvelutoiminnan laajuuteen.

3.2.2 Palveluiden jäsentäminen elämänkaareen tai asiakasprosessiin

Palveluiden ryhmittely palvelukokonaisuuksiksi ei noudata mitään selkää kaavaa. Yhdistelmiä on monia; elämänkaaren mukaan rakennettu ryhmittely on niistä yksi mutta ei välttämättä vallitsevin. Usein mainittuna perustana rakenteille ovat asiakaslähtöiset prosessit ja toiminnalliset kokonaisuudet, joilla samalla tietoisesti edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. On myös nähtävissä rakenteita, joiden perustelua on vaikea ymmärtää; esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden linjan lisäksi hallinnossa on substanssipohjaisia linjoja. Nämä ensimmäiset vuodet voi kuitenkin nähdä osittain siirtymävaiheena, jonka perusteella ei voi eikä kannata tehdä kovin syvällisiä analyysejä rakenteen taustalla olevista periaatteista.

Vain harva haastateltava puhui selkeästi elämänkaariorganisaation muodostamisesta, vaikka - tai koska - teema on ollut jo vuosia esillä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Enemmänkin puhuttiin asiakasprosessin mukaan muotoutuneista palvelukokonaisuuksista. Perinteiseksi organisaatiomalliksi on luettavissa kuusitoista yhteistoiminta-aluetta, kun taas selkeästi elämänkaarimalliksi on luettavissa seitsemän. Ns. sekamalleja sen sijaan on 24 alueella.

Perinteisistä organisaatioista useimmat olivat niitä, joilla mukana on vain terveydenhuollon palveluita. Elämänkaariorganisaatiot olivat karkeasti jaotellen yleisempiä alueilla, joilla muutoksia oli tehty vahvimmin. On kuitenkin ilmeistä, että ns. elämänkaarimallin mukaisen organisaation muodostaminen ei ole yksiselitteistä, koska palveluiden luokittelu tietyn otsikon alle herättää aina kysymyksiä läpäisevien palveluiden sijoittamisesta. Tästä kertoo myös monien haastateltavien pohdinta siitä, miten vaikeaa on muodostaa organisaatioon toimintakokonaisuuksia ilman rajoja:

"Vaikka vastualueet näkyvät erillisinä, on organisaatio prosessipohjainen. Esimerkiksi vanhustenhuollossa ketju peruserikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon ja sosiaalihuoltoon saakka."

Vanhustenhuolto näyttääkin hyvin yleisesti yhdistyneen kotihoidon konkretisoivan uudelleen organisoituvan sosiaali- ja terveydenhuollon asemointiongelman. Sekamalleiksi luokitelluista 24 organisaatioista monissa organisaation lohkot muodostuivat sosiaali-, terveys- ja vanhuspalveluista. Näin vanhuspalvelut asettuivat ikään kuin sosiaalinen ja terveyden välimaastoon. Asiaan toki vaikuttaa sekin, että vanhuspalvelut ovat määrällisesti laaja ja kasvava palvelulohko.

Sekamalleiksi luokitelluissa organisaatioissa oli innovatiivisia, uudenlaisia palvelukokonaisuuksien ratkaisuja. Osittain niiden innovatiivisuus oli hämmentävää, etenkin ajatellen palveluita etsivää kuntalaista. Kaikuna elämäntapa- ja elämäntilasta yleistä oli esimerkiksi perhepalveluiden ryhmitys, joka kuitenkin voi olla hämmentävää jos siihen liittyy vaikkapa vammais- tai aikuispalvelut, tai perhepalvelut muodostavat oman ryhmittelyn sosiaalisen ja terveyden rinnalle. Palvelustrategioiden uudet painotukset tuottavat myös mahdollisesti kuntalaista hämmentäviä samankaltaisia ilmaisuja. Myös koti- ja asumispalveluiksi ryhmittely on yleistä, joko yhdessä tai erikseen. Palveluiden löytäminen ja vertailtavuus voivat hämmentyä erilaisten kokonaisuuksien äärellä, esimerkiksi kun kuntalaiselle palvelut esittäytyvät esimerkiksi seuraavien ryhmittelyjen kokonaisuutena:

- perhe-/ terveys-/ vanhuspalvelut/hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
- hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen/koti- ja asumispalvelut/ terveyden- ja sairaanhoito
- lasten ja nuorten palvelut /varhaiskasvatus/ hoito ja hoiva/ perusterveydenhuolto/ erityispalvelut
- terveydenhuolto/terveyden edistäminen/arjen tuki

Voisi myös kysyä, millä logiikalla palveluita tulkitaan, jos ne jakautuvat lohkoihin kuten edellä olevissa esimerkeissä - ja monissa muissa. Kun palveluissa ovat sekä perhepalvelut että päivähoito, sosiaali-, terveys-, vanhus- ja lasten palvelut, on vaikea hahmottaa miten ne eriytyvät. Mikä osa vanhuspalveluissa ei ole sosiaali- eikä terveydenhuoltoa? Entä lasten palveluissa?

Onkin ilmeistä, että monissa organisaatioissa uudistus on vielä monesta syystä kesken. Yhteistoiminta-alueen muodostamiseen liittyy monia reunaehtoja: peruskuntien henkilöstön siirtäminen uusiin tehtäviin, kuntaliitoskuntien sopimukset jne. Rakenteissa lieneekin eräänlaista keskeneräisyyttä, eikä vähiten siksi että osassa alueita vasta odotetaan sosiaalihuollon mukaan tuloa.

3.2.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteinen organisoituminen

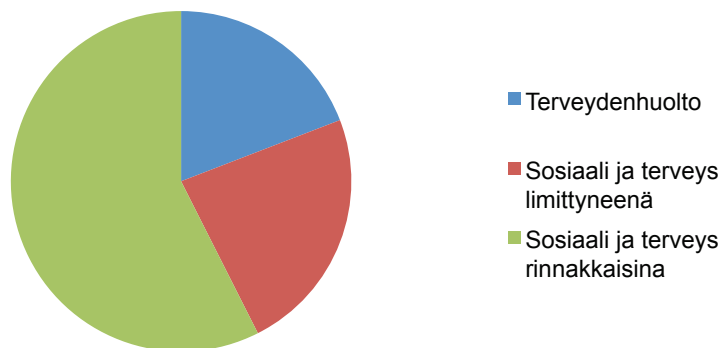
Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa yksi keskeinen tavoite on ollut mahdollistaa asiakkaan palvelut kokonaisuuksina, ilman sektoreiden välistä rajaa. Esimerkiksi

Paras Arttu -tutkimuksessa onkin arvioitu, että esimerkiksi lasten ja lapsiperheiden palveluissa on piirteitä jotka ennakoivat muutosvaiheen jälkeisten palvelujen kokonaisuuden olevan asiakkaiden kannalta eheämpi ja toimivampi, kuin mistä vuoden 2006 aikana lähdettiin liikkeelle. (Karakainen, Niiranen & Kinnunen 2010, 139). Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota vuoden 2010 yhteistoiminta-alueilla käsitellään enemmän luvussa 4.1. Osana yhteistoiminta-alueiden palveluiden organisointumistapojen tarkastelua tehtiin myös suppea katsaus siihen, miten palveluiden ryhmittely lohkoihin ja kokonaisuuksiin on toteutunut. Katsaus tehtiin yleispiirteisenä, koska edellä kuvatulla tavalla organisaatioiden moninaisuus ja toisaalta tietynlainen muutoksen keskeneräisyys tuottavat väistämättä liikettä organisaatioihin.

Tarkastelu tehtiin jakamalla yhteistoiminta-alueet kolmeen ryhmään: 1) ne, joissa on pääsääntöisesti vain terveydenhuollon palveluita; 2) ne, joissa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat organisaatiossa yhteen limittyneitä ja 3) ne, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat rinnakkaisina kokonaisuuksina. Tarkastelutaso oli organisaation lohkoutuminen johtajasta seuraavaan palvelu- / tulosalueiden ryhmittelyyn. Se, miten laajoja tai moniportaisia palvelu- / tulosalueet ovat, ei tässä huomioidu. Palvelukokonaisuuksien sisältöä ei kaikilta alueilta saatu tarkoin esille, ja toisaalta hallinnon rakenteet eivät välttämättä anna oikeaa kuvaa tai eivät noudata palveluiden organisointumista. Yhteistoiminta-alueiden palveluiden organisointumisen peruseräiteitä tämä tarkastelu kuitenkin ainakin yleispiirteisesti kuvaa.

Yhdistetyn haastattelu- ja Internet-aineiston perusteella yhdeksän aluetta rakentui selkeästi terveydenhuollon palveluista, yhdellätoista alueella palvelualueet sisälsivät limittyneenä perinteisesti sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon luettuja palveluita vähintään yhdellä alueella, ja eniten eli 27 oli sellaisia alueita, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto muodostivat rinnakkaisia mutta erillisiä palvelukokonaisuuksia. (Kuvio 6)

Kuvio 6. Yhteistoiminta-alueiden jakautuminen niihin, joiden organisaatiossa palvelut lohkoutuvat pääasiassa terveydenhuoltoon, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen limittyneisiin palveluihin tai sosiaali- ja terveystalveluiden rinnakkaisiin lohkoihin.



On siis vielä varsin yleistä, että palvelut ovat jäsentyneet perinteisen sosiaali- ja terveydenhuollon mukaisiin palvelualueisiin. Asia puhutti paljon haastatteluissa, ja hankaluuksia yhtenäisen organisaation muodostamisessa nähtiin monia. Keskeinen kysymys on se, miten linjata palvelut niin että elämäntilanne- ajattelun kautta muodostettujen palvelulohkojen osat ovat myös muiden asiakasryhmien käytössä. Esimerkiksi kotipalvelun/kotihoidon ja lapsiperheiden kotipalvelun asemoituminen mietityttää, samoin asumis- ja muiden tukipalveluiden tai vaikkapa omaishoidon profiloituminen joko omaksi palveluryhmäkseen tai tietyn asiakasryhmän palveluiden osaksi. Osaamisen kysymykset, tilastoinnin ohjaava vaikutus, aikaisempien organisaatioiden erilaiset hallintomallit ovat osa tätä problematiikkaa.

Myönteinen suhtautuminen integrointiin ei vielä takaa, että sillä edistettäisiin palveluiden toimivuutta. Ns. Leutzin (1999) lakien mukaan integroinnissa on viisi kohtaa, jotka on sitä suunniteltaessa huomioitava. Lakien mukaan 1) Kohdistaa integraatio isoihin ongelmiin, sillä voit integroida joitain palveluja koko ajan, kaikkia palveluja jonkin aikaa, mutta et kaikkia palveluja koko ajan, 2) varaudu investointeihin, sillä integraatio maksaa ennen kuin se tuottaa, 3) arvioi hyödyt ja haitat, sillä sinun integraatiosi on minun fragmentaatiota ja 4) integroi sekä rakenne että toiminta, sillä et voi integroida neliön muotoista palikkaa pyöreän reiän kanssa ja 5) muista asiakkaan rooli, sillä se joka integroi, määrää sävelen.

Tämän tutkimuksen aineistossa korostui erityisesti integraation toisaalle tuottama fragmentaatio. Sosiaali- ja terveystalveluissa on paljon läpäiseviä palveluita, joiden integrointi yhtäälle tuottaa niiden erottamista toisaalta, kuten esimerkiksi mielenterveytystyössä. Tätä pohdittiin paljon ns. elämäntalveimallin arvioinnissa. Paras Arttu -

arvioinnissa sosiaali- ja terveydenhuollon osalta on havaittu Paras -uudistuksen tuottavan osittain toisilleen vastakkaisia kehityksen linjauksia. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden muutoksessa tyypillisesti edetään kohti monialaisuutta sekä organisaatio- ja ammattirajoja ylittäviin toimintatapoihin. Eräissä Arttu -tutkimuskunnissa on myös muodostettu aivan uudenlaisia, asiakaslähtöisiä ja perinteiset organisaatorajat ylittäviä palvelumuotoja.

Samaan aikaan on kuitenkin nähtävissä myös palvelujen pirstaloitumista, etenkin sosiaalihuollossa, sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden aiemman yhteistyön kehittämisen pysähtymisestä. (Kaarainen, Niiranen & Kinnunen 2010, 139.) Myös Paras sote -kyselyssä vuonna 2009 tuli esiin pelko siitä, että yhteistoiminta-alueisiin liittyminen johtaa yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen joutumiseen erilleen. Tuon kyselyn (Kokko ym. 2009, 41–42) mukaan vähintään 13 ja enimmillään 23 kunnalla edessä voisi olla aikaisemmin yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen jakaminen kahden järjestäjätahon vastuulle. Tämä koski noin 130 000–230 000 asukasta.

3.3 Erityispalveluiden paikka hallinnossa

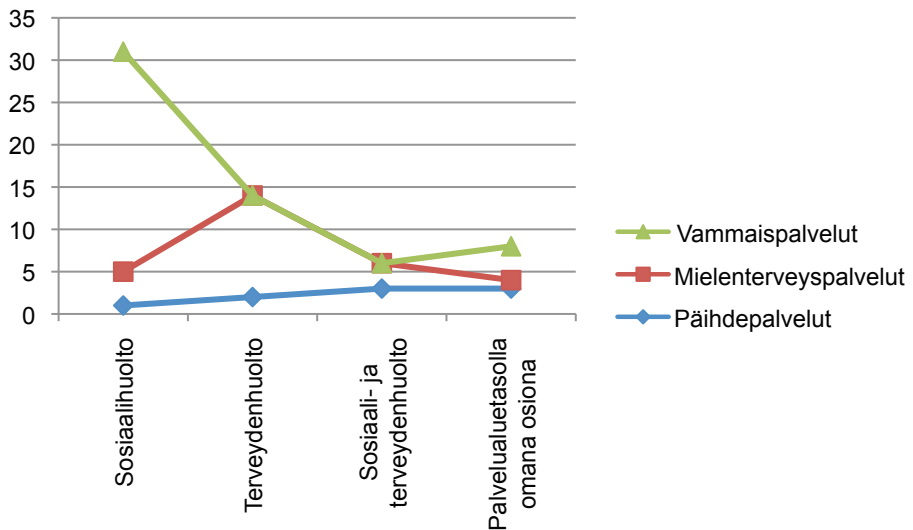
Erityispalveluita kattavasti järjestäviä ja tuottavia yhteistoiminta-alueita ei ole monia, vaikkakin yksittäisiä peruserityispalveluita on useilla alueilla jossain muodossa. Yleensä myös tämä raja on organisoitumisessa hankalasti asetettava ja tunnistettava. Mielenterveys- ja päihdepalveluita onkin alettu yhä useammin kytkeä yhteen organisaatiossa ja toiminnassa, koska asiakkuudet ovat usein yhteisiä. On kuitenkin edelleen tilanteita, joissa peruskunnan sosiaaliryöntekijä sopii asiakkaan asumisratkaisusta ilman yhteyttä asiakasta hoitavaan terapeuttiin tms., eikä asumisen tavoitteita tai tarvittavia tukitoimia pohdita yhdessä.

Kokonaisuudessaan [perus]erityispalveluiden rakentuminen on alue, joka useimmin on yhteistoiminta-alueilla vielä rikkonaisesti organisoitunut. Syytä on monia: Vastuu on jakautunut peruskunnan, terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon kesken, toimijatahoja on paljon, ja erityisemmistä palveluista päätettäessä ollaan usein harvojen asiantuntijoiden varassa. Pienet kunnat ovat turvautuneet paljolti ostopalveluihin, koska esimerkiksi kehitysvammaisten asumispalvelutarve on koskenut vain muutamia kuntalaisia kerrallaan, eikä pienessä kunnassa ole ollut erityisosaamista asiakkaan palvelutarpeen arviointiin tai palveluiden toteuttamiseen. Tällä alueella on kuitenkin viriämässä suuria muutoksia perus- ja erityispalveluiden sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiossa väestöpohjan laajennuttua. Monilla alueilla mainittiin jo, että tämänhetkisten ostopalvelusopimusten päättyessä niitä tullaan tarkastelemaan uudelleen ja yhä useampi palvelu otetaan omaksi tuotannoksi.

Organisaatorakenteita yhdistettyjen haastattelu- ja Internet-aineistojen pohjalta tarkastellessa nähdään, että erityispalveluista aineistoon valittujen mielenterveys-, päihde- ja vammaispalveluiden sijoittuminen organisaatiossa on hyvin vaihtelevaa. Kaikkien alueiden tiedoissa ei erityispalveluihin ole linkitystä, koska niitä ei järjestetä alueella. Eniten tietoa on saatavissa vammaispalveluista.

Palvelut sijaitsivat organisaatioissa perinteisen jaon mukaisesti siten, että vammaispalveluiden sijoittuminen oli useimmin sosiaalihuollossa, mielenterveys- ja päihdepalveluiden terveydenhuollossa. Joillain alueilla erityispalveluita löytyi eri organisaatiolohkojen alta. Vammaispalvelut olivat tulos-/palvelualueetasolla joko itsenäisenä tai toisen palvelun kanssa omalla lohkonaan neljä kertaa, mielenterveys- ja päihdepalvelut kerran. (Kuvio 7).

Kuvio 7. Mielenterveys- päihde- ja vammaispalveluiden sijoittuminen sosiaalihuollon, terveydenhuollon, sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelulohkoille tai palvelulohkoon, jossa k.o. palvelu on ainoana tai toisena määrittävänä palveluna.



Tämä organisatorinen tarkastelu vastaa hyvin luvussa 4.3. esitettyjä haastateltavien arvioita perus- ja erityistason integroitumisesta rakenteissa ja toiminnassa. Palveluiden käyttäjälle organisoituminen ei välttämättä muodosta selkeää kokonaisuutta; moni palvelu kiinnittyi sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluihin, ja sisällön tunteminen edellyttäisi kokemusta näistä palveluista.

3.4 Palveluiden keskittäminen organisoitumisen näkökulmasta

Myös palveluiden keskittäminen osana organisaatioiden uudelleen tarkastelua heijastaa tässä aineistossa eräänlaista välivaiheen tuntua. Alueilla, joissa operatiivinen vapausaste on suuri, on toiminnallisia muutoksia jo tehty. Niillä alueilla joissa perussopimukset rajaavat toiminnan muutoksia, ovat muutokset voineet jäädä hallinnollisiksi. Näissä tilanteissa on toimijoiden turhautuminen selvästi kasvamassa.

Keskittämisellä nähdään saatavan suuria hyötyjä palveluihin. Keskittäminen, jota usein ajatellaan kapeasti palveluiden siirtymisenä pois jostakin, nähdäänkin yh-

teistoiminta-alueilla laajemman väestöpohjan mahdollisuuksien käyttämisenä monin tavoin. Keskittämispuheen päälinjoja voidaan nähdä kaksi:

Palveluyksiköiden määrän vähentäminen nousee voimakkaimmin esille tilanteissa, joissa peruskuntien välimatkat ovat lyhyet ja väestöpohjat pienehköjä; toiminnallisesti tarkoituksenmukaisena nähtäisiin että osa palvelupisteistä karsittaisiin ja voimavaroja keskitettäisiin jäljelle jääneisiin.

Osaamisen keskittäminen palveluyksiköitä profiloimalla siten, että harvemmin tarvittava erityisosaaminen kootaan tiettyyn yksikköön, tai keskitettyjä tiimejä muodostetaan aiemmin eri kunnissa työskennelleistä viranhaltijoista. Näiden tiimien kokoamiseen liittyy palvelupisteiden ylläpito osa-aikaisesti tarvittavan osaamisen mukaan.

Palveluyksiköiden keskittämällä ja vähentämällä tavoitellaan parempia palveluita, lähtökohdana riittävien resurssien varmistaminen. Toisaalta esimerkiksi pienimpiä yksiköitä kuten yhden terveydenhoitajan aikuisvastaanottoja tai yhden lääkärin toimipisteitä on suljettu myös siksi, että niihin on jo pitkään ollut vaikea resursoida henkilöstöä. Tällaiset muutokset on hiljaisesti hyväksytty kunnissa. Sen sijaan terveyskeskusten muutos terveysasemiksi tai toimipaikkojen karsiminen ovat haastavia. Vaikka voidaan osoittaa, että kustannuksia voidaan vähentää toimintoja keskittämällä ja koordinoimalla, ei oman kunnan alueelta haluta toimintoja supistaa. Näissä linjauksissa ei ole kyse välimatkoista; supistaminen on yhtä haastavaa oli välimatka sitten alla kymmenen tai yli kolmekymmentä kilometriä. Kyse on enemmänkin poliittisesta vaikuttamisesta ja sen mahdollistamisesta. Harvaanasutuilla alueilla ja/tai vesistöjen tai muiden olosuhteiden pilkkomilla seuduilla pitkät välimatkat nähdään palveluiden tuottamisen reunaehtoina sekä kunnissa että yhteistoiminta-alueilla, eikä keskittämiskysymys ole niinkään peruskuntien ja yhteistoiminta-alueiden välistä keskustelua kuin yleistä selviytymisen ekonomiaa.

Keskittämisen hyötyinä nähdään myös mahdollisuus koota pienten asiakasryhmien tarpeet ja sitä vastaava osaaminen yhteen:

"Keskittämisen etuna on se että voidaan ostopalveluita purkaa omaksi toiminnaksi, mikä on talouden ja osaamisen johtamisen kannalta parempi"

"Nyt isommassa kokonaisuudessa voidaan osaamista kehittää ja keskittää, sitä voi nyt hyödyntää laajemmin ja uudentyyppistä osaamista."

Keskittäminen herättää paljon reaktioita ja se liitetään usein yksiselitteisesti palveluiden heikkenemiseen ja vähentämiseen. Haastatteluissa tuli kuitenkin toistuvasti esiin näkemyksiä siitä, että keskittämällä on voitu vahvistaa palveluita, hyödyntää henkilöstön osaamista aiempaa paremmin, ja myös tarjota henkilöstölle mahdollisuus kehittää ja suunnata omaa osaamistaan uudella tavalla. Esimerkiksi osastohoidossa on alettu miettiä aivohalvaus- tai akuuttipotilaiden sijoittamista tiettyihin yksiköihin. Voidaankin täsmentää keskittämisen vaikutuksien arviointia erottamalla saatavuuden ja saavutettavuuden käsitteitä: palveluiden saatavuus edellyttää, että ko.

palvelua on mahdollisuus saada, saavutettavuus sen sijaan liittyy maantieteelliseen etäisyyteen ja kuntalaisen mahdollisuuteen saavuttaa palvelu (ks. esim. Papunen 2010, 94.). Keskittämisen kysymyksissä haastateltavat liittivät myönteisiä näkökulmia nimenomaan palveluiden laatuun ja saatavuuteen parantuneen osaamisen myötä: *"Osaamista on voitu viedä sinne missä ei ole voitu kokopäiväisesti sitä pitää"*, kun taas kuntien tahoilta esitetyt pelot ja palveluiden tuottamiseen puuttuminen liittyivät palveluiden saavutettavuuteen.

Etenkin sosiaalitoimen henkilöstö, joka peruskunnissa oli toiminut kunnan omassa organisaatiossa, on pienissä kunnissa usein tehnyt laaja-alaista työtä kuten yhdennettyä sosiaalityötä. Nyt on osaamisen keskittämistä toteuttavan tiimiytämisen kautta ollut mahdollisuus jakaa asiakastyötä siten, että asiakas kohtaa työntekijän, jonka osaaminen vastaa hänen tarpeitaan parhaiten: *"Laatu on noussut selkeästi, etenkin sosiaalipalveluissa. Pienissä kunnissa ei voi olla niin kattavaa osaamista."* Erityisen selvästi tämä näkyy lastensuojelussa, jossa pätevän henkilöstön puute on monissa kunnissa merkittävällä tavalla jarruttanut palveluiden kehittämistä. Monilla haastatelluista oli vakaa käsitys siitä, että keskittämällä tuotetaan hajautettua osaamista aiempaa kohdennetummin kuntalaisten tarpeisiin:

"Kun on keskitetty palvelut yhteen, voidaan sitten hajauttaa osaavaa väkeä kylille. Osaamista voidaan käyttää paremmin."

"Palveluiden turvaaminen henkilöstön paremmalla käytöllä, esim. lääke-ripalveluiden saatavuus kun voidaan käyttää järkevämmiin."

Tällainen tiimiyttäminen ja sitä kautta osaviikkoisiin ja/tai sopimuksen mukaisiin palvelupisteisiin siirtyminen aiemmin pysyvien toimistojen sijaan nähtiin asiakkaiden etuna, eikä siitä uskottu aiheutuvan hankaluuksia heille. Usein perusteltiin, ettei esimerkiksi sosiaalityöntekijälle tai lastensuojelun työntekijälle ole otettu asiakkaita vastaan ilman ajanvarausta ennen yhteistoiminta-alueetakaan, ja että nykyisin asiakas pääsee suoraan asioimaan asiantuntevan työntekijän kanssa. Myös Mia Tammin (2010, 17) mukaan asiakkaan kokemus esim. palveluiden saatavuudesta muodostuu useista tekijöistä. Esimerkkinä hän mainitsee soittomahdollisuuden sosiaalityöntekijälle; jos järjestelmää on muutettu siten, että tavoitettavuusaika vähenee, voi asiakas kokea, että palvelun saatavuus on heikentynyt. Pertti Rannikon mukaan kuntalaisten identifioituminen tiettyyn paikallisyhteisöön ei ole riippuvainen palveluista vaan aiemmin muodostuneesta paikallisidentiteetistä. Esimerkiksi koulupiirien uudelleen muodostaminen ei muokannut asukkaiden paikallisidentiteettiä, vaikka toiminnallisesti kylä oli muotoutunut uudelleen koulupiirien myötä. (Rannikko 2009, 11.) Kysymys keskittämisen hyödyistä ja haitoista lieneekin monitahoinen tulevien tutkimusten aihepiiri.

Tässä raportissa käsitellään palveluiden keskittämisestä osana maantieteellisiä strategioita laajemmin luvussa 5.3.

3.5 Yhteenveto: Palveluiden uusorganisointi alussa

Yhteistoiminta-alueet mahdollistavat palveluiden uudelleen organisoimisen laajalti. Kuntarajojen ylitys, palvelusektoreiden integraatio ja palveluiden toiminnallinen yhteisyys on mahdollista toteuttaa yhteistoiminnan puitteissa. Kaiken kaikkiaan vaikuttaa siltä, että kaikkia mahdollisuuksia ei vielä tunnisteta, tai niiden käyttöön ottoa jarruttavat uuteen hallinnolliseen malliin sopeutumisen lisäksi siirtymävaiheen säädökset ja sopimukset.

Osa alueista on toteuttanut muutoksia rakentamalla uuden organisaation kokonaan irralleen aikaisemmista kunnan palvelurakenteista, tai vähintäänkin uudistanut palvelusektoreiden organisaation kokonaan. Näillä alueilla muutos on tapahtunut hallinnosta aina palveluntuotantoon ja yksittäisen työntekijän työhön saakka. Muutos on ollut vaativa, sillä usein suunnittelu ja valmistelu on tehty lyhyelläkin ajanjaksolla, ja muutosta toteutettaessa on koko ajan tarjottu kuntalaisille palveluita. Näiden alueiden henkilöstö onkin tässä tutkimuksessa kuvannut rankkaa muutosprosessia, jonka toivotaan jo pysähtyvän työn tekemiseen. On kuitenkin ilmeistä, että kokonaisvaltaisesti uusiutuvan palvelurakenteen suunnittelu on ollut antoisaa, ja eri palveluiden yhteen nivominen on tapahtunut innostuneesti ja työn mielekkyys tunnustetaan. Palveluiden uudellinen yhdistäminen ja asiakasprosessien seuraaminen palvelukokonaisuuksiksi on selvästi ollut työtä edistävää rakennemuutosta.

Osalla alueista muutosta on tapahtunut vain vähän. Esimerkiksi ison isäntäkunnan ottaessa vastuun myös pienen kumppanikunnan palveluista, ei isäntäkunnan palvelukokonaisuus tai hallintoprosessi juurikaan muutu. Kumppanikunnalle muutos sen sijaan voi olla suuri, ja käytännön työntekijöille palveluissa tilanne on merkinnyt uudelleenjärjestelyjä. Myös niillä alueilla, joilla aikaisempi terveydenhuollon kuntayhtymä jatkaa toimintaansa ilman sosiaalihuollon palveluita (tai minimimäärällä niitä) voi muutos olla täysin näkymätön.

Erytispalveluiden epämääräinen sijainti ja vastuu niistä suhteessa peruspalveluihin on tiedostettu, ja se nostetaankin huolen aiheena usein esiin.

Aikaisempaa laajemman väestöpohjan tuomat mahdollisuudet palveluiden organisoimissa näyttävät selvimmin sosiaalityön organisoimissa aiempaa erityyppisemmin, usean kunnan alueelta kootun tiimin voimin. Monissa muissa palveluissa työn keskittämisen ja hajauttamisen sekä osaamisen ja tiimityön kysymykset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Sosiaalityö ei ole sidoksissa fyysisiin tiloihin, ja pienten kuntien sosiaalityötä on jo pitkään vaivannut työn yksinäisyys, joten sosiaalityön voimakas muutos on varsin luonnollinen ratkaisu.

4 Palvelut integroituvat moneen suuntaan

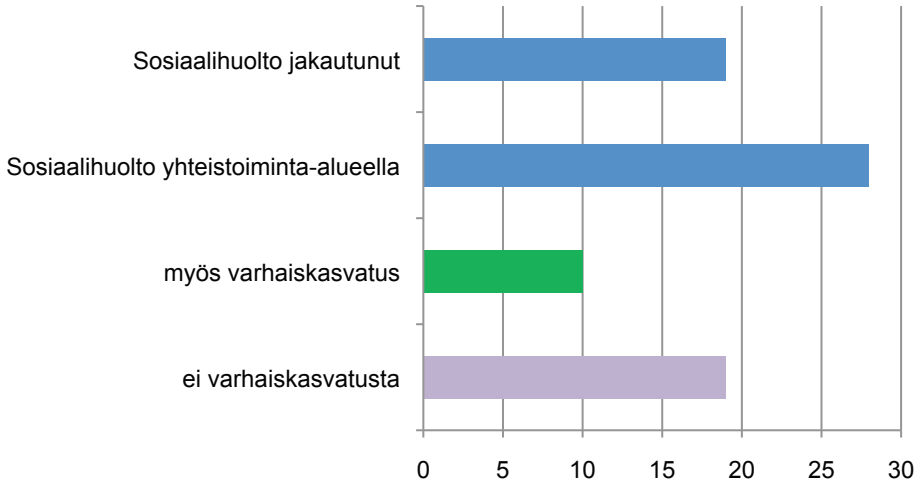
Kuntalaisen palveluiden kokoaminen toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi on ollut yksi kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteista. Peruskuntaa laajemmilla yhteistoiminta-alueilla tähän on ollutkin aikaisempaa paremmat mahdollisuudet. Organisaatiotason kokonaisuuksia tarkasteltiin edellisessä luvussa. Tässä luvussa toiminnallista kokonaisuutta arvioidaan kolmen eri näkökulman kautta: palveluiden kokonaisuus 1) kunnan ja yhteistoiminta-alueiden, 2) sosiaali- ja terveydenhuollon sekä 3) perus- ja erityistason rajapinnoissa.

4.1 Palveluiden integraatio tai jakautuminen kunnan ja yhteistoiminta-alueen kesken

28 yhteistoiminta-aluetta eli yli puolet (60 prosenttia) alueista järjestää peruskunnilleen kaikki perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Varhaiskasvatus sisältyy näistä 10 (21,3 prosenttia) alueeseen. Sosiaalihuollon palveluista osa on peruskunnissa 19 (40,4 prosenttia) alueella. Yhdellä yhteistoiminta-alueen kuntayhtymällä on koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu, mutta palveluiden tuottaminen kuuluu peruskunnille.

Hallinnollisen mallin mukaan tarkasteltuna sosiaalihuollon mukanaolossa ei ollut eroa: Sekä isäntäkuntamallin että kuntayhtymän alueista melko tarkoin n. 60 prosenttia vastasi kaikista palveluista.

Kuvio 8. Sosiaalihuollon jakautuminen peruskunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä tai sijoittuminen yhteistoiminta-alueelle kokonaan (varhaiskasvatus mukana / varhaiskasvatus ei mukana) yhteistoiminta-alueiden lukumäärän mukaan.



Sosiaalihuollon palveluista on siis osalla alueista mukana vain osa. Näin ollen onkin mahdollista, että asiakkaan palvelukokonaisuudesta osan järjestää peruskunta, osan yhteistoiminta-alue. Tämän selvittämiseksi haastattelujen yhteydessä tiedusteltiin palveluiden järjestämisvastuuta myös palvelukohtaisesti. Näin voidaan tarkastella palvelukokonaisuuksia, jotka tässä tutkimuksessa jaettiin seuraavasti:

- Lasten ja lapsiperheiden palvelut: varhaiskasvatus, äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, perhetyö, lastensuojelu ja lastenvalvoja, psykososiaalinen tuki
- Vanhusten palvelut: Kotihoito (sis. kotisairaanhoidon ja kotipalvelu), palveluasuminen, vanhainkotihoito, pitkäaikainen laitoshoidon
- Työikäisten palvelut: Aikuissosiaalityö, työterveyshuolto, kuntouttava työtoiminta, perusterveydenhuolto.

Palveluiden jakaminen kokonaisuuksiin on käytännössä vaikeaa, koska monet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista koskettavat eri ikä- ja asiakasryhmiä, eikä selkeää rajanvetoa voida tehdä. Tällä aineiston jaottelulla oli kuitenkin mahdollisuus saada esiin joitain kytkentöjä palveluiden välillä, kokonaisvaltaisuutta ajatellen.

Alueilta kysyttiin järjestämisvastuuta ja tuottamista, jotka yleensä kytkeytyivät yhteen. Pyrkimys oli tavoittaa palveluiden tosiasiallinen toiminnallinen johto ja hallinto. Haastatteluissa tarkistettiin yksittäisten palveluiden sijoittuminen yhteistoiminta-alueen tai peruskunnan järjestämisvastuulle sekä tuottaminen, minkä perusteella arvioitiin palvelukokonaisuuksien sijoittumista joko yhteistoiminta-alueelle, peruskuntiin tai molemmille jakautuneena. Lasten ja perheiden palveluiden kokonai-

suus katsottiin sijoittuneen kokonaan yhteistoiminta-alueelle, vaikka varhaiskasvatus olisikin peruskuntien vastuulla. Useimmiten varhaiskasvatus on tällöin peruskunnan sivistystoimen hallinnossa.

Useimmiten palvelukokonaisuudet olivat eheinä kokonaisuuksina yhteistoiminta-alueella (Lasten ja perheiden palvelut 33 aluetta, työikäisten palvelut 32 aluetta ja vanhusten palvelut 32 aluetta). Yksittäisten peruskuntien vastuulle¹⁵ jakautuvia palvelukokonaisuuksia on vähiten (Lasten ja perheiden palvelut 1 alue, työikäisten palvelut 1 alue ja vanhusten palvelut 6 aluetta). Palvelukokonaisuudet ovat hajautuneita yhteistoiminta-alueen ja peruskuntien kesken noin viidesosassa yhteistoiminta-alueita (Lasten ja perheiden palveluissa 13 alueella, työikäisten palveluissa 14 alueella ja vanhusten palveluissa alueella). Asukaslukujen mukaiset osuudet vastasivat kuntien lukumäärää.

Taulukko 3. Palveluiden vastuu lasten ja perheiden, työikäisten ja vanhusten palveluiden kokonaisuuksina yhteistoiminta-alueilla, peruskunnissa tai jakautuneena näiden kesken.

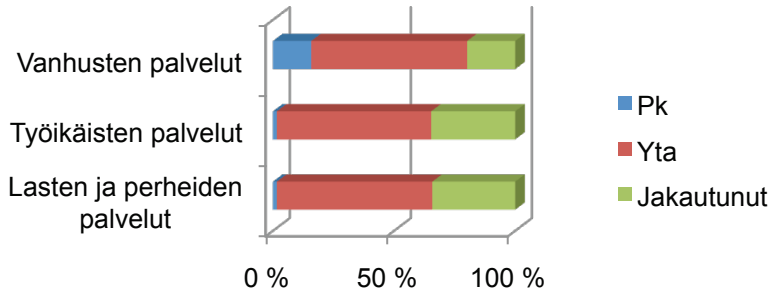
Palveluiden sijoittuminen kokonaisuuksina	Vastuu palveluista peruskunnassa		Vastuu palveluista yhteistoiminta-alueella		Vastuu palveluista jakautunut	
	Yt-alueita	Kuntia	Yt-alueita	Kuntia	Yt-alueita	Kuntia
Lasten ja perheiden palvelut	1	5	33	118	13	49
Työikäisten palvelut	1	5	32	120	14	47
Vanhusten palvelut	6	24	32	122	9	26

Yksittäisistä palveluista useimmin peruskuntien vastuulle olivat jääneet lasten ja perheiden palveluissa varhaiskasvatus (38 yhteistoiminta-alueita) ja lastensuojelu (15 yhteistoiminta-alueita), työikäisten palveluista aikuissosiaalityö ja kuntouttava työtoiminta (15 yhteistoiminta-alueita) ja vanhusten palveluista kotihoito ja palveluasuminen (13 aluetta).

Verrattaessa palvelukokonaisuuksien sijoittumista peruskuntiin, yhteistoiminta-alueille ja jakautuneesti molemmille jakosuhte on lähes samankaltainen suhteessa yhteistoiminta-alueiden, kuntien ja asukkaiden lukumäärän mukaan. Kaikissa näissä erottuu vanhusten palveluiden muita suurempi peruskuntiin sijoittumisen osuus, ja vastaavasti muita pienempi osuus kokonaisuuden jakautumista. Asukasluvun mukaiset osuudet palvelukokonaisuuksittain kuviossa 9.

¹⁵ Vastuulla tarkoitetaan tässä tosiasiallista toimintaa ja johtoa, mikä varsin hyvin vastasi järjestämistuun sijoittumista eräin poikkeuksin.

Kuvio 9. Palvelukokonaisuuksien sijoittuminen peruskuntiin, yhteistoiminta-alueille tai jakautuneesti molemmille asukasluvun mukaan (N= 1 635 079).



STKL:n toteuttamassa vuoden 2009 sosiaalibarometrissä yhteistoiminta-alueilla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä arvioitiin muita kuntia kriittisemmin. Yhteistoiminta-alueiden tuloksista nousi esiin kielteisimpinä näyttäytyvät ratkaisut, joissa yhteistoiminta-alueelle siirtyvät vain perusterveydenhuollon palvelut tai vain osa sosiaalihuollon palveluista, tyypillisimmin vanhustenhuolto tai päihdehuolto tai osa niistä. Lisäksi tulosten mukaan oli epäselvyyttä siitä, onko palvelujen järjestämisvastuu kunnalla vai yhteistoiminta-alueella. (STKL 2009). On kuitenkin huomattava, että valtaosa yhteistoiminta-alueista oli barometrin aineiston keruun vaiheessa vasta suunnitteluasteella.

4.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio alueiden palveluissa

Paras- puitelaki määritteli yhteistoiminnan tarkoituksiksi *'perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämisen'* vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Sitä, mitkä ovat lain tarkoittamia sosiaalitoimen tehtäviä, ei määritelty lainsäädännössä. Keväällä 2008 Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ohjasivat¹⁶ kuntia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitteluun toteamalla: *"Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto korostavat, että sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on perusteltua järjestää eheänä toiminnallisena kokonaisuutena jatkossakin"*. Sosiaalipalveluiden järjestäminen suositeltiin yhdistettävän perusterveydenhuollon kanssa yhteisiin rakenteisiin. Kunnille annetussa valtioneuvoston palautteessa¹⁷ kesällä 2008 todettiin, että *"Ratkaisut, joissa jokin kunta ei siirtäisi yhteistoiminta-alueelle lainkaan sosiaalitoimen tehtäviä, eivät ole lain tavoitteiden*

¹⁶ STM ja Kuntaliitto 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimenpanosuunnitelmien valmistelu kunnissa

¹⁷ VM 007:02/2008. Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä

mukaisia. Puitelain mukaisiksi ei siis katsota ratkaisuja, joissa kunta ei siirtäisi yhteistoiminta-alueelle lainkaan sosiaalitoimen tehtäviä tai joissa yhteistoiminta-alueella ei olisi mitään koko alueelle yhteisiä sosiaalitoimen tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio vaarantuisi tilanteissa, joissa yhteistoiminta-alueen kunnat siirtäisivät keskenään erilaisia sosiaalihuollon kokonaisuuksia yhteistoiminta-alueen hoidettavaksi.

Tämän tutkimuksen aineiston keruun aikana oli jo tiedossa, että puitelakiin oltiin kaavailemassa muutosta. Marraskuussa 2010 annetun Hallituksen esityksen¹⁸ mukaan yhteistoiminta-alueille tulee siirtää kaikki sosiaalihuollon palvelut lukuun ottamatta tehtäviä, joista säädetään lasten päivähoidosta annetussa laissa sekä lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetussa laissa. Sosiaalihuollon palvelut tulee siirtää alueelle viimeistään 1.1.2015 (HE 268/2010, L384/2011).

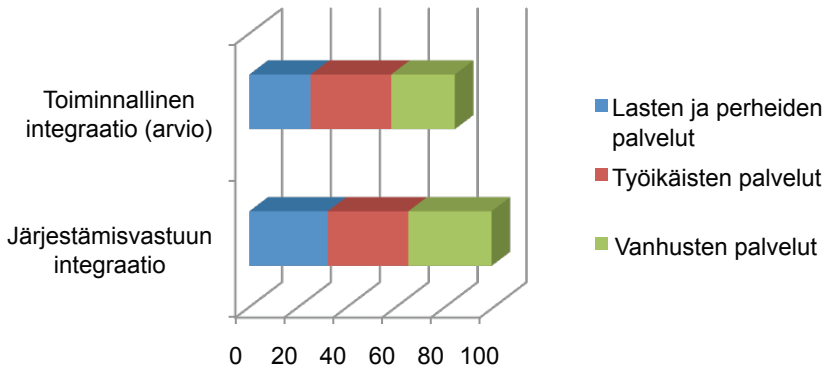
Tässä tutkimuksessa palveluittain tarkistetun järjestämisvastuun pohjalta saatiin siis tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden eheydestä alueilla v. 2010 sekä myös sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisesta eri palvelukokonaisuuksissa. Sen lisäksi haastatteluissa tiedusteltiin arviota sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisesta integraatiosta. Tällä haluttiin selvittää, oliko integraatio toteutunut toiminnassa, ja myös se oliko ehkä hajautuneesta järjestämisvastuusta poiketen tehty toiminnallisia, sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhteen sovittavia muutoksia.

Tässä analyysissä tulkittiin toiminnallisesti integroituneiksi vain ne palvelualueet, joista vastaus oli yksiselitteinen. Muutamast vastaukset "sekä että" ja "osittain" tulkittiin toiminnallista hajautumista osoittaviksi. Muutamissa vastauksissa tämä kohta jätettiin myös avoimeksi, koska katsottiin ettei voida arvioida yhteistoiminnan ulkopuolelle jäävien palveluiden integraatiota. Sosiaali- ja terveystalveluiden palvelukokonaisuudet ovat järjestämisvastuultaan integroituneet 33–34 alueella. Toiminnallisen integroinnin arviot olivat jonkin verran alhaisempia kuin tieto järjestämisvastuun osalta. Moni haastateltava kuitenkin liitti arvioonsa maininnan alkuvaiheissaan olevasta uudistuksesta ja meneillään olevasta muutoksesta 'oikeaan suuntaan'.

Palvelukokonaisuuksien kesken järjestämisvastuun integroituminen on hyvin samantasoista. Huomiota kiinnittää kuitenkin se, että lasten ja perheiden sekä vanhusten palveluissa järjestämisvastuun integroitumisen ja haastateltujen arvioiman toiminnallisen integraation välillä on lähes kymmenen yhteistoiminta-alueen ero ja asukas pohjalla verrattuna ero on lasten ja perheiden palveluissa n. 290 000 asukasta, vanhusten palveluissa 166 000 asukasta. Lasten ja perheiden palveluiden toiminnallisen integraation ei siis nähdä edenneen läheskään samaa tahtia kuin järjestämisvastuun tasolla. Samalla se tarkoittaa, että yli puolet (54 prosenttia) tämän aineiston väestöpohjasta ja n. 15 prosenttia koko Suomen väestöstä asuu yhteistoiminta-alueella, jossa lasten ja perheiden palvelut toiminnallisesti ovat edelleen jakautuneet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (Kuvio 10).

¹⁸ HE 268 /2010 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Kuvio 10 . Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismäärä ja toiminnallisen integraation suhde palvelukokonaisuuksittain.



Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiopyrkimys näkyy aineistossa organisoitapöjen taustalla enemmän kuin pyrkimys pitää ne erillään. Yleisesti haastatteluissa todetaan, että sosiaalipalveluiden mukanaolo alueella on hyvä asia, "*Sitä pidetään hyvänä ratkaisuna, siirtäminen kokonaisuutena on ollut ehdoton vahvuus ja edellytys*", ja elleivät ne kuulu alueen vastuulle, toivotaan että ne saataisiin mukaan.

Sosiaalihuollon mukaan tuloa toivottiin nopeasti, ilman liian pitkiä siirtymäaikoja. Vain yhdellä alueella nähtiin portaittain muodostuva yhteistoiminta muutoksen hallinnan kannalta hyvänä ratkaisuna.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisesta toiminnallisesti todettiin usein, että se on etenemässä, mutta että työtä on vielä tehtävänä: "*Tekemistä riittää tässä vielä, rakentamisvaiheessa ollaan.*" Kaiken kaikkiaan nähtiin, että integraatio on edennyt odotettua paremmin, "*varsin hyvin tähän vaiheeseen nähden*". Hidasteina tai esteinä eivät niinkään ole olleet henkilöstön vastustus tms. vaan prosesseissa näkyvät sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset kehityslinjat. Esimerkiksi:

- Etenkin pienissä kunnissa, joita yhteistoiminta-alueiden muodostaminen eni sijassa koskee, terveydenhuolto on jo pitkään ollut erilaisten kuntayhtymien toimintaa kun taas sosiaalihuolto on ollut kuntien omaa toimintaa: "*Kuntayhtymällä oli aikaisemmin terveys ja sos oli kunnilla*". Terveydenhuollossa on siis jo totuttu ylikunnalliseen toimintaan yhtenäisine periaatteineen.
- Terveydenhuollon organisaatioiden muutokset ovat olleet hallinnollisesti vaativia; monilla yhteistoiminta-alueilla on yhdistetty aikaisemmin eri kuntayhtymien terveydenhuoltoa osaksi tai kokonaan, ja / tai kuntayhtymässä toteutettu terveydenhuolto on tuotu takaisin kunnallishallintoon, mikä on suuri muutos.

- Osaksi kuntaperustaiseen työhön liittyen, osaksi toimintakulttuurikysymyksenä sosiaalihuollossa on käytetty enemmän yksilöpäätöksiä eikä asiakastyö ole ollut niin kattavasti kirjattua kuin terveydenhuolto. Tämä näkyy nyt erona toimintatapojen harmonisoinnissa, jossa sosiaalihuollon haasteet voivat olla suuremmat.
- Sosiaalihuollon muutokset ovat olleet ensi sijassa toiminnallisia, esim. sosiaalityön tiimiyyttämistä ja siirtymistä yhdenmukisesta erikoistuneeseen työhön. Näitä muutoksia on yleensä ollut mahdollista tehdä yhteistoimintasopimusten puitteissa. Terveydenhuollossa on yleensä jo tehty laajemman väestöpohjan työtä, ja uudet muutokset liittyvät enemmän toimintayksiköihin ja organisaatioihin. Niiden toiminnasta on useammin rajauksia sopimuksissa. Myös laitekannan elinkaari vaikuttaa muutostahtiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäistyvän toiminnan taustalla nähtiin yleisimmin yhteiset asiakkaat ja asiakasprosessit sekä toiminnalliset kokonaisuudet, joiden kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus nähtiin välttämättömänä:

"Toiminnallisesti yhdessä, tiimeissä on sekä sosiaali- että terveydenhuollon edustajia"

"Hyvää yhteistyötä tehdään palvelualueiden välillä"

"Erityisesti vanhustenhuollossa (hoitoketjut) aivan selkeää, mutta sosiaalityössä vielä haetaan muutosta."

"Tällä tulosalueella ollut aikaisemmin jakautunut peruskuntiin ja yhtymään, nyt selkeästi tiiviimpi kokonaisuus"

Usein mainittiinkin, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota laajempi kysymys on ollut eri ammattiryhmien ja toimintamallien integrointi yleensä:

"Perinteisestä perusterveydenhuollosta on paljon siirretty väkeä perhe- ja peruspalvelukeskuksiin."

"Toimintoja on yhdistetty ja niitä on yhtenäistetty. Moniammatillinen yhteistyö on lisääntymässä."

Alueilla, joilla sosiaalihuolto ei vielä kokonaisuudessaan ole yhteistoimintaluodeella, tulee selvästi esiin haastateltavien näkemys siitä että tämä ratkaisu perustuu muihin kuin palveluiden kehittämiseen tähtääviin perusteisiin. Useimmiten viitattiin peruskuntien haluun pitää asiat ennallaan, tai haluun pitää palveluita koskeva päätösvalta kunnissa:

"Ei halua vielä keskustella. Tehdään palvelut kuten ennenkin."

Terveydenhuollon aiemmin tapahtunut siirtyminen kuntayhtymiin kuntien välittömästä hallinnosta on muodostanut sille hallinnollisesti erilaisen aseman. Nyt osassa toimintaansa laajemmin muuttaneista alueista koetaan, että terveydenhuolto on 'palannut' kuntatoimintaan ja myös kunnallisen hallinnon hierarkiaan. Tämä toteutuu erityisesti kun kuntayhtymä on purettu ja terveydenhuolto siirtynyt isäntäkuntamal-

lin yhteistoimintaan, isäntäkunnan perusturvalautakunnan alaisuuteen. Tätä kuvattiin suuremmaksi toiminnalliseksi ja kulttuuriseksi muutokseksi kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen tai sosiaalihuollon kokoaminen yhteen usean kunnan alueella. Muutos on sekä haastavaa sopeutumista kunnallishallinnossa asiointiin että myönteistä rakenteiden yhtenäistymistä:

"Terveysthuoltoon satsaamisen hyötyjä nähdään helpommin päätöksenteossa aikaisempaa paremmin."

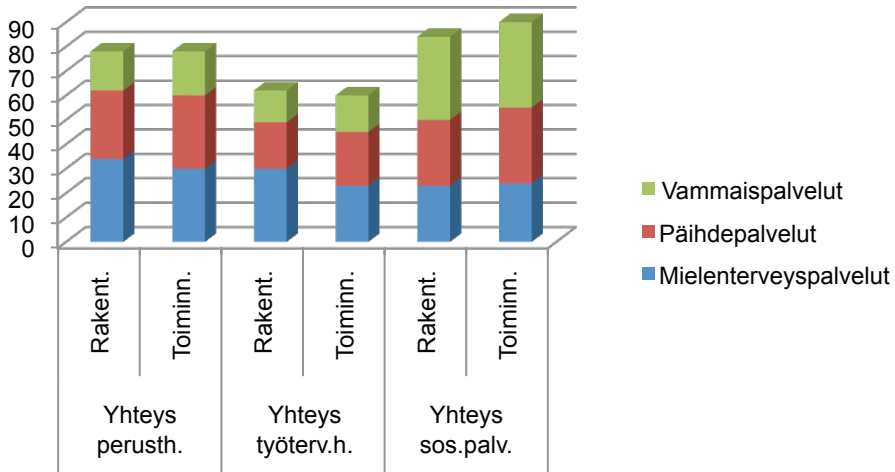
Sosiaalihuollon siirtyminen kunnallishallinnosta kuntayhtymään on puolestaan tuottanut odotettua myönteisempiä kokemuksia. Moni pitkään kunnan perusturvajohdossa työskennellyt, nykyinen kuntayhtymän palvelujohtaja kertoi että nyt saanut aiempaa enemmän keskusteltua ja vaikutettua ratkaisuihin yhdenvertaisesti, asiantuntijana: *"Kollegiaalinen vahvistaminen ollut myönteistä, sosiaalihuollon johtamisen on koettu vahvistuneen"*. Palveluiden suunnittelu yhdessä asiaperustaisesti, tarvittamatta perustella asioita kunnallishallinnon intressien kautta on heidän mukaansa ollut selkeä muutos aiempaan.

4.3 Perus- ja erityistason palveluiden integraatio

Haastattelussa selvitettiin erityispalveluiden yhteyttä peruspalveluihin sekä rakenteellisesti, organisaatiomallin pohjalta, että toiminnallisesti, mikä perustuu haastateltavan arvioon. Mielenterveys-, päihde- ja vammaispalveluista kysyttiin, onko yhteys perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon ja sosiaalipalveluihin rakenteellisesti ja toiminnallisesti tiivis vai satunnainen.

Mielenterveyspalveluiden toiminnallinen yhteys perusterveydenhuoltoon arvioitiin hieman vähemmän tiiviiksi kuin rakenteellinen, mutta kuitenkin tiiviimmäksi kuin työterveyshuollon ja sosiaalipalveluiden. Päihdepalveluissa yhteys perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin nähtiin yhtä tiiviinä, ja molemmissa toiminnallinen yhteys arvioitiin vahvemmaksi kuin rakenteellinen. Vammaispalvelut ovat vahvasti kiinnittyneet sosiaalipalveluihin, suhde on tiivis sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti. (Kuvio 11)

Kuvio 11. Mielenterveys-, päihde- ja vammaispalveluiden rakenteellinen ja toiminnallinen tiivis yhteys perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon ja sosiaalipalveluihin yhteistoiminta-alueiden lukumäärän mukaan.



Jos tarkastellaan näitä yhteyksiä perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sosiaalipalveluiden suunnasta ja huomioidaan haastateltavien arvioima toiminnallinen yhteys, nähdään että sosiaalipalvelut saivat eniten mainintoja tiiviistä yhteydestä; erityisesti suhteessa vammaispalveluihin. Tämä vastaa myös aiemmin luvussa 3 käsitellyä palveluiden organisoitumisen tapaa. Perusterveydenhuollon yhteys mielenterveys- ja päihdepalveluihin nähtiin myös usein tiiviinä. Sen sijaan työterveyshuolto jää toiminnallisesti hieman vähemmän tiiviiksi, mitä haastateltavat pohtivatkin esim. työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntyessä.

Haastatteluaineisto kokonaisuudessa kuvasti yhtä ajan ilmiötä: Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen raja on madaltumassa. Tätä kuvasti hyvin haastateltavien tapa määritellä palveluita, kun heiltä kysyttiin perus- ja erityistason palveluiden integroitumisesta. Terveystenhuollon osalta varsin yleisesti puhuttiin 'perus-erikoissairaanhoidon' palveluista, joilla viitattiin perusterveydenhuollon yhteyteen jo varsin yleisesti integroituihin toimintoihin, esim. mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajiin. Paikoin myös pieniä päiväkirurgisia ja polikliinisiä toimenpiteitä pidettiin perus-erikoissairaanhoidona, ja näiden lisäksi puhuttiin 'perus-perus-erikoissairaanhoidosta'. Nordic Health Care Oy:n ja Suomen Lääkäriliiton vuoden 2011 alussa toteuttaman kyselyn mukaan perusterveydenhuollon puitteissa tarjottavia erikoislääkäripalveluita onkin lisätty 46 prosentissa kunnista. (Perusterveysbarometri 2011).

Sosiaalihuollossa tilanne on sekavampi, koska yhteinen määritelmä perus- ja erityispalveluiden jaosta on puuttunut ja nyt uudistuksen myötä rakentuvat uudet mallit

moninaistavat kuvaa ennestään. Sosiaalihuollon erityispalveluina tunnistetaan yhdenmukaisesti lähinnä erityishuoltopiirien toiminta kehitysvammahuollossa, mutta myös sen toteuttaminen alkaa limittyä perus- ja 'perus-erityis'palveluihin. Vammais- palvelulain ja kehitysvammahuollon toteuttaminen on monella yhteistoiminta- alueella jo nähty yhtenäisenä toimintona. Mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä sosiaalityön osaamisalue liikkuu perus- ja erityisosaamisen rajoilla, kuten myös asumispalveluiden järjestäminen jota voidaan tarkastella joko sosiaalityön tai tietyn erityisryhmän lähtökohtien suunnasta.

Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta asetti vuonna 2009 alajaoksen, jonka tehtävänä oli laatia ehdotus sosiaalihuollon erityisosaamisen turvaamisen keinoista ja rakenteista. Alajaos perusti työnsä aiemmalle määrittely- ja selvitystyölle mm. VEP -hankkeessa ja Kaste -aluejohtoryhmien lausunnoissa. Alajaos tote- si, että sosiaalihuollon palveluissa *erityinen* voi määrittyä eri kunnissa ja alueilla jossain määrin eri tavoin. Lisäksi erityispalveluissa tulevat usein esille ns. ilkeät ongelmat: asiakkaan selviytymättömyys ja palvelujen tarve on kimppu monenlaisia vaikeuksia, kuten työttömyyttä, asunnottomuutta, horjuvaa mielenterveyttä, liiallista päihteiden käyttöä, elämänhallinnan menetystä jne. Tällöin asiakkaan tarpeisiin on vastattava moniammatillisesti ja yhdellä ja samalla työntekijällä tulee olla laajaa ja syvällistä osaamista. Sosiaalihuollon erityisosaamisen ja – palvelujen turvaamisessa tarvitaan alajaoksen muistion mukaan usein sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyötä (sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon). Kun sote-aluemallissa perus-erikoissairaanhoido on organisatorisesti yhdessä perusterveydenhuollon ja sosi- aalitoimen kanssa, avaa tämä uusia mahdollisuuksia yhteen sovittaa erilaista erityis- osaamista. Alajaoksen mukaan sosiaalihuollossa on hyvin vähän sellaisia palveluja, joita on tarkoituksenmukaista järjestää erva-tasolla. Asiakkaan/potilaan palveluista tulee muodostua saumaton, vaikuttava ja taloudellinen kokonaisuus, jossa tarpeen mukaan ylitetään kunta-, organisaatio-, professio- ja julkinen-yksityinen/3.sektori – rajoja. (Sosiaalialan... 2009)

Monella yhteistoiminta-alueella mietittiin parhaillaan pienten erityisryhmien pal- veluita, joiden kohdalla laajempi väestöpohja tuo merkittäviä muutoksia toteuttami- sen mahdollisuuksiin. Esimerkiksi parhaillaan pohdittiin jatkon linjauksia esimer- kiksi asumispalveluiden suhteen: pyritäänkö alueellisiin, tiettyihin erityistarpeisiin keskittyviin asumisratkaisuihin, vai kuntarakenteen mukaan muotoutuviin, moninai- sia erityistarpeita huomioiviin ratkaisuihin.

4.4 Yhteenveto: Palveluiden integraatio osana yhteistoimintaa

Palveluiden integraatio on teema, joka liittyy hyvin monitahoisesti yhteistoiminta- alueisiin. Integraatiota tapahtuu monella tavalla ja tasolla, alueen aikaisemmasta palvelurakenteesta riippuen, esimerkiksi seuraavissa:

- Eri kuntien palvelutarpeiden, -strategioiden ja -tuotannon yhtenäistäminen
- Terveystenhuollon yksiköiden tarjoamien palveluiden integroituminen

- Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon ja/tai organisaatioiden sekä palveluiden integroituminen
- Perus- ja erityispalveluiden integroituminen

Haastatteluaineistossa nämä kaikki integraation ulottuvuudet olivat esillä, monet vivahteineen. Niitä on osaksi käsitelty luvussa 5.5. osana harmonisoinnin näkökulmia. Kattavampi integraatio -tavoite on kuitenkin harmonisoinnin taustalla, ja integraation edistäminen sekä sen hankaluudet ovat monella tavalla nousemassa esille yhteistoiminta-alueiden toiminnassa, kun hallinnolliset ratkaisut on tehty. Alueiden palveluiden integraatiota eri suhteissa voitaisiin myös arvioida Mundayn (2006) muodostaman jaon mukaan. Siinä täydellinen integraatio on ylin aste, sitä edeltävinä nähdään toimiminen kokonaisjärjestelmänä, strategiset kumppanuudet ja monipalveluysköt. Vielä näitäkin edeltävinä nähdään suunniteltu, jatkuva yhteistyö, moniammatilliset, organisaation osia kattavat tiimit sekä reaktiivinen, tarpeenmukainen yhteistyö ja alimpana integraation muotona organisaatiolähtöisyys johon liittyy niukka yhteistyö. Voisi sanoa, että kaikkia näitä piirteitä haastatteluissa sivuttiin, osittain taustatilannetta kuvattaessa, osittain nykyvaihetta arvioitaessa. Tällä aineistolla ei kuitenkaan ole mahdollista määritellä eri suuntiin ja tasoihin kohdistuvaa integraatiota Mundayn tasoilla, vaan se edellyttäisi erityistä aineiston keruuta tästä näkökulmasta.

Haastatteluaineisto antaa kuitenkin monipuolisen kuvan siitä, miten haasteellista on toteuttaa palveluiden integraatio, vaikka se olisikin kaikkien yhteinen tavoitekuva - mitä se ei toki vielä edes ole. On myös eri tapoja nähdä palveluiden integraatio: kuntien, organisaatiotasojen tai palvelusektoreiden välinen integraatio, tai asiakkaan palveluiden kokonaisuus. Onkin selvää, että palveluiden integraatio ei mihinkään suuntaan etene, ellei yhdessä ole avattu mitä tavoitellaan, missä määrin ja miten.

Palveluiden yhtenäisyyden mielekäs aste ja kohdat, joissa yhtenäisyyttä tavoitellaan, on ehkä ensimmäinen määriteltävä asia. Haastatteluissa oli havaittavissa usein, että haastateltava katsoi palveluiden kokonaisuutta ja yhtenäisyyttä omasta näkökulmastaan, tiedostamatta että jokin muu lähestymistapa on toisissa palveluissa keskeisempi. Ruotsin kokemusten mukaan vuosikymmeniä kestänyt organisaatioiden välisen integraation edistäminen ja tukeminen terveydenhuollossa tuottanut tulosta, vaan yhteistyötä kehitettiin tiiviimmäksi vain organisaatioiden sisällä. Sen sijaan hallintoa yhdistämällä koottuja sairaaloita ja sairaalaryhmiä on viime vuosina muodostettu useita, ja tämä on ollut myös poliittinen linjaus. Uusien organisaatioiden kokoon ja monimutkaisuuteen liittyvistä huonoista kokemuksista huolimatta fuusiot leviävät maakuntatasolle, ja sairaaloiden määrä on puolittunut. (Ahgren & Axelsson 2011, 5.)

Axelssonin ja Axelssonin (2006, 78) kuvaaman erillistymiskehityksen (ks. kuvio 1) vaikutus on helppo tunnistaa yhteistoiminta-alueen taustalla. Tämän tutkimuksen aineistossa on usein tuotu esiin kuntien erilaisuus, vaikka ollaankin maantieteellisesti lähekkäin. Kuntien väestö- ja elinkeinorakenne, maantieteelliset piirteet ja talou-

dellinen tilanne voivat yhteistoiminta-alueen sisällä vaihdella suurestikin. Onkin selvää, että palveluiden järjestäminen on eriytynyt sekä kuntien, sektoreiden että palveluyksiköiden kesken. Etenkin sosiaalihuollon palvelut, jotka on usein järjestetty pienekin peruskunnan omana toimintana, olivat tuottaneet yhteistoiminta-alueelle yllättävän paljon harmonisointitarvetta. Rakenteellinen eriytyminen on tapahtunut sekä sektoreiden välillä että perus- ja erityistason palveluiden välillä, mikä näkyy myös hallinnon ja sitä kautta vastuun eriytymisenä sirpaleiseksi. Yhteistoiminta-alue on merkittävä mahdollisuus edetä rakenteelliseen integraatioon ja koota vastuuta eheämmäksi.

Integraation käynnistäminen ei kuitenkaan ole yksiselitteinen tai helppo tehtävä, mikä onkin selvästi yhteistoiminta-alueilla puhuttanut. Integraatiopyrkimys nousi usein esiin puhuttaessa 'asiakaslähtöisistä palveluketjuista' sekä organisaation ja hallinnon rakenteista. Kokonaisuudessaan näyttää siltä, että eri yhteistoiminta-alueet kohdettavat integraatiotoimet eri suuntiin: joillakin alueilla keskeisenä nähdään peruspalveluiden keskinäinen integraatio, jossa päähuomio on sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyydellä. Joillain alueilla tämä perustason integraatio kohdentuu ensi sijassa perusterveydenhuollon organisaatioiden ja toimintojen uudistamiseen, koska taustalla voi olla esimerkiksi kaksi kuntayhtymää. Monilla alueilla perus- ja erityistason integraatio on pitkän aikavälin tavoite, jota ei vielä ole työstyetty. Osalla alueista on kuitenkin sen suhteen selkeitä tavoitteita.

Sosiaaliturvan keskusliiton Sosiaalibarometrin (STKL 2009) mukaan Paras- uudistuksen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuoltoon nähtiin vuodenvaihteessa 2008 - 2009 mittavana niissä kunnissa, joissa oli menty joko kuntaliitoksiin tai yhteistoimintaan. Yhteistoiminta-alueita käynnistäneissä tai niitä suunnittelevissa kunnissa arvioitiin vaikutuksia kielteisemmin kuin kuntaliitoskunnissa, osaksi liittyen muutoksen monimutkaisuuteen. Sosiaalihuollon osalta oltiin lisäksi kriittisiä koska pelättiin kustannusten hallinnan heikkenemistä sekä jonkin verran myös johtamisen epäselvyyksiä. (STKL 2009)

Yhteistoiminta-alueen monitahoisuus on sen rikkaus, mutta myös haaste palveluiden yhtenäisyyden määrittelyn, rakentamisen ja ylläpitämisen prosesseille. Esimerkiksi terveydenhuollossa on jo totuttu kuntarajan ylittämiseen palveluiden toteuttamisessa, kun taas sosiaalihuollossa se oli haastatteluajankohtana akuutisti työn alla. Eri palveluiden erilaiset asiakasryhmät, yhteistyöverkostot ym. muodostavat asiakaslähtöisen yhtenäisyyspuheen realisointiin integraation haasteen, jota ei voi ohittaa.

5 Kuntalaisten yhdenvertaiset palvelut

Yksi kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteita on ollut vahvistaa palveluita niin, että eri kuntien asukkaat saavat yhä yhdenvertaisempia palveluita. Yhteistointi-alueilla tämä tavoite näyttäytyy haasteena niin päätöksenteon ja hallinnon, maantieteellisen alueen kuin kustannusten tasaamisenkin näkökulmasta. Yhteistointi-alueiden alkuvaiheessa ominainen ja vaativa tehtäväalue, *harmonisointi* läpäisee näitä kysymyksiä monilla tasoilla.

5.1 Yhdenvertaisuus palveluiden tavoitteena?

Yksi yhteistoiminnan perustavoitteita on ollut järjestää alueen kuntien asukkaille yhdenvertaiset palvelut, asuinpaikasta riippumatta. Puitelain voimaantullessa järjestämävastuun tai sen siirtymisen käsitteitä ja toimeenpanoa ei laissa kuvattu tarkoin, joten toteuttamista suunniteltaessa on kunnissa voinut olla erilaisia arvioita ja odotuksia järjestämävastuun siirtämisen vaikutuksista. Järjestämävastuun siirtoa kuvataan lain perusteluissa sekä hallituksen iltakoulu -asiakirjoissa¹⁹ 21.11.2007. Sote-kyselyn (Kokko ym. 2009) havaintojen mukaan kuntien edustajilla ei kuitenkaan keväällä 2009 ollut selkeää käsitystä siitä, mitä järjestämävastuun siirtäminen yhteistointi-alueelle tarkoittaa. Em. kyselyssä tarkasteltiin kuntien näkemyksiä yhtenäisistä sosiaali- ja terveystalvasta yhteistoinnassa seuraavilla kysymyksillä:

- 1) *Voiko yksittäinen kunta rajata joitakin yhteistointi-alueen järjestettäväksi sovittuja sosiaali- ja terveystoimen palveluita pois kuntalaisille tarjottavista palveluista?*
- 2) *Voiko yksittäinen yhteistointi-alueen kunta rajoittaa palvelujen määriä yhteistointi-alueella vallitsevasta yleisestä tasosta poiketen esim. talousarvioonsa perustuen tai muista syistä?*
- 3) *Voivatko yhteistointi-alueen kunnat hankkia omille asukkailleen lisäpalveluja riippumatta siitä, miten yhteistointi-alueella yleisesti toimitaan? (Kokko ym. 2009, 43)*

Kevään 2009 kyselyvastauksia analysoitaessa arvioitiin muodostuvaa yhteistointia asettamalla kriteeriksi mm. seuraavia: järjestääkö yhteistointi-alue järjestää palvelut alueellaan yhdenvertaisin perustein; voivatko yksittäiset kunnat rajoittaa palveluvalikoimaa tai palveluiden määrää tai hankkia kuntalaisilleen korkeamman

¹⁹ SM, STM, OPM. Hallituksen iltakoulu 21.11.2007. Kunta -ja palvelurakennemuutoksen eteneminen ja jatkototeutus

palvelutason lakisääteisissä palveluissa Suuri osa muodostumassa olevista yhteistoiminta-alueista ei näiden kriteerien mukaan vastannut yhteistoiminnalle asetettuja tavoitteita, erityisesti samantasoisten palveluiden järjestämisessä ja yhdenvertaisuusperiaatteen määritelmässä. (Kokko ym. 2009, 44–45). Tosin on huomattava, että kyselyn vaiheessa maaliskuussa 2009 kunnissa oli myös hajanaista tietoa yhteistoiminnasta, kun suurin osa alueista oli juuri käynnistymässä.

Tässä tutkimuksessa yhteistoiminta-alueilla kerrottiin pääsääntöisesti noudatettavan yhtenäistä palvelusopimusta eri kuntien kanssa. Määrittely oli sikäli hankalaa, että alueilla käsitteistö on vaihtelevaa. Osalla alueista mainittiin, että palvelusopimus on kuntakohtainen, mutta täsmennyksestä ilmeni että palvelut järjestettiin kaikille yhtenäisten perusteiden mukaisesti, mutta kuntakohtaisella palvelusopimuksella tarkoitettiin vuosittaista palvelutason sopimista. Osalla alueista kuntien välillä on myös selkeitä maantieteellisiä ja demografisia eroja, jonka mukaan palvelut ovat erilaisia eri kunnissa. Muutamilla alueilla kunnat ovat siirtäneet eri palveluiden järjestämisvastuun alueelle, minkä vuoksi sopimuksetkin eriytyvät.

Tämän tutkimuksen aineistossa päälinja oli siis se, että palvelut tuotetaan samoin kriteerein (palveluihin pääsy, palvelun laatu, palvelun kustannukset asiakkaalle) kaikkien kuntien asukkaille. Moni mainitsi kuitenkin sen lisäksi, että pääsääntönä on esim. 'aikaisemman toiminnan jatkuminen' ja päätökset palveluiden muutoksista on hyväksyttävä kuntien valtuustoissa. Monilla alueilla palveluista on sovittu perus-/järjestämissopimuksessa, eikä tarkennetuista palvelusuunnitelmista erikseen mainittu.

Onkin selvää, että alueilla on hyvin eri tavoin ennalta hahmotettu ja määritelty palveluiden tuottamisen reunaehdot ja määritelmät, mukaan lukien yhdenvertaisten palveluiden toteuttaminen. Käytännössä nämä osittain epäselväksi jääneet määritellyt on ehkä jouduttu tekemään käytännön ratkaisuna toiminnassa. Kunnallisten päätöksentekijöiden ja yhteistoiminnan hallinnoinnin välinen suhde on voinut määrittä näiden toiminnallisten ratkaisujen kautta ilman että yhdenvertaisuusperiaatteen noudattaminen olisi toiminut linjaavana tekijänä.

Yhdenvertaisuus näyttäisikin olevan varsin hankalasti määriteltävä ja linjattava periaate, kun sen rinnalla nähdään kunnallinen itsehallinto. Esimerkiksi Sitran julkaisussa vuonna 2007 on esimerkiksi nostettu kuntayhtymämuotoinen yhteistoiminta-alue, ja sen hyvänä puolena mainitaan kuntakohtainen kustannusvastuun selkiytyminen, kun kunta vastaa vain tilaamiensa palveluiden kustannuksista. Arvion mukaan *"kunta voi itse määritellä palvelujen määrän ja laadun sekä palvelujen tuottorakenteen omassa kunnassa ja pystyy näin vaikuttamaan palveluiden kustannuksiin."* Toisaalta edelleen hieman ristiriitaisesti mainitaan, että *"toiminta mahdollistaa samanlaatuisten palvelujen tuottamisen alueella, yhdenmukaisen asiakasmaksukäytännönluomisen ja näin ollen saattaa koko alueen väestön tasavertaiseen asemaan."* (Melin 2007, 33–34.) Näyttäisikin siltä, että tasavertaisuuden tavoittelussa on ollut hyvin vaihtelevia näkemyksiä sekä yhteistoiminnan valmistelun että toteuttamisen vaiheissa.

Hallinnon ja sopimuskäytäntöjen osalta tässä tutkimuksessa ei ollut tavoitteena luoda tarkkoja mallikuvauksia, vaan tavoittaa hallinnollisten ratkaisuiden vaikutus palveluiden yhdenvertaiseen tuottamiseen. Seuraavassa tarkastellaan muutamia yleisimmin esillä olleita vaikutusteemoja: palveluiden tuottamiseen liittyvät reunaehdot, maantieteelliset linjaukset, kustannusten jakoperusteiden käyttö sekä harmonisoinnin moninaiset kysymykset.

Palveluita koskevien poliittisten linjauksien tekeminen kuntien päätöksenteossa vaihtelee ilmeisen paljon, eikä siitä voi tämän tutkimusaineiston perusteella tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Olisi kuitenkin luontevaa ajatella, että pienten kuntien ja yhteistoiminnalla kasvavien alueiden päätöksenteossa poliittiset linjaukset ovat erilaisessa roolissa. Pienten asiakasryhmien pienet palveluvolyymit eivät ehkä yleensäkään nosta päätöksenteossa niin paljon linjauksen tarpeita kuin laajemman alueen suurempi palveluntuotanto. Vuoden 2011 Perusterveysbarometri 2011:n mukaan suuremmissa kunnissa/kuntayhtymissä koetaan olevan enemmän ongelmia poliittisen tahtotilan ja oman mielipiteen välillä. Yli 20 000 asukkaan alueen vastaajista lähes puolet on joutunut tekemään päätöksiä, joiden uskoivat olevan haitallisia kuntalaisille kokonaisuuden näkökulmasta, kun taas pienemmillä alueilla vastaava osuus on 10–20 prosenttia (Perusterveysbarometri 2011)

5.2 Palvelutuotannon reunaehdot hallinnon päätöksissä

Kun yhteistoiminnasta on sovittu, on kunnilla ollut monia näkökohtia pohdittavana: alueellisen yhteistyön tasapuolisuus oman kunnan kannalta, yhteistoiminnan hyödyt, kustannusten jakaminen, henkilöstön siirtyminen, kuntiin jne. Se, miten itse palvelun tuottaminen organisoituu, on voinut jäädä suunnitteluvaiheessa vähemmälle pohdinnalle. Hallinnolla ja siihen liittyvillä sopimuksilla on kuitenkin paljon merkitystä palveluiden operatiivisessa tuotannossa, mikä tuli jatkuvasti esille haastattelujen yhteydessä. Mäntysalon ym. (2010) mukaan peruskunnan ja yhteistyön yhteen sovittamisessa itsenäisten peruskuntien edunvalvonnan näkyvyys ei ole yllättävää, ottaen huomioon peruskunnan perustuslaillisesti vahvan itsehallinnollisen aseman. Yhteistyön tarkastelu oman kunnan näkökulmista heikentää kuitenkin seudullisten toimijoiden mahdollisuutta toimia. (Mäntysalo ym. 2010, 216.)

Sopimusten aiheuttamat palveluiden tuottamisen rajaukset nousivat haastatteluisa usein esille vastavoimana palveluiden toiminnalliselle kehittämiselle ja alueellisen hyödyn saavuttamiselle. Yhteistoiminta-, perustamis- ja perussopimusten väljyystaso on vaihteleva; joillain alueilla se jättää operatiivisen toiminnan yhteistoiminta-alueen ratkaisujen varaan, joillain alueilla sopimus määrittelee yksikkötasolla toiminnan puitteet, ja myös henkilöstöresurssien käytöstä on neuvoteltava. Lisäksi alueisiin voi kuulua kuntaliitoskuntia, ja niihin liittyvissä sopimuksissa omia rajauksiaan. Muutamilla alueilla on lisäksi kuntakohtaisissa palvelusopimuksissa eroja (esim. palveluvalikoima), mikä on huomioitava käytännön toiminnassa. Monilla

alueilla kuvattiin tilannetta ristiriitaiseksi, kun toiminnallisia hyötyjä odotetaan mutta samaan aikaan sidotaan ratkaisut:

"Kuntayhtymässä henkilöstö on yhteistä mutta palveluiden järjestämisen resurssit ja henkilöstö jne. on tarkoin kuntien sopimuksella rajattu, joten ristiinkäyttöä ei voida toteuttaa siinä määrin kuin asiakkaat toivoisivat."

Joillain alueilla onkin vaikeaa tunnistaa, mitä on se yhteistoiminta johon kunnat ovat sitoutuneet? Jos kunnat ovat sopimuksin varmistaneet itselleen päätösvallan palveluiden tuottamisesta palveluyksiköiden henkilöstön määrää ja sijaintia myöten, ja myös käyttävät tätä valtaa selkeästi oman kunnan näkökulmasta, voisi arvioida että järjestämisvastuun siirtämisellä yhteiselle toimielimelle tai kuntayhtymälle ei voida saavuttaa niitä toiminnallisia ja taloudellisia hyötyjä, joita laajemmalla alueella ja väestöpohjalla olisi palveluiden uudelleen organisoinnilla saavutettavissa. Paras- arviointitutkimus Artun sosiaali- ja terveystalouden osiossa viitataan taloudellisesti tiukkojen aikojen vaikuttavan organisaatioissa usein uudistuksen sijaan muuttumattomuuden ongelman, eli pitäydytään perinteisissä toimintamalleissa. Tämä voi syntyä esimerkiksi silloin kun sosiaali- ja terveystalouden organisaatiouudistus antaisi mahdollisuuden uusiin ja toimintamalleihin, mutta toimintatapa säilyy ennallaan. Samalla kuitenkin voidaan lisätä erilaisia uusia organisoiminnan järjestelmiä. (Kaarainen, Niiranen & Kinnunen 2010, 141.)

5.3 Maantieteelliset strategiat ja keskittäminen niiden pohjalta

Paras -uudistuksen alkuvaiheessa nousi keskustelussa esiin huoli siitä, että palvelut keskittyvät alueellisesti, kauas kunnista. Ehkä juuri siksi yhteistoiminta-alueita muodostettaessa yhtenä keskeisistä toiminnallisista kriteereistä näyttää olevan palveluiden säilyttäminen peruskunnissa. Kuntaliiton aikaisemmin esittämä jako lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja laajan väestöpohjan palveluihin oli jossain määrin näkyvissä haastattelupuheissa. Kuntaliitoksia tutkinut Kari Leinamo on todennut (Leinamo 2010, 118), että lupaukset palvelujen turvaamisesta osoittautuivat monessa tapauksessa liioitelluiksi tai jopa vääriksi, vaikka sopimuksiin oli kirjattu yksityiskohtaisesti kunkin palvelun järjestämistavat. Tämä näkemys heijastui myös kuntien edustajien huoleissa 2009. Paras- arviointitutkimus Artussa on sosiaali- ja terveystalouden osalta arvioitu, että pyrkimys suurempiin kokonaisuuksiin voi näkyä palveluiden saavutettavuuden ongelmina, mikä harvaan asutuilla alueilla näkyy palveluiden käyttämisen todellisina vaikeuksina. (Kaarainen ym. 2010, 139.)

Eniten palvelutuotantoon liittyviä ongelmia yhteistoiminnassa ennakoivat pienet kunnat kokevat palveluiden ohjattavuuden siirtyvän poiskunnan harkinnasta, epäilevät kustannusten nousevan hallinnon lisääntyessä ja ovat huolissaan palveluiden siirtymisestä jatkossa kauemmas (Kokko ym. 2009, 119). Myös STKL:n Sosiaalibarometri 2008 osoittaa kuntien sosiaalijohdon arvioivan että lähipalveluiden saataavuus heikentyy Paras-uudistuksen myötä pienissä kunnissa ja haja-asutusalueilla. Lähipalveluita käsittelevä keskustelu on Suomessa yleistynyt Paras- uudistuksen

myötä. Esimerkiksi Helsingin Sanomien uutisarkistossa "lähipalvelut" -hakusanan osumat vuosilta 1990–2010 painottuvat vuosiin 2006–2010. (Zitting & Ilmarinen 2010, 11.)

Tämän tutkimuksen aineistossa ei palveluiden tuottamisen maantieteellisiä strategioita oltu perussopimuksen lisäksi yhteistoiminta-alueilla laadittu. Olemassa olevat linjaukset olivat koko yhteistoiminta-aluetta koskevia, eivät tiettyjä palvelukokonaisuuksia. Näitä strategioita tiedusteltiin haastateltavilta palvelukokonaisuuksittain, kun samalta alueelta haastateltiin useampia henkilöitä. Muutoin alue käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena siten, että haastateltava pyydettiin mainitsemaan mikäli eri palveluissa linjaus on erilainen.

Palveluiden saamiselle ei oltu yhdelläkään alueella muodostettu linjausta palveluiden hyväksytystä etäisyydestä (aikana tai kilometreinä). Vastaavia selvityksiä etäisyyksistä nyt tai palveluverkon tiheyttä koskevia selvityksiä ei myöskään oltu tehty kuin yksittäisten palveluiden osalta, suurimmassa osassa ei lainkaan. Useimmilla alueilla todettiin, että palveluverkon tiheys perustuu kuntien alueella aiemmin olleisiin yksiköihin, jota pidetään jatkossa muutosten lähtökohtana.

Usein haastatteluissa mainittiin, että palveluverkon lähtökohtana on kunnissa olemassa oleva tilanne, ja että perussopimuksessa on sovittu lähipalveluista. Sopimus ei kuitenkaan yleensä joko määritellyt lähipalveluiksi luettavia palveluita tai sitä, millä etäisyydellä ne tulisi järjestää, eli lähipalvelu -määritelmän sisältöä ei oltu avattu. Tulkinta jäi siis toiminnan käynnistyttyä käytännön ratkaisujen myötä selkiytettäväksi. Yleisimmin sen tulkittiin merkitsevän palveluiden järjestämistä kunkin peruskunnan alueella, ja taustalla oli suunnitteluvaiheen pelko etäännyvistä palveluista. Kunta- ja palvelurakennemuutosten vaikutuksia sosiaalipalveluihin tutkivan ParasSos -tutkimuksen kuntalaiskyselyssä yhdeksän keskisuomalaisen kunnan vastaajista kaupungeissa ja kirkonkylissä asuvat asukkaat suhtautuivat palveluiden sijaintiin eri tavoin kuin yleisesti ajatellaan. Asukkaat hyväksyisivät palveluiden sijainnin nykyistä kauempana. Etenkin kaupungeissa kaksi kolmasosaa olisi hyväksynyt päivittäin käytettäviin palveluihin pidemmän matkan. (Kaskisaari, Tammelin, Hirvonen, Hämeenaho, Ilmarinen & Vartiainen 2010, 31–36.) Onkin kiinnostavaa pohtia, onko maantieteellisiin ja kuntarajoihin perustuvan palveluntuotannon takana aidosti asiakkaan halu ja tarve, vai onko kysymys periaatteellinen?

Linjatuista tai toteutuneista palveluverkon muutostrendeistä kysyttäessä useimmin mainittiin pienten yksiköiden sulkeminen, päivystyksen keskittäminen ja sosiaalitoiminnan tiimityttäminen sekä muu ammatillisen osaamisen kokoaminen, joskin siihen liittyi palvelupisteiden ylläpitoa peruskunnissa. Näiden muutosten taustalla olivat mm. henkilöstön saatavuuden ongelmat, toiminnallinen kehittäminen, asiakasläh- töisten palveluiden tuottaminen sekä resurssien sovittaminen kasvaviin tarpeisiin (Taulukko 4).

Taulukko 4. Yleisimpiä haastatteluissa mainittuja linjattuja tai toteutuneita palveluverkon muutostrendejä taustatekijöineen.

Muutostrendi	Taustatekijät
Pienten yksiköiden sulkeminen	Henkilöstön saatavuus Ikkärakennemuutokset (palvelutarve)
Ammattiosaamisen keskittäminen (Sosiaalityö, lastensuojelu, neuvolatyö)	[Eri]osaamisen hyödyntäminen Tiimityttäminen (pienet ammattiryhmät) Asiakaslähtöiset prosessit, toiminnallisuus
Päivystyksen keskittäminen	Eriyisosaamisen turvaaminen Päivystyksen käytön oikea kohdennus

Kaskisaari ym. (2010, 27) toteavat, että vaikka välimatkat ja kilometrein mitattavat etäisyydet ovat keskeinen palvelujen saavutettavuuden mittari, maantieteellisen etäisyyden lisäksi palvelussa keskeistä on hyvä saavutettavuus, esimerkiksi sähköisesti. Tämän tutkimuksen aineistossa ei sähköisiä palveluita tuotu vaihtoehdoksi lähipalveluille.

Mielenkiintoisen taustan näille maantieteellisille strategioille ja keskittämisen trendeille tuottaa myös maaliskuussa 2009 toteutetun Paras sote -kuntakyselyn (Kokko ym. 2009) aineisto. Sen mukaan kunnat pitivät jatkossa sopivana seudullista palveluiden tuottamista useammin kuin tähän asti oli toteutunut, eli kuntien halukkuus siirtää palveluita oman kunnan alueelta seudulliseksi oli selkeästi nähtävillä. Esimerkiksi lastensuojelu nähtiin 10 -15 prosentissa kunnista mahdollisena toteuttaa seudullisesti, vaikka kyselyn aikaan palvelu oli omassa kunnassa. Perheneuvolapalvelut sai omasta kunnasta 48 prosentissa kunnista, mutta vain 25 prosenttia kunnista vastasi että niitä tulisi tulevaisuudessa saada omasta kunnasta. Samoin nykyistä tasoa yleisemmin keskitettäväksi sopisivat kuntien mielestä röntgenkuvien ottaminen, lyhytaikainen hoito terveystieteidenkeskuksissa sekä terveystarkastajien palvelut. Vammaispalveluita saatiin seudullisesti noin 30 prosentissa kunnista, mutta 55–60 prosenttia kunnista piti seudullisia vammaispalveluita jatkossa soveltuvana toimintatapana. Päivystysluonteinen päiväaikainen lääkäreiden ja hoitajien vastaanottopalvelu nähtiin 30 prosentissa kunnista soveltuvan seudullisesti järjestettäväksi. Päihdehuollon seudullista järjestämistä niin vastaanottopalveluissa kuin katkaisuhoidossa pidettiin hyvin yleisesti hyväksyttävänä. Omassa kunnassa säilytettävänä nähtiin perussosiaalityö sekä lääkäreiden ja hoitajien sekä hammaslääkäreiden vastaanottopalvelut. (Kokko ym. 2009, 49 -50.)

USA:ssa maaseudun palveluiden varmistaminen on jo pitkään varmistettu yhteistyöllä, joka perustuu maaseutukuntien tiedostamaan tarpeeseen toimia yhdessä peruspalveluiden varmistamiseksi. Yhteistyötä tehdään sekä talouden, maankäytön, sosiaalisen tasapainon että poliittisen osallistumisen tasolla. Maaseudun kuntien haasteena on sopeutuminen yhä markkinaistuneempaan kansalliseen toimintatapaan.

Elleivät ne onnistu siinä, eivät ne tulevaisuudessa kykene investoimaan kasvua tukevaan pitkäkestoiseen kehitykseen. Tämä johtaa heikkenevien palveluiden ja heikkenevän talouden noidankehään. Yksityistämisen ja hajauttamisen kaksoisprosessi jättää maaseutukunnat tuplasti heikompaan tilanteeseen. Tässä tilanteessa viimeaikaiset tiedot osoittavat että yhteistyön taso on heikentynyt ja suora julkinen palveluntuotanto lisääntynyt maaseutukunnissa, johtuen markkinoiden rakennetekijöistä enemmän kuin johtamisen asenteista. Syrjäiset alueet koetaan markkinoilla vähemmän houkuttelevina, koska siellä kustannukset ovat korkeammat ja verotuotot alempia kuin kaupunkialueilla. Kustannuksissa muodostuu U-käyrä akselille harvaanasuttu maaseutualueet - tiiviit kaupunkialueet, eli puhtaasti urbaanien alueiden ja harvaan asutun maaseudun kustannukset ovat korkeammat kuin lähiöissä. (Warner 2005, 223–225.)

Myös tässä tutkimuksessa palveluiden järjestämisen maantieteelliset reunaehdot olivat usein esillä. Yhteistoiminta-alueita ovat muodostaneet pienet kunnat, ja usein ne ovat harvaan asuttuja ja osalla on hankalia vesistöön, tiestöön tai maastoon liittyviä rajoituksia palveluiden tuottamisessa. Näillä alueilla palveluiden keskittämistä ei mietitty itsestäänselvytenä, vaan palveluiden saavutettavuus pienessäkin kuntakeskuksessa haluttiin turvata, koska kuntalaisten mahdollisuus lähteä palveluihin etäämmälle olisi kohtuutonta. Yksityisistä palveluista ei näissä tilanteissa juurikaan odotettu ratkaisua, koska moni mainitsi etteivät harvaan asuttujen alueiden palvelut kiinnosta markkinoita. Vastaavasti Bel & Fageda (2006) näkevät pienten kuntien palveluntuotannon yksityistämisen ja yhteistoiminnan hyötyjä arvioidessaan, että keskeinen käytännön ongelma on tunnistaa palvelun optimaalinen maantieteellinen skaala. Kunta ei yleensä sovi tähän tavoiteskaalaan palvelun tuottamisen näkökulmasta, joten voi olla tehokasta että vain yksi taho järjestää palvelut useille alueille saavuttaakseen optimaalisen palveluiden tuottamisalueen. (Bel & Fageda 2006, 14–15.)

Tsekin tasavallassa on osoitettu että maaseudun kehittäminen edellyttää useiden periaatteellisten ehtojen täyttymistä. Esimerkiksi kuntien ja kuntalaisten yhteydenpidon aktiivista tukemista ja kehittämistä tarvitaan, samoin yhteisten kehittämisprojektien tukemista. Kehittämisprojekteissa tulee keskittyä vain pääkohtiin; keskittyen vain muutamaan keskeiseen projektiin. Keskittyminen kehittämään muutamien kuntien mikroalueita nähdään myös tärkeänä, sen sijaan että nykyiseen tapaan leivitetäisiin kehitysinvestointi koko alueelle. (Perlin 2006, 270.) Vastaavia pohdintoja on Suomessa esitetty mm. osana Kaste- ohjelman toimeenpanon arviointia, jossa kuntien mukaan tuloa palveluiden kehittämistoimiin tavoitteena on pohdittu. (esim. STM 2010, 54.)

5.4 Kustannusten jakoperusteet - yhdenvertaisuutta vai eriytymistä?

Järjestämisvastuun siirtämistä on kritisoitu myös tämän tutkimuksen aineistossa siitä, ettei järjestämisvastuun siirtäminen ilman rahoitusvastuuta ole mielekäästä. Järjestämisvastuun siirtämisen yhteistoiminta-alueelle on myös nähty toteutuvan vasta silloin, jos kuntakohtainen aiheuttamisperiaate ei olisi kustannusten jaon perustana. Keväällä 2009 kunnat ilmoittivat, että kuntalaskutusperiaatteista suosituin olisi suoritepohjainen aiheuttamisperiaatteeseen perustuva laskutus. Sen lisäksi kerrottiin muodostettavan palveluiden käytön ja sopimusvaraisen laskentaperusteen yhdistäviä malleja. Muutoksena aikaisempaan kuntayhtymämallien laskutustapaan on nähty tuotteistamisen käyttö, mitä pidetään läpinäkyvyyttä lisäävänä uudistuksena. (Kokko ym. 2009 44–46.)

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella kustannusten jako tapahtuu kahta vuosilaskutusta käyttävää aluetta lukuun ottamatta aiheuttamisperiaatteen mukaan, pääasiassa suoriteperustaisesti. Yleisimmin kuvattiin mallia, joka sisältää pääsääntöisesti suoriteperustaisia palveluita mutta myös ns. yhteisiä palveluita (hallinto ja tuki-palvelut) ja/tai palveluita, joita ei jyvitetty kuntien kesken (esim. sosiaaliasiamies tms.). Näitä kustannuksia jaettiin osittain suoritehintaan vyöryttämällä, osittain asukaslukupohjaisesti.

Osassa alueita suoritehintaa on keskihinta, osassa se määritellään vastaamaan suoraan esim. toimintayksikön kustannuksia ja suoritteiden määrää. Molempia perusteltiin tasa-arvoisuuden ja läpinäkyvyyden tavoitteilla. Yksikkökohtaisella suoritehinnalla valvotaan kunnan kustannuksien ja käytön suhdetta: *"Hinnottelun pitäisi olla yhä enemmän yksikkö- ja kuntakohtaista."*

Kuntakohtaisuutta korostetaan osin niin tiiviisti että malli alkaa muistuttaa ostopalveluita: kunnan alueella olevassa yksikössä voidaan esim. ylläpitää palvelua vaikka asiakas pohja on pieni, koska yksikön tuottamien suoritteiden keskiarvoa korkeammat kustannukset kohdentuvat ko. kuntaan ja ratkaisu on kunnan poliittista päätöksentekoa eikä vaikuta muiden kuntien maksusuuksiin. Tätä pidettiin hinnoittelutavan etuna, joskin osa haastateltavista kritisoi että tämä menettely estää järjestämisestä palveluita toiminnallisesti yhteisesti ja ylläpitää kuntakohtaista ajattelua.

Yksikkökohtaista hintaa pidettiin myös osittain siirtymävaiheen ratkaisuna. Keskihintaista suoritetta tai laajempaa palvelutuotetta käyttävät totesivat, että ero yksikkökohtaisen suoritehinnan ja keskihinnan välillä on yllättävänkin pieni, ja että tällä tavalla saavutetaan tasa-arvoinen perusta joka tukee alueen palveluiden yhteistä suunnittelua:

"Yksi hinta suoritteesta kummallekin kunnalle. Väestön tasavertaiset palvelut sopimuksessa tarkoittaa myös sitä. Molempien kuntien väestö voi käyttää palveluita vapaasti ja henkilöstö liikkuu. Siksi yksi hinta on tärkeä koska se tukee tätä eikä tarvitse yksiköiden kirjanpidossa näkyä esim. kirjanpidon tasolla"

"Nyt yksiköiden kuluihin perustuva hinta. Pyritään yhtenäiseen hintaan kun toiminta tulee tutuksi."

Tilaaaja-tuottajajärjestelmän erilaiset sovellukset (ks. luku 2.2.3) näyttäytyvät myös palveluiden operatiivisella puolella. Tilaamiseen ja tuottamiseen liittyvän tuotteistamisen nähdään selkeyttävän ja järkevöittävän palveluiden kokonaisuuksia, ja prosessien avaamista pidetään hyvänä tukena esim. sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolle.

Yhteistoiminta-alueiden aiempaa suurempi väestöpohja on jo tässä vaiheessa lisännyt ostopalveluiden käytön aiempaa tiukempaa harkintaa. Monella alueella ostopalveluita tullaan sopimuskausien päättyessä siirtämään omaksi toiminnaksi nyt, kun voidaan koordinoita useamman tarvitsijan tarpeita. Tämä koskee etenkin oman alueen ulkopuolelta ostettuja palveluita. Palveluiden hinnoittelutavat ja -perusteet ohjaavat palveluiden tuotantoa monella tavoin.

5.5 Harmonisointi yhteistoiminta-alueen rakentamisessa

Yksi yleisimmistä teemoista haastatteluissa oli harmonisointi, moneen muuhun aiheeseen liittyen ja osittain eri termejä käyttäen. *Harmonisointi* nousi keskusteluun usein palkkojen ja etujen käsittelyn osalta muutosprosessin työvaiheena, mutta monet kutsuivat myös palveluiden yhdenmukaistamista tällä termillä.

Harmonisointi vahvistaa asiakkaiden saamien palvelujen tasa-arvoa ja tekee palveluista alueilla yhtenäisempiä riippumatta kunnasta, jossa asuu. Yleisesti ottaen harmonisointitarve on hieman yllättänyt, sillä moni kunta oli jo aikaisemmin tehnyt yhteistyötä, ja palveluiden luultiin olevan samankaltaisempia. Harmonisointia on kuitenkin tarvittu ja toteutettu monin eri tavoin:

- *Henkilöstön palkkojen ja etujen* harmonisointi oli uusilla yhteistoiminta-alueilla meneillään. Harmonisointi edellyttää työn vaatuuksien arviointia ja työnkuvien harmonisointia, mikä nähtiin prosessissa haastavimmaksi vaiheeksi. Muuten tämä vaihe oli ennalta tiedetty eikä herättänyt erityisiä pohdintoja.
- *Työkäytäntöjen* vertailu nousi melko haasteellisena esiin. Monen eri organisaation, työalan ja kunnan yhtenäiseksi muokkaaminen on edellyttänyt prosessien avaamista ja sisältöjen erittelyä, mitä on pidetty myös hyvänä joskin työläänä asiana. Työkäytäntöjen harmonisointi on tapahtunut useilla alueilla samanaikaisesti kuntien välillä ja työalojen välillä, kun organisaatio on uudistunut myös toiminnallisesti. Esimerkiksi kotiuttamisketjussa voi toimia nyt ryhmä, jossa on monen eri kunnan koti- ja laitoshoidon edustajia sekä terveyskeskuksen hoitotyön edustus. Kunnan kotihoitokin voi koostua aikaisemmasta kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun henkilöstöstä. Neljän kunnan yhteistoiminta-alueella tämä voi tarkoittaa 10 - 13 organisaatiota, riippuen siitä onko kotisairaanhoido ollut näissä kunnissa aikaisemmin yhden vai useamman tahon hoidettavana.

- *Hallinnollista* yhdenmukaistamista on tehty yhtenäistämällä palveluiden kriteereitä, sisältöä ja maksuja. Useimmin mainittiin omaishoidon myöntäminen, toimeentulotuen ohjeistus ja kotihoidon palveluiden saanti kohtina, joissa harmonisointia on erityisesti kaivattu. Myös terveydenhuollon prosesseissa on ollut paljonkin eroa, mikä on yllättänyt esimerkiksi rinnakkaisissa terveyskeskuksissa aiemmin työskennelleet työntekijät.
- *Laatutyötä* pidetään yhtenä osatekijänä palveluiden yhdenmukaistamisessa, koska sen myötä prosesseja tarkastellaan yhtenäisin kriteerein. Laadunhallinta on aineiston perusteella hyvin yksiselitteisesti yhteistoiminta-alueen vastuulla ja tukee näin harmonisointityötä.
- *Palvelutason* yhdenmukaistamista kertoi tehneensä suurin osa yhteistoiminta-alueista, joskin tältä osin mainittiin haasteiksi mm. kuntien tahto säilyttää aikaisemmat palvelut. Kyse ei niinkään ollut palveluvalikoimasta tai toiset kunnat ylittävästä palvelutasosta, vaan esim. yksiköstä, joka toimii muita pienemmällä väestöpohjalla ja pystyy näin tarjoamaan 'väljempää' palvelua kuin muut.
- Harmonisoinnin viitekehukseen voidaan lukea myös ns. *ristiinkäytön* mahdollisuuksien lisääminen. Ristiinkäyttö oli mahdollista lähes kaikilla alueilla, mutta kaikissa siihen ei erityisesti kannustettu. Osassa alueita se ei ole maantieteellisesti mielekästäkään. Lisääntyvä ristiinkäyttö ei ole merkittävässä määrin osoittanut kuntalaisten omaa halua käyttää palveluita oman kunnan ulkopuolella, kuten jonkin verran oli ennakoitu etenkin lastensuojelun ja sosiaalityön osalta mahdolliseksi. Tämän nähdään viestivän kuntalaisten luottamuksesta samantasoisin palveluihin.

5.6 Yhteenveto: Yhdenvertaisuus yhteistyön mittana

Palveluiden, toiminnan, kustannusten ja työntekijöiden olosuhteiden yhdenvertaisuus asuinkunnasta riippumatta on yksi yhteistoiminnan haastavimpia tavoitteita. Haasteista on niin tahtotilan kuin toiminnallisen toteutuksen suhteessa. Oman kunnan etujen katsominen on luonnollinen ja jopa edellytetty tapa toimia niin viranhaltijoille kuin luottamushenkilöille. Se, miten kunnan etua nähdään ajettavaksi, vaihtelee suuresti: Turvataanko tämän hetkinen palveluiden toimintatapa, vaikka tilanteen taloudellinen kestättömyys pitkällä tähtäimellä on näköpiirissä, vai haetaanko aktiivisesti uusia alueellisia ratkaisuja joissa oman kunnan tämänhetkisiä palveluita joudutaan sopeuttamaan tulevaisuuden turvaamiseksi? Vai nähdäänkö kenties että omat ratkaisut ovat pitkällä tähtäimellä kestävämpiä kuin alueelliset? Stenvallin ym. Paras -arvioinnissa todettiin, että yksi yhteistoimintaa jarruttava tekijä on kuntien toisistaan huomattavasti poikkeava taloudellinen tilanne ja sitä kautta erilaiset mahdollisuudet vastata itse omista palveluistaan, sekä myös taloudellisesti vahvemman

kunnan pelko siitä että joutuu maksajaksi heikomman naapurin palveluille. (Stenvall ym. 2009, 48.)

Osalla alueita ostopalvelutyypinen ajattelu on selvästi vahvempaa kuin yhteistoiminnallinen. Erkki Papunen (2010, 91) viittaa Valtioneuvoston palautteeseen kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä 27.6.2008 määritellessään yhteistoiminta-alueen velvollisuudeksi järjestää palvelut yhdenmukaisin perustein, jolloin kuntakohtaisia jonoja palveluihin ei yhteistoiminta-alueen sisällä voi syntyä. Kuntien tilaajatyypiset sopimuksen yhteistoiminta-alueen kanssa eivät tätä velvoitetta täytä (Papunen 2010, 92; Kokko ym. 2009, 83–84.) Kun kuntien välillä on palveluiden ostosopimuksia, voidaan ne nähdä yhteistyön 'pehmeänä' muotona vaikka ne ovatkin täysin taloudellisia perusteiltaan. Ne eivät varsinaisesti olekaan kuntien välistä yhteistyötä vaan kahdenvälisiä suhteita tiettyjen tehtävien hoitamiseksi. Aivan eri asia on vastavuoroinen kunnallisten työntekijöiden jakaminen lakisääteisten tehtävien hoitamiseksi. (Council of Europe 2010, 64.)

Yhteistoiminta-alueen tavoitteeksi ei ainakaan kaikkien osapuolten taholta ole asetettu alueen yhteisten etujen tavoittelua, vaan oman kunnan palveluiden turvaamista. Koko sopimis- ja suunnittelumenettely voi tällöin palvella kuntakohtaisuuden etua, mikä heijastuu myös palveluiden tuottamisen tavoitteisiin ja prosessiin, jossa tehostamisen keinovalikoima jää varsin suppeaksi ja peruskuntien päätöksistä riippuvaiseksi. Palveluiden tasa-arvoisuutta ei välttämättä haluta avata kovin tarkoin, osaksi koska oletetaan että palvelut ovat samankaltaisia, osaksi koska yhteinen tapa toimia ei varsinaisesti ole tavoitteena. Palveluiden järjestämisessä ovat kuntarajat tällöin edelleen merkitseviä. Warnerin (2005) mukaan yhteistoiminta voikin tukea nurkkapatrionismia auttamalla kuntia säilyttämään itsenäisen identiteettinsä ja silti tuottamaan palvelut taloudellisesti. Tällä tavoin yhteistyö voisi olla tie myöhempään monitasoiseen yhteistyöhön tai poliittiseen vakautumiseen, mutta yhtä lailla se voi heikentää kiinnostusta laajempiin yhteistyön muotoihin helpottamalla palveluiden järjestämisestä johtuvaa taloudellista painetta. (Warner 2005, 226). Tässäkin aineistossa yhteistoiminnan taustalla näyttäytyi usein kuntaliitoksen välttäminen, tai päinvastoin: iso isäntäkunta on voinut lähteä yhteistoiminta-alueelle tulevan kuntaliitoksen toivossa, ei niinkään alueellisen palveluiden kehittämisen tavoitteella.

Haastatteluaineiston perusteella voisi arvella, että kuntalaisten palveluiden yhdenvertaisuutta ei periaatteena ole kaikilla alueilla tavoiteltukaan, vaan se on jäänyt kuntien keskinäisen, tasapuolisen kustannusten jaon muodostamisen alle. Alueita, joilla laskutus perustuu usean vuoden periodilla tasaantuvaan vuosilaskutukseen, on aineistossa niin vähän ettei eri mallien eroista voida tehdä vahvoja johtopäätöksiä. Kuntien yksikkö- ja toimintotasoiseen kustannuslaskentaan ja -seurantaan perustuva rahoitus oli kuitenkin monilla alueilla niin vahvasti esillä palveluiden tuottamisen prosesseissa, että se ei voi olla vaikuttamatta kuntalaisten palveluihin.

Osalla alueista yhteistoiminta on puolestaan käsitetty palveluiden tuottamiseen saakka ulottuvana yhteisenä tarpeiden arviointina, palveluiden uudelleen järjestelyä ja toiminnallista uudistusta tukevana vastuun uusjakona. Asiakkaiden saamien pal-

veluiden yhdenvertaisuus on haluttu tietoisesti viedä prosessiin (palvelun saatavuus, saavutettavuus), palvelun laatuun ja sisältöön sekä asiakasmaksuihin. Palveluiden uudelleen järjestämisessä kuntarajat ylitetään ja palvelutarvetta sekä siihen vastaimista tarkastellaan koko alueen tasolla. Tällöin voidaan kohdata kipeitä kysymyksiä, esim. hoivapaikkojen sijaintia eri kunnassa kuin asuinkunta, tai sijoitus muualle kuin lähimpään ja tutuimpaan terveyskeskukseen esim. keskussairaalaan palattaessa. Nämä ovat kysymyksiä, jotka tukevat kuntakohtaisen toiminnan säilyttämistä kuntalaisten näkökulmasta, mutta kysymyksiä joihin väistämättä joudutaan ottamaan kantaa yhdenvertaisuutta tavoiteltaessa.

6 Onnistuuko yhteistoiminta?

6.1 Haastateltavien kokemuksia hyödyistä ja hankaluuksista

Yhteistoiminta-alueet olivat vuonna 2010 toimineet vasta sen verran lyhyen aikaa, että taloudellisen vaikutuksen analyysiä ei juurikaan uskallettu alueilla tehdä, eikä muiden tavoitteiden osalta voitu vielä tehdä johtopäätöksiä.

Haastateltavien kokemukset yhteistoiminnan hyödyistä, toiminnan käynnistämisen hankaluuksista ja reunaehdoista olivat varsin yhdensuuntaisia. Kootussa aineistossa suuri osa hankaluuksista liittyi yhteistoiminnan peruskysymyksiin, eli toiminnan reunaehdoja määrittelevien sopimusten tulkintaan ja soveltamiseen. Suunnitteluvaiheen tavoitteiden ja käytännön sovellutusten välillä on ollut monia epäselvyyksiä ja kysymyksiä, jotka ovat nousseet esiin vasta toiminnan myötä.

Hankaluudet kiertyivät hallinnon, henkilöstön ja talouden ympärille. Hyödyt sen sijaan näyttäytyivät myös henkilöstöön liittyvinä, ja sen lisäksi palveluiden kehittämiseen sekä talouteen. Näin sekä talous että henkilöstö olivat sekä hyötyjen että hankaluuksien kohtajina.

6.1.1 Haastateltavien arviot saavutetuista hyödyistä

Haastattelun osana kysyttiin yhteistoiminnalta odotettuja ja saavutettuja hyötyjä. Henkilöstöön liittyviä hyötyjä, kuten osaamisen keskittämisen ja rekrytoinnin ja/tai sijaispankkitoiminnan hyötyjä nähtiin 25 alueella (53 prosenttia); kehittämiseen liittyviä 20 alueella (43 prosenttia) ja talouteen liittyviä 15 alueella (32 prosenttia). Nämä maininnat on laskettu aluekohtaisesti, ei kutakin haastattelua erikseen.

Henkilöstöön liittyvät hyödyt nostavat suunnilleen yhdenvertaisesti esiin rekrytoinnin helpottuminen ja osaamisen lisääminen ja keskittäminen:

"Rekrytoinnissa toiminut paremmin, ja erikoislääkärien käyttö hyödyttää peruspalveluita kaikissa. Koulutusta voidaan järjestää tehokkaammin kun on iso alue."

"Pienille kunnille sijaisvarmuus."

"Henkilöstön osaaminen ja henkilöstön käytön monipuolistuminen, esim. osa-aikatyö mahdollistuu."

Tämä edellyttää, että toiminnallisia muutoksia on voitu tehdä osaamisen kannalta tarkoituksenmukaisesti, ja yhteistoiminnalla on myös saavutettu organisoitumisessa jotain uutta, jotain lisäarvoa joka vahvistaa rekrytointimahdollisuuksia.

Kehittämisen nähtiin edenneen osaksi uuden organisaation luomisen yhteydessä tehdyissä muutoksissa ja niiden tuottamien mahdollisuuksien kautta, osaksi vahvemman toimijan kautta:

"Palveluiden sisältöä on käytännössä helpompi kehittää, esim. lähteä mukaan kehittämishankkeisiin ja itse on käynnistetty muutama pilotti uusista palvelumalleista. Ilman kuntayhtymää ei olisi näihin kokeiluihin lähdetty."

Omana kehittämisenä nostettiin esille mm. tuotteistamisessa tai muuten tehty prosessien avaus ja sitä kautta aiempaa suurempi ymmärrys kokonaisuudesta, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämiseen liittyvät kehittämisprosessit. Usein esille nostettu kehittämiskohde oli kotiuttamis- / kotihoitoyhteistyö, jossa koettiin saavutetun merkittäviä hyötyjä ja toiminnan selkiytymistä.

Kehittämisen hyötyjen saaminen on edellyttänyt sitä, että alueen rakenne ja hallinto ovat vakiintuneet ja toiminnalliselle työlle on ollut edellytykset. Alueet, joilla on ollut paljon hankaluuksia hallinnon (kirjanpito, tukitoimet, sopimukset) tai esimerkiksi luottamuksen suhteen, ei kehittämiseen ole vielä ehditty paneutua.

Talouteen liittyviä hyötyjä arvioitiin suhteellisen varovaisesti, ottaen huomioon lyhyen toiminta-ajan. Talouden arviointia osaltaan vaikeuttaa se, että aikaisemmin itsenäisesti toimineissa kunnissa palveluiden kustannuksiin on eri tavoin vyörytetty kustannuksia ja sidottu tukipalveluita, joista osa jäi kuntiin muihin tehtäviin. Näin taloudellisen hyödyn näkeminen voi kunnillekin olla ensimmäisinä vuosina epäselvää. Tilannetta hämmentää vielä yleisen taloustilanteen nopea heikkeneminen, mikä vaikuttaa paitsi toimintaan myös odotuksiin. Kuitenkin viidentoista alueen osalta talous luettiin onnistumisten ja hyötyjen puolelle. Taloudessa nähtiin onnistumisena pysyminen tavoitteissa ja kasvun taittuminen:

"Kustannuskehitys oli hyvä, nousu vain prosentti."

"Taloudessa on onnistuttu pysymään pinnalla investoinneista huolimatta."

"Tilinpäätös osoitti hyvää suuntaa."

Myönteisen talouskehityksen edellytyksenä nähtiin ensi sijassa toiminnallista joustoa mahdollistavat sopimukset ja reunaehdot sekä rohkeus uudistaa organisaatiota. Jos esimerkiksi sopimukset eivät mahdollista toimipisteiden karsimista tai toimintojen uudelleen linjausta, tai henkilöstön vähentämistä, ei taloudellisille odotuksille ole pohjaa:

"Taloudellista hyötyä on vaikea saada koska on niin paljon päätöksiä peruskunnissa."

Taloudellisen hyödyn saaminen edellyttää uudistusmahdollisuuksia kaikilla tasoilla; esimerkiksi esimiestason merkittävää keventämistä.

6.1.2 Koettuja hankaluuksia

Yhteistoiminta-alueilta tiedusteltiin myös ennakoituja ja toteutuneita hankaluuksia. Ylivoimaisesti eniten hankaluuksia nähtiin hallinnossa, 29 (62 prosenttia) alueella,

seuraavaksi eniten eli 12 (26 prosenttia) alueella henkilöstössä ja kolmanneksi eniten taloudessa, 8 (17 prosenttia) alueella.

Hallinnon hankaluudet ovat olleet moninaiset ja -syiset. Usean entisen organisaation yhdistyminen on tuottanut uusia toimintamalleja ja -tapoja hallinnon kaikkiin vaiheisiin, eikä tämä tapahdu mutkitta:

"Toimintatavan uudistaminen on työläs, asiointi neljän kunnan kanssa ja neljän kunnan päättäjien kesken on työlästä. Tapojen systematisoituessa kuitenkin helpottuu ja muodostuu uusia menettelyjä."

"Yhteisjohtaminen on alkanut nyt muodostua, opittu perustelemaan miksi, minkä takia."

Monissa haastatteluissa kuvattiin myös tukitoimien hankaluuksia, joiden merkitys voi olla lamauttava koko muulle toiminnalle. Kirjanpitojärjestelmän odottamaton toimimattomuus tai jopa kuntien kyvyttömyys tehdä päätös yhteisestä taloushallinnon ohjelmasta ovat olleet yllättäviä hankaluuksia, samoin alkuvaiheessa monilla alueilla on hämmästyttävä henkilöstön siirtoon liittyviä vaikeuksia, kun kunnilta on ollut hankala saada tietoja yhteistoiminta-alueelle siirtyvistä työsuhteista. Taloushallinnossa on usein vasta matkan varrella selkeytynyt, mitä uusi muoto laskutus-käytäntöineen edellyttää, ja tämä on ollut haastavaa:

"Taloushallinnollinen prosessi on ollut työläs (suoritetyö ja raportointi)."

"Hallinnon lisääntyminen kuitenkin yllättävän suuri."

Hallinnon hankaluuksia on pyritty ratkaisemaan sitä mukaan kun ne tulevat esiin, joskin riittävän valmisteluajan saaneet alueet ovat voineet jo ennalta valmistella hallinnollisia käytäntöjä, ja joillain alueilla on jo siirrytty vähitellen yhtenäisiin malleihin ennalta.

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kevään ja syksyn välillä 2010, jolloin monet vuodenvaihteessa 2008 - 2009 suunnitteluasteella olleista yhteistoiminta-alueista olivat jo saaneet kokemusta toiminnasta. Tämän tutkimuksen haastateltavat ovat yhteistoiminta-alueiden, eivät peruskuntien virkamiehiä, mikä on syytä ottaa huomioon tuloksia arvioitaessa. Muutamissa haastatteluissa tuli esiin toive siitä, että yhteistoiminta-alue jäisi 'välivaiheen muodoksi' ja että pian päädyttäisiin kuntaliitokseen. Tämä ajattelu liittyi ison isäntäkunnan toimintatapaan ja perusteisiin lähteä mukaan yhteistoimintaan

Henkilöstöön liittyvät hankaluudet kiertyvät enimmäkseen muutosprosessin ympärille. Muutosta on tapahtunut monella tasolla: kuntien toiminnan yhtenäistyminen, palvelukokonaisuuksien myötä sektorirajojen ylittäminen ja työkäytäntöjen harmonisoinnin kautta työtapojen uusintaminen. Samalla koko perusajatus oman kunnan työstä on muuttunut, etenkin sosiaalipalveluissa jotka tähän asti ovat olleet terveydenhuoltoa useammin kuntakohtaista työtä:

"Henkilöstöltä vie kauan ymmärtää että [yta] on se jolle tehdään työ, ei enää vain oma kunta. Henkilöstön kesken raja-aitoja kuntien välillä."

"Pelättiin isäntäkunnan toimivan määrävänä; ei niinkään päättäjät vaan rivityöntekijät. Muutosvastarintaa, pelkoa työtehtävien muutoksesta."

"Muutoksista surutyötä"

Henkilöstöön liittyviä hankaluuksia on pyritty vähentämään ennalta, mikäli aika-taulu on sen sallinut, tai itse prosessin aikana. Keinoina ovat olleet mm. henkilöstön osallistaminen suunnitteluryhmiin, henkilöstön kuuleminen ja tiedottaminen. Osalla alueista muutokseen varautuminen on kuitenkin ollut hankalaa, koska päätös on tehty joskus jopa vain muutama kuukausi ennen toiminnan aloittamista. Ennen päätöstä esillä on voinut olla useita selvityksiä ja vaihtoehtoja, joten valmistautumista ei ole voitu ennen päätöksentekoa aloittaa, vaan monitahoinen selvittely on ollut muutoksen teossa rasitteena.

Talouteen liittyvät hankaluudet liittyvät enimmäkseen yleisesti kireään taloustilanteeseen ja sen tuottamiin haasteisiin ja muutoksiin: *"Lama vaikeutti taloutta, työttömyys kolminkertaistui"*, tai käytännöllisemmin laskutukseen, kirjanpitoon ym. toimintoihin liittyviä: *"Budjetit ja kuntalaskutus ovat hankaluus"*. Myös kuntien erilainen taloustilanne aiheuttaa hankalia tilanteita yhteisessä toiminnassa, kun osalla kunnista olisi taloudellinen mahdollisuus kattavampiin palveluihin kuin toisilla, ja uuden yhteistoiminnan kestävyyttä testataan. Toisaalta myös yhteistoiminta-alueen peruskysymysten nähdään olevan talouteen liittyvien hankaluuksien taustalla: *"Rahoituksen ja järjestämisvastuun eriyttäminen ei voi olla pysyvä tapa"*.

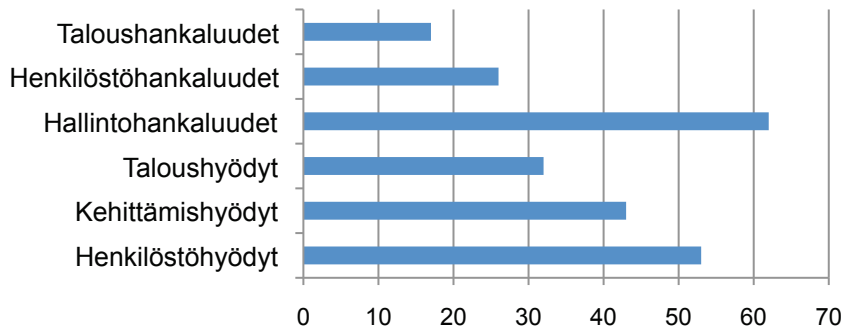
Yleinen taloustilanne on näkynyt muutosten taustalla myös Paras Arttu -arviointitutkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Palvelurakennemuutosten osio samaan ajankohtaan kuin bruttokansantuotteen lasku, valtiontalouden suuri alijäämä, työpaikkojen supistuminen ja työttömyyden kasvu. Tämän johdosta kuntien talous heikkeni verotulojen vähetessä ja menojen kasvaessa. Palveluilta vaaditaan talousongelmissa sosiaalisten ongelmien ratkaisua uusilla toimintamalleilla ja voimavaroilla. (Kaarainen ym. 2010, 140.)

Tämän tutkimuksen aineiston mukaan yhteistoiminta-alueilla on talouteen liittyviä hankaluuksia selvitetty mm. tuotteistamalla palveluita ja pyrkimällä laskuttamisessa selkeämpiin linjauksiin.

Omanlaisensa talouden hankaluus liittyy isäntämällin yhteistoiminta-alueisiin silloin, kun sopimuskunta on huomattavan pieni suhteessa isäntäkuntaan. Pieni lisäyksen kaupungin väestöpohjaan ja palveluihin ei tuota lisäresurssitarvetta, ja tavoitteena onkin että sopimuskunnan 'lisäosa' hoidetaan nollasummaperiaatteella aikaisempaan nähden. Pienestä kunnasta ei myöskään siirry yhteistoiminta-alueelle erityisasiantuntijoita eikä tukipalveluiden tekijöitä, vaan lisäyksen hoidetaan aikaisemman henkilökunnan turvin. Henkilöstö kokee, että työmäärä lisääntyy ilman hyötyä, ja palveluiden tuottamisessa mentaliteetti voi muistuttaa ostopalveluiden tarjoamista: isäntäkunta tuottaa omat palvelunsa ja niihin sopeutuvat sopimuskuntien palvelut. Joissain tilanteissa avoimesti pohdittiin, että sopimuskuntien palvelut ovat riippuvaisia siitä, *'mitä me voidaan niille nyt antaa'*, enemmänkin kuin palvelutarvearviosta.

Hyötyjen ja hankaluuksien vertailussa nähdään, että hallinnon hankaluuksia on kokenut yli 60 prosenttia yhteistoiminta-alueista, ja henkilöstöön liittyviä hyötyjä on saavuttanut yli 50 prosenttia alueista. (Kuvio 12)

Kuvio 12. Yhteistoiminta-alueilla saavutetut hyödyt ja koetut hankaluudet, mainintoja % alueista.



6.1.3 Luottamus päätösten ja toiminnan perustana

Luottamusta tarvitaan yhteisen toiminnan muodostamisessa ja toiminnassa. Monet tämän tutkimuksen haastateltavista kuvasivat luottamuksen puutetta tekijänä, joka muokkasi yhteistoiminnan perusteita ja vaikuttaa edelleen palveluiden käytännön toiminnassa. Taustalla on ollut erilaisia kokemuksia aikaisemmasta yhteistyöstä. Yksi yleinen esille tullut aihe oli aikaisempi kokemus läpinäkymättömäksi koetusta kuntayhtymästä:

"Pelättiin että kunnan vaikutusmahdollisuudet jäivät heikoiksi, kuntayhtymät koettiin läpinäkymättömiksi. Epäiltiin tunnistavatko valtuutetut roolinsa mutta on toiminut."

Tämä pelko vaikutusmahdollisuuksien katoamisesta on vaikuttanut monella tavoin. Haastatteluissa se liitettiin esim. pienten kuntien pelkoon siitä, että palvelut etäännyvät ja kustannustaso nousee. Vaikutusmahdollisuuksia oli haluttu pitää itsellä myös sellaisissa tilanteissa, joissa kunnat olivat ennen yhteistoimintaa järjestäneet palveluita hyvin erilaisin tavoittein. Tällaisia merkitykselliseksi nähtyjä eroavuuksia olivat esim. sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, tai palveluiden painottaminen ennaltaehkäiseviin ja/tai avohuollon palveluihin. Vaikutusmahdollisuuksien menettämisen pelkoa liittyi myös isäntäkuntamallin torjumiseen - tosin samoin perustein oli torjuttu kuntayhtymä-mallin käyttöä. Monilla isäntäkuntamallin yhteistoiminta-alueilla kerrottiin, että isäntäkuntamalli oli valittu jotta vältettiin kuntayhtymä. Toisaalta isäntäkuntamallissa sopimuskunnat ovat pelänneet, että isäntäkunta vahvistuu sopimuskuntien heiketessä ja niiden kustannuksella. Samoin on pelätty, ettei pienillä sopimuskunnilla ole käytännössä vaikutusmahdollisuutta omiin palveluihinsa. Kuntayhtymissä puolestaan on pelätty kunnasta irtautuvaa ja sisäänpäin keskittyvää

hallintoa, johon kunnista ei ole ohjausvoimaa: *"Kunnissa iso pelko siitä että yhtymä alkaa 'elää omaa elämäänsä' ja sitä on yritetty estää."*

Vaikutusmahdollisuuksia oli pyritty säilyttämään kunnilla monin tavoin. Hallintomallin valinta oli siinä ensimmäinen vaihe, toinen vaihe oli sopimusmenettelyllä varmistaa vaikutusmahdollisuus. Perussopimuksia laadittaessa on haluttu mukaan paljon toimintaa sitovia, tarkkojakin rajoituksia toimintayksiköistä ja joissain tapauksissa niiden henkilöstöstä. Laskutuskäytännöt on määritelty tarkoiksi, ei niinkään toiminnallista kehittämistä ajatellen kuin sen varmistamiseksi, ettei kukaan hyödy toisen kustannuksella. Alueiden lähtökohtainen luottamus näkyikin juuri tässä perustavassa suhteessa: perussopimus²⁰ voi rakentua yksityiskohtaisesti palveluiden sijaintia, kustannuksia ja niiden jakoa määritellen, tai sopimukseen voi sisältyä kunnan omien päätöksentekojen mahdollisuus puuttua esille tuleviin asioihin. Tämä on sitten näkynyt myös käytännön toiminnassa: *"Valtuustojen kyky irrottautua päätöksenteosta on ollut yllättävän vaikeaa."* Toisaalta on myös alueita, joilla työnjako on selkeä: peruskunnat antavat raamit ja rahoituksen, ja yhteistoiminta-alue vastaa toiminnasta. Näissä tilanteissa päätösvalta on tietyissä rajoissa seurannut vastuuta, mitä yleisesti pidetään tehokkaana. Näin luottavaisia oli alueista vain muutama. Monet haastateltavat kertoivat alueella olevan vielä uuden rakenteen luomisen myötä epämääräisiä valta- ja vastuusuhteita, vaikka teoriassa asiat olisi sovittukin:

"Tilaajatoiminta ei ole täysin muotoutunut. Poliitikot asioivat tilaajaorganisaation kanssa, eivät pääse mukaan tuottajatahon toimintaan. Kuitenkin tekevät tilaamisen linjauksia ja kunnanvaltuustot tekevät päätöksiä."

Haastatteluvaiheessa yhteistoiminta-alueet olivat enimmäkseen olleet toiminnassa puolesta vuodesta kahteen vuotta. Luottamuksen rakentaminen oli edelleen ajankohtaista, ja siihen pyrittiin monin eri toimin. Näihin toimiin voidaan lukea moninainen tiedotus- ja valmistelutyö, seminaarit ja aluekehittämiseen liittyvä toiminta. Aktiivinen yhteydenpito ja tiedottaminen esimerkiksi palvelutarpeeseen vaikuttavista tekijöistä voidaan nähdä laajemmin ennakoivana (ks. luku 2.3.1) tiedottamisena ja samalla luottamuksen rakentamisena kuin pelkkä vuosisopimuksen valmistelu edellyttäisi. Asioita myös käsiteltiin monilla alueilla laajalla kokoonpanolla, vaikka peruskunnan virallinen väylä osallistua päätöksentekoon olisi tarkoin määritelty tietyn edustuksellisen roolin mukaan. Niukka tiedottaminen, vähäinen yhteinen valmistelu ja kapeat mahdollisuudet vaikuttaa päätöksentekoon näyttivät haastatteluvaiheessa liittyvän luottamuksen puutteeseen puolin ja toisin. Vuosittaisen palvelutarvearvion ja -suunnitelman laatimisessa kuntien epäluottamus näkyy alueen arvioin kyseenalaistamisena, alueen epäluottamus kuntaa kohtaan kunnan näkemysten vähättelynä.

Luottamuksen hankkiminen on työlästä, sen menettäminen sen sijaan näyttää tapahtuvan helposti. Perussopimukseen mahdollisesti epämääräisiksi jääneet linjaukset ja määrittelyt ovat käytännössä tulleet esille toiminnan myötä, ja niiden käsittelyssä on voitu edetä luottamuksen murenemisen tietä pieni asia kerrallaan. Yleensäkin

²⁰ tai perustamissopimus, yhteistoimintasopimus

operatiivisen toiminnan vapausasteet aina suunnittelusta työkäytäntöihin saakka ovat riippuvaisia siitä, toimitaanko luotettuna kumppanina:

"Pitäisi linjata mistä kunta voi itse päättää ja mistä ei. Hirveästi menee turhaa aikaa asioiden setvimisessä, voisi säästää paljon aikaa ja rahaa."

Peruskuntien hakiessa vaikuttamisen väyliään epäluottamus näkyy mm. siinä tavassa, jolla peruskunnan luottamushenkilöt pyrkivät vaikuttamaan palveluiden operatiiviseen toteuttamiseen. Pahimmillaan luottamuksen puute jähmettää koko toiminnan ja estää hyödyntämästä niitä toiminnallisen tehostamisen mahdollisuuksia, joita aiempaa suurempi väestöpohja mahdollistaisi. Tällaisina mainittiin usein esimerkiksi terveyskeskusten ja -asemien tehtävien keskittäminen tai vanhuspalveluiden kokoaminen hoidon vaativuuden mukaan, joissa tarvitaan yhteisiä ratkaisuja: *"Ellei ky:lle anneta toimintavaltaa niin asiat eivät etene."*

Yleisesti voi todeta, että hallinnolliset ja sopimukselliset rajaukset palveluiden tuottamisen ratkaisuihin heijastavat kuntien luottamusta tai epäluottamusta yhteistoimintaa kohtaan. Mitä enemmän yhteistoiminnan valmisteluprosessiin liittyy epäluottamusta, sitä tiukemmin on omia tavoitteita pyritty varmistamaan yksityiskohtaisin sopimuksin. Toisaalta isäntäkuntamalleissa sopimuskuntien pelkoa isäntäkunnan ylivallassa on pyritty häivyttämään, mikä on osittain johtanut absurdeihin tilanteisiin; esim. alueen pienillä sopimuskunnilla voi olla lautakuntapaikkoja yhteensä enemmän kuin isäntäkunnalla. Isäntäkunta on myös voinut sopimisvaiheessa pyrkiä häivyttämään sopimuskuntien epäluottamusta sitoutumalla tiettyihin palveluiden tuottamisehtoihin, jotka toiminnassa ovat rajoittavia ja käytäntöä jäykistäviä. Yleensäkin kuntien väliseen yhteistyöhön voi liittyä periaatteellisia tai opittuja asenteellisia suhtautumistapoja. Mäntysalo ym. totesivat Paras Arttu -arvioinnissaan 2010, että kuntien välillä voi vallita pitkän ajan kuluessa muotoutuneita jännitteitä, jotka eivät mahdollista yhteistyön vaatimaa luottamusta. Perlin puolestaan raportoi kyselyä, jossa vain 41 osallistuneista 1 135 maaseudun alueen kuntajohtajista kertoi kuntansa tunnustelevan liittymistä toiseen kuntaan. Vain 17 kuntajohtajaa kertoi että he olisivat valmiit hyväksymään toisen kunnan yhdistymisen omaan kuntaansa. (Perlin 2006, 268–267.)

6.1.4 Valtiota kohti suuntautuu toiveita

Haastattelujen yhteydessä pyydettiin yleisiä kommentteja ja terveisiä päätöksentekoon vapaasti ilmaistuna ilman aihe- ja aiherajausta tai ehdotuksia. 'Vapaan sanan välilehti' oli hyvin suosittu, ja sen noin 500 kommentista on mahdollista tehdä hyvin pintapuolinen katsaus. Päälimmäisiksi aiheiksi nousivat toiveet ohjauksesta ja ratkaisuisista, näkemykset yhteistoiminta-alueen väestöpohjasta, tietojärjestelmäkysymykset sekä toivomus saada yhteistoiminta-alueet näkyviksi.

Yksi toistuva toteamus oli, että koko prosessista olisi alusta pitäen toivottu selkeämpää ohjausta ja yksiselitteistä viestiä siitä, mihin suuntaan valtionhallinto pyrkii kuntien ratkaisuja ohjaamaan: *"Lainsäädännössä ja valtion ohjauksessa tarvitaan*

jämääkää otetta, ja toisaalta realistista näkemystä." Esimerkiksi moni haastateltava totesi, että sosiaalihuollon liittyminen yhteistoiminta-alueeseen olisi ollut tarpeen ilmaista tiukemmin, ja nyt kun tiedetään täsmennyksen olevan käsillä, sen toivottiin tulevan napakasti ilmaistuna ja nopealla aikataululla. Tässä kohdin myös alkaa näkyä yhteistoiminta-alueen ja peruskunnan tietty eriytyminen; alueet toivovat valtiolta tukea kuntien päätöksiin. Pitkät siirtymäajat lisäävät haastateltavien mielestä epäselvyyden aikaa ja hidastavat toimintojen vakiintumista:

*"Selkeys ohjeista ja säädöksistä olisi ollut tarpeen, on ollut harmillista et-
tä on ollut niin tulkinnanvaraisia säädöksiä."*

*"Odotetaan ohjausta että alueen pitää olla riittävän suuri, myös vanhus-
tenhuollossa. Pitäisi saada paine kuntiin että saataisiin päätöksiä."*

*"Toivotaan että lainmuutosten muotoilut olisivat mahdollisimman selkeitä
eikä tulkinnallisia kysymyksiä."*

Odotus ratkaisuisista sisältää vahvan ja usein toistuvan toiveen siitä, että jatkuvan muutoksen sijasta päästäisiin toteuttamaan ja kehittämään toimintaa pitkäjänteisesti:

*"Alun perin olisi pitänyt sanoa selvästi että sosiaalinen pitää tulla mukaan,
nyt kun se tulee jälkijunassa, aiheuttaa se jatkuvan muutoksen."*

*"Yhteistoiminta-alueen muodostamisen takia työntekeä on jatkuvaa muutos-
ta ja siinä ryvettyä."*

*"Jonkinlainen näköala siitä että jossain vaiheessa saisi toteuttaa sitä mitä
on suunniteltu eikä aina olisi uusi suunnitelma."*

*"Nyt rakenteet ovat työn alla ja muuttumassa, jos lainsäädännöllä 2013
tulee isoja muutoksia niin se tekee työn tyhjäksi."*

Stenvallin ym. (2009, 58) Paras -toimeenpanon arvioinnin mukaan uudistusta on jarruttanut keskushallinnon poliittisen johdon ja virkamieskunnan keskenään ristiriitaiset tulkinnat puitelainsäädännöstä. Kuntien päättäjävaltaan uudistamisesta on näin ollen liittynyt epävarmuutta mm. siitä, mikä on uudistuksen vaikutus kuntapalveluihin ja kunnan talouteen.

Haastatteluissa hyvin moni halusi vapaan sanan osiossa nostaa esiin yleisenä viestinä sen, että tietojärjestelmien yhtenäistäminen on ollut turhauttava ja usein vähätelty mutta käytännössä erittäin raskas prosessi. Pidettiin erittäin harmillisena, että kunnat ovat saaneet - tai niiden on täytynyt - valita tietojärjestelmänsä vapaasti, ja tuloksena on ollut sekava tilanne:

*"Tietojärjestelmät eivät toimi, ovat riesa eivätkä tue toimintaa. Tietoja voi
tallentaa muttei saa raporttia ulos."*

Nyt useiden organisaatioiden yhdistyessä tilanne on tullut konkreettisesti esille. Esimerkiksi terveydenhuollon tukipalveluiden kokoaminen ei onnistu, jos saneluissa käytetään eri järjestelmiä. Vastaavia esimerkkejä tuli paljon esille, ja usein todettiin

että näitä vaikeuksia helposti vähätellään ja ohitetaan, mutta käytännössä ne ovat ratkaisevia ja voivat nielaista monen ihmisen työajan. Tietojärjestelmät ja niiden myötä sisäinen ja ulkoinen tiedonkulku sekä esimerkiksi puhelinjärjestelmän toimivuus on kriittistä palveluissa, joissa asiakkaan on aina tavoitettava palvelu. Nämä ovat kuitenkin olleet haavoittuvia:

"Suurimmat ongelmat kuntaliitoksissa (2 liitosta) on ollut tekniikka. Toisessa tietotekniikka ja ohjelmistot, toisessa puhelinjärjestelmä."

Tietojärjestelmien erilaisuuden myötä esim. kuntien talousseurannan logiikka on hieman erilainen, kuten myös kuntayhtymien. Tilanne on tiedostettu pitkään ja siitä on puhuttu paljon, mutta edelleen koetaan että päätöksiä tehdään pistemäisesti, järjestelmätoimittajien ehdoilla ja tietämättä tulevaisuuden linjauksia. Tähän toivottaisiin valtionhallinnolta vahvaa ohjaavaa otetta ja puuttumista, koska, kuten yksi haastateltavista halusi erityisesti painottaa, että *"tietojärjestelmät ovat aikapommi"*.

Moni yhteistoiminta-alueen edustaja totesi ihmetelleensä, miksi valtio haluaa perustettavaksi yhteistoiminta-alueita mutta ei sitten huomioi niitä hallinnossa. Vaikka kunnat ovat siirtäneet järjestämisvastuun yhteistoiminta-alueelle, kulkevat kaikki asiat edelleen kunnan kautta, vaikka siellä ei välttämättä enää ole osaamista tunnistaa mihin asia kuuluu. Myös tilastointi ohittaa yhteistoiminta-alueet.

Ongelma on kaksinkertainen alueilla, jotka ovat integroineet palveluprosessejaan: yhteistoiminta-alue tilastotiedon tuottajana on uusi asia, ja palveluiden yhteiset toteuttamistavat eivät sovi tilastoihin:

"Tilastojärjestelmät pitäisi saada kuntoon, eivät mitenkään huomioi yhteistoiminta-aluetta."

"Kotihoidossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon erottaminen THL:n tilastoihin lähes mahdotonta."

Monet haastateltavat pohtivat ja ottivat kantaa alueiden väestöpohjaan, vaikka sitä ei kysytty eikä ns. 'oikeaa' väestöpohjakokoa sivuttu haastattelussa. Asia onkin ilmeisen ajankohtainen muuten pohdittavaksi, ja eniten otettiin kantaa hieman alle ja yli 20 000 asukkaan väestöpohjaan.

Pieniä, 20 000 asukkaan molemmin puolin olevia yhteistoiminta-alueita kuvattiin usein sopivan kokoiseksi, hallittavaksi, palveluiden tuottamisen kannalta järkeväksi ja alueeksi, joka mahdollistaa matalan hallinnon ja johtamisrakenteen: *"Tällä maantieteellisellä alueella vaikka ei ole 20 000 asukasta pohjana, on koko mielekäs. Tämän kokoisessa alueessa hallinto pysyy matalana."* Osa haastateltavista kuitenkin pohti, että palveluiden tuottamisalueelle koko on sopiva, mutta järjestämisvastuu voisi olla laajemmallakin alueella, mikä mahdollistaisi esim. erityispalveluiden laajemman vastuun ja vähentäisi riippuvuutta ostopalveluista entisestään. *"Suuruuden ideologia - onko suuri aina tehokkain? Ei ole. Järjestäminen voi olla isommilla alueilla, tuottaminen pitäisi voida järjestää joustavasti pienemmilläkin alueilla."* Tosin vastakkaisia näkemyksiäkin esiintyi: 20 000 asukkaan aluetta pidettiin niin

pienenä, ettei olisi kannattanut tehdä näin suurta muutosprosessia tuon rajan tavoittelemiseksi.

Isommat, 50 000 asukkaan molemmin puolin olevat yhteistoiminta-alueet arvioivat alueen olevan tällaisena riittävän suuri tuottamaan myös peruserityispalvelut ainakin osaksi itse. Alueen koko mahdollistaa hallinnon ja johtamisrakenteen muodostamisen niin, että strateginen kehittäminen turvataan. Tätä suurempia väestöpohjia ei juurikaan pohdittu, paitsi siitä näkökulmasta että erityispalveluiden tuottamisessa vasta noin 70 000 asukkaan alue on riittävä:

"Asukaspoija [n. 40000] on aika pieni, saisi olla esim. 70 000.[...] Erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamiseen 70 000 asukasta olisi hyvä. 25 - 35 000 asukasta ei vielä mahdollista kehittämistoiminnan vetureiden irrottamista perustyöstä".

Myös yhteistoiminta-alueen ja peruskunnan välistä arvottamista tehtiin useissa kommentteissa: *"Haluttiin tai ei, 40–50 000 asukkaan peruskuntamalli olisi palveluissa se paras."*

Yleisesti esiintyi jonkin verran kritiikkiä 'suuruuden ekonomiaa' kohtaan. Pienten kuntien palveluiden tuottavuutta ei katsottu välttämättä voitavan suuruudella kehittää, vaan nähtiin että kunnan tuntemus ja asioiden hyvä hallinta tuottavat täsmäpalvelut, eikä suuruus takaa hyvää taloutta: *"Jos ensin 20 suurinta kuntaa saavat taloutensa kuntoon, sen jälkeen voidaan puhua kuntakoon kasvattamisesta."*

Yleisesti kuitenkin nähtiin, että yhteistoiminnan hyötyjiä ovat pienet kunnat joilla ei itsellään ole varaa ylläpitää nyky-yhteiskunnan edellyttämää monikirjoista palvelualikoimaa.

Muutamat haastateltavat nostivat vapaan sanan viestissään esiin rahoitus- ja järjestämistä vastuu mallit tulevaisuudessa ja pitivät epärealistisena palveluiden järjestämistä- ja rahoitusta vastuu erottamista toisistaan. Haastatteluvaiheen jälkeen julkaisutussa THL:n selvityksessä Markku Pekurinen ja työryhmä esittävät yksikanavaista rahoitusta, joka toisi sosiaali- ja terveydenhuoltoon ohjattavuutta saman tahon vastassa sekä palvelujen rahoituksesta että järjestämisestä. Asiakkaan palveluprosessi kustannuksineen tulisi tämän mallin myötä yhden selkeästi tunnistettavan tahon vastuulle, jonka tulisi olla nykyistä kuntaa suuremmalla alueellisella taholla. (Pekurinen ym. 2010, 79 - 80)

Kaiken kaikkiaan kunnat siis toivovat valtion ohjausta ja selkeitä malleja eteneeseen, mutta eivät toisaalta halua valtion sanelevan pakolla. (vrt Kokko ym. 2009, 100.) Tämä kuvastanee laajemminkin kunta-valtiosuhteen problemaattisuutta ja valtionohjauksen vaikeutumista kuntien itsemääräämisoikeuden lisääntymisen, palveluiden monimuotoistumisen ja toimijatahojen- kuten myös niiden välisten suhteiden- lisääntymisen seurauksena. Yhteistoiminta-alue hallinnollisesti uutena, merkittävästi kuntatoimintaa muokkaavana ja nopeasti kentälle tulleet rakenteena kulminoivat näitä kysymyksiä.

6.2 Yhteistoiminnan toteutusta meillä ja muualla

Yhteistoiminta on noussut Paras-uudistuksen myötä Suomessa uudeksi tavaksi organisoida kuntien vastuulla olevien palveluiden järjestämistä ja sen myötä myös tuottamista. Erilaisissa yhteiskuntamalleissa kunnan rooli palvelun tuottajana vaihtelee, samoin kuntien suhde valtioon. Eri maista voidaan kuitenkin järjestelmästä riippumatta tunnistaa kokemuksia ja ratkaisuja, jotka saattavat hyödyttää suomalaisia yhteistoiminnan rakentajia.

Euroopan neuvoston ja YK:n laatima "työkalupakki" [toolkit] kuntien välisen yhteistyön kehittämiseen (Council of Europe 2010,2) perustelee yhteistoiminnan lisäämistä paikallishallinnon vahvistamisen tarpeella hajauttamisen ja eurooppalaisen yhteistyön lisääntyessä. Hajauttaminen ja itsehallinnon lisääntyminen, ja toisaalta voimien kiihtyvä hajautuminen on nopeutumassa. Toisaalta kuntien on saavutettava kansalaistensa luottamus päätöksentekoon ja palveluiden tuottamiskykyyn, erityisesti pienissä kunnissa joiden on vaikea selviytyä velvoitteistaan yksin.

Yhteistoimintaan voidaan päästä myös poliittisesti hyvin erilaisten kuntien kesken, jos kunnat näkevät yhteistyön etunsa mukaisena (Council of Europe 2010, 97). Em. työkalupakissa nostetaan kuntien välisen yhteistyön kriittisinä menestystekijöinä esiin luottamuksen, johtamisen, suunnittelun ja talouden järjestelyt. Luottamukseen liittyy se, ettei yksikään kumppaneista koe olevansa häviöjä, vaan että yhteistoiminta tuo kaikille etuja. Luottamuksen rakentamisessa keskeinen rooli on johtamisella, jolla luottamusta jatkuvasti rakennetaan ja ylläpidetään. Vahvan yhteisen politiikan ei pitäisi kaatua täytäntöönpanon kysymyksiin, vaan kestää keskustelut esimerkiksi investointien ja palveluiden sijainnista, joista ristiriidat usein syntyvät. Yhteistä etua edistävä keskustelu ja päätöksenteko tulisi olla tavoitteena konflikteissa. Tätä tukevat laajat selvitykset erityiskysymyksistä tarvittaessa, päätöksentekoprosessien läpinäkyvyys, kansalaisten riittävä tiedonsaanti, ja laajan tiedon varmistaminen päätöksen taustoista ja siitä miten ne edistävät yhteistä etua.

Johtamisesta em. työkalupakki toteaa, että täydellistä kuntien välistä yhteistyötä ei ole realistista odottaa, mutta hyviä toimintatapoja kyllä. Yhteistoiminnan on jatkuvasti osoitettava hyödyllisyytensä, esim. palveluiden parantamista tai säästöjen saavuttamista. Suunnittelu on yhteistoiminnassa tärkeää, ja sillä voidaan osoittaa miten yhteistyö tuottaa hyötyä koko alueen asukkaille vaikka kaikkea ei voida toteuttaa joka kunnassa. Viiden - kymmenen vuoden suunnitelma osoittaa, että yksittäinen kunta ei voisi yksin koskaan saavuttaa kaikkea. Suunnitelma voi myös osoittaa taloudellista säästöä eri tavoin, esim. estämällä kutakin kuntaa 'keksimällä pyörää' itse. Kun kuntien yhteistyö käynnistetään tiettyyn haasteeseen vastaamiseen, liittyy käynnistämiseen kokemus yhteisestä tarkoituksesta. Sitä ei tule jatkossa unohtaa jos yhteistoiminta aiotaan säilyttää elävänä. Resurssien kohdennuksen tehtävään tulee olla selkeää, ja talouden johtamiseen on kiinnitettävä huomiota. Veronmaksajat eivät välttämättä suoraan näe taloudellisen panoksen vaikutusta palveluiden määrään tai laatuun, ja kuntien välillä tulee olla läpinäkyvä ja selkeä, yhteisesti määritelty

menettely jolla osuudet lasketaan ja taloutta seurataan. (Council of Europe 2010, 97 - 98.)

Yhteistoiminnasta sopiminen edellyttää valmistelutyötä, joka voidaan jakaa eri vaiheisiin, kuten esimerkiksi Nova Scotian kuntaliiton yhteistyöoppaassa: 1. Aikaisemman yhteistyön ja sen hyötyjen ja heikkouksien sekä tehokkaiden ja vähemmän tehokkaiden palveluiden tuottamistapojen analysointi; 2. Yhteistoimintaan käytettävien resurssien määrittely ja mahdollisten hyvin toimivien, toisille jaettavien työmenetelmien tunnistaminen; 3. Potentiaalisten yhteistyökumppaneiden tunnistaminen naapureiden joukosta esim. niiden jo omaamien ja omassa kunnassa tarvittavien resurssien perusteella; 4. Valmistaudu perusteellisiin selvityksiin ennen kuin lähestyt yhteistyökumppaniasi sopimuksen tekoa varten, ja tutustu muiden tekemiin vastaaviin järjestelyihin ja niiden hyötyihin; 5. Kun taustatutkimus on valmis ja kumppanin kanssa sovittu yhteistyöstä, tulee hyvä työskentely varmistaa ongelmia ja mahdollisuuksia tunnistamalla. Tässä vaiheessa sopimuksen yksityiskohtia työstäessä on tärkeää muodostaa selkeä kuvaus odotuksista ja määritellä ongelmat. Päätäjien osallistuvissa kunnissa tulee olla tietoisia sekä kielteisistä että myönteisistä vaikutuksista sopimuksessa, kustannuksista sekä käytettävistä resursseista. Tässä vaiheessa on myös tärkeää tunnistaa kaikki osalliset, joihin sopimus vaikuttaa, ja viestittää tehokkaasti sekä päätäjille että muille osallisille suunnitelmasta. Suunnittelua tulee jatkaa siten että erilaiset toteutumismahdollisuudet huomioidaan, ja ennen kaikkea neuvotteluja tulee käydä avoimesti ja rehellisesti. Seuraavassa vaiheessa 6. Hallinnolliset tehtävät tulee huomioida ja niiden hoitaminen varmistaa vastuutuksin. On myös tärkeää että kukin osallinen ymmärtää päätöksenteon vaikutuksen ja roolit ja vastuut joihin sitoutuu. (Union of Nova Scotia Municipalities 2002, 3-4.)

Perlin (2006) puhuu Tsekin tasavallan tilannetta pohtiessaan kaksitasoisesti orientoituvasta julkishallinnosta, jossa kunnallisen keskeisten toimintojen ja osaamisen taso olisi toinen, ja toisena olisi mikroalue joka linkittyy kuntiin ja alueen kehittämiseen. Tätä itsehallinnollista toista tasoa tulisi yksittäisten jäsenkuntien tehokkaasti kontrolloida. Hänen mukaansa tällaisen kaksitasoisen julkishallinnon organisoiminen olisi laillisesta näkökulmasta monimutkainen ja se edellyttäisi monien lakien ja säännösten muokkaamista. Olisikin tarpeellista muodostaa tämä prosessi vaiheittain niin että kuntien itsehallinnon edustajien olisi helpompi omaksua se. (Perlin 2006, 271.) Suomalaiseen kuntaan yhteistoiminta-alue tuli suhteellisen nopeasti, eikä lainsäädännöllinen tausta ollut kaikille heti selkeä.

Perlin toteaa myös että uudistuksen valmistelussa olisi tarpeellista vahvistaa kuntien ohjausta lisäämällä päätöksentekomallien osaamista, ja yhteistoimintaan kykenemättömiä tai tehotonta yhteistyötä tekeviä kuntia tulisi rangaista. Koska hallintomalli on aikaisemmin ollut keskitetty, kaksitasoisen kunnallisen itsehallinnon malli ei ole helppo omaksua. Kuntien edustajat eivät pysty turvaamaan kehitystä omin voimin, mutta silti he kieltäytyvät muodostamasta vapaaehtoisesta yhteistyöstä muodollisempaa yhteistoimintaa, joka voisi vähentää kuntien omaa valtaa. (Perlin 2006, 271.) Tämän tutkimuksen aineistossa kritisoitiin valtiota siitä, että Paras-laki

on tuottanut pakkotoimia, mutta myös siitä että valtio ei riittävästi ohjaa eikä tee päätöksiä joiden noudattaminen yhtenäistäisi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Tässä haastatellut yhteistoiminta-alueiden viranhaltijat myös nostivat usein esiin toiveen siitä, että valtio asettaisi selkeitä reunaehtoja toiminnalle niin että alueen kunnat päätyisivät ratkaisuihin joita palveluiden tuottaminen kaipaisi. Esimerkiksi sosiaalihuollon pois jäänti yhteistoiminta-alueilla kuvattiin usein kunnan keinoksi säilyttää päätösvaltaa kunnassa, ei niinkään halusta hoitaa itse sosiaalihuoltoa.

Haastatteluaineiston perusteella useilla alueilla yhteistoiminnan valmistelu on ollut eri käsissä, toteutus toisissa, ja näin edellä kuvattu valmistelun, tiedottamisen ja toteutuksen prosessi ei ole toteutunut ehjänä. Erityisesti puutteita on ollut sopimusten tulkinnasta tiedottamisessa ja yhteisen näkemyksen varmistamisessa. Paikoin oli myös kuultavissa tietynlaista "ylilupausta", kun vastahakoista kumppania oli taivuteltu yhteistyöhön lupauksin, jotka nyt rasittivat palveluiden tuottamistapoja. Samaan aikaan sekä jäsenkunnan itsenäisiä palveluiden tuottamiseksi että yhteistoiminnan tuottamia tehostamis- ja säästövaikutuksia lupaavat neuvottelut ja sopimukset eivät realistisesti ajatellen ole olleet kovin avoimia ja rehellisiä, tai sitten sopimuksen sisältöä ei ole kokonaisuudessaan tiedostettu.

7 Yhteistoiminnan tulevaisuuden kysymyksiä

Tutkimuksen lopuksi on tähän lukuun koottu joitain näkökohtia ja pohdintoja, joiden huomiointi voisi olla hyödyksi uutta yhteistoimintaa suunniteltaessa tai nykyistä arvioitaessa. Tarkastelu ei käsitä systemaattisesti kaikkia yhteistoiminnan osioita, ja sen päähuomio on tutkimuksen lähtökohtien mukaisesti palveluiden tuottamista tukevissa ratkaisuissa. Keskeisesti aineistosta esiin nousevat teemat ovat ensinnäkin yhteistoiminnasta sopiminen ja sopimusten tulkinta, toiseksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden välisen päätöksenteon ja vuorovaikutuksen selkeyttäminen ja kolmantena yhteistoiminta-alueiden valtionhallinnolta odottama tuki.

7.1 Onko yhteistoimintaa?

Tutkimusprosessin myötä on muodostunut kuva moninaisista, alueellisesti oma-leimaisista ja alueen historiaan, palvelurakenteiden kehityskulkuihin sitoutuneista ratkaisuista. Näille on yhteistä nimike yhteistoiminta-alue sekä muutamat yhteistoiminnan perusratkaisut. Lähes kaikessa muussa alue on osatekijöidensä summa ja tekijöidensä näköinen.

Päällimmäiseksi yhteistoiminta-alueita toisistaan erottaviksi piirteiksi tutkijan silmissä nousevat muutamat hallintomallista ja väestöpohjastakin ainakin osaksi riippumattomat tekijät: onko alueella yhteistoimintaa, ja perustuuko se yhteiseen ymmärrykseen?

Yhteistoiminnan olemassaoloa voidaan tarkastella monin edellä esitetyin tiedoin. Yhteistä toimintaa edustavat yhteiset palvelut, joita johdetaan alueellisesti hyväksytyin periaattein. Voidaan asettaa kriteereitä, joiden perusteella ilmoitetaan toimittavan yhteisesti. Käytännössä on kuitenkin suuri ero siinä, valjastetaanko päätöksenteko, seuranta, taloushallinto ja tiedotus palvelemaan kuntakohtaisia vai yhteisiä tavoitteita. Missä määrin kunnan tai yhteistoiminta-alueen ehdoilla edetään, on poliittista päätöksentekoa joka heijastuu arjen työkäytäntöihin saakka. Mikä on julkituotu asenne yhteisiin toimintoihin ja kustannuksiin, ja millaista luottamusta ja yhteisten ratkaisujen etsimisen halua osoitetaan, heijastuu läpi palvelujärjestelmän. Esimerkiksi kustannusten jakoperusteilla voidaan merkittävästi vaikuttaa siihen, kohdistuuko palveluiden kehittämisen intressi koko alueeseen ja palvelujärjestelmään, vai yksittäisen yksikön toimintaan. Kustannusten jaon periaatteet muokkaavat sosiaali- ja terveyspalveluista laajan kokonaisuuden tai kuntakohtaisen, yksikkötasoiseen ostopalveluun perustuvan organisaation.

Tähän liittyy kiinteästi toinen tekijä, joka näyttää nousevan yhteisenä teemana esiin: yhteinen ymmärrys siitä mitä tehdään ja mitä halutaan tehdä. On ilmeistä, että

yhteistoiminta-alueita perustettaessa ei kaikissa tilanteissa ole tiedostettu, mitä sopimuksilla sovitaan. Kunnat ovat ehkä päätösprosessissaan tarkastelleet useita yhteistoiminnan ja sen hallinnon muotoja aina kuntaliitoksesta yhteistoiminnan eri hallintomalleihin. Päätöksenteossa on otettu huomioon omalle kunnalle tärkeitä näkökohtia, joihin on kiinnitetty huomiota. Jokin tai jotkin sopimuksen tuottamat tilanteet ovat voineet jäädä huomiotta.

Sopimusten valmistelussa suurena haasteena on ollut se, että Paras-uudistuksen keskeiset käsitteet kuten *järjestämisvastuu* ja *järjestämisvastuun siirtäminen* ovat olleet kuntatoimijoille epäselviä vielä uudistuksen edettyä jo pitkälle. Järjestämisvastuun sijasta huomio onkin usein kiinnittynyt palveluntuotannon ratkaisuihin. (mm. Kokko ym. 2009, 118.) Järjestämis- ja tuottamisvastuun eriyttäminen ja vielä niistä eriytyen kuntiin jäävä rahoitusvastuu ovat tuottaneet suuria muutoksia, eikä niiden vaikutusta ole ennalta kunnolla hahmotettu. Sen vuoksi onkin hyvin ymmärrettävää että sopimusten laatimisen ja toiminnan toteutuksen välillä muotoutunut käsitys järjestämisvastuun merkityksestä on aiheuttanut yhteistoiminnan uudelleen määrittelyä prosessin aikana. Rahoitusvastuun toteuttaminen on monilla alueilla johtanut luottamushenkilöiden ja osin virkamiestenkin pyrkimykseen ohjata palvelun tuottamisen ratkaisuja, vaikka sovitussa organisaatiomallissa näin ei toimita.

Monilla alueilla haastatteluissa kuvattiin myös valmisteluprosessin monitasoisuutta, osaksi aikatauluista johtuen. Kuntien johto on voinut neuvotella ja pääosin myös laatia sopimukset, ja toimeenpanijat ovat tulleet mukaan vasta palveluiden tuottamisen vaiheessa. Mitä on tavoiteltu ja tarkoitettu voi tulkinnassa muuntua, tahtomatta tai tahtoen. Käytännön ratkaisuisa esiin tulleet yllättävätkin toiminnan vaikutukset on otettu eri tavoin vastaan. Valtuutetut voivat tulkita yhteistoiminta-alueen toiminnan sovitun vastaiseksi, kun omat ennako-oletukset toiminnasta eivät toteudu. Eniten tämä näkyi palveluiden keskittämispuheessa, mutta esimerkiksi monilla alueilla mainittiin myös kuntien pyrkimys säilyttää tiettyjä henkilöitä tiettyissä tehtävissä tai toimipisteissä. Oikeanlainen hoidon porrastus on koettu esimerkiksi vanhuspalveluissa keskeiseksi kustannusten hillitsemisessä, mutta valtuutetuilla on voinut olla erilainen oletuksensa siitä, monta porrasta hoivassa sijaitsee omassa kunnassa - mikä siis on lähipalvelua. Lähipalvelun tai oman kunnan alueella annettavan palvelun määrittelytyön keskeneräisyys sopimuksissa on tullut käytännössä monella tavoin vastaan.

Paras -uudistuksen mukaisia yhteistoiminta-alueita muodostaessaan kunnat kohtasivat monia haasteita. Erilaisiin hallintomalleihin vaadittiin erilaista juridiikkaa. Palveluiden tuottamiseen liittyy myös hankintalainsäädäntö, ja monia muita uusia määrittelyn kohteita piti hallita. Lisäksi koko yhteistoiminta-alue oli niin uusi muoto, että esimerkiksi liikelaitoksen mahdollisuus selvitettiin valtakunnallisesti vasta prosessin kuluessa.

7.2 Entä voittajia ja häviäjiä?

Kokonaiskuvan kannalta voisi sanoa, että suurimmat häviäjät yhteistoiminta-alueiden muodostamisessa ovat ne kunnat ja alueet, jotka ovat toteuttaneet yhteistoimintaa vain siltä osin kuin se on ollut välttämätöntä, ja pyrkineet pitämään toiminnan ennallaan. Nämä kunnat ja alueet ovat toteuttaneet laajan hallinnollisen uudistusprosessin ja käyttäneet aikaa ja voimavaroja organisaation uudelleen järjestämiseen. Yhteistoiminnasta mahdollisesti saatavat hyödyt perustuvat kuitenkin palveluiden uudelleen organisoimiseen aiempaa suuremman väestöpohjan tuottamisen mahdollisuuksien turvin. Pyrkimään pitämään palvelut kunkin kunnan osalta ennallaan alue samalla jättää käyttämättä mahdollisuuden uudistaa rakenteita. Hallinnon muutosprosesseista ei siis saada vastaavaa hyötyä.

Myös kuntakohtaisesti on tämän tutkimuksen perusteella nostettavissa esiin yhteistoiminnan win-win -tilanteet sekä voittajat ja häviäjät. Tämä hahmottelu perustuu haastatteluaineistoon ja edustaa luonnollisesti haastateltavien näkemystä ja tutkijan tulkintaa siitä. Kunnallisten päättäjien ja toisaalta henkilöstön tai asiakkaiden näkökulmaa tämä aineisto ei siis sisällä, ja haastatteluissakin on erilaisia näkemyksiä suhteessa näihin tyypittelyihin. Haastatteluprosessi oli kuitenkin niin kattava, että sen tuottamia pohdintoja on syytä tuoda näkyville.

Analyysiä ei kuitenkaan voida yhteen otokseen perustuvassa aineiston keruussa viedä kovin pitkälle, koska yhteistoiminta-alueen muodostaminen on prosessi jonka analysoiminen edellyttäisi myös seuranta ajan mittaan. Stenvallin ym. mukaan muutosprosessi etenee tyypillisesti alun optimistisuuteen ja sitä seuraavaan ongelmaa tarkastelemaan kriittiseen vaiheeseen. Jos kriittisessä vaiheessa nähnyt ongelmat pystytään ratkaisemaan, muuttuu prosessiin suhtautuminen myönteiseksi. Myös myönteiset kokemukset vahvistavat myönteistä suhtautumista koko prosessiin. (Stenvall ym. 2009, 36.)

Tässä haastatteluaineistossa osa haastateltavista oli jo toiminut yhteistoiminta-alueella useita vuosia, osa puolisen vuotta. Stenvallin ym. kuvaamat prosessin vaiheet olivat aineistossa tunnistettavissa, joskaan ilman pitkittäisseurantaa siitä ei voida varmistua. Seuraava tyypittely perustuu haastateltavien ilmaisemille yhteistoiminnan arvioille, eivätkä kata kaikkia yhteistoiminnan ulottuvuuksia. Tätä analyysiä on siis pidettävä näytteenomaisena otoksena kesän 2010 tilanteesta eikä sitä ole yleistettävissä yhteistoiminta-alueisiin niiden toiminnan vakiinnuttua. Haastateltavien arvioiden pohjalta yhteistoiminnan vaikutukset voidaan jakaa kuntien näkökulmasta voittajiin, häviäjiin ja win-win -tilanteisiin.

Win-win -tilanne on haastatteluaineiston perusteella selkeästi käsillä silloin, kun suunnilleen samankokoiset kunnat ovat lähteneet hakemaan yhteistoiminnasta paitsi vastausta Paras -puitelain vaatimukseen, myös peruspalveluidensa turvaamista ja kustannuskehityksen hallintaa. Samankaltaiset palveluiden tuottamisen haasteet lisäävät keskinäistä luottamusta ja tuntemusta. Jos yhteistoiminnan operatiivinen johtaminen luotetaan yhteistoiminta-alueen hallinnoitavaksi, on toiminnallisia hyö-

tyjä saatavissa tuntuvasti. Peruspalveluiden turvaaminen osaamista, työntekijöitä ja ehkä toimintayksiköitäkin keskittämällä, entistä vahvempi toimija erityispalveluiden järjestäjänä ja tukipalveluiden, hallinnon sekä kehittämisen kokoaminen ovat vahvistavia toimia, joita ei yksittäinen kunta saavuttaisi yksin, ja joiden toteuttaminen ei ole yksittäisille kunnille riski eikä rasite.

Voittajina haastatteluissa nähdään pienet kunnat, joiden palvelutason arvellaan parantuneen merkittävästi: *"Palvelu on parantunut pienissä kunnissa, koska erityisosaaminen jaetaan myös niihin kuntiin, jotka eivät ole pystyneet omin voimin ylläpitämään."* Yleisesti arvioidaan, että pienillä kunnilla ei yksin ole ollut mahdollisuuksia turvata edes peruspalveluita, mutta yhteistoiminta varmistaa tämän. Lisäksi pienien kuntien rekrytointiongelmia helpottaa isompi organisaatio, ja erityisosaamista turvataan laajemmalla väestöpohjalla, mikä mahdollistaa työntekijöiden erikoistumisen. Pienimpien kuntien voittaja -imagoa vahvistavana nähtiin myös se, että pieni kunta saa suhteessa paremmin valtionosuuksia, vaikka palveluiden tuotannossa se onkin nyt osa laajempaa kokonaisuutta.

Häviäjiksi kuvataan osassa haastatteluista isäntäkuntamallin isäntiä, etenkin tilanteissa joissa isäntäkunta on merkittävästi suurempi kuin sopimuskunta/-kunnat. Isäntäkunta ei ole tarvinnut yhteistoimintaa Paras -velvoitteiden vuoksi vaan ryhtyi siihen sopimuskunnan tahdosta, ehkä tavoitellakseen jatkossa kuntaliitoksia tai ollakseen mukana aluekehittämisessä. Pienessä sopimuskunnassa palvelut ovat voineet olla heikommin hoidettuja, mikä on edellyttänyt isäntäkunnalta paljon panostuksia, esim. lastensuojelussa.

Häviäjinä voisi myös pitää niitä kuntia, jotka ovat tavoitelleet lain vaatimaa ratkaisua niin, ettei mikään muutu: *"Haettiin minimi joka täyttää valtion vaatimukset mutta jokainen säilyttää omat yksikkönsä"*. Tällöin on monimutkaistettu hallintoa, mutta vastineeksi ei ole saatu niitä hyötyjä joita palveluiden yhteinen koordinaatio voisi tuottaa.

Näiden tyypittelyjen sisälle ja oheen jää joitain ääripäitä, joiden tarkastelu ei sinällään tuota yleistävää kuvaa yhteistoiminta-alueista mutta kertoo kuvan kirjavuudesta. Esimerkiksi isäntäkuntamallissa tilaaja -tuottajamallin käyttö kuntien toisistaan eroavien palvelusopimusten toimeenpanossa voi johtaa tilanteeseen jossa päätöksenteko hämärtyy niin, että toimijatkkaan eivät tiedä kuka mistäkin asiasta käytännössä päättää. Aikaisemman kansanterveystyön kuntayhtymän nimeäminen yhteistoiminta-alueeksi ilman mitään muutoksia voi johtaa tilanteeseen jossa kukaan ei koordinoi eikä edistä palveluiden kehittämistä jatkossa, kuntayhtymän johtajan orientoituessa edelleen 'oman' terveyskeskuksensa johtajaksi ja sen toimintojen kehittäjäksi.

7.3 Miten saadaan tieto kulkemaan?

Tutkimus vahvisti jälleen kerran tiedottamisen ja tiedon kulun merkitystä, joka korostuu näin suuressa muutosprosessissa.

Peruskuntien ja yhteistoiminta-alueiden välisillä tiedon kulun ja päätöksenteon prosesseilla vaikutetaan alueiden palveluntuotantoon, ja avoimeen tiedonvaihtoon pyritään molemmin puolin. Yhteistoiminta-alueiden toimintalogiikan mukaan kunnat määrittelevät palveluiden linjaukset poliittisessa päätöksenteossa, yhteistoiminta-alue järjestämistä koskevat ratkaisut ja palveluiden tuottaja (joka on joko sama orgaani kuin järjestäjä tai erillinen) tekee tuottamista koskevat käytännön ratkaisut.

Kuntien näkökulmasta yhteistoiminta-alueilta odotetaan toisenlaista toimintakultuuria kuin yleensä mainittiin 'perinteisen' kuntayhtymän päätöksenteko, jota kuvattiin sulkeutuneeksi ja läpinäkymättömäksi. On siis kaikkien intressissä rakentaa avointa tiedon kulkua ja vaikuttamisen kanavia, mutta samalla tämä osoittautui alueeksi joka toteutuessaan tuottaa eniten hankaluuksia. Peruskysymys onkin, mihin kuntien vaikuttamispyrkimys kohdistuu. Usein se kohdistuu suoraan sellaisiin palveluiden järjestämisen - ja tuottamisprosessin vaiheisiin, joista vastuu on hallinnollisesti osoitettu yhteistoiminta-alueelle. Hallinnolliseen prosessiin on luotu mekanismeja vaikuttamiseen (yhtymähallinto, yhteinen toimielin, sopimusprosessit) ja tämän mekanismin ohi toimimaan pyrkivä vaikuttaminen ei ole demokratian mukaista. Kyse ei ole vain kunnan ja yhteistoiminta-alueen valta- ja vastuusuhteista vaan myös siitä, että kunta on valinnut edustajansa tiettyihin hallinnon vaiheisiin, ja yhteistoiminta-alueen olisi epäkorrektia kuntaa kohtaan ottaa vastaan ohjausta ohi tämän prosessin.

Tiedon kulkua on yhteistoiminta-alueiden muodostamisen ja käynnistämisen prosessissa kaivattu paljon ja monella tasolla. Peruskäsitteiden selkeyttäminen on selvästi jäänyt osalla alueita kesken, tai se ei ole tavoittanut kaikkia päättäjiä. Kuntapäätäjille sopimuksin varmistetut tai käytännön toiminnassa yksittäisten päättäjien ottamat palveluntuottamisen päätöksentekijän roolit eivät istu järjestämistä vastuun siirtämisen kanssa samaan rakenteeseen. Erkki Papunen (2010, 78) nostaa myös esiin isäntäkuntamallin yhteisen toimielimen (yleensä ko. kunnan perusturvalautakunta) tuottamat kysymykset. Isäntäkunnan valtuusto on päättävä elin ja lautakunta on näin ollen viranomaisroolissa eli hallintolakia soveltaen toimiva toimielin. Yhteisen toimielimen tulee siis valvoa alueen kokonaisuutta, eikä isäntäkunnan valtuusto voi käyttää yksin päätösvaltaa yhteisen toimielimen yli. Papusen mukaan isäntäkuntamallissa peruskuntien vaikutus ei pääse esille samoin kuin kuntayhtymässä, koska isäntäkuntamallisissa ei ole linjaavaa ja päättävää yhteistä elintä kuten yhtymävaltuustot ja -hallitus kuntayhtymissä. Tämän tutkimuksen aineistossa sekä isäntäkunta- että kuntayhtymämallisilla yhteistoiminta-alueilla tuli esiin peruskuntien valtuustojen ja/tai yksittäisten valtuutettujen pyrkimys vaikuttaa suoraan yhteistoiminta-alueen

palvelutuotannon ratkaisuihin. Vähiten tällaisesta sivusta ohjaamisesta (ks. luku 2.3.3) tuli esiin isojen isäntäkuntien ja pienten kumppanikuntien alueilla.

Paras- puitelakia on kritisoitu siitä, etteivät sen tavoitteet, käytettävissä olevat keinot ja halutut vaikutukset ole laissa selkeästi ilmaistuja (Papunen 2010, 5). Esimerkiksi sosiaalihuollon palveluiden sisältyminen yhteistoiminta-alueeseen olisi tämän tutkimuksen haastateltavien mielestä ilmaista niin selkeästi, ettei kuntien erilaisille tulkinnoille olisi ollut tilaa: *"Toivottaisiin selkeitä ratkaisua ja nopeasti, ei sosiaalihuollon osalta venyttämistä vuoteen 2017."* Erilaisista tulkinnoista keskusteleminen on monen mielestä tarpeettomasti hämmentänyt ja viivyttänyt prosessin etenemistä ja yhteisten tavoitteiden luomista. Stenvallin ym. (2009, 34) mukaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen valmistelua ei ollut kunnissa osattu juurikaan ennakoita. Uudistuksessa haasteellista onkin ollut se, miten kuntatoimijat ovat kyenneet omaksumaan uudistuksen perustarkoituksen lyhyessä ajassa, kun siihen liittyviä faktoja ja tietoa oli käytössä melko vähän ja lain sisältö kompromissiluonteisena monitulkintainen.

Tiedon kulkua voidaan katsoa myös läheltä asiakasta. Miten hän löytää palvelunsa, ja seuraako tieto häntä eri palveluissa kunnan, alueen ja sairaanhoitopiirin tasoilla? Miten asiakas tulee tietoiseksi palveluista ja tavoittaa hänelle oikeat palvelut? Kysymykset palveluohjauksesta ja asiakkaan itseohjautuvuudesta ovat ajankohtaisia vastuu- ja toiminta-alueiden kasvaessa, niin kuntaliitoskunnissa kuin yhteistoiminta-alueillakin, ja näihin kaivataan kansallista kannanottoa ja tietojärjestelmien määrätietoista kehittämistä.

7.4 Yhteenveto pohdinnoista

On selvää, että yhteistoiminta-alueet eivät vielä ole tuottaneet kunnilleen tai palveluiden käyttäjilleen läheskään kaikkea sitä hyötyä, johon niillä olisi mahdollisuus. Onnistuessaan yhteistoiminta-alue voi muodostaa täysin uudenlaista palvelu- ja ammattilaisorientaatiota sekä toteuttaa uutta palveluajattelua. Hyötyjä sekä henkilöstön, hallinnon ja talouden että osaamisen näkökulmista on näköpiirissä usealla tasolla.

Haastattelujakohtana jäi vielä vähälle huomiolle peruskuntien toiminta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi yhdessä yhteistoiminta-alueen kanssa; sitä sivuttiin osassa haastatteluja, mutta käytännön käynnistämisprosesseissa se ei ollut ennätännyt vielä mukaan.

Yhtä selvää on, että yhteistoiminnan hyödyt on helppo myös tehdä tyhjäksi, joko tahattomasti tai tarkoituksella. Voi syntyä tilanteita, joissa menetettyjen mahdollisuuksien summa ylittää saadut hyödyt. Tällaisia ovat esimerkiksi tilanteet joissa rajataan palveluntuotanto omasta näkökulmasta katsoen ja pidetään kiinni yksikön / työtehtävän sijaintipaikasta toiminnallisen kokonaisarvioinnin sijaan, ja palvelutarvearvio perustuu tottumukseen, ei tietoon. Palvelukokonaisuus voidaan myös kiinnittää tämän hetken tarpeeseen vaikka tulevaisuuden muutos on tiedossa. Toinen hyötyjä sitova tapa toimia on sitoa palveluntuotannon operatiiviset ratkaisut poliittis-

ten päätöksentekijöiden käsiin, jolloin voidaan odottaa toiminnallisten uudistusten tuovan säästöjä vaikka toiminnassa ei mikään saa muuttua. Toiminnallisia säästöjä estetään tehokkaasti, jos lohkoudutaan professioiden väliseen sekä ammattilaiset - päättäjät – asemasotaan, jolloin eri tahojen osaamista ei käytetä oikeassa kohdassa; päättäjät eivät hyödynnä ammattilaisten tietoa eivätkä ammattilaiset laajenna näkemystään koko palveluverkkoon / kunnan toimintaan.

Yhtenä yleisenä onnistumista estävänä piirteenä voidaan myös kautta muutosprosessin olettaa, että kaikki ajattelevat samoin. Tällöin unohdetaan kerroksellisten, koko organisaation läpäisevien arvopohdintojen välttämättömyys ja oletetaan toiminnan seuraavan ylimmän johdon päätöksiä automaationa. Uskotaan myös, että kaikki lukevat sanat ja hallintokaaviot samoin, ja jätetään keskeiset termit ja käsitteet avaamatta. Niiden tulkinta käytännön ratkaisuisissa johtaa ristiriitoihin ja kuluttaa resursseja.

Kaiken kaikkiaan yhteistoiminnalla voidaan saavuttaa paljonkin hyötyjä, mikäli katsotaan kokonaisuutta. Yksittäisten, kuntakohtaisen ratkaisujen tarkastelu perinteisten mallien lähtökohdista ei mahdollista hyvinvoinnin kokonaisajattelua eikä näin ollen toimintaa arvioitaessa nähdä niin sanotusti metsää puilta.

Kirjallisuusviitteet

- Ahgren, Bengt & Axelsson, Runo 2011. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*. Volume 11, 9 March 2011. 1-11
- Axelsson, Runo & Axelsson, Susanna Bihari 2006. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *international journal of health planning and management* 2006; 21: 75–88.
- Bel, Germa & Fabeda, Xavier 2006. Between privatization and intermunicipal cooperation: Small municipalities, scale economies and transaction costs. *Urban Public Economics Review*
- Council of Europe 2010. Toolkit Manual. Inter-municipal cooperation. Council of Europe (CoE), the United Nations Development Programme (UNDP) and the Local Government Initiative (LGI) of the Open Society.
- Eronen, Londén, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2007. Sosiaalibarometri. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Johtopäätökset. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2007
- Felles IKT-utvikling i kommunal sektor. Utfordringer og muligheter med IKT-styring og IKT-samarbeid. En utredning gjennomført av Devoteam daVinci 1.3.2011.
- Heinämäki, Liisa. Katsaus yhteistoiminta-alueiden palveluihin 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden palvelurakenteet -tutkimus, väliraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 28/2010
- Kaarakainen, Minna, Niiranen, Vuokko & Kinnunen, Juha (toim.) 2010. Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystalvet Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Kaskisaari, Marja; Tammelin, Mia; Hirvonen, Johanna; Hämeenaho, Pilvi; Ilmarinen, Katja & Vartiainen, Anssi (2010) Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista – ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Leinamo, Kari 2010. Yhdeksän hyvää ja kymmenen kaunista. Vuosina 2001–2009 toteutettujen maaseutu-kaupunki -kuntaliitosten tarkastelua. Vaasan yliopisto, Levón-instituutti.
- Leutz, W. (1999). "Five laws for integrating medical and social care: lessons from the US and UK." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 77(1): 77-110.
- Local Government Management Guide. 2003. Intermunicipal Cooperation. State of New York Office of the State Comptroller. Division of Local Government and School Accountability. November 2003.
- Mäntysalo, Raine, Peltonen, Lasse, Kanninen, Vesa, Niemi, Petteri, Hytönen, Jonne & Simanainen Miska 2010. Keskuskaupungin ja kehyskunnan jännitteiset kytkennät. Viiden kaupunkiseudun yhdyskuntarakenne ja suunnittelyyhteistyö Paras-hankkeen käynnistysvaiheessa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 2. Acta nro 217. Aalto-yliopiston teknillisen korkeakoulun Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus & Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Meklin, Pentti (toim.) 2010. Parasta Artun mitalla? Arviointia Paras- uudistuksen lähtötilanteesta ja kehittämispotentiaalista kunnissa Paras-ARTTU-tutkimusohjelman kokoomaraportti. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 5. Kuntaliitto.
- Melin, Tuomo 2007. Innovaatiot ja hyvät käytännöt kunnallisessa palvelutuotannossa. Sitra, Helsinki.
- Munday, Brian 2007. Integrated social services in Europe. Council of Europe Publishing
- Municipal Cooperation Guide Report 27 /1993. Municipal Research and Service Centre, Washington.
- OECD 2010. Public Governance Reviews. Finland. Working together to sustain success. Assessment and recommendations. OECD.
- Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.) 2011. Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä? THL, Teema 12.
- Palola, Elina & Parpo, Antti 2011. Kunnallista sopeutumisen sosiaalipolitiikkaa. Teoksessa Elina Palola ja Vappu Karjalainen (toim.) 2011. Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä? THL, Teema 12.
- Papunen, Erkki 2010. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden jakautuminen jäsenkunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä. Pro gradu – tutkielma. Hallinto-oikeus. Helsingin yliopisto.

- Pekurinen Markku, Erhola Marina, Häkkinen Unto, Jonsson Pia Maria, Keskimäki Ilmo, Kokko Simo, Kärkkäinen Jukka, Widström, Eeva & Vuorenkoski Lauri. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010.
- Perlin, R. 2006. The co-operation of rural municipalities – chance or condition of achievement. Faculty of Science, Charles University, Prague, Czech Republic. AGRIC. ECON. – CZECH, 52, 2006 (6): 263–272
- Perusterveysbarometri 2011. NordicHealthcare Group Oy & Suomen Lääkäriliitto: Perusterveydenhuollon suunta 2011 – kyselytutkimus. Esitysmateriaali 1.4.2011.
- Rannikko, Pertti 2009. Kylä kaupungin laidaksi: Autoetnografinen tutkimus paikallisyhteisöjen ja identiteettien liikkeistä. Maaseudun uusi aika 1/2009
- Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta 2009. Muistio sosiaalihuollon erityisosaamisen ja -palvelujen turvaamisen keinoista ja rakenteista 21.9.2009. Alajaosto Kari Haavisto, STM; Riitta Haverinen, THL; Päivi Hiltunen, Verso; Harri Jokiranta Seinäjoki; Martti Lähteinen, STM ja Maija Pelkonen, Oulun lääninhallitus.
- Stenvall, Jari, Vakkala, Hanna, Syväjärvi, Antti, Leinonen, Jaana, Juntunen, Pekka, Oulasvirta, Lasse & Tiilikainen, Arto 2009. Parasta nyt - Kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen lopuarviointi. Valtiovarainministeriön julkaisuja 11/2009
- STKL 2008. Sosiaalibarometri 2008 – Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry
- STKL 2009. Kannanotto Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle. Asia: Hallituksen toimenpidekertomus vuodelta 2008 (K 1/2009 vp)
- STM 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissohjelman (Kaste) arviointi. Toinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:27
- Tammelin, Mia 2010. Kokemuksia sosiaalipalveluista. Kuntouttavan työtoiminnan asiakasfoorumit Keski-Suomessa. THL, Raportti 31 / 2010.
- Union of Nova Scotia Municipalities 2002. Handbook on Inter-Municipal Partnership and Co-operation for Municipal Government.
- Vakkuri, Jarmo, Kallio, Olavi, Tammi, Jari, Meklin, Pentti & Helin, Heikki 2010. Matkalla kohti suuruuden ekonomiaa? Kunta- ja paikallistalouden lähtökohdat Paras -hankkeessa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 3. Acta nro 218. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Warner, E. Mildred 2006. Inter-municipal Cooperation in the U.S.: A Regional Governance Solution? Department of City and Regional Planning. Cornell University. Ithaca, NY. Urban Public Economics Review, 221–239.
- Zitting, Joakim & Ilmarinen, Katja 2010. Missä on lähipalvelu? Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Raportti 43/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lait ja asiakirjat

- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 9.2.2007/169
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun lain muuttamisesta 384/2011
- Hallituksen esitys HE 268/2010
- SM, STM, OPM. Hallituksen iltakoulu 21.11.2007. Kunta -ja palvelurakennemuutoksen eteneminen ja jatkototeutus
- STM ja Kuntaliitto 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmiin valmistelu kunnissa
- VM 007:02/2008. Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä
- Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutuksesta. Marraskuu 2009. Valtiovarainministeriö.

Liitetaulukko 1. Aineiston yhteistoiminta-alueet, niiden jäsenkunnat, väestöpohja ja hallinnollinen muoto: kuntayhtymä tai isäntäkunta vuonna 2010.

Yhteistoiminta-alue	Kunnat	As.	Hallinn. muoto
Porin perusturvan yhteistoiminta-alue	Luvia, Merikarvia, Pomarkku, Pori, Ulvila	105815	IK
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri EKSOTE	Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale, Taipalsaari**	104534	KY
Kuopion ja Tuusniemen yhteistoiminta-alue	Kuopio, Tuusniemi	95490	IK
Vaasan seudun yhteistoiminta-alue	Laihia, Vaasa, Vähäkyrö	71709	IK
Seinäjoen seudun yhteistoiminta-alue	Isokyrö, Seinäjoki	61977	IK
Kokkolan ja Kruunupyyn yhteistoiminta-alue	Kokkola, Kruunupyy	52616	IK
Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue LOST	Inkoo, Karjalohja, Lohja, Siuntio	52471	IK
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, peruspalvelukeskus Aava	Artjärvi, Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila, Sysmä	50283	KY
Sosteri, Itä-Savon sairaanhoitopiiri	Enonkoski, Kerimäki, Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna, Sulkava	45862	KY
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä	Hausjärvi, Loppi, Riihimäki	45657	KY
Perusturvakuntayhtymä Karviainen	Karkkila, Nummi-Pusula, Vihti	43103	KY
Pietarsaaren yhteistoiminta-alue	Luoto, Pedersöre, Pietarsaari, Uusikaarlepyy, Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Padasjoki	42619	IK
Peruspalvelukeskus Oiva -liikelaitos		40845	IK
Ylä-Savon Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue	Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi, Vieremä	40166	KY
Kangasalan, Kuhmalahden ja Pälkäneen yhteistoiminta-alue	Kangasala, Kuhmahti, Pälkäne	36534	IK
Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä	Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä	35296	KY
JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	Ilmajoki, Jalasjärvi, Kurikka	34647	KY
Peruspalvelukuntayhtymä Kallio	Alavieska, Nivala, Sievi, Ylivieska	32972	KY
Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä	Pyhäjoki, Raahen, Siikajoki, Vihanti	31459	KY
Peruspalvelukeskus Siiliset -liikelaitos	Maaninka, Niisjä, Siilinjärvi	31355	IK
Sastamalan perusturvakuntayhtymä	Kiikoinen, Lavia, Punkalaidun, Sastamala	31137	KY
Raisio ja Ruskon yhteistoiminta-alue	Raisio, Rusko	30013	IK
Janakkalan ja Hattulan yhteistoiminta-alue	Hattula, Janakkala	26420	IK
Rannikko-pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (KFEM)	Kaskinen, Korsnäs, Kristiinankaupunki, Maalahti, Närpiö	26013	KY
Jämsän ja Kuhmoisten yhteistoiminta-alue	Jämsä, Kuhmoinen	25538	IK
Mustasaaren kunta, yhteistoiminta-alue	Mustasaari, Oravainen, Vöyri-Maksamaa	25024	IK
Mäntsälän ja Pornaisten yhteistoiminta-alue	Mäntsälä, Pornainen	24814	IK
Oulunkaaren kuntayhtymä OSOTE	Ii, Pudasjärvi, Utajärvi, Vaala	24655	KY
Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä	Alavus, Kuortane, Töysä, Ähtäri	23134	KY
Vakka-Suomen yhteistoiminta-alue	Kustavi, Pyhäranta, Taivassalo, Uusikaupunki, Vehmaa	23079	IK
Peruspalveluliikelaitos JYTA	Halsua, Kannus, Kaustinen, Lestijärvi, Perho, Toholampi, Veteli	22235	KY
Akaan, Kylmäkosken ja Urjalan sote-yhteistoiminta-alue	Akaa, Kylmäkoski, Urjala	22220	IK
Kuntayhtymä Kaksineuvoinen	Evijärvi, Kauhava, Lappajärvi	21040	KY

Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä POSA	Honkajoki, Jämijärvi, Kankaanpää, Karvia, Siikainen	20534	IK
Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	Isojoki, Karijoki, Kauhajoki, Teuva	20346	KY
Perusturvaliikelaitos Saarikka	Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi, Saarijärvi	19718	KY
Outokummun ja Liperin yhteistoiminta-alue	Liperi, Outokumpu	19652	IK
Loviisan ja Lapinjärven yhteistoiminta-alue	Lapinjärvi, Loviisa	18475	IK
Loimaan ja Oripään yhteistoiminta-alue	Loimaa, Oripää	18048	IK
Ylä-Pirkanmaan peruspalvelukuntayhtymä YPEK	Mänttä-Vilppula, Ruovesi	16597	KY
Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue, perusturva	Alajärvi, Soini, Vimpeli	16300	IK
Sosiaali- ja terveystyö Helmi	Haapavesi, Pyhäntä, Siikalatva	15337	IK
Kalajoen ja Merijärven yhteistoiminta-alue	Kalajoki, Merijärvi,	13749	IK
Wiitaunioni	Kinnula, Pihtipudas, Viitasaari	13628	IK
Juvan ja Joroisten yhteistoiminta-alue (JJR)	Joroinen, Juva *	12487	IK
Peruspalvelukuntayhtymä Selänne	Haapajärvi, Kärsämäki, Pyhäjärvi, Reisjärvi	19 653	KY
Sosiaali- ja terveystyökeskus Helli -liikelaitos	Kesälahti, Kitee, Rääkkylä, Tohmajärvi	19 565	IK

*Rantasalmi sosiaalihuollon osalta

**Imatra osittain